



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

VUXNA PERSONERS ERFARENHETER AV ATT GENOMFÖRA LEVNADSVANEFÖRÄNDRINGAR VID PREDIABETES

En systematisk litteraturöversikt

**Stojna Bozhinova
Madalena Mabilia**

Uppsats/Examensarbete:	15 HP
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/VT/ 2020/2021
Handledare:	Andreas Fors
Examinator:	Anneli Ozanne

Titel svensk:	Vuxna personers erfarenheter av att genomföra levnadsvaneförändringar vid prediabetes
Titel engelsk:	Adult persons' experiences of implementing lifestyle changes in prediabetes
Uppsats/Examensarbete:	15 HP
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot Diabetesvård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	HT/VT/ 2020/2021
Handledare:	Andreas Fors
Examinator:	Anneli Ozanne
Nyckelord:	Prediabetes, person, erfarenhet, levnadsvaneförändringar, egenvård

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes mellitus är en långvarig folkhälsosjukdom som ökar världen över. Prediabetes är ett tillstånd som kan leda till utveckling av typ 2 diabetes. Dess prevalens har ökat stadigt och utan åtgärder kommer antalet fall av prediabetes öka ytterligare. Levnadsvaneförändringar är grunden för behandling av prediabetes och syftar till att fördröja eller förhindra insjuknandet i typ 2 diabetes. Diabetessjuksköterskan har en viktig roll i att stödja personer med prediabetes vid levnadsvaneförändringar och främja deras egenvård för att bättre hälsa ska uppnås.

Syfte: Syftet med detta examensarbete är att beskriva vuxna personers erfarenheter av att genomföra levnadsvaneförändringar vid prediabetes.

Metod: Systematisk litteraturoversikt.

Resultat: Resultatet baserades på tio vetenskapliga artiklar och resulterade i tre teman med tillhörande underteman. Insikten om det egna ansvaret och motivationen till levnadsvaneförändring ökade när deltagarna fick veta om att de hade prediabetes. Stöd och information från hälso- och sjukvården hade väsentlig betydelse för individens livsomställning, medan brist på individanpassad information utgjorde ett hinder för att individen ska kunna påverka sitt hälsotillstånd. Individens sociala nätverk och socioekonomiska förhållanden utgjorde både hinder och stöd vid implementering av hälsosammare levnadsvanor.

Slutsats: Att deltagarna fick reda på att de hade prediabetes beskrevs som värdefullt och avgörande för att kunna implementera levnadsvaneförändringar. Vid levnadsvaneförändringar efterfrågar personer med prediabetes ett stöd som är anpassat efter deras livssituation. Hänsyn till individens egna förutsättningar och kännedom om faktorer som kan utgöra både stöd och hinder för individen vid genomförandet av levnadsvaneförändringar är av avgörande betydelse.

Nyckelord: Prediabetes, person, erfarenhet, levnadsvaneförändringar, egenvård.

Abstract

Background: Diabetes mellitus is a chronic disease that is increasing worldwide. Prediabetes is a condition that can lead to the development of type 2 diabetes. Its prevalence has increased steadily and without action, the number of cases of prediabetes will increase further. Lifestyle changes are the basis for the treatment of prediabetes and aim to delay or prevent the onset of type 2 diabetes. The diabetes nurse has an important role in supporting people with prediabetes to perform lifestyle changes and promoting their self-care in order to achieve better health.

Aim: The aim is to describe experiences of implementing lifestyle changes on adult persons with prediabetes.

Method: Systematic literature review.

Results: The result was based on ten scientific articles and resulted in three themes with sub-themes. Awareness of personal responsibility and motivation for lifestyle change increased when participants found out about their prediabetes. Support and information from healthcare were of significant importance for the individual's life adjustment, while lack of individualized information constituted an obstacle for the individual to influence his or her state of health. The individual's social network and socio-economic condition could both be an obstacle and a support when implementing healthier lifestyle habits.

Conclusion: The fact that the participants found out that they had prediabetes was described as valuable and crucial in order to be able to implement lifestyle changes. When performing lifestyle changes, a tailored support is requested by people with prediabetes. Consideration of the individual's own conditions and knowledge of factors that can constitute both support and obstacles for the individual in the implementation of lifestyle changes are of crucial importance.

Keywords: Prediabetes, person, experience, lifestyle changes, self-care.

Förord

Ett stort tack till vår handledare Andreas Fors för hans stora engagemang och stöd under vårt magisterarbete.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Diabetes Mellitus.....	1
Det metabola syndromet.....	2
Prediabetes	3
Levnadsvanors påverkan på hälsan	4
Fysisk aktivitet och kostvanor.....	4
Tobak och alkohol.....	5
Diabetessjuksköterskans ansvar och yrkesroll	6
Teoretisk referensram.....	7
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	9
Studiedesign	9
PEO-modellen	10
Urval.....	10
Datainsamling.....	11
Kvalitetsgranskning.....	12
Dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden	13
Resultat	13
Egen insikt om levnadsvaneförändringar	14
Anpassa sig till en ny livsstil.....	14
Att vara motiverad.....	15
Stöd från hälso- och sjukvården vid levnadsvaneförändringar	15
Att få anpassat stöd till sina egenvårdsbehov.....	15
Behov av att få tillräcklig information	16
Stöd från övrig omgivning vid levnadsvaneförändringar	17
Att uppleva stöd från familj och vänner	17
Att ha ekonomiska förutsättningar och få stöd från samhället.....	18

Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	20
Slutsats.....	23
Implikation.....	24
Referenslista.....	25
Bilagor	31
Bilaga 1-Flödesdiagram <i>PRISMA</i>	31
Bilaga 2-Söktabell	32
Bilaga 3-SBU Mall.....	34
Bilaga 4-Artikelöversikt och artikelgranskning	38
Bilaga 5-Exempel på extraherad data.....	46

Inledning

Diabetes mellitus är en globalt växande långvarig sjukdom som karakteriseras av hög glukoskoncentration i blodet (World Health Organisation, 2019). Prediabetes uppstår när individen utvecklar ett metaboliskt tillstånd. Tillståndet är starkt relaterat till en ohälsosam livsstil och dess växande prevalens orsakar oro. Utan åtgärd kan prediabetes leda till typ 2 diabetes med ytterligare risk att utveckla allvarliga komplikationer, men med levnadsvaneförändringar inom tobak, alkohol, kost och fysisk aktivitet kan progressionen av den långvariga sjukdomen bromsas eller upphöra. Tidig identifiering av prediabetes har stor betydelse för att förhindra eller fördröja insjuknandet i typ 2 diabetes. Diabetessjuksköterskan har det yttersta ansvaret för att identifiera personer som löper stor risk att insjukna i typ 2 diabetes samt att utbilda, vägleda och stötta personer med prediabetes med ändamål att främja deras egenvård.

Avsikten med detta examensarbete är att belysa hur personer med prediabetes beskriver sina erfarenheter av att genomföra levnadsvaneförändringar. Genom fördjupad kunskap kring deras livsomställning är förhoppningen att författarna ska få en bättre förståelse för hur vi i framtiden kan hjälpa personer med prediabetes till levnadsvaneförändringar.

Bakgrund

Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus är en sjukdom som har följt människosläkten i årtusenden. Den första kända beskrivningen av sjukdomen finns bevarad i en egyptisk papyrusrulle från år 1552 före Kristus. Namnet diabetes kommer från det grekiska ordet för genomgående (diabainein) och beskriver ett polyuriskt tillstånd. Efterledet mellitus betyder honungssöt och tillkom när det noterades att patienternas urin var söt (Mulder, 2017). Förr i tiden ställdes diagnosen genom att läkaren smakade på urinen eller genom att det noterades att myrorna drogs till personens urin (Agardh & Berne, 2009). Före upptäckten av insulin var diabetes mellitus en sjukdom som ledde till en säker, förtida död (Mulder, 2017).

Diabetes Mellitus är en långvarig och progressiv sjukdom och beskrivs som en grupp av kliniska och genetiska metabola störningar. Sjukdomen karaktäriseras av hög glukoskoncentration i blodet (Nazir et al., 2019) och klassificeras i stort sätt i två typer. De två huvudtyperna av diabetes är diabetes mellitus typ 1 och diabetes mellitus typ 2 (WHO, 2019). Diabetes mellitus typ 1, tidigare känd som insulinberoende och ung- eller barndomsdiabetes, kännetecknas av bristande insulinproduktion i kroppen. Personer med diabetes mellitus typ 1 är i dagligt behov av insulintillförsel för att reglera glukosnivån i blodet. Hormonet insulin är livsviktigt, utan det kan personen med diabetes mellitus typ 1 inte överleva. Etiologin till sjukdomen saknas, därför är sjukdomen för närvarande inte förebyggbar. Diabetes mellitus typ 2, även kallad för icke insulinberoende diabetes och vuxen- eller åldersdiabetes, karaktäriseras

av kroppens oförmåga att effektivt tillgodogöra sig insulinet från bukspottkörteln för att reglera blodglukosnivån (WHO, 2016). Grunden för behandling av sjukdomen är förändring av levnadsvanor. Ökad fysisk aktivitet, viktreducering, rökavvänjning och en hälsosam kosthållning har bevisats förbättra insulinkänsligheten (Läkemedelsboken, 2018). Farmakologisk behandling kan övervägas när levnadsvaneförändringar inte räcker till för att sänka blodsockret (Diabetesförbundet, 2016). Peroral antidiabetika i form av metformin som påverkar insulinkänsligheten i muskulatur och lever är förstahandspreparat. Vid otillräcklig effekt kombineras metformin med andra perorala antidiabetiska preparat. När bukspottkörteln inte kan kompensera insulinbehovet trots perorala antidiabetiska preparat rekommenderas tillägg av insulin som kombinationsbehandling eller monoterapi (Läkemedelsboken, 2018). Diabetes mellitus typ 2 är en multifaktoriell sjukdom och uppkommer genom ett samspel mellan kost, fysisk aktivitet, beteende och genetiska faktorer (Mulder, 2017).

Enligt Världshälsomyndigheten (WHO, 2019) har förekomsten och antalet fall av diabetes mellitus ökat stadigt och sjukdomen kategoriseras som ett folkhälsoproblem. Sedan 1980 har den globala prevalensen av diabetes nästan fördubblats och ökat från 4,7 % till 8,5 % i den vuxna befolkningen. Det uppskattas att det 2014 var 422 miljoner vuxna människor över hela världen som levde med diabetes mellitus jämfört med 108 miljoner 1980. Enligt Uusitupa et al. (2019) förväntas antalet personer med diabetes öka över hela världen och vara 629 miljoner 2045. Den ökande andelen fall av diabetes mellitus är förknippad med en ökning av de mest framträdande riskfaktorerna såsom fetma och övervikt (Rariden, 2019). Därefter beskriver Världshälsorganisationen (WHO, 2019) att diabetesprevalensen har ökat snabbare i låg- och medelinkomstländer än i höginkomstländer. Bestämningfaktorer för hälsa, såsom politiska, ekonomiska och sociala förhållanden, är direkt förknippade med ojämlikhet i diabetesförebyggande och diabetesrelaterade hälsoskillnader (Rariden, 2019). Tidig identifiering av höga blodsockervärden har stor betydelse i arbetet med att förebygga insjuknandet i typ 2 diabetes och dess komplikationer (Hofling, 2012).

Det metabola syndromet

Det metabola syndromet är en mångfacetterad sjukdom, som enligt National Cholesterol Education Program (NCEP/ATP III) definieras av central bukfetma, lågt HDL-kolesterol, hypertoni, fasteplasmaglukos $\geq 5,6$ mmol/L och höga triglycerider. För att fastställa metabola syndromet måste minst tre av de fem ovan nämnda riskfaktorerna vara uppfyllda (Hellénus & Rauramaa, 2007)

Prediabetes förknippas ofta med fetma och det metabola syndromet (Lee et al., 2017). Uppkomsten av syndromet beskrivs som komplex där faktorer som livsstil och genetiska faktorer interagerar i komplicerade samspel (Hellenius & Rauramaa, 2007). Det metabola syndromet kan betraktas som ett prediabetiskt tillstånd (Grundby, 2012). Risken att utveckla diabetes är fem gånger så hög hos individer med det metabola syndromet och hos individer med förhöjd fasteplasmaglukos eller nedsatt insulinresistens är risken att utveckla diabetes fem till

sju gånger större, eftersom insulinresistens medför diabetesrisk. Risken att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar ökar signifikant hos vuxna personer med prediabetes och det metabola syndromet (Chen et al., 2019).

Prediabetes

Prediabetes eller intermediate hyperglycaemia (Grundby, 2012) är ett metaboliskt tillstånd mellan normoglykemi och diabetes. Tillståndet är reversibelt och termen används för att beskriva buffertperioden före typ 2 diabetes (Khan et al., 2019). Hos individer med nedsatt fasteplasmaglukos (IFG) och nedsatt glukostolerans (IGT) är blodsockervärdet högt, men inte tillräckligt högt för att ställa diagnosen diabetes (Geiss et al., 2010). Fasteplasmaglukos på 6,1–6,9 mmol/l, och en plasmaglukos på 7,8–11,0 mmol/l två timmar efter att personen har druckit 75 g oral glukos är enligt WHO (2006) avgränsning för prediabetes (Tabell 1). Det här tillståndet ökar risken för utveckling av typ 2 diabetes och kardiovaskulära sjukdomar. Mer specifikt, andelen personer med IFG och IGT som kan insjukna i diabetes typ 2 inom 6 år varierar mellan 33 % - 65 %, jämfört med mindre än 5 % bland personer med normoglykemi (Geiss et al., 2010).

Tabell 1. Definition av blodsockernivåer för prediabetes enligt WHO, 2006.

Tillstånd	Prov	Värden
IGT	Fastevärdet före glukosintaget	Plasma venöst prov: <7 mmol/l
	OGTT* (2h)	Plasma venöst prov: 7,8–11,0 mmol/l
IFG	Fasteprov	Plasma venöst prov: 6,1–6,9 mmol/l
*OGTT = oralt glukostoleranstest med provtagning efter 2 timmar		

Prediabetes beskrivs som en oroande trend eftersom antalet fall av personer med prediabetes uppskattas öka till mer än 470 miljoner över hela världen. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) rapporterade 2015 att 84,1 miljoner människor i USA hade prediabetes och att 48,3 % av den vuxna befolkningen i åldern 65 år och äldre hade det prediabetiska tillståndet (Khan et al., 2019).

Livsstils- och miljöfaktorer som t.ex. obesitas, stillasittande livsstil, åldrande, hypertension, rökning och hög alkoholkonsumtion har påvisats ha en nyckelroll i utvecklingen av typ 2 diabetes. Flera studier har visat att personer födda i Asien har högre risk för att drabbas av typ 2 diabetes jämfört med personer födda i Europa. Slutligen är herediteten en av de största riskfaktorerna för utveckling av typ 2 diabetes och det uppskattas att personer vars föräldrar har typ 2 diabetes, har 40 % risk att utveckla samma tillstånd (Khan et al., 2019).

