



HÖGSKOLAN
TROLLHÄTTAN · UDDEVALLA

Patientundervisning vid diabetes -

**Faktorer och åtgärder av betydelse för
förändring av kostvanor**

**Författare: Daniel Ruderfelt
Handledare: Lilian Axelsson**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 00:V**

**Institutionen för omvårdnad
Juni 2002**

Arbetets titel:	Patientundervisning vid diabetes – Faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor Patient education in diabetes – factors and interventions with importance for changes in diet
Författare:	Daniel Ruderfelt
Handledare:	Lilian Axelsson
Institution:	Institutionen för omvårdnad Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets Art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1, 10 poäng
Antal sidor:	53
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 p, SSK 00:V
Datum:	Juni 2002

ABSTRACT

Diabetes is one of our most common national diseases and the number of patients falling ill with diabetes is constantly increasing. The effects of diabetes can be reduced or even prevented by a healthy diet. Changing diet is, however, not an easy task. Traditional patient education has often succeeded in increasing knowledge, but failed in changing behavior. Therefore, the aim of this study was to map how the nurse through patient education could help patients with diabetes to improve their diet. Existing literature on the subject was reviewed to identify factors that facilitate or prevent a change in diet among patients with diabetes. Educational interventions that promote a change in diet were also identified. Factors that facilitate a change in diet is attitudes towards the diet, adequate social support, well developed coping strategies, good problem-solving skills, motivation, self-confidence to change and knowledge about and understanding of the diet. Factors prevent a change in diet is insufficient knowledge, lack of diabetes-related self-control, lack of time, lifestyle, attitudes and lack of self-confidence to change. Educational interventions that promote a change in diet is goalsetting, follow-up, culturally adapted education, increasing social support, individualised education and developing coping strategies and problemsolving skills.

Keywords: Diabetes, diet, patient education, behavior-change, educational interventions

Nyckelord: Diabetes, kost, patientundervisning, beteendeförändring, undervisningsåtgärder

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Diabetes	2
Kost vid diabetes	4
Patientundervisning	6
Definition	6
Patientundervisningens utveckling	7
Compliance	9
Coping	9
Health belief model	10
Social learning theory	11
Transtheoretical model of health behavior change	12
Orems egenvårdsteori	14
Omvårdnad	14
Människosyn	15
Miljö	15
Hälsa	16
Egenvårdsbegreppet	16
Sjuksköterskans roll	18
SYFTE	20
Frågeställningar	20
METOD	20
Litteratursökning	20
Urval	21
Analys	22
RESULTAT	23
Faktorer som underlättar förändring av kostvanor	24
Sammanfattning	27
Faktorer som försvårar förändring av kostvanor	27
Sammanfattning	29
Undervisningsåtgärder som underlättar förändring av kostvanor	29
Sammanfattning	33
DISKUSSION	33
Metod	33

Resultat	35
Faktorer som underlättar förändring av kostvanor	35
Faktorer som försvårar förändring av kostvanor	37
Undervisningsåtgärder som underlättar förändring av kostvanor	38
Sjuksköterskans roll vid kostundervisning	42
Slutkommentar	43
REFERENSER	45
BILAGA 1	52

INLEDNING

Sjuksköterskeutbildningens pedagogikkurs grundlade ett intresse för patientundervisning. Under klinisk praktik på en vårdavdelning för patienter med hjärtsjukdom vidareutvecklades intresset genom en rad möten med patienter som uttryckte ett behov av undervisning. Den kliniska praktiken förde emellertid också med sig upplevelsen av brister i patientundervisningen. Patienter med kroniska livsstilsrelaterade sjukdomar fick inte den undervisning och det stöd som erfordras för att förändra sitt beteende. Frågor om hur situationen kunde förbättras uppkom. Med anledning av ovanstående kändes det både angeläget och intressant att skriva uppsats om hur sjuksköterskan via patientutbildning kan hjälpa patienter med diabetes att ändra sina kostvanor som ett led i strävan att förbättra hälsa och höja livskvaliteten för dessa patienter.

BAKGRUND

I (SFS 1982:763), Hälso- och sjukvårdslagen, anges att patienten har rätt till individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd. Vidare anges att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa och att den som vänder sig till hälso- och sjukvården har rätt till upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Diabetes är en av våra vanligast förekommande folksjukdomar. Idag har mellan tre och fyra procent av Sveriges befolkning diabetes och andelen diabetiker ökar stadigt. Diabetes är en sjukdom som delvis är ärftlig, men som både kan lindras och i många fall förebyggas genom en näringsrik kost (Folkhälsorapport, 2001). Sverige har antagit ett för Europa gemensamt program utformat av Världshälsoorganisationen (WHO) som

syftar till att förbättra diabetesvården, den så kallade St. Vincent-deklarationen. Deklarationen tillkom vid ett möte i St. Vincent i Italien 10-12 oktober 1989. Representanter för hälsodepartement och patientorganisationer från samtliga europeiska länder förenades där med diabetesexperter under ledning av WHO och International Diabetes Federation (IDF). Under mötet sattes ett antal mål för förändring av diabetesvården upp (WHO & IDF, 1990). I St. Vincent-deklarationen betonas särskilt målsättningen att under en femårsperiod markant reducera allvarliga diabeteskomplikationer. I Sverige har socialstyrelsen givit en expertgrupp i uppdrag att utvärdera nuvarande behandling samt att ange vilka åtgärder som krävs för att uppnå målen i St. Vincent-deklarationen. Bland annat betonas behovet av riktlinjer för patientundervisning och ett program för utbildning av patienter, närstående och personal som viktigt (Socialstyrelsen, 1999).

Diabetes

Diabetes är en ämnesomsättningssjukdom som orsakas av bristande insöndring av och minskad känslighet för insulin i kroppen. Insulin är ett hormon som produceras i bukspottkörtelns cellöar. Insulin har en central betydelse för omsättningen av kolhydrater och fett i kroppen och möjliggör bland annat upptag av glukos från blodet till cellerna i en del av kroppens vävnader. Brist på insulin leder till att glukoshalten i blodet stiger (Ericson & Ericson, 1996).

Diagnosen diabetes ställs främst genom att mäta blodglukoshalten. Blodglukoshalten mäts ofta som fastevärde, det vill säga mätningen sker fastande. Vanligen tas provet på morgonen innan frukost efter en natts fasta. Kliniskt manifest diabetes innebär ett

fastebloodglukos på 6.1 mmol/l eller mer uppmätt vid två tillfällen, eller ett slumpmässigt taget blodglukos på över 11 mmol/l. För att utvärdera diabetesbehandlingen tas ofta ett annat blodprov som benämns HbA1c. Provet är ett mått på hur blodglukoshalten varit under en längre tid och används för att utvärdera behandlingens långsiktiga effekt. God behandlingskontroll anses föreligga vid värden under 6,5 och vid värden över 7,5 anses behandlingskontrollen vara otillfredställande (Socialstyrelsen, 1999).

En del av kroppens vävnader är helt beroende av insulin för sitt glukosupptag. Dessa vävnader kallas insulinberoende vävnader. Muskel- och fettvävnad är exempel på insulinberoende vävnader. Vid obehandlad diabetes råder brist på insulin, vilket orsakar glukosbrist i insulinberoende vävnader. Glukosbristen resulterar i att vävnadernas energibehov helt och hållet tillgodoses via fettförbränning, vilket leder till bildandet av skadliga restprodukter samt nedsatt funktion i vävnaderna. De vävnader i kroppen som inte är beroende av insulin för sitt glukosupptag kallas insulinoberoende vävnader. Nervvävnad och blodkärlsendotel är exempel på insulinoberoende vävnader. Eftersom blodglukoshalten ökar vid obehandlad diabetes, får insulinoberoende vävnader kraftigt ökad tillgång på glukos. Detta leder till ökad intransport av glukos i cellerna. Den ökade glukoshalten skadar kroppens vävnader och är en starkt bidragande orsak till de komplikationer som ses vid diabetes (Ericson & Ericson, 1996).

Komplikationerna uppkommer främst genom påverkan på insulinoberoende vävnader, i synnerhet endotelceller och nervceller. Exempel på tidigt uppkomna komplikationer är nedsatt immunförsvar, ökad risk för infektioner i hud och slemhinnor samt klåda. Senkomplikationer, det vill säga komplikationer som uppkommer vid långvarigt

förhöjda blodglukoshalter, ofta efter flera år, utgörs främst av angiopati och neuropati. Angiopati innebär sjukliga förändringar i blodkärlen. Mikroangiopati uppkommer i kroppens mindre blodkärl, arterioler, kapillärer och venoler, och ger bland annat upphov till ögon- och njurskador. Makroangiopati uppkommer i artärer och ger där upphov till ateroskleros. Ateroskleros ökar risken att insjukna i hjärtkärlsjukdomar som hypertoni, hjärtinfarkt och stroke. Diabetiker löper ökad risk att förvärva dessa sjukdomar jämfört med icke-diabetiker. Neuropati innebär sjukliga förändringar på nerver i kroppen. Detta kan leda till känselnedsättningar, smärta, samt stickningar och domningar i huden (Ericson & Ericson, 1996).

Det finns två olika typer av diabetes. Diabetes typ 1, även kallad insulinberoende diabetes (insulin-dependent diabetes mellitus, IDDM) beror på nedsatt eller upphörd produktion av insulin i bukspottkörteln samt en viss nedsatt känslighet för insulin i vävnaderna. Vid diabetes typ 2, även kallad icke-insulinberoende diabetes (non-insulin-dependent diabetes mellitus NIDDM) är insulinproduktionen normal eller något nedsatt samtidigt som vävnadernas nedsatta känslighet för insulin är mer uttalad (Östman, 1994).

Kost vid diabetes

Det finns två övergripande mål för diabetesbehandling. Det första är att åstadkomma ett så normalt liv som möjligt, fritt från diabetessymtom. Det andra är att förebygga sentida komplikationer som mikro- och makroangiopati och neuropati. Sentida komplikationer förhindras effektivast om behandlingen inriktas på åtgärder som har en gynnsam påverkan på blodfetthalten, sänker blodtrycket, reducerar eventuell övervikt samt håller

blodsockret på låg nivå. En rätt sammansatt kost kan påverka samtliga dessa faktorer i gynnsam riktning. Således är kosten basen i diabetesbehandlingen och kunskaper om kosten är en viktig del av patientundervisningen vid diabetes. Det är också angeläget att alla medlemmar i vårdteamet intar en gemensam attityd som visar att kostbehandlingen är lika betydelsefull för god sjukdomskontroll som till exempel farmakologisk behandling. De kostrekommendationer som gäller vid diabetes skiljer sig inte på någon avgörande punkt från svenska näringsrekommendationer. Huvudpunkterna i kostrekommendationerna till diabetiker är (Socialstyrelsen, 1999):

- Kolhydratintaget bör utgöra 50-55 energiprocent. En hög halt av naturligt kolhydrat- och fiberrika livsmedel skall eftersträvas. Livsmedel med lågt glykemiskt index som ger en långsam ökning av blodglukoshalten efter måltid är att föredra. Raffinerat socker (sackaros) bör ej utgöra mer än 10 energiprocent av det totala kolhydratintaget
- Proteinintaget bör ligga på 10-15 energiprocent
- Fettintaget bör inte överstiga 30 energiprocent, utav vilket mättat fett inte bör överstiga 10 procent av det totala fettintaget. Fleromättat fett kan uppgå till 10 procent av energiintaget
- Saltintaget bör ej överstiga 6g per dag
- Födoämnen som innehåller naturliga antioxidanter (vitamin E, vitamin C, karotenoider samt flavonoider) är sannolikt av värde. Extra kosttillskott har ingen dokumenterad effekt
- Matintaget bör fördelas jämt över dagen. Lämplig måltidsordning kan vara tre huvudmål och två till tre mindre mellanmål
- Alkohol bör intas med måttlighet (Socialstyrelsen, 1999).