Socialstyrelsen (2018b), Svensk sjuksköterskeförening och Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (2017) förespråkar att screening för att identifiera personer med prediabetes bör ske hos personer som har hög risk att utveckla typ 2 diabetes. Syftet med screening och behandling är att förhindra eller fördröja utveckling av typ 2 diabetes. Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD) har tagit fram en modell för hur diabetessjuksköterskan kan arbeta med prediabetes på ett strukturerat sätt. Den generiska modellen stödjer sjuksköterskans omvårdnadsarbete och innefattar screening och diagnos, behandling, utbildning och stöd samt kontroller och uppföljning (Svensk sjuksköterskeförening & Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, 2017).

Levnadsvanors påverkan på hälsan

Med ohälsosamma levnadsvanor menas tobaksbruk, inadekvat fysisk aktivitet, hög alkoholkonsumtion eller ohälsosamma matvanor. Enligt Socialstyrelsen (2018b) har det ohälsosamma riskbeteendet blivit vanligt i befolkningen. Alla dessa riskbeteenden sänker livskvaliteten och utgör viktiga riskfaktorer för stora folksjukdomar såsom typ 2 diabetes, cancer eller hjärt-kärlsjukdom. Det uppskattas att en tredjedel av all cancer och det mesta av all kardiovaskulär sjukdom kan förebyggas genom ett hälsosammare levnadssätt. Även utveckling av typ 2 diabetes kan fördröjas eller förebyggas genom förbättrade levnadsvanor (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). Socialstyrelsen (2018b) upplyser om det starka sambandet mellan ohälsosamma levnadsvanor och sociala faktorer. Beroende på utbildningsnivå, social miljö, bostadsort och ekonomiska förutsättningar påverkas den hälsosamma nivån, t.ex. är ett mindre hälsosamt levnadssätt mer utbrett bland personer med en lägre socioekonomisk position.

Sedan 1980-talet har levnadsvaneförändringar rapporterats ha stor betydelse i preventionen av diabetes (Uusitupa et al., 2019). De livsstilsinterventioner som bygger på förändring av ohälsosamma levnadsvanor har också en positiv effekt på hjärt-kärlsjukdom och förtida död (Socialstyrelsen, 2018b). Långsiktiga strategier som inkluderar kost, fysisk aktivitet och viktminskning bidrar till en bättre hälsa genom att minska kroppsvikt, BMI, blodtryck och till en förbättrad insulinresistens samt lägre LDL (low density lipoprotein) och ökad HDL (high density lipoprotein) (Shen et al., 2019). Levnadsvaneförändringar som kost och fysisk aktivitet kan vara lika effektiva som tablettbehandling (Gillis et al., 2007) och bör ges som behandlingsalternativ för vuxna med prediabetes för att förbättra den metabola kontrollen och förhindra utveckling av typ 2 diabetes (Kerrison et al., 2017).

Fysisk aktivitet och kostvanor

Fysisk aktivitet innebär aktivitet som har aerob karaktär, där alla kroppsrörelser ökar energiförbrukningen (Folkhälsomyndigheten, 2020). Aktiviteten kan ske på fritiden, i hemmet och under organiserad fysisk träning. Stillasittande eller inaktivitet definieras som ett litet inslag av kroppsrörelse och därmed låg energiförbrukning (Vårdgivarguiden, 2020). Folkhälsomyndigheten (2020) rekommenderar att alla vuxna över 18 år bör vara fysiskt aktiva

i sammanlagt minst 150 minuter i veckan med en måttlig intensitet, eller 75 minuter i veckan med en hög intensitet. Mekanismen bakom fysisk aktivitet är att den förbättrar insulinkänsligheten, d.v.s. förbättrar upptaget av glukos i cellerna (Matshipi, Monyeki & Kemper, 2017). Rekommendationerna syftar till att minska risken för långvariga sjukdomar, främja hälsa, förbättra fysisk kapacitet och förhindra förtida död. Socialstyrelsens riktlinjer (2018b) rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda stöd för ökad fysisk aktivitet och använda skriftlig ordination av fysisk aktivitet på recept (FaR) utifrån individens behov.

Det finns vetenskapligt underlag som styrker att flera enskilda kosten och livsmedel har en positiv inverkan på blodglukosnivån, den metabola kontrollen, viktnedgång samt minskar risken för hjärt-kärlsjukdomar. En mindre förändring i kosten är ett framgångsrikt steg, t.ex. har en minskning av måltidens storlek en positiv effekt på blodsockervärdet. För att personen ska kunna utföra de kostförändringar som anses vara mer gynnsamma och inte falla tillbaka till sina gamla matvanor, är det viktigt att detta sker successivt (Socialstyrelsen, 2011). I den här processen bör hälso- och sjukvårdspersonalen stödja personen till bättre matvanor och erbjuda kvalificerat rådgivande samtal (Socialstyrelsen, 2018b). I studien av Knowler et al. (2002), där deltagarna fick detaljerad och individualiserad rådgivning, sågs en minskning med 58 % av diabetesutveckling. Kunskaper om näringsämnen som kroppen behöver är en viktig komponent för att kunna nå en bra livskvalitet. Studier har påvisat att kost som innehåller en ökad mängd fiberinnehåll i kombination med fysisk aktivitet minskar risken för personer med nedsatt glukostolerans att insjukna i typ 2 diabetes (Gillies et al., 2007; Knowler et al., 2002).

Tobak och alkohol

Ämnet nikotin är ett starkt centralstimulerande medel som kan leda till att en person blir beroende. Vid tobaksrökning hamnar det skadliga ämnet av nikotinet i lungorna och kommer sedan ut i blodet. Detta medför ökad risk för cancer, diabetes, lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom och mortalitet (Svensk sjuksköterskeförening & Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, 2018). Enligt Artese, Stamform och Moffatt (2017) kan rökning påverka insulinresistensen i kroppen. I deras studie sågs hyperinsulinemi i större utsträckning bland rökare jämfört med icke rökare. Nikotinämnet gör att blodkärlen drar ihop sig och därmed försämrar blodcirkulationen i kroppens olika organ. Eftersom det kroppsegna insulinet inte fungerar lika bra stiger blodsockret, vilket är en förutsättning för övergången från normoglykemi till IFG, samt att risken för utveckling av typ 2 diabetes ökar (Wu et al., 2015). Den skadliga effekten av rökning kan minskas och förebyggas med tobaksavvänjning. Utifrån personens svårighetsgrad avgörs vilken åtgärd som är mest lämplig. Rådgivande samtal, kvalificerat rådgivande samtal och nikotinläkemedel mot abstinensbesvär bör erbjudas av hälso- och sjukvården till vuxna med särskild risk som röker dagligen. Samtalet sker med en personcentrerad dialog och en personligt anpassad plan för att sluta röka (Socialstyrelsen, 2018b).

WHO (2018) beskriver alkoholen som ett psykoaktivt ämne med beroendeproducerande egenskaper. En hög konsumtion av alkohol leder till ett riskbruksbeteende och effekterna är

skadliga för hälsan. Gränserna för att kunna bedöma personens alkoholförbrukning varierar bland annat beroende på kön och personens känslighet för alkohol. I Sverige används begreppet standardglas som innehåller tolv gram ren alkohol. Gränsen för riskbruk för män går vid 14 standardglas i veckan och för kvinnor vid 9 standardglas i veckan. Trots att studier visat att en måttlig alkoholkonsumtion kan ha en positiv påverkan på hjärt-kärlsjukdom, så är den skadliga effekten överordnad och orsakar bland annat högt blodtryck, leverskador, cancer, diabetes, våld och olyckor (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2018). Förekomsten av prediabetes är starkt förknippad med daglig alkoholöverkonsumtion. Många alkoholhaltiga drycker innehåller mycket socker som höjer blodsockret och därmed minskas insulinkänsligheten (Zhang et al., 2016). För vuxna med särskild risk som har ett pågående riskbruk av alkohol poängterar Socialstyrelsen (2018b) att hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal, kvalificerat rådgivande samtal eller webbaserad intervention. Åtgärden avgörs utifrån personens svårighetsgrad och syftar till att stödja personen till en minskning av alkoholkonsumtionen.

Diabetessjuksköterskans ansvar och yrkesroll

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) är diabetessjuksköterskan skyldig att erbjuda en god och säker vård, på lika villkor för hela befolkningen och även vidta olika typer av åtgärder för att förebygga ohälsa. Enligt Sörman (2012) är det diabetessjuksköterskan som ansvarar för kontinuiteten på diabetesmottagningen och som alltid är tillgänglig för att ge råd och skapa trygghet när något problem uppkommer för patienten. Tillgängligheten är en viktig faktor för att diabetessjuksköterskan ska kunna erbjuda god vård med bra kvalitet. Hen är skyldig att ta hänsyn till patientens behov av kontinuitet och säkerhet, respektera patientens integritet och självbestämmelser och främja dennes delaktighet i sin vård. Kommunikationen mellan vårdgivare och vårdtagare är viktig för att patienten ska få en helhetsbild om sitt hälsotillstånd, behandlingsalternativ och förebyggande metoder (SFS 2014:821). Den kännetecknas av en öppen dialog och har stor betydelse för att patienten ska kunna nå sitt mål. Lyhördhet och öppna frågor är faktorer som kan underlätta för diabetessjuksköterskan att få en helhetsbild av patientens upplevda behov (Insulander & Björvell, 2018).

Diabetessjuksköterskans roll har beskrivits som mångfacetterad (Sörman 2012). Hen handleder, stödjer och utbildar personer med prediabetes och närstående att bedriva adekvat egenvård. Dennes roll har stor betydelse i individens levnadsvaneförändring för att förhindra utveckling av typ 2 diabetes (Hofling, 2012). Socialstyrelsen (2018a) lyfter fram centrala rekommendationer och betonar att vården och omsorgen ska vara anpassad utifrån personens förutsättningar, önskemål och erfarenheter. Några av rekommendationerna riktar sig mot åtgärder som förebygger utveckling av typ 2 diabetes. För personer som löper stor risk att utveckla typ 2 diabetes bör diabetessjuksköteran erbjuda strukturerade program som stöd för att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Patientutbildning i egenvård har en central roll i vården. Diabetessjuksköterskan besitter både pedagogisk kompetens och ämneskompetens för att kunna erbjuda individ- eller gruppbaserad patientutbildning med hänsyn till individens syn

på hälsa och sjukdom (Socialstyrelsen, 2018a). Hen främjar personens egenvård genom utbildningar som fokuserar på dennes dagliga situationer och som syftar till att personen ska få tillräcklig kunskap för att själv fatta viktiga beslut i sin egen livskontext. I den här processen är diabetessjuksköterskan ett stöd för personen för att ta makten över sin livssituation och påverka sin hälsa till önskad riktning, men rädsla för att lära sig något nytt är inte ovanligt (Kneck, 2018).

Att lära sig något nytt kan vara svårt och frustrerande. För att kunna bryta ett mönster som en person har levt med i flera år kan vara väldigt svårt. I den här förändringsprocessen ansvarar diabetessjuksköterskan för att stödja personen till att hen ska kunna balansera livet genom att lära sig känna och reflektera över vad som är viktigt för dennes välbefinnande. För att personen ska ha viljan till förändring krävs det motivation som byggs upp med tiden, hen måste förstå varför och hur förändringen behöver ske för att detta ska bli så bra som möjligt (Kneck, 2018). Enligt Socialstyrelsens rekommendationer för sjukdomsförebyggande metoder kan diabetessjuksköterskan använda sig av någon form av rådgivning eller samtal för att hjälpa personen att ändra på sina levnadsvanor. Beroende på individens behov av stöd har Socialstyrelsen lyft fram åtgärder i tre nivåer, *enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal* (Socialstyrelsen, 2018b). Motivational Interviewing (MI), på svenska benämnt motiverande samtal, är en samtalsmetod som används vid kvalificerad rådgivning för att stödja personen till att göra en levnadsvaneförändring. Genom MI kan diabetessjuksköterskan stödja personen till att själv kunna öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. MI syftar till att stärka personens egenkraft (empowerment) och tilltro till den egna förmågan i en viss situation (self-efficacy) (Efraimsson & Söderkvist, 2018).

Teoretisk referensram

Omvårdnadsmodell med egenvård som centralt begrepp utvecklades av den amerikanska omvårdnadsforskaren Dorothea Orem. Modellen fokuserar på individen och dennes förmåga och behov av egenvård. Målet för diabetessjuksköterskan är att stödja och främja personens förmåga till egenvård (Renpenning & Taylor, 2003). I SOSFS 2009:6 kap 2 §1 beskrivs egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som bedömts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att en person kan utföra själv (Socialstyrelsen, 2009). Aktiviteter som en person utför på eget initiativ för att ta hand om sig själv för att bevara hälsa och välmående definierar begreppet egenvård (Renpenning & Taylor, 2003). Brister i förmågan att bedriva egenvård uppstår när personen saknar kunskaper om sjukdomen och dess behandling. För att individen ska kunna komma vidare med egenvårdsutförandet beskriver Dorothea Orem enligt Hofling (2012) att individen först måste acceptera sin sjukdom, vilket t.ex. kan vara att förstå innebörden av prediabetes för att kunna genomföra levnadsvaneförändringar. Syftet med egenvårdsmodellen är att hjälpa personen att kunna bli mer självständig och kunna bevara hälsa (Kirkevold, 2000). Med stöttning, undervisning och vägledning av diabetessjuksköterskan kan personen med prediabetes i så stor utsträckning som möjligt ta hand om sig själv och därmed uppnå en bättre livskvalitet (Edwall, Danielsson & Öhrn, 2010).

Orems egenvårdsmodell är utvecklad i tre specifika teorier som alla tillsammans bildar till en generell teori om omvårdnad. De tre teorierna är:

- teorin om egenvård
- teorin om egenvårdsbrist
- teorin om omvårdnadssystem

Teorin om egenvård innehåller tre begrepp: egenvård, egenvårdsbehov och egenvårdskrav. Egenvård är aktiviteter som utförs av en person på eget initiativ för att ta hand om sig själv med syfte att upprätthålla hälsa, liv och välbefinnande. Egenvårdsbehov är handlingar som måste utföras av en person, vilka är nödvändiga för regleringen av personens utveckling och funktion som människa, med ändamål att säkerställa hens hälsa och välbefinnande. Behov av egenvård kan föreligga till exempel hos personer som lider av sjukdomar eller specifika patologiska tillstånd och som är i behov av vissa former av omvårdnad. Egenvårdskrav är de egenvårdsaktiviteter som en person måste utföra för att tillgodose sina egna egenvårdsbehov (Kirkevold, 2000). De två centrala idéer som betonas i teorin om egenvård är egenvård som målinriktade handlingar och egenvård som ett lärt beteende. Enligt Renpenning och Taylor (2003) menar Orem att egenvården är en form av ett beteende som lärs in i samband med människans deltagande eller samverkan i kulturella och sociala grupper. I den här teorin läggs mycket fokus på personens förmåga att kunna utföra egenvård, och syftet för diabetessjuksköterskan är att identifiera personens egenvårdsbrister och bedöma dennes individuella egenvårdsbehov för att främja dennes egenvårdsförmåga (Renpenning & Taylor, 2003).