Att få patienten att ändra ett beteende är många gånger en komplex uppgift. Detta gäller inte minst förändringar i patientens kostvanor. Kostvanor grundläggs tidigt i livet och är ofta hårt knutna till kulturella och sociala faktorer. En förändring av kostvanorna innebär för det mesta att en rad olika beteenden behöver förändras som till exempel måltidsplanering, matinköp och matlagning. Detta gör att även personer i patientens omgivning påverkas av beteendeförändringen. Dessutom är brist på tid samt ekonomiska aspekter ytterligare faktorer som kan begränsa patientens benägenhet till förändrade kostvanor (Ma, Betts & Horacek 2001).

Patientundervisning

Definition

Patientundervisning är en process som ger nödvändiga kunskaper och färdigheter samt påverkar beteende och attityder på ett sådant sätt att hälsan bevaras och förbättras. Processen kan inledas med information som ger ökad kunskap. Därutöver innefattar begreppet även åtgärder som bidrar till att integrera informationen. På så sätt leder den ökade kunskapen även till förändrade attityder och ett förändrat beteende med förbättrad hälsa som följd (National Task Force on Training Family Physicians in Patient Education, 1979).

Patientundervisning bör ses som en systematisk inlärningsupplevelse, där den som utför undervisningen använder sig av en kombination av olika metoder. Information, rådgivning och åtgärder som leder till beteendeförändring, används för att påverka patientens upplevelse av och kunskap om sin sjukdom. Målet med

patientundervisningen är att bevara och förbättra hälsa eller att kunna hantera en sjukdom som ofta är av kronisk art (Van de Borne, 1998).

Undervisningens syfte är att stödja och stärka patientens kontroll över sin sjukdom, behandling och förmåga och möjlighet till att kunna hantera det dagliga livets krav. Detta möjliggör optimal läkning samt förhindrar onödig försämring och komplikationer. Beteendeförändring är många gånger ett viktigt led i att uppnå detta. Patientundervisning är således något mer än att endast förmedla kunskap. Begreppet omfattar även de åtgärder som leder till förändrade attityder och beteende hos patienten (Klang-Söderkvist, 2001).

Patientundervisning är en process som pågår under en avgränsad tidsperiod och erfordrar en fortlöpande bedömning av patientens kunskap, attityder och färdigheter under processens gång. Patientens vilja till beteendeförändring och eventuella hinder för förändring är viktiga faktorer att bedöma (Rankin & Stallings, 1992).

Patientundervisningens utveckling

Under 1950- och 1960- talen hade patienten en relativt passiv roll i patientundervisningen vid diabetes. Läkaren ordinerade lämplig mängd insulin och gav patienten en lista med restriktioner för kosten. Antalet patienter som följde de föreskrivna restriktionerna var dock få. Under 1960-talet gjordes undersökningar som visade att diabetespatienter i allmänhet hade bristande kunskaper om sin sjukdom (Etzwiler, 1962). Sedan dess har ett flertal undervisningsprogram utarbetats med syfte att öka patienternas kunskap samt deras benägenhet att följa föreskriven behandling.

Utvärderingar som gjorts visar att patienter genom dessa program ökat sin kunskap om diabetes. Däremot uteblev oftast önskade effekter i form av förbättrad sjukdomskontroll och förändrat beteende (Graber, Christman, Alongna & Davidson, 1977).

Traditionell undervisning har alltså visat sig vara effektiv när det gäller att öka patientens kunskap. Forskning har också visat att det inte räcker att ge patienten kunskap för att uppnå ett ändrat beteende. Idag känner många läkare, sjuksköterskor, och andra professioner som arbetar med patientundervisning en hopplöshet över att deras arbete inte i högre grad leder till ett förändrat beteende hos patienten. Det finns inom dessa personalkategorier ett behov av ökad kunskap för att på ett mer effektivt sätt kunna hjälpa patienter till bättre levnadsvanor (Rankin & Stallings, 1996).

Eftersom enbart kunskapsförbättrande undervisning visat sig otillräcklig för att uppnå beteendeförändring vid diabetes har patientundervisningen förändrats från den tidigare inriktningen på passiv inläring till att idag betona patientens aktiva deltagande i vården. Från att ha inriktat sig på att förmedla kunskap om orsak till och behandling av diabetessjukdomen, har patientundervisningen på senare år börjat innefatta socialt, kulturellt och beteendemässigt inriktade åtgärder i undervisningen. Vidare har hänsyn börjat tas till patientens värderingar och attityder till sjukdom och behandling (Whittemore, 2000).

Även synen på patientens roll i patientundervisningen har på senare år kraftigt förändrats. Patienten ses alltmer som ansvarig för sin egen hälsa och anses kapabel att självständigt fatta beslut som påverkar hälsan. Med synen på patienten som ansvarig för

sin egen hälsa, blir undervisningens uppgift att möjliggöra för patienten att göra självständiga informerade val. Vid behandling är det vanligt förekommande att patienten inte följer givna instruktioner. Detta leder i de flesta fall till sämre sjukdomskontroll och försämrad hälsa för patienten. Ofta anses dessa patienter som besvärliga och sjuksköterskan har ofta svårt att förstå patientens beteende. Patientens val påverkas av en rad faktorer som kunskap, värderingar, attityder samt kulturella och sociala aspekter. För att bättre förstå patientens beteende och kunna underlätta beteendeförändring fördras kunskap om vilka faktorer som påverkar patientens beteende och hur hälso- och sjukvårdspersonal kan påverka dessa faktorer på ett gynnsamt sätt (Van de Borne, 1998).

Compliance

Företrädesvis definieras compliance som den situation där patienten följer givna föreskrifter som till exempel vid medicinering. Inom omvårdnad ses compliance mer som en process där patienten aktivt och medvetet arbetar tillsammans med sjuksköterskan för att hitta en livsstil som är anpassad för att uppnå bästa möjliga hälsa och välbefinnande (Björvell & Engström, 2001).