Teorin om egenvårdsbrist består av två centrala begrepp: egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsningar. Egenvårdskapacitet beskrivs som en inlärd förmåga att kunna tillgodose de egna behoven av vård, utveckling och välbefinnande. Den varierar beroende på individens livserfarenhet, ålder, hälsotillstånd, utbildning och resurser. Med egenvårdsbegränsningar menas begränsningar i individens egenvårdskapacitet såsom otillräcklig kunskap, nedsatt förmåga att utföra aktiviteter som ger resultat och nedsatt förmåga att bedöma och fatta beslut. Teorin beskriver och förklarar anledningen till varför människan är i behov av sjukvård. Detta uppstår när egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskraven, vilket betyder att personen inte själv är i stånd att kunna utföra egenvård för att tillgodose sina egna behov. Således är egenvårdsbrist en obalans mellan personens egenvårdskrav och hens egenvårdskapacitet. Egenvårdsbrist kan vara fullständig eller delvis. Anhöriga anses vara en resurs som kan hjälpa personen med sin egenvård, men om varken personen eller anhöriga inte har förmågan att tillgodose behoven hos den drabbade har den rätt till professionell omvårdnad (Kirkevold, 2000).

Tredje teorin i egenvårdsmodellen är teorin om omvårdnadssystem. Den förklarar de förhållanden som bör upprätthållas för att sjukvården ska bli till. Teorin är baserad på tre begrepp, vilka är omvårdnadskapacitet, omvårdnadssystem och hjälpmetoder. Omvårdnadskapacitet innehåller de egenskaper, färdigheter, attityder och kunskaper som

behövs för att diabetessjuksköterskan ska kunna utföra en bra omvårdnad. Omvårdnadssystem grundar sig på samverkan mellan diabetessjuksköterskan och patienten (Kirkevold, 2000). Orem beskriver enligt Renpenning och Taylor (2003) att diabetessjuksköterskan kan använda sig av olika hjälpmetoder för att tillgodose patientens egenvårdsbehov. Undervisning och handledning samt en hälsofrämjande miljö är viktiga för individens terapeutiska utveckling när hen ska tillägna sig nya kunskaper för att klara sin egenvård (Renpenning & Taylor, 2003).

Problemformulering

Diabetes mellitus är en folkhälsosjukdom och dess prevalens ökar stadigt över hela världen. Uppkomsten av typ 2 diabetes delvis kan förklaras av förändrade levnadsvanor såsom minskad fysisk aktivitet, ökat stillasittande och ohälsosamma kostvanor (Khan et al., 2019). Utvecklingen av den långvariga sjukdomen medför ohälsa och lidande hos personer, vilket kan begränsas. Prediabetes är ett metaboliskt tillstånd som bör ses som en varningssignal för att förhindra utveckling av typ 2 diabetes. Det finns en stor ökning av antalet fall av personer med prediabetes över hela världen, vilket är en oroande trend. Nationella riktlinjer betonar att screening av personer som har en ökad risk att utveckla typ 2 diabetes och interventioner i form av levnadsvaneförändringar med långsiktiga strategier bör erbjudas av diabetessjuksköterskan. Det finns studier som visar att levnadsvaneförändringar som inkluderar hälsosammare kost, ökad fysisk aktivitet och viktnedgång bidrar till bättre metabol kontroll samt förbättrar personens hälsa och välmående (Knowler et al., 2002; Kerisson et al., 2017). Det är viktigt att personen anpassar sitt liv för att kunna genomföra levnadsvaneförändringar, men den här livsomställningen kan leda till utmaning eller påfrestande upplevelser. Därför är det av stor vikt att diabetessjuksköterskan stödjer och motiverar personen till ett hälsosammare levnadssätt samt främjar egenvård i syfte att hjälpa personen att bli mer självständig och uppnå bättre hälsa. I den här studien önskar vi undersöka personens perspektiv gällande levnadsvaneförändringar i syfte att öka förståelsen av deras livsomställning. Utifrån befintlig forskning kan diabetessjuksköterskan få en bättre och fördjupad förståelse på hur hen kan hjälpa personer med prediabetes till förändringar för att bättre hälsa ska uppnås.

Syfte

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva vuxna personers erfarenheter av att genomföra levnadsvaneförändringar vid prediabetes.

Metod

Studiedesign

För att utföra denna studie och besvara syftet användes en systematisk litteraturöversikt baserad på vetenskapliga artiklar, vilket innebär att författarna systematiskt sökte, kritisk granskade och sammanställde litteratur inom ett problemområde. En litteraturgenomgång av tidigare

vetenskapliga artiklar belyser vad som har studerats och gjorts tidigare inom ett visst forskningsområde. Kunskap som är framtagen från en systematisk litteraturoversikt bidrar till kompetensutveckling som sjuksköterska och till en evidensbaserad vård (Forsberg & Wengström, 2008).

Studiens syfte avgör vilken typ av artiklar som är mest lämpliga att söka efter för att samla in relevant data och kunna besvara syftet (Forsberg & Wengström, 2008). Syftet i denna studie fokuserar på erfarenheter vilka är subjektiva, d.v.s. de är inte mätbara i kvantitativa diagram och tabeller. Kvalitativa studier tillför en djup och detaljrik kunskap om människors erfarenheter, vilket ökar förståelsen för ett fenomen ur ett perspektiv som inte kan fångas av kvantitativa studier (SBU, 2012). Således valde vi att fokusera på kvalitativa vetenskapliga artiklar och den kvalitativa delen av artiklar som kombinerar kvantitativ och kvalitativ (s.k. mixad metod) och vilka berör det aktuella området.

PEO-modellen

Modellen PEO (Population – Exposure – Outcome) (Tabell 2) användes för att utforma en sökstrategi och precisera studiens syfte. PEO används vid kvalitativa studier när författarna är intresserade av att studera personens erfarenheter (Bettany–Saltikov och Mcsherry, 2016).

Tabell 2. PEO-modellen

P (Population)	Vuxna personer med prediabetes
E (Exposure)	Genomföra levnadsvaneförändringar
O (Outcome)	Vuxna personers erfarenheter av att genomföra levnadsvaneförändringar

Urval

Olika inklusions- och exklusionskriterier användes för att begränsa sökningen och sälla fram relevant litteratur. Bettany – Saltikov och Mcsherry (2016) betonar också att i en systematisk granskning av hög kvalitet bör dessa kriterier inkluderas och rapporteras noggrant innan författarna börjar med granskningen. Vår strävan var att ha ett brett angreppssätt och att inkludera både män och kvinnor i vuxenålder, och från olika länder, som strävar efter att genomföra levnadsvaneförändringar vid prediabetes i syfte att öka förståelsen av deras livsomställning (Tabell 3). Urvalsprocessen redovisas i ett flödesschema (Bilaga 1).

Tabell 3. Inklusions- och exklusionskriterier.

Inklusionskriterier:	Exklusionskriterier:
<ul style="list-style-type: none">• Prediabetes• Vuxna över 18 år• Artiklar publicerade mellan 2010–2020• Både kvinnor och män• Peer reviewed• Alla länder• Engelsk skrift• Kvalitativa studier	<ul style="list-style-type: none">• Diabetes typ-1• Diabetes typ-2• Graviditetsdiabetes

Datainsamling

I den systematiska litteraturöversikten är litteratursökningen en av grundpelarna i arbetet (SBU, 2012). Syftet med sökningen enligt Bettany – Saltikov och Mcsherry (2016) är att generera en omfattande lista över empiriska studier som kan vara lämpliga för att svara på forskningsfrågan. Datasökning utfördes utifrån modellen PEO och inklusions- och exklusionskriterierna i tabell 3.

De bibliografiska databaser som användes i första hand som informationskälla var PubMed och CINAHL, vilka båda är relevanta databaser för omvårdnadsrelaterade artiklar. En ytterligare sökning gjordes i PsycINFO eftersom artiklar som bedömdes relevanta utifrån titel och abstrakt inte var tillgängliga i full text i PubMed och Cinahl. För att hitta mer specifika artiklar som passar med det aktuella ämnesområdet användes svenska systemet Medical Subject Headings (MeSH) och CINAHL heading. I alla databaser användes specialiserad sökning för att datasökningen skulle vara mer noggrann och relevant. Bolerska operatörer AND och OR användes för att kombinera olika sökord och trunkering (*) för att få med alla ord som har samma rot, men med olika ändelse, som t.ex. experienc*, för att täcka alla de artiklar som använde sig av experience, experiences, experiencing o.s.v. (Bettany – Saltikov och Mcsherry 2016). Alla sökningar som utfördes för att hitta relevanta artiklar och antalet träffar redovisas i tabellform (Bilaga 2).

Enligt SBU (2012) görs relevansbedömning av antalet träffar från första sökningen i två steg. I ett första steg läste båda författarna oberoende av varandra, artiklarnas titlar och abstrakt. Studier som bedömdes kunna vara relevanta beställdes i fulltext. I ett andra steg lästes de beställda fulltextartiklarna igenom i sin helhet med avseende på relevans. De artiklar som bedömdes relevanta för studiens syfte inkluderades i den systematiska litteratursammanställningen och granskades vidare för dess kvalitet. Under fulltextläsning exkluderades tre artiklar som bedömdes irrelevanta för studien, två bedömdes inte besvara på studiens syfte och en saknade etiskt godkännande.

Kvalitetsgranskning

De utvalda artiklarna som av författarna bedömdes uppfylla urvalskriterierna granskades enligt SBU:s granskningsmall anpassad för patientupplevelser (Bilaga 3). Samma granskningsmall användes också för artiklarna med mixad metod. Syftet med kvalitetsgranskningen av samtliga artiklar var att ta reda på hur stor risken var att artikeln hade påverkats av bias. Oberoende av varandra utförde författarna en kvalitetsgranskning av samtliga artiklar. Artiklarna granskades i detalj och bedömdes utifrån relevans till studiens syfte och om de var representativa för den population som studerades. Sammanställningen av artiklarna presenteras i artikelöversikten inklusive den slutliga bedömningen av dess kvalitet (Bilaga 4) (SBU, 2012). Bedömning av kvaliteten utfördes på tio artiklar som inkluderades i studien. Med hjälp av mallen bedömdes fyra artiklar vara av medelhög kvalitet och sex artiklar av hög kvalitet.

Dataanalys

Bettany – Saltikov och Mcsherry (2016) beskriver Burnards tematiska analysmetod för att analysera kvalitativa data. Författarna inspirerades av de nio olika steg av Burnards tematiska analysmetod och samtliga steg användes för utformning av dataanalys i det aktuella examensarbetet.

Steg 1:

Författarna läste igenom alla utvalda artiklar flera gånger med fokus på studiernas resultat.

Steg 2:

Tre specifika teman identifierades, vilka färgkodades manuellt.

Steg 3:

All extraherad data som markerades i olika färger lades i tabellform och antecknades med sidnummer, kolumnnummer och radnummer. De utvalda artiklarna markerades med sifferkod och presenteras i söktabellen (Bilaga 2).

Steg 4:

I formuläret med extraherad data gjordes en öppen kodning, vilket innebär en djupare analys av innehållet.

Steg 5:

Genomgång av underteman och inkorporering av vissa av de som tolkats ha samma eller liknande innebörd.

Steg 6:

De identifierade undertemana bearbetades och liknade rubriker togs bort i syfte att förhindra upprepning.

Steg 7:

Underteman från den öppna kodningen diskuterades, bearbetades och vissa förändringar gjordes. Detta steg användes för att skydda mot bias, säkerställa resultatets kvalitet och öka trovärdigheten i resultatet.

Steg 8:

Resultaten från forskningsdokumenten lästes återigen för att säkerställa att de slutliga teman och undertemana täcker alla relevanta delar i studiens resultat.

Steg 9:

Alla ovanstående steg genomfördes därefter för respektive utvald artikel av båda författarna tillsammans. Exempel på extraktion av data redovisas i tabellform (Bilaga 5).

Forskningsetiska överväganden

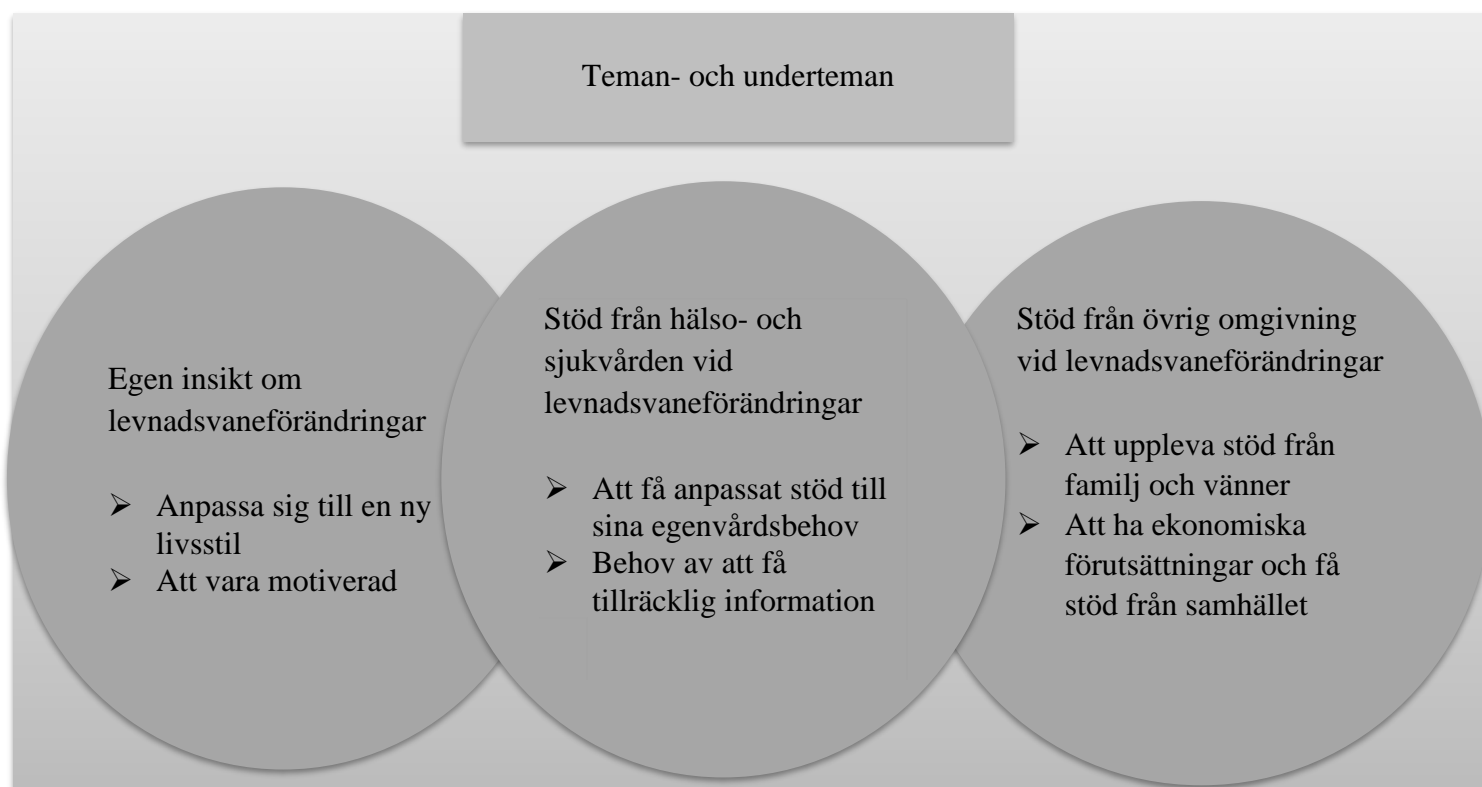
Forskningsetik innebär att författarna under forskningsarbetet reflekterar på ett moraliskt sätt över hur kunskap genereras (Cöster, 2014). I en systematisk litteraturöversikt redovisas kunskaper baserad på vetenskapliga artiklar som andra har gjort. Resultatdelen från föregående artiklar är en förutsättning och utgör ett sammanhang för att besvara syftet på litteraturstudien. Under artikelgranskningen beaktas vissa aspekter för att studien ska kunna kallas etisk. Den ska säkerställa att forskningsfrågan är adekvat, att utvalda artiklar är relevanta för litteraturstudien, att studierna har genomförts på ett etiskt sätt, har god vetenskaplig kvalitet och är till nytta för den enskilda individen, professionen och samhället (Kjellström, 2012). I Högskolelagen betonas att universitetets eller högskolans uppgifter ska värnas av god forskningssed och vetenskapens trovärdighet. Detta innebär att texten och referensen ska skrivas på ett korrekt sätt och textavsnitten ska inte vara plagierade. Fabrikation och förfalskning i en studie anses vara vetenskaplig oredlighet (Cöster, 2014).