Coping

Med coping menas de kognitiva och beteendemässiga ansträngningar en individ utför i syfte att klara av externa och/eller interna krav som upplevs som påfrestande eller överskrider individens resurser. Coping kan delas in i problemorienterad och känslomässigt orienterad coping. Problemorienterad coping syftar till att utarbeta en strategi för att klara av påfrestningen. Känslomässigt orienterad coping syftar inte till att

lösa själva problemet, utan till att utarbeta strategier som minskar det känslomässiga obehaget av påfrestningen. Exempel på känslomässigt orienterade copingstrategier är att undvika eller bagatellisera problemet. Vilka copingstrategier en individ väljer avgörs delvis av individens resurser, som omfattar hälsa och energi, existentiella uppfattningar, problemlösningsförmåga, sociala färdigheter, socialt stöd samt materiella resurser (Lazarus & Folkman, 1984).

Health belief model

Health belief model utvecklades enligt Rankin & Stallings (1992) på 1950-talet i syfte att få ökad förståelse för de faktorer som är avgörande för huruvida patienten följer föreskriven behandling. Janz & Becker (1984) skriver att enligt modellen är det patientens upplevelse av en situation som avgör vilka beslut patienten fattar. Health belief model beskriver sex faktorer av betydelse för compliance:

- Upplevd allvarlighetsgrad av en viss sjukdom
- Upplevd risk att förvärva sjukdomen och vilka konsekvenser detta får för patienten
- Upplevd nytta av behandlingen
- Upplevda hinder för att genomföra behandlingen. Exempel på hinder kan vara graden av socialt stöd som patienten har, eventuella ekonomiska kostnader för behandlingen, behandlingens komplexitet och längd samt eventuella biverkningar
- Fysiska och emotionella konsekvenser av behandlingen
- Faktorer som stimulerar till att påbörja behandling som till exempel vänner eller familjemedlemmar som drabbas av sjukdomen och information i media

Följande förhållanden är enligt health belief model goda förutsättningar för hög compliance: Att ha eller vara i riskzonen att få en allvarlig sjukdom som medför allvarliga konsekvenser där behandlingen anses vara effektiv och där kostnaderna för behandling är rimliga i förhållande till nyttan (Janz & Becker, 1984).

Resultat från studier som testat health belief model visar att upplevda hinder för, samt kostnader associerade med behandling är av betydelse för compliance. Upplevd allvarlighetsgrad samt upplevd risk att insjukna i en sjukdom har däremot inte visat sig påverka compliance i samma utsträckning. Delar av modellen har således visat sig effektiva för att förutspå compliance. Dock har modellen som helhet visat sig mindre hållbar (Rankin & Stallings, 1992).

Social learning theory

Enligt Bandura (1992) anger social learning theory att resultatet av patientundervisningen avgörs av patientens uppfattning om vilka konsekvenser beteendeförändringen kommer att få samt patientens tilltro till sin förmåga att genomföra förändringen. Enligt teorin påverkas inlärningsprocessen av fyra faktorer:

- Tillit till den egna förmågan att ändra beteende. Detta anses vara den viktigaste faktorn i inlärningsprocessen
- Förebilder i form av andra patienter, familjemedlemmar eller personal som föregår med gott exempel
- Muntlig uppmuntran och stöd från omgivningen
- Fysiologisk feedback som visar att beteendeförändringen ger önskat resultat.

Genom att rikta åtgärder mot att göra patienten medveten om de positiva effekter en beteendeförändring ger samt stärka patientens tillit till den egna förmågan till förändring kan enligt teorin en beteendeförändring hos patienten erhållas (Bandura, 1992).

Målsättning, motiverande samtal, uppföljning och medverkande av andra patienter i undervisningen är exempel på åtgärder som förespråkas i social learning theory (Whittemore, 2000). Progressiv målsättning som medför en uppdelning av processen i flera mindre steg, samt motiverande samtal, har visat sig kunna stärka patientens tilltro till sin förmåga till förändring och medföra beteendeförändring (Rosenstock, 1985). Det är emellertid tänkbart att det i stället förhåller sig så att beteendeförändring i sig medför ökad tillit till den egna förmågan och inte tvärtom (Peyrot & Rubin, 1990). Studier baserade på social learning theory har ofta samtidigt omfattat andra strategier som till exempel mer beteendemässigt inriktade åtgärder. Det har därför varit svårt att utvärdera vilka åtgärder som bidragit till de uppnådda resultaten. Studier som enbart riktat in sig mot att undersöka strategier kopplade till social learning theory visar på både positiva och negativa samband mellan dessa åtgärder och beteendeförändring (Whittemore, 2000).

Transtheoretical model of health behavior change

Transtheoretical model of health behavior change utvecklades enligt Prochaska & Velicer (1997) i syfte att förklara varför vissa individer avstår från att ändra ett ohälsosamt beteende trots adekvat kunskap. Ursprungligen utformades modellen för att förklara beteende vid rökavvänjning, men har i senare studier på samma sätt används i samband med bland annat viktnedgång, diet och fysisk aktivitet. Modellen omfattar

principer från flera olika teorier. Enligt modellen är beteendeförändring en alltför komplex företeelse för att förklaras med enbart en teori. Modellen anger att beteendeförändring innefattar en process i sex steg. Patient kategoriernas in i något av dessa steg efter hur benägen patienten är att förändra sitt beteende. De sex stegen är:

- Prekontemplation. Patienten funderar inte på att ändra beteende inom en överskådlig framtid, ofta definierat som de närmaste sex månaderna. Patienten har ofta bristande kunskap om beteendets konsekvenser eller har tidigare misslyckats med att ändra beteende
- Kontemplation. Patienten är medveten om beteendets konsekvenser och ämnar ändra sitt beteende inom de närmaste sex månaderna, men har inte vidtagit några åtgärder till förändring
- Förberedelse. Patienten ämnar ändra beteende inom den närmaste tiden, ofta definierat som inom en månad och har ofta gjort upp en plan för hur det skall gå till
- Handling. Patienten har vidtagit åtgärder för att ändra beteendet under de sista sex månaderna
- Bibehållande. Patienten har ändrat beteendet och strävar efter att undvika återfall
- Termination. Patienten känner nu inga frestelser att återgå till det gamla beteendet

Undervisningsåtgärderna anpassas till det steg där patienten befinner sig. Modellen anger tio olika strategier som kan användas i olika delar av processen för att öka patientens benägenhet till förändring. Till dessa strategier finns specifika åtgärder knutna. Exempelvis är ökad kunskap om beteendets konsekvenser en lämplig strategi för en patient som befinner sig i prekontemplationsstadiet och alltså är obenägen till förändring. Åtgärden kan då bli undervisning. En patient som befinner sig i

kontemplationsstadiet, och därmed redan har kunskap om beteendets konsekvenser men ännu inte påbörjat beteendeförändringen, är däremot i större behov av motivationshöjande strategier. Åtgärder som vidtas kan vara att sätta upp mål och träffa andra patienter i samma situation. Vidare är patienter som befinner sig i de två första stegen inte hjälpta av åtgärder som syftar till konkret handling, eftersom dessa patienter inte anses redo att påbörja förändringen. För patienter som befinner sig i förberedelsefasen däremot, kan dessa åtgärder vara effektiva. Balansen mellan upplevda fördelar och nackdelar med beteendet, patientens tilltro till sin förmåga till förändring samt hur stark frestelsen är att återfalla beskrivs som viktiga faktorer för patientens beslut. Modellen betonar att processen även kan gå åt motsatt håll genom att patienten återfaller till tidigare beteende (Prochaska & Velicer, 1997).

Transtheoretical model of health behavior change har visat sig effektiv när det gäller att förutsäga och främja beteendeförändring, framför allt i samband med rökning. Även när det gäller kostvanor har positiva resultat erhållits (Ma, Betts & Horacek, 2001).

Orems egenvårdsteori

Omvårdnad

Orem ser omvårdnad som en hjälpverksamhet i samhället som grundar sig på teoretiska kunskaper och inte bara på praktiska färdigheter och erfarenhet. Orem betecknar omvårdnad som en profession som fodrar omfattande teoretiska kunskaper. Enbart praktiska kunskaper är inte tillräckligt (Orem, 1995). Omvårdnadens domän utgörs av åtgärder för att identifiera individens behov och förmåga till egenvård och att hjälpa individen att bevara liv och hälsa, återhämta sig efter sjukdom och skada samt hantera

effekterna av dessa (Comley, 1994). Omvårdnadens överordnade mål består i att hjälpa individen att främja normal funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande hos individen. Egenvård betonas som ett viktigt delmål. Detta innebär att individen själv kan utföra handlingar som motsvarar individens terapeutiska egenvårdskrav (Orem, 1995).

Människosyn

Orem skriver att det finns en rad faktorer som är kännetecknande för människan och som skiljer henne från övriga levande varelser. Faktorerna är hennes förmåga att reflektera över sig själv och sin omgivning, förmågan att uttrycka sina upplevelser med hjälp av symboler, förmågan att använda symboliska uttryck i tankar och kommunikation samt att styra sina försök att göra sådant som är till gagn för henne själv och/eller andra. Orem ser människan som en aktiv varelse med hög grad av frihet. Under normala omständigheter har människan både vilja och förmåga att självständigt bedöma sina behov av egenvård och att sedan utföra dessa. Hon har således stark tilltro till människans resurser och förmåga till problemlösning. Orem betonar att människan utgör en helhet och att kropp och själ inte bör ses som separata delar, utan som en enhet som har både en biologisk, en symbolisk och en social funktion (Orem, 1991).

Miljö

Orem betonar kulturens och den sociala gruppens inflytande på individens inläring av egenvårdskapacitet. Specifika egenvårdshandlingar lärs in i det samhälle och den kultur individen växer upp i. Hur individen handlar påverkas således av de värderingar, seder och normer som finns i den kulturella och sociala grupp som individen tillhör (Orem, 1995). Orem beskriver olika miljöfaktorer med inverkan på individens egenvård.

Fysiska och kemiska miljöfaktorer omfattar jordens atmosfär, väder, miljöförstöring, djur samt mikroorganismer som virus och bakterier. Familjerelaterade miljöfaktorer omfattar roller och relationer i familjen, familjedynamik, kulturens inflytande över familjen samt familjens resurser. Samhälleliga miljöfaktorer omfattar befolkningen, familjesammansättning, tillgänglighet till samhälleliga resurser i det dagliga livet samt hälso- och sjukvårdens utformning, tillgänglighet, metoder, kostnad och finansiering (Orem, 2001).

Hälsa

Orem menar att hälsa och välbefinnande är tätt knutna till varandra. Hälsa betecknas som ett personligt tillstånd av friskhet och helhet samt av fysisk och psykisk funktionsförmåga. Normal utveckling och funktion är viktigt för hälsan. Välbefinnande är knutet till individens upplevelse av sin livssituation. En individ kan således känna välbefinnande trots sjukdom och nedsatt funktionsförmåga. Orem framhåller betydelsen av att utveckla goda vanor och handlingsmönster för att främja hälsa. En viktig aspekt är förmågan att förändra gamla vanor när det ställs nya krav på egenvård, till exempel vid sjukdom. Egenvård är således ett viktigt delmål för att främja hälsa (Orem, 1995).

Egenvårdsbegreppet

Orem beskriver egenvård som målinriktade handlingar som individen på eget initiativ utför för sig själv eller anhöriga. Egenvård innefattar vanor och medvetna handlingar som syftar till att främja normal funktion, utveckling, hälsa och välbefinnande hos individen själv eller anhöriga. Egenvårdshandlingar är motiverade av och inriktade på specifika mål. För att säkerställa normal funktion, utveckling och hälsa genom egenvård

behöver individen ha specifika mål och syften med sina egenvårdshandlingar. Dessa mål kallar Orem för egenvårdsbehov (Orem, 1995).