Ett examensarbete på avancerad nivå på ett universitet kräver inget tillstånd för etisk prövning. Forskningsarbetet sker under handledning av en forskare med vetenskaplig kompetens (Cöster, 2014). För utformning av studien användes en systematisk litteraturöversikt, vilket inte medför någon direktkontakt med varken människor eller personuppgifter, men det etiska ansvaret kvarstår. Samtliga utvalda artiklar har erhållit informerat samtycke från deltagarna och etiskt godkännande av etisk kommitté i respektive land.

Resultat

Totalt baseras resultatet på tio vetenskapliga artiklar, varav sju av dem har en kvalitativ design och tre mixad metod. Fyra av studierna var utförda i Nordamerika, två i Europa, två i Oceanien och två i Asien, vilket ger ett internationellt perspektiv av det aktuella ämnet. Utifrån dataanalysen framkom tre teman med tillhörande underteman (Tabell 4), vilka illustreras med citat.

Tabell 4. Teman- och underteman



Egen insikt om levnadsvaneförändringar

Det första temat beskriver personens egen insikt i att genomföra levnadsvaneförändringar. Detta tema utgör personens egen uppfattning/förståelse om levnadsvaneförändringar samt hur hen hanterar livet med prediabetes avseende levnadsvaneförändringar.

Anpassa sig till en ny livsstil

I tre studier framkom att beskedet om prediabetes hade stor betydelse för att personen ska ändra på sin livsstil och implementera hälsosammare åtgärder i det dagliga livet (Hindhede, 2014; Timm et al., 2019; Kuo et al., 2013). I studien av Hindhede (2014) framkom att viljan att öka medvetandet om sin egen sjukdom och vara bestämd över sina ändringar ledde till bättre förståelse av det aktuella tillståndet. Att cykla upplevdes av deltagaren som gynnsamt både för dennes hälsa och mående. Levnadsvaneförändringar med långsiktiga strategier blev en ny livsstil som förutom att förbättra blodglukosvärdena också innebar ett hälsosammare levnadssätt. I studien av Timm et al. (2019) sågs prediabetes som en varningsklocka för att implementera levnadsvaneförändringar. Deltagarna menade att förändringen blev enklare när det uppkom ett tillstånd som kräver förändring. En viljekraft och envishet gav individen styrka att vilja bryta de gamla vanorna. Vissa deltagare uttryckte att de varit medvetna om risken i många år, men att de inte gjort någonting för att förebygga prediabetes. Att få prediabetes ledde till bättre insikt om sitt riskbeteende och en ökad vilja att anpassa sin livsstil utifrån de nya förutsättningarna.

“Then I thought: Now I will change this totally. Now I will turn this and see if it helps. Then I started quite hard with a lot of vegetables and skipped all the grease. And after some time, I went for new tests, and they showed them to me, and there was nothing” (Timm et al., 2019, s. 11).

I studien av Kuo et al., (2013) framkom att en ökad medvetenhet om prediabetes utvecklade deras insikt om vad tillståndet innebär och de potentiella hoten mot deras hälsa. Att veta var de befann sig i sitt hälsotillstånd ökade deras insikt om levnadsvaneförändringar. Deltagarna såg på livet från ett helt annat perspektiv och var villiga att fortsätta med träning för sitt eget välmående. I studien framkom också att deltagarna försökte att integrera träning i sitt dagliga liv på olika sätt. Vissa deltagare anpassade deras fysiska aktivitet utifrån deras livsstil.

Att vara motiverad

Inre motivation hade stor betydelse för individens förmåga att genomföra levnadsvaneförändringar och utgjorde en viktig komponent för att inte återfalla till gamla vanor. Den inre kraften som bidrog till att deltagarna fortsatte med träning ansågs vara av stor betydelse för att bibehålla och sätta ett träningsmål med ändamål att hitta ett inre lugn (Kuo et al., 2013). Många deltagare ansåg att en framgångsfaktor för att kunna genomföra levnadsvaneförändringar var förståelsen och kunskapen om det egna ansvaret och vad de själva kunde påverka i sammanhanget (Lim et al., 2019). Deltagarna i studien av Lim et al. (2019) uttryckte att deras motivation till förändring ökade när de blev medvetna om kostens inverkan på deras hälsa. Ökad kunskap om livsstilsåtgärder ökade motivationen och därmed möjligheten och viljan att lyckas med levnadsvaneförändringar.

“I established a goal. I force myself to run three laps no matter how stragglish I feel... If I run today, I feel that I have paid attention to my health and I feel at peace” (Kuo et al., 2013, s. 1921).

Stöd från hälso- och sjukvården vid levnadsvaneförändringar

Det andra temat beskriver deltagarnas erfarenheter av stöd från hälso- och sjukvården vid levnadsvaneförändringar. Detta tema utgör en viktig del i individens kunskapsutveckling, hantering och behandling av prediabetes avseende levnadsvaneförändringar.

Att få anpassat stöd till sina egenvårdsbehov

I två studier framkom att stödet som deltagarna med prediabetes fick från primärvårdssjuksköterskan främjade levnadsvaneförändringar (Coppell et al., 2017; Abel, Whitehead & Coppell, 2018). Deltagarna beskrev sjuksköterskans stöd som givande, tydligt och betydelsefullt. De uppskattade möjligheten att proaktivt ta itu med deras prediabetes och den vård, uppmärksamhet och stöd som primärvårdssjuksköterskan gav. Samtalet med primärvårdssjuksköterskan ökade deras motivation till levnadsvaneförändring. Deltagarna uttryckte att det var svårt att sätta mål och att genomförandet av kostförändringar var tidskrävande. Kulturen kunde vara en försvårande faktor för att uppnå förändring eftersom kosten kan variera mycket mellan olika kulturer. De uttryckte att det var svårt att förändra tidigare kostvanor och att stöd av sjuksköterskan var viktigt för att kunna sätta realistiska och nåbara mål, vilket bidrog till att kunna genomföra förändringar inom kosten (Coppell et al.,

2017). Stödrelationen var av stor vikt när deltagarna försökte upprätthålla hälsosamma förändringar inom kosten. En tillitsfull relation och regelbunden kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal ansågs vara mycket motiverande. Flera av deltagarna var mycket tacksamma för stödet och uppmuntran från sjuksköterskorna och ansåg att kvaliteten på deras relation var av största betydelse (Abel, Whitehead & Coppel, 2018).

“That (setting achievable goals) was explained and there was a fair bit of time put into that... You know, especially around Maori or Polynesian people, food can be blessing and not a blessing. (Laughter). But it’s certainly hard to change things that you’ve done all your life. And I think the nurses that I had anyway were very helpful and supportive... [they] had good ideas” (Coppel et al., 2017, s. 9).

En studie från Nordamerika syftade till att studera kvinnors erfarenheter av ett webbaserat diabetespreventionsprogram. Programmet inkluderade ett webbaserat stöd med hjälp av en hälsocoach och kunde utföras individuellt eller i grupp, beroende på deltagarnas önskemål. Deltagarna upplevde att programmet var lätthanterligt, att det var lätt att integrera med deras vardagsliv samt att det var anpassat för deras hälsobehov. Nästan alla deltagare betonade programmets användarvänlighet. De behövde inte lämna hemmet samt att de uppskattade möjligheten till att kommunicera med andra via internet. Programmet sågs också som ett hjälpsamt verktyg för att kunna nå sina uppsatta mål. Deltagarna delade ansvarstagandet, vilket ökade motivationen att nå det dagliga målet och genomföra levnadsvaneförändringar (Moin et al., 2015).

“Knowing I didn’t have to leave out the house (sic); knowing I can participate with other people just via Internet, this was great. It was great doing [the programme]by Internet. You didn’t have to get up and go places all the time and do things and [could] keep... your own pace. The only thing I had to get up every morning and do is weight in. That’s not a problem so far” (Moin et al., 2015, s. 7).

Behov av att få tillräcklig information

I tre studier från Nordamerika framkom att deltagarna inte hade fått tillräcklig information kring levnadsvaneförändringar från sin primärvårdsgivare. Patienterna var informerade om att kostförändringar och ökad fysisk aktivitet utgör grundbehandlingen för att förhindra utveckling av typ 2 diabetes, men inte hur de skulle gå tillväga för att kunna genomföra dessa förändringar. Detta ledde till oro och en känsla av okunnighet (O’Brien et al., 2016; Roper, Thomas, Heironymus, Brock & Keck, 2019; Strachan, Bean & Jung, 2018).

Studien av O’Brien et al. (2016) visade att deltagarna var medvetna om att levnadsvaneförändringar skulle minska risken för diabetesutveckling, men informationen som de fick från sin primärvårdsgivare var otillräcklig för att kunna sätta igång på egen hand. Önskan om bättre kommunikation med vården gällande levnadsvaneförändringar uttrycktes av deltagarna i studien av Roper, Thomas, Heironymus, Brock och Keck (2019). Brist på hälsoinformation ansågs vara ett hinder för deras förebyggande åtgärder. De efterfrågade mer specifik och individanpassad information från hälso- och sjukvården, framförallt om kostförändringar och strategier för vikttnedgång.

“That’s something nobody tells you. What to eat. They tell you cut back on carbs. That really doesn’t say what you should eat” (Roper, Thomas, Heironymus, Brock & Keck, 2019, s. 309).

I studien av Strachan, Bean och Jung (2018) framkom det att kostförändring vid prediabetes i samband med ett annat befintligt hälsoproblem som kräver speciell kost väckte en känsla av oro. Att vara van att äta en speciell kost och undvika livsmedel som inte försämrade deltagarens tillstånd skapade en känsla av trygghet. Men om deltagaren saknade tillräcklig information om kostalternativ vid prediabetes skapades istället en känsla av otrygghet och rädsla.

Stöd från övrig omgivning vid levnadsvaneförändringar

Det tredje temat beskriver individens erfarenheter av stöd från övrig omgivning vid levnadsvaneförändringar. Att ha stöd från personer som finns runt om individen med prediabetes, t.ex. familjemedlemmar och vänner och se till individens socioekonomiska förutsättningar är viktigt för att personer med prediabetes ska kunna genomföra levnadsvaneförändringar.

Att uppleva stöd från familj och vänner

Flera deltagare uppgav att stödet från familjen och vännerna var ovärderligt (Abel, Whitehead & Coppell, 2018; Lim et al., 2019; Kuo et al., 2013). I två studier framkom att deltagarna uppmuntrades och motiverades av deras familj till att göra kostförändringar. Deltagarna var medvetna om deras sjukdom samt att kostförändring skulle påverka deras ohälsa. Familjens intresse av deltagarens hälsa och behov av kostförändringar sågs som hjälpsamt och stöttande. Några deltagare berättade att de fick hjälp av sina barn att ta till sig av information, om hur de kan läsa innehållsförteckningen och utifrån det avgöra vilken produkt som utgör ett hälsosamt val (Abel, Whitehead & Coppell, 2018; Lim et al., 2019). Studien av Kuo et al. (2013) visade att stöd från vänner bidrog till motivation att fortsätta med träning. Men om stödet avtog minskade deltagarens driftkraft, vilket kunde resultera i återfall till gamla vanor. Deltagarna beskrev att förutom det känslomässiga och motiverande stödet som de fick från familj och vänner fick de också ett rent praktiskt stöd genom hjälp med inköp och matlagning, upprepad påminnelse av att leva hälsosamt samt sällskap vid träning (Abel, Whitehead & Coppell, 2018; Lim et al., 2019; Kuo et al., 2013).

“My family, they all know so they are all very helpful. You know, they’ll say how are you going with your diabetes and so forth... They check to see how my diet is. My wife is very good. She’ll make sure that I have the good stuff, you know” (Abel, Whitehead & Coppell, 2018, s. 1696).

En del studier beskrev också att familj och vänner kunde utgöra ett hinder för genomförandet av levnadsvaneförändringar (Lim et al., 2019; Abel, Whitehouse & Coppell, 2018; Hindhede, 2014). I studien av Lim et al. (2019) uttryckte deltagarna att de inte hade någon kontroll över matvalet i hemmet. I flera fall var det deras partner som bestämde över inköp och matlagning. Att partnern inte förstod eller engagerade sig i vilken kost som rekommenderas vid prediabetes sågs som ett hinder och en försvårande faktor för genomförande av levnadsvaneförändringar.

“When I eat at home, I eat whatever my wife cooks, when I come home from work, the food is already cooked, so I just eat it. I also cannot control what she cooks, because at home she will decide what to buy and what to cook” (Lim et al., 2019, s. 11).

I några artiklar framkom att genomförandet av levnadsvaneförändringar kunde försvåras i sociala sammanhang (Abel, Whitehouse & Coppell, 2018; Hindhede, 2014). Brist på stöd och förståelse från vänner var ett stort hinder för deltagarna att inte kunna upprätthålla det nya

beteendet. För vissa deltagare var det en utmaning att hantera det sociala livet, t.ex. tyckte de att det var svårt att tacka nej när vänner bjöd på mat (Abel, Whitehouse & Coppell, 2018). I en annan artikel beskrev deltagarna en obehaglig känsla av gruppträck från sina vänner som försvårade deras försök att gå ner i vikt (Hindhede, 2014).

“Instead, last summer we went bike riding with our friends – 30 to 40 km. There is peer pressure involved, you know [...] it was not pleasurable at all. My bottom hurt afterwards [...] When we are with friends, they don't accept a 'no', so you end up drinking that beer, It's hard to lose weight” (Hindhede, 2014, s. 610).

Att ha ekonomiska förutsättningar och få stöd från samhället

Ett hinder för att genomföra levnadsvaneförändringar var ekonomiska skäl. I studien av Coppell et al. (2017) beskrev deltagarna att deras ekonomiska situation gjorde det svårt att hålla sig till rekommenderad kost. Rekommendationerna ansågsorealistiska för människor med begränsad ekonomi, då hälsosamma livsmedel beskrevs som för dyra och att de behövde anpassa inköpen av mat efter vad de hade råd med. Deltagarna i studien av Abel, Whitehouse och Coppell (2018) betonade att de var medvetna om att kosten utgör en nyckelfaktor för att inte få typ 2 diabetes. För att en kostförändring ska kunna påbörjas krävs det att det tas hänsyn till individens hela livssituation. En dålig ekonomi utgjorde ett hinder i detta försök.

“Look, the barrier to those goal settings is budget, you know... So when you see on TV people saying they're eating unhealthily, what they're doing, what we're doing is we're eating to a budget planned to survive for the week.... So don't go telling poor people, you're going to get diabetes if you eat this and this and this, so we want you to eat this food, but it's too expensive for you to buy, you know” (Coppell et al, 2017 s. 10).

I vissa studier framkom att influenser från olika delar av samhället kan utgöra stöd vid levnadsvaneförändringar vid prediabetes (Lim et al., 2019; Kuo et al., 2013). I studien av Lim et al. (2019) beskrev deltagarna viktig information som de fick från olika TV-program, vilket fungerade som inspiration, stöttning och utbildning. I studien av Kuo et al. (2013) framkom att information och förebilder från media kan vara en faktor som stimulerar personens försök till levnadsvaneförändringar. En deltagare uppgav att hen blev motiverad till träning när hen läste tidningar som hänvisade till träningsprogram för bättre hälsa.

“Recently, I have read magazines which say that engaging in exercise can help people regain their health. Therefore, I decided to exercise...Afterwards, I saw a very strong security guard who is a weightlifter. I feel motivated every time I see him” (Kuo et al., 2013 s. 1920).

Diskussion

Metoddiskussion

För utformning av examensarbetet och för att besvara dess syfte användes en systematisk litteraturoversikt. Målet var att få en övergripande bild av hur levnadsvaneförändringar vid prediabetes beskrivs ur personens perspektiv. Eftersom författarna inte har tidigare erfarenheter av litteraturoversikt, användes två litteraturkällor som guide under arbetets gång (Bettany –

Saltikov och Mcsherry 2016; SBU, 2012). Strävan var att utforma arbetet på ett strukturerat och tydligt sätt samt att säkerställa reproducerbarheten och arbetets kvalitet.

I linje med arbetets syfte avgjordes från början vilka vetenskapliga artiklar som var lämpliga för att samla in relevant data. Modellen PEO (population, exposure, outcome) styrde urvalskriterierna och sökningen i vårt examensarbete. Denna modell används när författarna är intresserade av att identifiera personers erfarenheter och enligt Bettany – Saltikov och Mcsherry (2016) bör denna modell inkluderas och rapporteras innan arbetets gång. En styrka med arbetet var att författarna inkluderade empiriska studier med kvalitativ ansats för att besvara arbetets syfte. I de tre studier, vilka hade använt sig av mixad metod (Coppell et al, 2017; Lim et al., 2019; Roper, Thomas, Heironymus, Brock & Keck, 2019), analyserade författarna endast den kvalitativa delen. Detta skulle också kunna ses som en svaghet, då data som skulle kunna vara av betydelse från den kvantitativa delen förbisågs.

För att syftet skulle besvaras var det av stor betydelse att alla artiklar var inriktade på prediabetes och levnadsvaneförändringar. Flera av de inkluderade artiklarna hade typ 2 diabetes och graviditetsdiabetes som exklusionskriterier. De artiklar som inkluderades i arbetet var publicerade mellan 2010–2020 eftersom forskningen inom hälso- och sjukvården är under ständig utveckling.

Författarna som utförde detta examensarbete är båda specialistsjuksköterskestudenter vid Göteborgs Universitet. Båda två har under sina pågående studier använt sig av olika databaser, och är bekanta med bibliografiska databaser sedan tidigare. Som informationskälla använde författarna i första hand PubMed och CINAHL som bägge två innehåller omvårdnadsrelaterade artiklar (Bettany – Saltikov och Mcsherry 2016). Eftersom ett par relevanta artiklar till examensarbetet krävde prenumeration i dessa två databaser gjorde författarna ytterligare en sökning i PsycINFO med samma sökord, där artiklarna gick att läsa i full text. En svårighet som författarna upplevde var valen av sökord för att kunna få så många relevanta träffar som möjligt, varför vi inte med säkerhet kan säga att alla relevanta artiklar fångades upp. En bidragande faktor som försvårade detta var arbetets begränsning vad gäller omfattning och tid.

Samtliga artiklar var peer reviewed, deltagarna hade lämnat informerat samtycke och studierna hade etiskt godkännande från respektive land. De inkluderade artiklarna kvalitetsgranskades enligt SBU:s granskningsmall anpassad för patientupplevelser. Utifrån mallen bedömdes sex artiklar vara av hög kvalitet och fyra av medelhög kvalitet. Författarna granskade samtliga artiklar oberoende av varandra och jämförde sedan sina granskningar för att stärka reliabiliteten. Ett syfte med kvalitetsgranskningen av artiklarna var att bedöma om resultatet hade påverkats av bias (SBU, 2012).

De vetenskapliga artiklarna som användes i resultatet var utförda i Nordamerika, Europa, Oceanien och Asien, vilket medverkat till den breda bilden som önskades. Detta ger oss insikt i skillnader mellan sjukvårdssystemet, samhällsekonomin och sociala aspekter i de olika länderna. På grund av skillnader som finns mellan olika länder vad gäller samhällsekonomiska

faktorer eller sjukvårdssystem är det möjligt att resultaten från de olika studierna inte är direkt överförbara till den svenska hälso- och sjukvården.

Författarna har sedan tidigare ingen klinisk erfarenhet av att arbeta med prediabetes. Vår kunskap om prediabetes har ökat under magisterutbildningen och vi har erfarenhet av att söka artiklar i ämnet. Vi anser att vi hade en viss förförståelse, relaterat till tidigare artiklar som vi har läst under utbildningen och från föreläsningar och seminarier. Av denna anledning har vi försökt att vara medvetna om vår egen förförståelse i förhållande till dataanalysen och resultatet, och försökt läsa artiklarna med ett öppet sinne. En styrka med examensarbetet är att den är gjort av två författare och att författarna har diskuterat och reflekterat över förförståelsen.

Resultatdiskussion

Syftet med examensarbetet var att beskriva personers erfarenheter av att genomföra levnadsvaneförändringar vid prediabetes och den teoretiska utgångspunkten var Orem's egenvårdsteori. Resultatet baserades på tio vetenskapliga artiklar och dataanalysen genererade tre teman med tillhörande underteman, vilket ger en övergripande bild av levnadsvaneförändringar vid prediabetes ur personens perspektiv.

Att få prediabetes tycktes ha avgörande betydelse för att deltagarna ska genomföra hälsosamma levnadsvaneförändringar med syfte att bevara hälsa. En ökad medvetenhet om hälsotillståndet stärkte insikten och förståelsen av ett riskbeteende, vilket ökade viljan att anpassa sin livsstil utifrån de nya förutsättningarna. Inre motivation ansågs också vara en komponent som ökade viljan till levnadsvaneförändringar (Hindhede, 2014; Timm et al., 2019; Kuo et al., 2013; Lim et al., 2019). Ett nytt patologiskt tillstånd ökar behovet av egenvård för att personen ska kunna bevara hälsa och må bra. Orem (1991) beskriver egenvård som en medveten och målinriktad handling som varje människa aktivt väljer att utföra. Enligt Selanders, Schmieding och Hartweg, (1995) definierar Orem egenvårdskapacitet som en inlärd förmåga eller kraft att utöva egenvård med ändamål att befrämja liv, hälsa och välbefinnande. För att individen ska kunna utföra egenvårdsåtgärder måste hen ha förmågan att fastställa vilka behov som behöver tillgodoses för att reglera dennes hälsotillstånd, och ha kunskap om dess betydelse för bevarandet av liv, hälsa och välbefinnande. Förmågan att inhämta information för att kunna bedöma och besluta vad som behöver göras är en förutsättning för att praktiskt kunna utföra egenvårdsaktiviteter som är nödvändiga för att tillgodose specifika egenvårdsbehov. Motivation att utöva egenvård är en viktig faktor för att individen ska agera.

Stödet från hälso- och sjukvården har stor betydelse i personens försök att genomföra levnadsvaneförändringar. I studierna framkom skiftande erfarenheter hos personer som fått stöd från hälso- och sjukvården. Att få vård, uppmärksamhet och stöd från diabetessjuksköterskan ansågs vara av stor vikt för deltagarna för att kunna ta itu med sin prediabetes. De beskrev att sjuksköterskor som hade ett individanpassat arbetssätt främjade deras genomförande av levnadsvaneförändringar och att nå uppsatta mål. Även webbaserade stöd kan användas som ett motiverande verktyg (Coppel et al., 2017; Abel Whitehead & Coppel, 2018; Moin et al.,

2015). Diabetessjuksköterskan har en avgörande roll i egenvården genom att stödja, utbilda och motivera personen till levnadsvaneförändringar. Vid en ny sjukdom uppstår brister som försvårar för personen att bedriva en adekvat egenvård. Diabetessjuksköterskans kunskaper, i relation till att det är hen som tillsammans med personen identifierar dennes egenvårdsbrister och individuella behov, är viktiga för att främja personens egenvårdsförmåga. Renpenning och Taylor (2003) tolkar i Orem's teori att en tillitsfull relation och regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården skapar motivation och en hälsofrämjande miljö för individens terapeutiska utveckling när hen ska tillägna sig nya kunskaper för att klara sin egenvård. Författarna anser att webbaserat stöd också kan utgöra ett värdefullt komplement i personens egenvård och att det är något som bör erbjudas mer inom vården, för de personer och i de situationer det passar. Vikten av att förmedla kunskap, utbilda och stödja betonas även i generiska modellen som SFSD har tagit fram för diabetessjuksköterskor som arbetar med levnadsvaneförändringar vid prediabetes (Svensk sjuksköterskeförening & SFSD, 2017).

Några deltagare beskrev hur viktigt det var att få mer individanpassad hälsoinformation kring levnadsvaneförändringar vid prediabetes. Att endast få råd om att minska måltiderna och börja träna var otillräckligt för att kunna påbörja levnadsvaneförändringar. Individanpassad hälsoinformation utifrån personens behov och situation ansågs brista i hälso- och sjukvården (O'Brien et al., 2016; Roper, Thomas, Heironymus, Brock & Keck, 2019). Detta sågs även i studien av Strachan et al. (2018) där otillräcklig information ledde till oro relaterat till andra samtidiga sjukdomar som redan krävde speciell kost. När personen inte får det stöd som hen förväntat sig skapas en otrygghetskänsla hos personen och hen känner sig utsatt. Brist på trygghet i mötet med vårdpersonalen ökar personens osäkerhet, vilket kan leda till att personen undviker att ta upp det hen egentligen önskar samtala om (Willman & Gustafsson, 2015).

Orem (1991) beskriver att brist på egenvård uppstår när personens egenvårdskapacitet inte räcker till för att tillgodose sina behov och fatta beslut som är avgörande för sin hälsa, vilket ökar behovet av den professionella vården. För att få en helhetsbild över personens behov är det av stor vikt att sjukvårdspersonalen lyssnar på denne. Diabetessjuksköterskans omvårdnadskapacitet har stor betydelse för att det är hen som tillsammans med personen identifierar resurser och ser behovet hos personen i syfte att underlätta adaptationen av nya levnadsvanor. När det föreligger en obalans utformar diabetessjuksköterskan en omvårdnadsplan ihop med personen och/eller närstående, vilken har som mål att underlätta för personen att nå uppsatta mål (Selanders, Schmieding & Hartweg, 1995). Chen, Hung och Chen (2017) påpekar att planen bör vara både praktisk och realistisk för att genomförandet av en levnadsvaneförändring ska vara framgångsrikt.

Utifrån resultatet framkom att omgivningen har ett stort inflytande över det dagliga stödet för individer med prediabetes. Familj och vänners engagemang att stötta individen till kostförändring och ökad fysisk aktivitet var en bidragande faktor till att lyckas. Stödet beskrevs som positivt, både känslomässigt och praktiskt. Samtidigt framkom i artiklarna att familj och vänner kan utgöra ett hinder i individens försök till levnadsvaneförändringar. Brister i förståelse och avsaknad av stöd från partnern som skötte inköp och matlagning, utan att ta hänsyn till vad

som är bra för individens hälsa ansågs vara en faktor som försvårade genomförandet av levnadsvaneförändringar. En annan utmaning som deltagarna beskrev var det sociala livet, då de upplevde att det var svårt att tacka nej till viss mat och dryck, vilket också kopplades till grupstryck (Lim et al., 2019; Abel, Whitehouse & Coppel, 2018; Kuo et al., 2013; Hindhede, 2014). Chen, Wang och Hung (2015) beskriver att det är viktigt för hälso- och sjukvårdspersonalen att få en övergripande bild av individens sociala stöd för att reda på om det påverkar individens hälsofrämjande beteende. För att hälso- och sjukvårdens diabetesinterventioner ska vara effektiva bör personalen skapa sig en omfattande förståelse för personliga och miljömässiga faktorer som kan påverka individens utövande av ett hälsosamt beteende. En levnadsvaneförändring är ett mål som ställer krav på diabetessjuksköterskans kvalificerade förmågor som t.ex. att uppmärksamma risksituationer på personens förändringsresa (Willman och Gustafsson, 2015). Det är diabetessjuksköterskans uppgift att identifiera, stödja och förstärka de resurser som finns hos personen (Ekman et al., 2011). Willman och Gustafsson (2015) beskriver att yttre miljöomständigheter, såsom hemmiljö som stödjer individen till levnadsvaneförändringar och ett väl fungerande socialt nätverk underlättar individens levnadsvaneförändringar. Författarna anser att närstående utgör en viktig resurs som kan hjälpa till att stötta individen till levnadsvaneförändringar och vilka bör erbjudas att delta i besök inom hälso- och sjukvården. En förutsättning för att det ska vara meningsfullt är att den som sköter inköp och matlagning ska få information om lämpliga kostvanor.

En annan viktig faktor att ta hänsyn till för att kunna genomföra levnadsvaneförändringar var individens ekonomiska förutsättningar. Hälso- och sjukvårdens rekommendationer sågs som orealistiska när inkomsten var begränsad till de nödvändiga livsmedlen för familjen. Trots risken för utveckling av typ 2 diabetes såg deltagarna inga andra alternativ än att välja den kost som de hade råd med (Coppel et al., 2017; Abel, Whitehead & Coppel, 2018). Författarna anser att hälso- och sjukvårdspersonalen bör vara mer medveten om personens livsförhållande. Vården bör vara mer individanpassad och inriktad mot personens möjligheter samt erbjuda stöttning i så stor utsträckning som möjligt. Socialstyrelsens (2018a) nationella riktlinjer för diabetesvård lyfter fram betydelsen av det multiprofessionella teamet, där kuratorn utifrån individens ekonomiska förutsättningar kan erbjuda stöd för särskilda utgifter.