Orem (1991) delar in egenvårdsprocessen i två faser. Den första fasen omfattar bedömningen av egenvårdsbehovet, och leder fram till ett beslut om vad som behöver göras för att uppnå ett bestämt mål. Den andra fasen omfattar de handlingar som syftar till att utföra valda åtgärder. Människan har grundläggande fysiologiska, psykologiska och sociala behov, vilka människans egenvårdshandlingar inriktas mot. Kunskap är en mycket central faktor för individens förmåga att utföra egenvård och strävan efter att tillägna sig denna kunskap är ett grundläggande drag hos individen. Orem (1995) skiljer på tre olika typer av egenvårdsbehov:

- Universella egenvårdsbehov bygger på människans allmänna behov som måste tillfredsställas
- Utvecklingsrelaterade egenvårdsbehov bygger på människans utveckling och förutsätter att förhållanden som främjar utveckling skapas och upprätthålls
- Egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem uppstår vid avvikelser från normal funktion och välbefinnande. Detta skapar ett behov av att förebygga avvikelser och defekter samt konsekvenserna av dessa

Summan av de egenvårdshandlingar som behöver utföras för att tillgodose individens egenvårdsbehov benämner Orem terapeutiska egenvårdskrav. Om kraven inte uppfylls hotas individens utveckling, hälsa och välbefinnande. I omvårdnaden är det därför angeläget att identifiera patientens terapeutiska egenvårdskrav och i vilken grad individen själv klarar av att uppfylla dem. Förmågan att själv identifiera och tillgodose

sina terapeutiska egenvårdskrav kallar Orem egenvårdskapacitet. En individs egenvårdskapacitet är beroende av en rad faktorer. Individens värderingar, mål, uthållighet, motivation, graden av kunskap om egenvårdsbehovet samt utformningen av individens handlingsplan för egenvård är avgörande för egenvårdskapaciteten. Om obalans uppstår mellan individens egenvårdskapacitet och de terapeutiska egenvårdskraven är individen i behov av omvårdnad. Enligt Orem orsakas denna obalans av brist på något eller några av följande tre områden: bristande kunskap och insikt, bristande förmåga att överväga, bedöma och besluta samt bristande förmåga att inleda och genomföra målinriktade handlingar (Orem, 1995).

Sjuksköterskans roll

Kunskaper, färdigheter och värderingar skapar tillsammans sjuksköterskans omvårdnadskapacitet. Sjuksköterskan använder sin omvårdnadskapacitet för att främja utvecklingen av patientens egenvårdskapacitet och för att tillgodose patientens terapeutiska egenvårdskrav (Orem, 1991). För att göra detta använder sig sjuksköterskan av fem generella hjälpmetoder. Dessa är: att utföra eller handla för en annan individ, att handleda en annan individ, att ge fysiskt och psykologiskt stöd, att skapa en miljö som främjar utveckling samt att undervisa (Orem, 1995).

Att utföra eller handla för en annan individ innebär att kompensera patientens bristande resurser. Att handleda en annan individ är en lämplig metod då patienten ämnar fatta ett beslut eller följa en handlingsplan som övervakas av sjuksköterskan. Att ge fysiskt och psykologiskt stöd lämpar sig bäst när patienten strävar efter att nå sitt mål. Syftet är då att sjuksköterskan möjliggör för patienten att genomföra bestämda handlingar och göra

bestämda val. Att skapa en miljö som främjar utveckling betyder att patienten har en omgivning som motiverar till handling och initiativ, vilka överensstämmer med patientens mål. Undervisning används när nya färdigheter eller ny kunskap är nödvändig för att klara av egenvården. Inläring fodrar dock att patienten är psykologiskt förberedd på att lära, är medveten om att kunskap saknas samt att patienten är intresserad av att lära. Att motivera patienten för inläring genom att ge insikt om vikten av utökad kunskap är en angelägen sjuksköterskeuppgift (Orem, 1995).

I Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS (1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården, anges att det är sjuksköterskans uppgift att svara för omvårdnadens praktiska utformning. Begreppet omvårdnadsåtgärder omfattas av följande funktioner:

- Stöd i, eller utförande av, sådana handlingar som patienten för sitt dagliga liv eller välbefinnande inte kan utföra själv
- Samordning och planering av diagnostiska åtgärder och behandlingar inbegripet åtgärder i syfte att få till stånden hälsobefrämjande miljö
- Information till patienten och i förekommande fall, närstående om de åtgärder som föreslås och planeras
- Information och rådgivning om de åtgärder som kan vidtas för att befrämja hälsa eller förhindra ohälsa och försämring i allmäntillstånd.

I sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår att ha ett primärt ansvar för omvårdnaden och att ansvara för att omvårdnadsåtgärder planeras, genomförs och utvärderas samt samordnad med övrig behandling.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att kartlägga hur sjuksköterskan via patientundervisning kan hjälpa patienter med diabetes att förbättra sina kostvanor.

Frågeställningar

Vilka faktorer hos patienten och i patientens omgivning underlättar respektive försvårar förändring av kostvanor?

Vilka undervisningsåtgärder bör sjuksköterskan använda sig av för att underlätta förändring av kostvanor?

METOD

Metoden som valts är litteraturstudier. Litteratursökningen har inriktats på att få fram material med relevans för studiens syfte. Notter & Hott (1996) betonar vikten av att litteratur som ingår i en litteraturstudie har klar anknytning till studiens syfte.

Litteratursökning

Polit & Hungler (1995) anger att CINAHL och MEDLINE, som nås via sökning i PubMed, är de mest relevanta databaserna för omvårdnadsforskning och att manuell sökning via referenslistor är ett bra sätt att finna ytterligare material. Litteratursökning har gjorts vid Högskolan Trollhättan/Uddevallas (HTU) bibliotek i Vänersborg. Sökning har skett i databaserna CINAHL och PubMed samt genom sökning i

referenslistor. I syfte att få fördjupade kunskaper i ämnet har sökning efter böcker gjorts via bibliotekets katalog, SOFIA.

Urval

I databasen CINAHL kombinerades sökorden diabetes, nutrition, adherence och education. Detta gav 91 träffar. Genom att läsa abstrakt bedömdes 15 artiklar vara relevanta och rekviderades för närmare granskning. Ytterligare en sökning i CINAHL genomfördes där sökorden behavior change och nutrition kombinerades. Detta gav 156 träffar. Genom att läsa abstrakt bedömdes 18 artiklar vara relevanta och rekviderades för närmare granskning. Sökningarna i CINAHL begränsades till artiklar på engelska publicerade 1995 och senare. I databasen PubMed kombinerades sökorden diabetes, nutrition, adherence och behavior. Sökningen gav 31 träffar. Genom att läsa abstrakt bedömdes sex artiklar vara relevanta och rekviderades för närmare granskning. Dessutom har 12 artiklar erhållits genom sökning i referenslistor. Vid sökning efter böcker i HTU:s bibliotek i Vänersborg gav sökordet "Diabetes" 76 träffar varav fem böcker lånades hem. Sökning på patientundervisning gav fem träffar varav två lånades. Sökning på nursing theory gav 56 träffar varav tre böcker lånades hem. Totalt har litteratursökningen resulterat i att 51 artiklar valts ut för närmare granskning. Av dessa har 10 använts i bakgrunden och 14 i resultatet. Dessutom har 13 böcker använts i bakgrunden. Av artiklarna i resultatet avhandlar fem artiklar sjuksköterskans roll i patientundervisningen, tre artiklar är riktade till dietister och sex artiklar är riktade till samtlig hälso- och sjukvårdspersonal verksam inom patientundervisning till diabetespatienter (Nyberg, 2000).

Polit & Hungler (1995) anger att en litteraturstudie främst bör stödja sig på vetenskaplig litteratur samt att resultatet främst skall innehålla litteratur som är relevant för studiens syfte. Författarna skriver även att främst förstahands referenser bör användas. Inklusionskriterier för artiklar i resultatet var att innehållet skulle vara relevant i förhållande till studiens syfte. Exklusionskriterier för artiklar i resultatet var andrahands referenser samt icke vetenskapliga artiklar. De artiklar som ej varit tillgängliga i HTU:s bibliotek i Vänersborg har beställts genom dem. Under arbetets gång har även äldre artiklar inom ämnesområdet granskats. En studie publicerad 1990 ansågs relevant i förhållande till studiens syfte, varpå den inkluderades i studien. Nyberg (2000) anger att äldre litteratur med stor relevans för ämnesområdet kan användas. För böcker och artiklar i bakgrunden har ingen avgränsning avseende publiceringsår gjorts. Uppgifter om författare, deltagare och metod för artiklarna i resultatet redovisas i bilaga 1.

Analys

Patel & Davidson (1994) anger att målsättningen med analysen är att hitta mönster, teman och kategorier i materialet, vilka sedan ligger till grund för resultatet. Vidare skriver författarna att analysen inleds med att bearbeta materialet. Bearbetningen sker genom att noggrant läsa igenom och bekanta sig med materialet. När det är gjort kan materialet sedan delas in i olika kategorier. Indelningen i kategorier sker efter vad som valts att studera. Kategorierna utformas således utifrån studiens syfte.

Analysen av utvalda artiklar har gjorts med studiens syfte som utgångspunkt. Analysen inleddes med en granskning av artiklarna. Därefter utfördes en sammanfattning av

resultatet i varje artikel. Slutligen sorterades artiklarna in i följande tre kategorier, som utgår från syftets frågeställningar:

- Faktorer som underlättar förändring av kostvanor
- Faktorer som försvårar förändring av kostvanor
- Undervisningsåtgärder som underlättar förändring av kostvanor.

Syftet med att sortera in artiklarna i kategorier var att få en bättre struktur på materialet och göra det mer överskådligt.

Patel & Davidson (1994) anger att det är angeläget att ha god validitet och reliabilitet i vetenskapliga studier. Att ha god validitet innebär att tillse att studien verkligen undersöker det som avses att undersökas. Med god reliabilitet menas att undersökningen utförs på ett tillförlitlig sätt. För att säkerställa god validitet och reliabilitet under arbetet har vikt lagts vid att bearbeta artiklarna grundligt samt att placera dessa i rätt kategori på det sätt som ovan beskrivits. Vidare har även artiklar som bestrider tidigare fynd tagits med i studien.

RESULTAT

Polit & Hungler (1995) anger att det är angeläget att resultatet är tydligt och logiskt uppställt och organiserat så att forskningsfrågan kan besvaras. Resultatet presenteras under tre huvudrubriker. I syfte att göra resultatet tydligt och lättläst har kategorierna som använts vid analysen av artiklarna även använts som huvudrubriker i resultatet. Varje huvudrubrik avslutas med en sammanfattning.

Faktorer som underlättar förändring av kostvanor

Coates & Bore (1998) har i sin artikel undersökt betydelsen av ett antal psykologiska faktorer för diabetespatienters beteendeförändring och compliance till behandlingen. De faktorer som undersöktes var patientens uppfattning om sin egenkontroll över sjukdom, kunskap om diabetes, samt attityder till sjukdomen. Huvudresultaten visar inget samband mellan dessa faktorer och compliance. En majoritet av patienterna upplevde sig kunna kontrollera sjukdomens negativa effekter genom att följa föreskriven behandling, hade god kunskap om behandlingen och upplevde att fördelarna med behandlingen var större än nackdelarna. Patienterna visade sig dock vara obenägna till förändring och till att följa föreskriven diet.

Tillotson & Smith (1996) har i sin artikel undersökt hur diabetespatienters uppfattning om sin egen kontroll över sjukdomen samt att socialt stöd påverkade compliance till kostbehandling. Resultatet visar på ett svagt men signifikant samband mellan båda dessa faktorer och compliance. Patienter som upplevde sig kunna kontrollera sjukdomens negativa effekter genom att följa föreskriven behandling samt patienter som upplevde sig ha starkt socialt stöd var i något högre grad benägna att följa föreskriven diet.