Vissa studier påvisade att samhället hade ett positivt inflytande i individens levnadsvaneförändringar. Olika TV-program och information från media fungerade som inspiration, stöttning och utbildning för att genomföra levnadsvaneförändringar (Lim et al., 2019; Kuo et al., 2013). Författarna anser att information från media som är inriktad mot en hälsosammare livsstil kan påverka vuxnas hälsobeteende och utgöra en motivationskälla till ett hälsosammare levnadssätt. Tillgången till hälsoinformation och olika träningsprogram ökar. Integrationen med andra människor via internet kan också utgöra en gynnsam faktor genom att utbyta kunskap och erfarenheter samt stödja varandra i levnadsvaneförändringar (Willman & Gustafsson, 2015).

Resultatet visade att det var betydelsefullt för deltagarna att få kännedom om deras tillstånd för att kunna ta ställning till vilka levnadsvaneförändringar som behövde göras (Hindhede, 2014;

Timm et al., 2019; Kuo et al., 2013; Lim et al., 2019). Stöd i form av information och utbildning utgör basen i vård och behandling av prediabetes och utgör viktiga komponenter för att individen ska öka sin egenvårdskapacitet och därmed sin förmåga att utöva egenvård. Sjuksköterskor som tillämpade ett individanpassat arbetssätt upplevdes vara av stor vikt för att kunna genomföra förändringar (Coppel et al., 2017; Abel Whitehead & Coppel, 2018). I en del studier framkom att deltagarna fick otillräcklig information och utbildning gällande levnadsvaneförändring. Brist på individanpassad hälsoinformation utgjorde ett hinder för att kunna påverka sitt hälsotillstånd (O'Brien et al., 2016; Roper, Thomas, Heironymus, Brock & Keck, 2019; Strachan, Bean & Jung, 2018). Detta tyder på att det finns ett behov av pedagogisk kompetensutveckling för att diabetessjuksköterskan på bästa sätt ska kunna bemöta personens behov.

Det är viktigt för diabetessjuksköterskan att skapa sig en helhetsbild av individens förutsättningar, resurser och behov genom att lyssna in personens berättelse, vilket är utgångspunkten för en personcentrerad vård (Ekman et al. 2011), och för att kunna ge adekvat stöd vid levnadsvaneförändringar samt att identifiera faktorer som försvårar dess implementering. Individens socioekonomiska position, sociala liv, egenvårdskapacitet och motivation är delar som bör beaktas av diabetessjuksköterskan. Personcentrerad vård betonar betydelsen av ett partnerskap mellan hälso- och sjukvårdspersonal, personen och vid önskemål närstående för att uppnå gemensamt överenskomna mål. Kommunikationen i vårdrelationen innebär ett ömsesidigt utbyte av erfarenheter, där alla parter lär sig av varandra, vilket främjar ett samskapande av vård och behandling (Ekman et al., 2011). Arbetet med levnadsvaneförändringar sker genom att diabetessjuksköterskan skapar stöd i dialogen och utgår från personens egen erfarenhet av levnadsvanor samt dennes egen motivation till förändring. Utbildning och information i sig räcker oftast inte till för att personen ska genomföra levnadsvaneförändringar. Det är viktigt att diabetessjuksköterskan använder sig av motivationshöjande verktyg så som MI för att stödja personen till att stärka sitt självförtroende och egenkraft för att genomföra levnadsvaneförändringar. MI betonar personens delaktighet i arbetet med prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor i syfte att förstärka hens förmåga och vilja att ta ansvar för sin hälsa (Efraimsson & Söderkvist, 2018). Ett personcentrerat arbetssätt och kontinuitet understödjer en vårdrelation som kännetecknas av ett ömsesidigt förtroende, vilket bidrar till att personen blir en aktiv partner i planering och beslut av sin egen vård och behandling.

Slutsats

Diabetes typ 2 är en långvarig sjukdom som kan leda till allvarliga sjukdomar. Personer som drabbas av prediabetes och därmed av en ökad risk att utveckla typ 2 diabetes kan efterfråga ett individanpassat stöd och hälsoinformation för att förhindra eller fördröja dess utveckling. Att deltagarna fick reda på att de hade prediabetes beskrevs av deltagarna som värdefullt och avgörande för att kunna implementera levnadsvaneförändringar. Inre motivation, medvetenhet om sitt hälsotillstånd och egenvårdskapacitet ökar sannolikheten för en bättre

egenvård och därmed bättre levnadsvanor. Strukturerad uppföljning, stöd, utbildning och kontinuitet från hälso- och sjukvården är viktigt liksom att ta hänsyn till individens sociala nätverk (familj, vänner). Omgivningen kan utgöra både hinder och stöd vid implementering av hälsosammare levnadsvanor. I resultatet framkom också att det finns brister i hälso- och sjukvårdens insatser och att vården ibland inte motsvarar personens förväntningar. Att skapa sig en helhetsbild av personens livssituation genom att lyssna på hens berättelse möjliggör för diabetessjuksköterskan att kunna anpassa vården utifrån personens förutsättningar, resurser och behov och till att stödja personer med prediabetes till att genomföra levnadsvaneförändringar.

Implikation

Den breda bilden av erfarenheter att genomföra levnadsvaneförändringar vid prediabetes är viktig, inte bara för blivande diabetessjuksköterskor men även för sjuksköterskor inom diabetesvården för att skapa kunskap och förståelse om personers upplevelse av prediabetes. Att diabetessjuksköterskor ser till varje persons livssituation är viktigt för att de på bästa sätt ska kunna stödja personer med prediabetes till att genomföra levnadsvaneförändringar. Personens socioekonomiska ställning, sociala stöd och egenvårdkapacitet/ egenvårdbehov bör uppmärksammas av hälso- och sjukvårdspersonalen för att diabetesvården ska kunna bedrivas med säkerhet. När det gäller levnadsvaneförändringar vid prediabetes är det angeläget att lyfta fram den modell som diabetessjuksköterskor bör arbeta med (Svensk sjuksköterskeförening & SFSD, 2017). Utbildning och stöd är viktigt för att individen ska utföra egenvård och lyckas med levnadsvaneförändringar.

Relaterat till det ökande antalet fall av personer med prediabetes är fortsatt forskning inom området prediabetes angeläget. Befintlig forskning belyser deltagarnas erfarenheter av att genomföra levnadsvaneförändringar vid prediabetes och vissa deltagare upplevde att vården inte bedrevs i enlighet med deras förväntningar. Förslagsvis, skulle framtida forskning fokusera på om den brist på stöd och information från hälso- och sjukvården som många deltagare upplevde kan relateras till kunskap- eller pedagogisk kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonalen, eller huruvida orsakerna är andra.

Referenslista

- Abel, S., Whitehead, L. C., & Coppel, K. J. (2018). Making dietary changes following a diagnosis of prediabetes: a qualitative exploration of barriers and facilitators. *Diabetic medicine*, 35 (12), 1693- 1699. DOI: 10.1111/dme.13796
- Agardh, C.D., & Berne, C. (Red.). (2009). *Diabetes*. Stockholm: Liber
- Artese, A., Stamford, B. A., & Moffatt, R. J. (2017). Cigarette Smoking: An Accessory to the Development of Insulin Resistance. *American journal of lifestyle medicine*, 13(6), 602–605. <https://doi.org/10.1177/1559827617726516>
- Bettany-Saltikov, J., & Mcsherry, R. (2016). *How to do a systematic literature in nursing. A step- by- step guide*. London: Open University Press.
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2018). *Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer*. Hämtad 2020-12-03 från <https://www.folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/alkoholkonsumtion-och-risknivaer-rapport-2018.1.pdf>
- Chen, M.-F., Hung, S.-L., & Chen, S.-L. (2017). Empowerment Program for People With Prediabetes: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nursing Research*, 25(2), 99-111. doi: 10.1097/JNR.0000000000000193
- Chen, M.-F., Wang, R.-H., & Hung, S.-L. (2015). Predicting health-promoting self-care behaviors in people with pre-diabetes by applying Bandura social learning theory. *Applied Nursing Research*, 28(4), 299-304. doi: 10.1016/j.apnr.2015.01.001
- Chen, Z., Wa, S., Huang, J., Yuan, J., Chen, H., & Chen, Y. (2019). Metabolic syndrome increases cardiovascular risk in a population with prediabetes: A prospective study in a cohort of Chinese adults. *Journal of Diabetes Investigation*, 10(3), 673-679. doi: 10.1111/jdi.12958
- Coppel, K. J., Abel, S. L., Freer, T., Gray, A., Sharp, K., Norton, ... Whitehead, L. C. (2017). The effectiveness of a primary care nursing-led dietary intervention for prediabetes: a mixed methods pilot study. *BMC family practice*, 18(1), 106. doi.org/10.1186/s12875-017-0671-8
- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet- vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.

- Diabetesförbundet. (2016). *Tablettbehandling*. Hämtad 2020-12-01 från <https://www.diabetes.se/diabetes/leva/behandling/metoder/typ-2-diabetes/tablett/>
- Edwall, L. L., Danielson, E., & Öhrn, I. (2010). The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 341–348. <https://doi.org/proxy.lnu.se/10.1111/j.1471-6712.2009.00726.x>
- Efrainsson, E. Ö. & Söderkvist, B. K. (2018). Motiverande samtal. I U. B. K. Söderkvist, Å. Kneck (Red.), *Patientundervisning- Ett samspel för lärande*. (s. 219–238). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.-E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Fysisk aktivitet- rekommendationer*. Hämtad 2020-11-21 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet--rekommendationer/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Geiss, L.S., Jamed, C., Gregg, E.W., Albright, A., Williamson, D.F., & Cowie, C.C. (2010). Diabetes Risk Reduction Behaviors Among U.S. Adults with Prediabetes. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(4), 403-409. doi: 10.1016/j.amepre.2009.12.029
- Gillies, C. L., Abrams, K. R., Lambert P. C., Cooper, N. J., Sutton A. J., Hsu, R. T., ... Khunti, K. (2007). Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 10. doi: 10.1136/bmj.39063.689375.55
- Grundby, S. M. (2012). Pre-Diabetes, Metabolic Syndrome, and Cardiovascular Risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 59(7), 635-643. doi.org/10.1016/j.jacc.2011.08.080
- Hellénus, M. L., & Rauramaa, R. (2007, december). Metabola syndromet hotar folkhälsan- Ökad fysisk aktivitet bästa boten. *Läkartidningen*, 104(51–52). Hämtad 2020-11-10 från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2007/12/metabola-syndromet-hotar-folkhalsan/>

- Hindhede, A. L. (2014). Prediabetic categorization: the making of a new person. *Health, Risk & Society*, 16, 600-614. doi.org/10.1080/13698575.2014.969688
- Hofling, K. (2012). Prediabetes. I U. K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s. 249–263). Lund: Studentlitteratur.
- Insulander, L., & Björvell, H. (2018). Patient empowerment- ett förhållningssätt i mötet med patienten för att nå personcentrering. I U. B. K. Söderkvist, Å. Kneck (Red.), *Patientundervisning Ett samspel för lärande* (s.139–163). Lund: Studentlitteratur.
- Kerrison, G., Gillis, R. B., Jiwani, S. I., Alzahrani, Q., Kok, S., Harding, S. E., ... Adams, G. G. (2017). The Effectiveness of Lifestyle Adaptation for the Prevention of Prediabetes in Adults: A Systematic Review. *Journal of Diabetes Research*, 2017, 8493145. doi.org/10.1155/2017/8493145
- Khan, R. M. M., Chua, Z.J.Y., Tan, J. C., Yang, Y., Liao, Z., & Zhao, Y. (2019). From Pre-Diabetes to Diabetes: Diagnosis, Treatments and Translational Research. *Medicina* 55(9), 546. doi: 10.3390/medicina55090546
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I U. M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.69–92). Lund: Studentlitteratur.
- Kneck, Å. (2018). Lärandet i livet med långvarig sjukdom. I U. B.K. Söderkvist, Å. Kneck (Red.), *Patientundervisning Ett samspel för lärande* (s.23–43). Lund: Studentlitteratur.
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., ... Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England journal of medicine*, 346(6), 393–403. doi:10.1056/NEJMoa012512
- Kuo, Y. L., Wu, S. C., Hayter, M., Hsu, W. L., Chang, M., Huang, S-F., ... Chang, S. C. (2013). Exercise engagement in people with prediabetes- a qualitative study. *Journal of clinical nursing* 23(13-14), 1916-1926. Doi: 10.1111/jocn.12424
- Lee, A. M., Fermin, C. R., Filipp, S. L., Gurka, M. J., & DeBoer, M. D. (2017). Examining Trends in Prediabetes and its Relationship with the Metabolic Syndrome in U.S. Adolescents, 1999–2014. *HHS Public Access*, 54(4), 373–381. doi: 10.1007/s00592-016-0958-6
- Lim, R., Wee, W. K., For, W. C., Ananthanarayanan, J. A., Soh, Y. H., Goh, L., ... Wong, M. L. (2019). Correlates, Facilitators and Barriers of Healthy Eating Among Primary Care

Patients with Prediabetes in Singapore-A Mixed Methods Approach. *Nutrients*, 11(5), 1014. <https://doi.org/10.3390/nu11051014>

Läkemedelsboken. (2018). *Diabetes Mellitus*. Hämtad 2020-12-01 från https://lakemedelsboken.se/kapitel/endokrinologi/diabetes_mellitus.html#Behandling-av-typ-2-diabetes

Matshipi, M., Monyeki, K. D., & Kemper, H. (2017). The Relationship between Physical Activity and Plasma Glucose Level amongst Ellisras Rural Young Adult Males and Females: Ellisras Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(2), 198. doi: 10.3390/ijerph14020198

Moin, T., Ertl, K., Schneider, J., Vasti, E., Makki, F., Richardson, C., ... Damschroder, L. (2015). Women veterans' experience with a web-based diabetes prevention program: a qualitative study to inform future practice. *Journal of medical Internet research*, 17(5), e127. <https://doi.org/10.2196/jmir.4332>

Mulder, H. (2017). *Diabetes mellitus- ett metabolt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Nazir, M. A., AlGhambi, L., AlKadi, M., AlBejan, N., AlRashoudi, L., & AlHussan, M. (2018). The burden of Diabetes, Its Oral Complications and Their Prevention and Management. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(8), 1545-1553. doi:10.3889/oamjms.2018.294

Orem, D. E. (1991). *Nursing- Concepts of practice*. St. Louis: Mosby Year Book

O'Brien, M. J., Moran, M. R., Tang, J. W., Vargas, M. C., Talen, M., Zimmermann, L. J., ... Kandula, N. R. (2016). Patient Perceptions About Prediabetes and Preferences for Diabetes Prevention. *The Diabetes educator*, 42(6), 667–677. <https://doi.org/10.1177/0145721716666678>

Rariden, C. (2019). Prediabetes: A wake-up call. *Nursing*, (49)4, 38-44. doi: 10.1097/01.NURSE.0000554281.77374.c9

Renpenning, M.K. & Taylor, G.S. (Red.). (2003). *Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publications.

Roper, K. L., Thomas, A. R., Hieronymus, L., Brock, A., & Keck, J. (2019). Patient and Clinician Perceptions of Prediabetes: A Mixed-Methods Primary Care Study. *The Diabetes Educator*, 45(3), 302–314. doi: 10.1177/0145721719845347

Selanders, L.C., Schmieding, N.J. & Hartweg, D.L. (Red.). (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier IV*. Lund: Studentlitteratur.

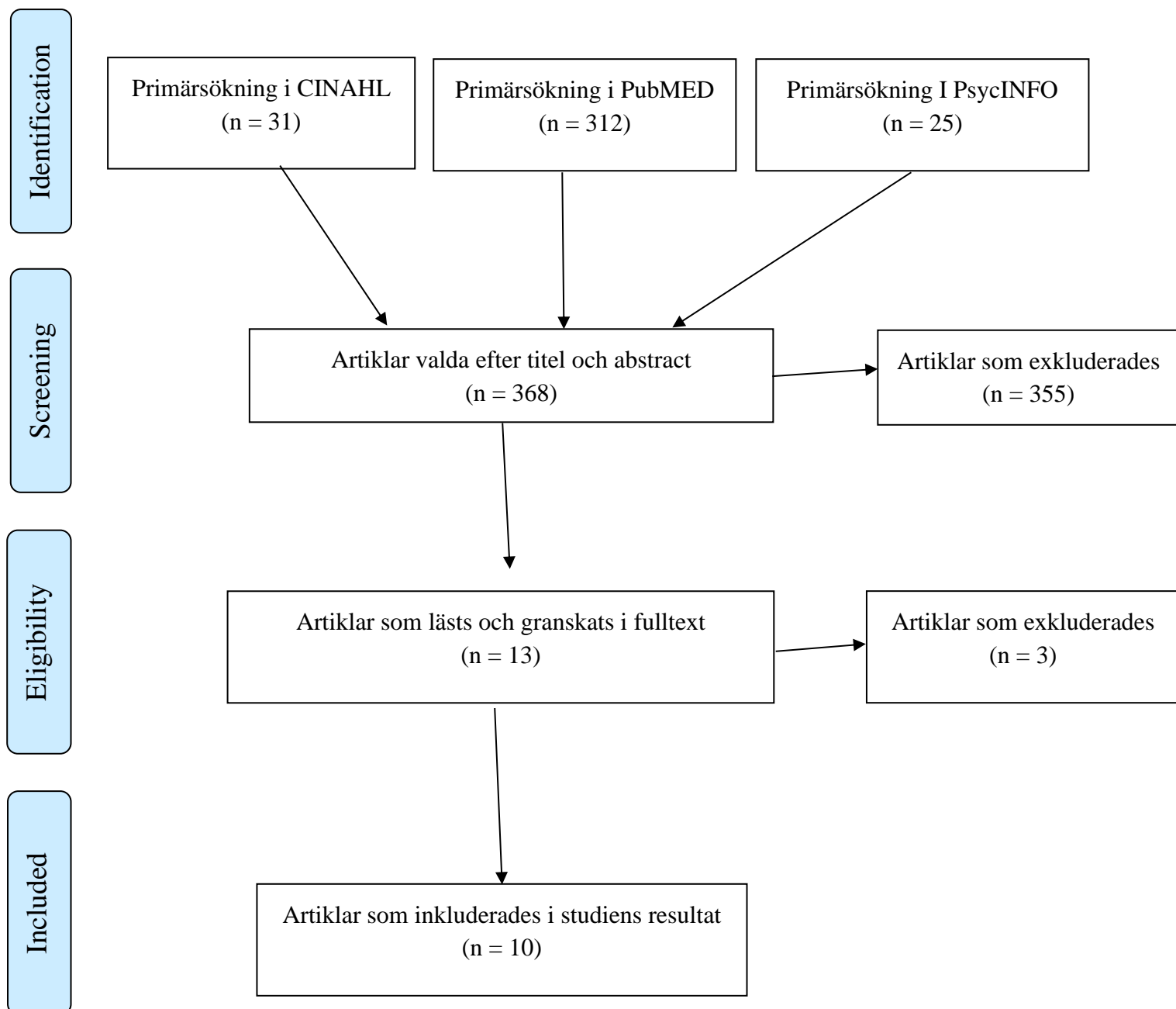
- SBU (2012). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Stockholm: SBU.
- Shen, Z., Cao, J. Y., Pang, Y.C., Xu, H.C., Chen, J. W., Yuan, J. H., ... Dong, J. (2019). Effects of Lifestyle Modification and Anti-diabetic Medicine on Prediabetes Progress: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 10, 455. doi.org/10.3389/fendo.2019.00455
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartement.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartement.
- Socialstyrelsen. (2009). *Senaste version av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtad 2020-11-26 från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20096-om-bedomningen-av-om-en-halso--och-sjukvardsatgard-kan-utforas-som-egenvard/>
- Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes - en vägledning till hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018a). *Nationella riktlinjer för diabetesvård: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018b). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Strachan, S. M., Bean, C., & Jung, M. E. (2018). 'I'm on the train and I can't stop it': Western Canadians reactions to prediabetes and the roll of self-compassion. *Health and Social Care Community*, 26(6), 979–987. Doi: 10.1111/hsc.12628
- Svensk sjuksköterskeförening & Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård. (2017). *Diabetessjuksköterskan/ distriktssköterskans roll och arbete med levnadsvaneförändringar vid prediabetes*. Hämtad 2021-01-20 från <https://www.swenurse.se/download/18.2fc9efe517466060103e226e/1599648940978/Levnadsvanef%C3%B6r%C3%A4ndringar%20vid%20prediabetes.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening & Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård. (2018). *Levnadsvanor vid prediabetes*. Hämtad 2020-12-03 från <https://beta.swenurse.se/download/18.2fc9efe517466060103e12a7/1599648154028/Levnadsvanor%20vid%20prediabetes.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Ohälsosamma levnadsvanor, framgångsfaktorer för prevention och behandling*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad 2020-11-11 från <https://webbutik.skr.se/bilder/artiklar/pdf/7585-684-1.pdf>

- Sörman, E. (2012). Diabetessjuksköterskan. I U. K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s. 59–66). Lund: Studentlitteratur.
- Timm, L., Daivadanam, M., Lager, A., Forsberg, B., Östenson, C. G., Mölsted Alvesson, H. (2019). "I Did Not Believe You Could Get Better"-Reversal of Diabetes Risk Through Dietary Changes in Older Persons with Prediabetes in Region Stockholm. *Nutrients*, *11*(11), 2658. <https://doi.org/10.3390/nu11112658>
- Uusitupa, M., Khan, T., Viguioliouk, E., Kahleova, H., Rivillese, A., Hermansen, K., ... Sievenpiper, J. L. (2019). Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, *11*(11), 2611. doi:10.3390/nu11112611
- Vårdgivarguiden. (2020). *Fysisk aktivitet*. Hämtad 2020-11-21 från <https://vardgivarguiden.se/kunskapsstod/halsoframjande-arbete/levnadsvanor/fysisk-aktivitet/>
- Willman, A., & Gustafsson, B. (2015). *Hälsofrämjande omvårdnad- bekräftande vägledning för att skapa sin egen hälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.
- World Health Organization. (2006). *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2018). *Alcohol*. Hämtad 2020-12-03 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- World Health Organization. (2019). *Classification of diabetes mellitus*. Geneva: World Health Organisation
- Wu, W. C., Lin, P. C., Hung, C. C., Lin, H. H., Cheng, C. M., Lee, C. Y., ... Wu, M. T. (2015). Clinical risk factors of prediabetes in Taiwanese women without substance uses (tobacco, alcohol, or areca nut). *Journal of the Formosan Medical Association*, *114*(12), 1233-1239. doi: 10.1016/j.jfma.2014.10.007
- Zhang, S., Liu, Y., Wang, G., Xiao, X., Gang, X., Li, F., ... Wang, G. (2016). The Relationship between Alcohol Consumption and Incidence of Glucometabolic Abnormality in Middle-Aged and Elderly Chinese Men. *International journal of endocrinology*, *2016*. <https://doi.org/10.1155/2016/1983702>

Bilagor



Bilaga 1-Flödesdiagram *PRISMA*



Bilaga 2-Söktabell

Databas & Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Valda artiklar
Cinahl 2020/12/02	Prediabetes OR prediabetic state AND lifestyle change OR life style change	Peer reviewed, 10 år, engelsk skrift, vuxna	31	4	1) 'I'm on the train and I can't stop it': Westerns Canadians 'reactions to prediabetes and the role of self-compassion' 2) Prediabetic categorization: the making of a new person
Pubmed 2020/12/02	Prediabetes OR prediabetic state AND experience*	10 år, engelsk skrift, vuxna	120	4	3) The effectiveness of a primary care nursing-led dietary intervention for prediabetes: a mixed methods pilot study 4) Making dietary changes following a diagnosis of prediabetes: a qualitative exploration of barriers and facilitators. 5) "I Did Not Believe You Could Get Better" - Reversal of Diabetes Risk Through Dietary Changes in Older Persons with Prediabetes in Region Stockholm 6) Women Veterans' Experience With a Web-Based Diabetes Prevention Program: A Qualitative Study to Inform Future Practice

Pubmed 2020/12/02	Prediabetes OR prediabetic state OR lifestyle change OR life style change AND patient perception	10år, engelsk skrift, vuxna	137	2	7) Patient Perceptions About Prediabetes and Preferences for Diabetes Prevention
Pubmed 2020/12/08	Prediabete s OR prediabetic state AND lifestyle change OR healthy* AND patient perception OR nurs*	10år, engelsk skrift, vuxna	55	1	8) Correlates, Facilitators and Barriers of Healthy Eating Among Primary Care Patients with Prediabetes in Singapore-A Mixed Methods Approach
PsycINFO 2020/12/07	Prediabete s OR prediabetic state AND experien*	Peer reviewed, 10 år, engelsk skrift, vuxna	25	2	9) Exercise engagement in people with prediabetes- a qualitative study 10) Patient and Clinician Perceptions of Prediabetes. A Mixed- Methods Primary Care Study
Antal artiklar			368	13	
Antal valda artiklar					10

Bilaga 3-SBU Mall

Rensa formuläret

Bilaga 5. Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

VERSION 2012:1.4

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:		
Hög <input type="checkbox"/>	Medelhög <input type="checkbox"/>	Låg <input type="checkbox"/>

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
1. Syfte				
a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				
2. Urval				
a) Är urvalet relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är kontexten tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Finns relevant etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):				

	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
3. Datainsamling				
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				
4. Analys				
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
5. Resultat				
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Kommentarer till mallen för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

1. Syfte

Fundera över:

- vad målsättningen med studien var
- varför det är viktigt
- relevansen
- om kvalitativ metodik är lämplig för att utforska problemområdet/svara på frågeställningen.

2. Urval

Fundera över:

- om forskaren redovisat bakgrund till vald urvalsmetod
- om forskaren redovisat hur deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat varför de valda deltagarna valdes ut
- om forskaren redovisat hur många deltagare som valdes ut
- om forskaren redogjort för om någon inte valde att delta och i så fall varför
- om forskaren lyfter fram etiska resonemang som sträcker sig längre än ”informed consent” och ”ethical approval”
- om forskaren beskrivit relationen mellan forskare och informant och hur denna skulle kunna påverka datainsamlingen, exempelvis tacksamhetsskuld, beroendeförhållanden etc.

3. Datainsamling

Fundera över:

- om ”settingen” för datainsamlingen var berättigad
- om det framgår på vilket sätt datainsamlingen utfördes (t ex djupintervju, semistrukturerad intervju, fokusgrupp, observationer etc)
- om forskaren har motiverat vald datainsamlingsmetod
- om det explicit framgår hur vald datainsamlingsmetod utfördes (t ex vem intervjuade, hur länge, användes intervjuguide, var utfördes intervjun, hur många observationer etc)
- om metoden modifierades under studiens gång (om så är fallet, framgår det hur och varför detta skedde)
- om insamlat datamaterial är tydliga (t ex video- eller ljudinspelningar, anteckningar etc)

- om forskaren resonerar kring om man nått mättnad, dvs när mer datainsamling inte ger mer ny data (inte alltid tillämbart)
- om det är tillämbart att föra ett mättnadsresonemang, fundera på om det är rimligt, dvs faktiskt validerat på goda grunder.

4. Analys

Fundera över:

- om analysprocessen är beskriven i detalj
- om analysförfarandet är i linje med den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamlingen
- om analysen är tematisk, framgår det hur man kommit fram till dessa teman?
- om tabeller har använts för att tydliggöra analysprocessen
- om forskaren kritiskt har resonerat kring sin egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om analysmättnad råder (kan man hitta fler teman baserat på redovisade citat?).

5. Resultat

Fundera över:

- om resultaten/fyndet diskuteras i relation till syftet eller frågeställningen
- om ett adekvat resonemang förs kring resultaten eller om resultaten bara är citat/dataredovisning
- om resultaten redovisas på ett tydligt sätt (t ex är det lätt att se vad som är citat/data och vad som är forskarens eget inlägg)
- om resultatredovisningen återkopplas till den teoretiska ansats som eventuellt låg till grund för datainsamling och analys
- om tillräckligt med data redovisas för att underbygga resultaten
- i vilken utsträckning motstridiga data har beaktats och framhålls
- om forskaren kritiskt har resonerat kring dess egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen
- om forskaren för ett resonemang kring resultatens överförbarhet eller andra användningsområden för resultaten.

Referenser

1. Bahtsevani C. In search of evidence-based practices: exploring factors influencing evidence-based practice and implementation of clinical practice guidelines. Malmö: Malmö högskola; 2008.
2. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Studentlitteratur; 2006.

Bilaga 4-Artikelöversikt och artikelgranskning

Författare/Titel/ Tidsskrift/ Land/ Publiceringsår	Syfte	Metod/ Urval	Resultat	Kvalitet
Strachan, S.M., Bean, C., & Jung, M.E. ‘I’m on the train and I can’t stop it’: Westerns Canadians ‘reactions to prediabetes and the role of self- compassion Health and Social Care in the community Canada 2018	Att undersöka hur individer reagerar känslomässigt på deras prediabetesdiagnos samt deras förmåga till självmedkänsla.	Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer. Inspelade intervjuer. 21 deltagare. 0 bortfall. Deltagarnas ålder varierade mellan 47–65 år och alla var från Kanada. Dataanalys: induktiv tematisk analys med Braun och Clarkes sex faser för att identifiera, analysera och rapportera teman i data. Etiskt godkännande.	Deltagarnas reaktioner när de fick reda på att de hade prediabetes kännetecknades av: - oro och rädslor - förnekelse av risker med prediabetes - skuld och självkritik - självmedkänsla.	Hög

<p>Hindhede, A.L.</p> <p>Prediabetic categorization: the making of a new person</p> <p>Health, Risk & Society</p> <p>Denmark</p> <p>2014</p>	<p>Att undersöka hur individer med 'hög risk' att utveckla diabetes svarar an på hälsofrämjande råd för att ändra sin livsstil.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Djupintervjuer och 2 fokus gruppintervjuer.</p> <p>64 Deltagare i totalt.</p> <p>0 Bortfall.</p> <p>10 deltog i djupintervjuer.</p> <p>Deltagarnas ålder varierade mellan 40–65 år.</p> <p>Dataanalys: Alla intervjuer spelades in och transkriberades.</p> <p>Data analyserades med innehållsanalys.</p> <p>Etiskt godkännande.</p>	<p>Att kategoriseras som en person med "hög risk" person sågs som grundläggande för att vidta åtgärder och hantera dessa riskfaktorer.</p>	<p>Medelhög</p>
<p>Coppel, K., Abel, S. L., Freer, T., Gray, A., Sharp, K., Norton, J. K., & Whitehead, L. C.</p> <p>The effectiveness of a primary care nursing- led dietary intervention for prediabetes: a</p>	<p>Att undersöka implementering och genomförbarhet av en 6 månaders sjuksköterskeledd levnadsvaneintervention för personer med prediabetes inom primärvården.</p>	<p>Mixad metod som kombinerade en icke randomiserad pilotstudie med en kvalitativ utvärderingsprocess.</p> <p>Kvantitativ del: 4 interventionsgrupper och 4 kontrollgrupper valdes ut via journaler av datasystem.</p> <p>Kvalitativ del: observation av vårdutbildningar, granskning av journal och semistrukturerade intervjuer.</p> <p>157 deltagare med prediabetes deltog i studien.</p>	<p>I interventionsgruppen noterades en större viktminskning än i kontrollgruppen. Medelvärdet för HbA1c, BMI och midjemått minskade i interventionsgruppen och ökade i kontrollgruppen, men skillnaderna var inte statistiskt signifikanta.</p> <p>Levnadsvaneinterventioner uppfattades som acceptabla av både patienter och primärsjuksköterskor.</p>	<p>Medelhög</p>

<p>mixed methods pilot study</p> <p>BMC Family Practice</p> <p>New Zealand</p> <p>2017</p>		<p>20 deltog i djupintervjuer. Deltagarnas ålder var ≤ 70 år. Kvantitativ dataanalys: Chi-squared och Fisher's Exact test. Kvalitativ dataanalys: Tematisk analys. Etiskt godkännande.</p>		
<p>Abel, S., Whitehead, L. C., & Coppell, K. J.</p> <p>Making dietary changes following a diagnosis of prediabetes: a qualitative exploration of barriers and facilitators.</p> <p>Diabetic Medicine</p> <p>New Zealand</p> <p>2018</p>	<p>Att utforska upplevelsen av att delta i en 6 månaders dietintervention ledd av en primärvårdssjuksköterska hos personer som nyligen diagnostiserats med prediabetes och fetma eller övervikt.</p>	<p>Kvalitativ design. Inspelade semistrukturerade intervjuer. 24 deltagare. 4 bortfall. Deltagarnas ålder var ≤ 70 år. Dataanalys: Data transkriberades, kodades och illustrerades i form av teman och underteman. Etiskt godkännande.</p>	<p>Deltagarna uppgav att de blev chockade när de fick diagnosen prediabetes. Tre huvudteman framkom i studien: -faktorer som stödjer ändringar i kosten. -faktorer som försvårar ändringar i kosten. -att övervinna utmaningar.</p>	<p>Medelhög</p>

<p>Timm, L., Daivadanam, M., Lager, A., Forsberg, B., Östenson, C. G., & Alvesson, H., & Mölsted Alvesson, H.</p> <p><i>"I Did Not Believe You Could Get Better"</i> - Reversal of Diabetes Risk Through Dietary Changes in Older Persons with Prediabetes in Region Stockholm</p> <p>Nutrients</p> <p>Sweden</p> <p>2019</p>	<p>Att öka förståelsen för hur äldre personer med hög risk att utveckla typ 2 diabetes hanterar och relaterar till information om diabetesrisk under en 10 års period.</p>	<p>Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer. Inspelade intervjuer. Strategiskt urval av deltagare från ett diabetes-preventions-program. 15 deltagare. Deltagarnas ålder varierade mellan 58–73 år. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Etiskt godkännande.</p>	<p>Det huvudsakliga temat i studien var att risken att insjukna i typ 2 diabetes inte uppfattades som tillräckligt konkret för att motivera till levnadsvaneförändringar. Att bli diagnostiserad md prediabetes ansågs vara en bidragande faktor till levnadsvaneförändringar och sociala interaktioner visade sig vara viktiga för att hantera beteendeförändringar.</p>	<p>Hög</p>
<p>Moin, T., Ertl, K., Schneider, J., Vasti, E., Makki, F., Richardson, C.,</p>	<p>Primärt att utforska kvinnliga veteraners erfarenheter av en</p>	<p>Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer. Inspelning av intervjuerna. Deltagare: 17 kvinnor.</p>	<p>7 huvudteman identifierades: -programmet överensstämmer bra med upplevda hälsobehov. -programmet är lätthanterligt.</p>	<p>Medelhög</p>

<p>... Damschroder, L.</p> <p>Women Veterans' Experience With a Web- Based Diabetes Prevention Program: A Qualitative Study to Inform Future Practice</p> <p>Journal of Medical Internet Research</p> <p>USA</p> <p>2019</p>	<p>webbaserat diabetes-preventions-program. Sekundärt att uppskatta viktreducering, deltagande och engagemang</p>	<p>Bortfall: 2.</p> <p>Deltagarnas medelålder var 56,8 år.</p> <p>Dataanalys: Intervjuerna transkriberades och kodades manuellt med hjälp av innehållsanalys.</p> <p>Etiskt godkännande.</p>	<p>-programmet interageras enkelt med vardagslivet.</p> <p>-programmet får mig att känna mig ansvarig.</p> <p>-får mig att inte gilla "inloggning".</p> <p>-min grupp skulle känna mig på ett helt annat sätt om programmet varit fysiskt.</p> <p>-är svårt med tekniska problem.</p>	
<p>O'Brien, M. J., Moran, M. R., Tang, J. W., Vargas, M. C., Talen, M., Zimmermann, L. J., ... Kandula N. R.</p>	<p>Att utforska hur vuxna med prediabetes upplever sin risk att utveckla diabetes och undersöka deras preferenser för evidensbaserade behandlingsalternativ för att förhindra diabetes.</p>	<p>Kvalitativ design.</p> <p>Djupsemistrukturerade intervjuer.</p> <p>Deltagare: 35 vuxna med prediabetes.</p> <p>Deltagarnas medelålder (SD) var 61,6 år.</p> <p>Dataanalys: Transkriptioner analyserades med deduktiv och induktiv innehållsanalys.</p>	<p>Det framkom att deltagarna hade kunskapsluckor om prediabetes och dess medicinska hantering. Många deltagare överskattade risken att utveckla diabetes och var inte bekanta med evidensbaserade behandlingsalternativ för prediabetes. Det framkom även</p>	<p>Hög</p>

<p>Patient Perceptions About Prediabetes and Preferences for Diabetes Prevention</p> <p>HHS Public Access</p> <p>USA</p> <p>2016</p>		<p>Etiskt godkännande.</p>	<p>att specifik information motiverade dem att agera under studieintervjun. De flesta accepterade behandling med intensiv livsstilsintervention (ILI) och metformin. Många ville börja med ILI och vid ofullständig effekt skulle de ta metformin medan andra uttryckte att de skulle kombinera båda behandlingarna.</p>	
<p>Lim, R., Wee, W. K., For, W. C., Ananthanarayanan, J. A., Soh, Y. H., Goh, L., Tham, D., & Wong, M. L.</p> <p>Correlates, Facilitators and Barriers of Healthy Eating Among Primary Care Patients with Prediabetes in Singapore-A</p>	<p>Att bedöma faktorer som associeras med följsamheten av att äta hälsosamt och att undersöka hinder eller möjligheter till förändring av beteendet hos primärvårdspatienter i Singapore.</p>	<p>Mixad metod, som innefattar en tvärsnittsstudie (kvantitativ del) och djupintervjuer (kvalitativ del). 433 deltagare svarade på enkät och 48 deltog i djupintervju. Strategiskt urval. Deltagarnas ålder varierade mellan 21–79 år. Kvalitativ dataanalys: intervjuerna transkriberades, kodades och analyserades tematiskt. Kvantitativ dataanalys: Chi-square test. Etiskt godkännande.</p>	<p>Det framkom att gifta deltagare hade högre benägenhet att följa rekommendationerna om kost. Resultatet som framkom var att inflytande från familjemedlemmarna var av stor vikt för att välja hälsosam mat. Deltagarna uppgav även att de hade svårt att hitta hälsosammare alternativ samt att hälsosammare mat var dyrare. Det som saknades var utbildning av vårdpersonal samt kampanjer för hälsosammare åtgärder för att rekommendationerna skulle uppfyllas.</p>	<p>Hög</p>

<p>Mixed Methods Approach</p> <p>Nutrients</p> <p>Singapore</p> <p>2019</p>				
<p>Kuo, Y. L., Wu, S. C., Hayter, M., Hsu, W. L., Chang, M., Huang, S. F., ... Chang, S. C.</p> <p>Exercise engagement in people with prediabetes- a qualitative study</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>Taiwan</p> <p>2013</p>	<p>Att utforska personer med prediabetes upplevelser av att träna.</p>	<p>Kvalitativ design. Grounded theory. Djupintervjuer. 20 deltagare med nedsatt faste plasmaglukos från en vårdcentral i Taiwan deltog i studien. Deltagarnas ålder varierade mellan 38–66 år. Dataanalys: Analys av data skedde med kvalitativt dataanalysprogram. Etiskt godkännande.</p>	<p>I studien framkom 4 stadier för hur människor med prediabetes utvecklar träningsbeteende: -att utveckla en medvetenhet. -att skapa en vana. -cykel av inre kamp. -att utveckla regelbunden träning.</p>	<p>Hög</p>

<p>Roper, K. L., Thomas, A. R., Hieronymus, L., Brock, A., & Keck, J.</p> <p>Patient and Clinician Perceptions of Prediabetes. A Mixed- Methods Primary Care Study</p> <p>USA</p> <p>2019</p>	<p>Att bedöma patienters och vårdpersonals uppfattningar om prediabetes på en vårdcentral.</p>	<p>Mixad metod.</p> <p>Datainsamling: kvalitativ data från fokusgrupp samt kvantitativa data från vårdpersonalens enkäter.</p> <p>Inspelning av intervjuerna.</p> <p>Kvantitativ del: 46 primärvårdspersonal blev inbjudna till att svara på enkät. 31 svarade. Bortfall 15.</p> <p>Kvalitativ del: 3 fokusgrupper. 15 deltagare deltog i fokusgruppen som var uppbyggd med semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Bortfall 0.</p> <p>Deltagarnas ålder varierade mellan 39–78 år.</p> <p>Dataanalys: Tematisk analys. Beskrivande analyser av enkäterna utfördes med SAS.</p> <p>Etiskt godkännande.</p>	<p>Från fokusgruppen framkom att mer än hälften inte visste om sitt tillstånd. Många trodde att prediabetes var allvarligt vilket framkallade rädsla, medan andra uppgav att risknivån inom samma tillstånd varierar. Deltagarna uttryckte att de hade önskat mer råd kring levnadsvaneförändringar. Vårdpersonalen som svarade på enkäten instämde i att patienterna inte var medvetna om sin prediabetes. Att det fanns tid för att screena patienter i syfte att upptäcka prediabetes var viktigt. Det fanns en samstämmighet från båda sidor att prediabetes kan botas.</p>	<p>Hög</p>
---	--	---	---	------------

Bilaga 5-Exempel på extraherad data

Artikel Sifferkod Sida (Patient)	Kolumn	Rad	Extraherad data	Kod	Undertema	Tema
5 11	1	28	“Then I thought: Now I will change this totally. Now I will turn this and see if it helps. Then I started quite hard with a lot of vegetables and skipped all the grease. And after some time, I went for new tests, and they showed them to me, and there was nothing.”	Insikt om eget ansvar	Anpassa sig till ny livsstil	Egen insikt om levnadsvane förändringar
8 9	1	14	“I’m a very disciplined person. You can bring me to a buffet lunch or dinner. I don’t eat like everybody else, grab everything you see. I’ll exert self-control and just eat what is healthy, like the vegetables and fruits, rather than the meat”	Självdisciplin	Att vara motiverad	Egen insikt om levnadsvane förändringar
Artikel Sifferkod Sida (Hälso- och sjukvård)	Kolumn	Rad	Extraherad data	Kod	Undertema	Tema
3 9	1	34	“ That (setting achievable goals) was explained and there was a fair bit of time put into that... You know, especially around Maori or Polynesian people, food can be	Stöd från hälso- och sjukvården främjar levnadsvaneförändringar	Att få anpassat stöd till sina egenvårdsbehov	Stöd från hälso- och sjukvården vid

			blessing and not a blessing. (Laughter). But it's certainly hard to change things that you've done all your life. And I think the nurses that I had anyway were very helpful and supportive... [they] had good ideas. "			levnadsvane förändringar
7 5	1	9	"The doctor suggested to me to reduce the meals and to exercise. But just that. "	Otillräcklig information från hälso- och sjukvården	Behov av att få tillräcklig information	Stöd från hälso- och sjukvården vid levnadsvane förändringar
Artikel Sifferkod (Omgivning)	Kolumn	Rad	Extraherad data	Kod	Undertema	Tema
2 610	1	3	"Instead, last summer we went bike riding with our friends – 30 to 40 km. There is peer pressure involved, you know [...] it was not pleasurable at all. My bottom hurt afterwards [...] When we are with friends, they don't accept a 'no', so you end up drinking that beer, It's hard to lose weight"	Vänner som barriär	Att uppleva stöd från familj och vänner	Stöd från övrig omgivning vid levnadsvane förändringar
3 10	1	24	"Look, the barrier to those goal settings is budget, you know... So when you see on TV people saying they're eating unhealthily, what they're doing, what we're doing is we're eating to a budget planned to survive for the week.... So don't go telling poor people, you're going to get diabetes if you	Dålig ekonomi som barriär	Att ha ekonomiska förutsättningar och få stöd från samhället	Stöd från övrig omgivning vid levnadsvane förändringar

			eat this and this and this, so we want you to eat this food, but it's too expensive for you to buy, you know.”			
4 1696	1	45	“My family, they all know so they are all very helpful. You know, they’ll say how are you going with your diabetes and so forth... They check to see how my diet is. My wife is very good. She’ll make sure that I have the good stuff, you know”	Stöd från familjen främjar levnadsvaneförändringa r	Att uppleva stöd från familj och vänner	Stöd från övrig omgivning vid levnadsvane förändringar
9 1920	2	7	“Recently, I have read magazines which say that engaging in exercise can help people regain their health. Therefore, I decided to exercise...Afterwards, I saw a very strong security guard who is a weightlifter. I feel motivated every time I see him”	Samhällsinformation främjar levnadsvaneförändringa r	Att ha ekonomiska förutsättningar och få stöd från samhället	Stöd från övrig omgivning vid levnadsvane förändringar