Boehm, Schenk, Funnel, Powers & Ronis (1997) har i sin artikel undersökt hur psykosociala faktorer påverkar compliance till kostbehandling för patienter med diabetes. Faktorer som bedömdes var patienternas attityder och uppfattningar om diabetes samt deras egen uppfattning om sin compliance till kostbehandling. Resultatet visar att patientens upplevelse av compliance till behandling samt graden av socialt stöd var av betydelse för benägenhet till att följa föreskriven diet. Patienter som upplevde sig

ha hög compliance var obenägen till ytterligare förändring. Både för lite och för mycket socialt stöd gjorde att patienterna var mindre benägna till förändring, vilket ledde till att patienterna i mindre utsträckning följde föreskriven diet.

Sprauge, Shulz, Branen, Lambeth & Hillers (1999) har i sin artikel undersökt vilka faktorer som sjuksköterskor och dietister, verksamma med patientundervisning för diabetiker, uppgav vara av betydelse för resultatet av patientundervisningen. Resultatet visar att välutvecklad problemlösningsförmåga och sociala copingstrategier uppgavs vara mest betydelsefullt för vidmakthållandet av en beteendeförändring. Förmågan att hantera de svårigheter som patienter med diabetes möter, gav bättre förutsättningar för att införa nya kostvanor i det dagliga livet.

Peyrot, McMurry & Kruger (1999) har i sin artikel undersökt hur copingstrategier påverkade diabetespatienters compliance till behandlingen. Resultaten visar att compliance påverkades av patientens val av copingstrategier. Patienter som i högre grad använde sig av problemorienterade copingstrategier uppvisade större benägenhet att följa föreskriven diet än patienter som främst använde sig av känslomässigt orienterade copingstrategier. Genom att på ett mer problemorienterat sätt handskas med de svårigheter som sjukdomen medförde kunde patienterna i högre grad hitta konstruktiva lösningar för att överkomma dessa.

Travis (1997) har i sin artikel undersökt hur diabetespatienter upplevde att 11 utvalda faktorer påverkade deras benägenhet att förändra sina kostvanor. De utvalda faktorerna var personlig motivation, kulturella matvanor, känslor, patientens tidsschema,

familjemedlemmar, vänner, semester, äta på restaurang, ekonomiska resurser, förståelse av kostbehandlingen samt kunskap om vilken mat som borde inhandlas. Patienterna fick fylla i ett frågeformulär och ange huruvida faktorerna påverkade positivt, negativt eller inte påverkade alls. Resultaten visade att patienterna upplevde personlig motivation, förståelse av kostbehandlingen och kunskap om vilken mat som borde inhandlas var faktorer som ökade deras benägenhet att förändra sina kostvanor. Den faktor som patienterna upplevde ha störst betydelse var att känna sig starkt motiverad att förändra sina kostvanor. Att kostbehandlingen var okomplicerad och enkel att följa upplevdes också som viktigt. Slutligen efterfrågade patienterna konkreta exempel på nyttig mat som kunde underlätta matinköp.

Skelly, Marshall, Haughey, Davis & Dunford (1995) har i sin artikel genomfört såväl kvalitativa som kvantitativa studier i syfte att undersöka hur tillit till den egna förmågan att ändra beteende om patientens uppfattning om konsekvenserna av beteendeförändringen påverkade compliance till diabetesbehandling. Patienterna intervjuades vid två tillfällen med fyra-fem månaders mellanrum och fick vid båda intervjutillfällena fylla i ett frågeformulär. Huvudresultatet visar ett samband mellan stark tillit till den egna förmågan och ökad compliance vid det första intervjutillfället. De patienter som hade stor tillit till den egna förmågan hade också en stark uppfattning om att kostbehandlingen var av betydelse för hälsa och sjukdomskontroll. Uppfattning om konsekvenser av behandlingen visade dock inget signifikant samband med compliance. Vid det andra intervjutillfället sågs inget samband mellan varken tillit till den egna förmågan eller uppfattning av konsekvenser och compliance.

Sammanfattning

Under resultatets första underrubrik har faktorer som visat sig underlätta förändring av kostvanor beskrivits. Attityder till behandling, kunskap om behandling, förståelse av behandling, socialt stöd, copingstrategier, problemlösningsförmåga, motivation samt tillit till den egna förmågan var faktorer som visade sig underlätta förändring av kostvanor (Tillotson & Smith, 1996; Sprague, 1999; Peyrot, et al, Travis, 1999; Skelly, et al, 1995). Attityder, kunskap, för mycket och för lite socialt stöd samt tillit till den egna förmågan visade sig i andra sammanhang inte underlätta förändring av kostvanor (Coates & Bore, 1998; Boehm, et al, 1997; Skelly, et al, 1995).

Faktorer som försvårar förändring av kostvanor

Travis (1997) har i sin artikel undersökt hur diabetespatienter upplevde att 11 utvalda faktorer påverkade deras benägenhet att förändra sina kostvanor. Resultatet visade att patienterna upplevde att det var svårare att följa kostbehandlingen när de var på semester.

Peyrot et al (1999) har i sin artikel undersökt hur stress påverkar diabetespatienters compliance till behandlingen. Resultaten visade att patienter som upplevde hög grad av stress i sitt dagliga liv uppvisade lägre compliance än patienter som med lägre grad av stress. De stressade patienternas lägre compliance resulterade i sämre sjukdomskontroll, vilket visade sig genom att de uppvisade förhöjda blodglukosvärden.

Sprague et al (1999) har i sin artikel undersökt vilka faktorer som sjuksköterskor och dietister verksamma inom patientundervisning för diabetiker uppgav vara av betydelse

för resultatet av patientundervisningen. Resultatet visar på tre faktorer som upplevdes minska patienters benägenhet att fullfölja behandlingen. Patienter som upplevde sig ha tillräcklig kunskap om sjukdomen och dess behandling uppvisade även ett större ointresse till att tillägna sig ytterligare kunskap eller att fullfölja behandlingen. Bristande egenkontroll, till exempel genom att inte föra matdagbok. En alltför tidskrävande kostplan visade sig också vara associerat med mindre benägenhet att fullfölja behandlingen.

Brown, Pope, Hunt & Tolman (1998) har i sin artikel undersökt dietisters uppfattning om vilka faktorer som försvårar förändring av kostvanor hos diabetiker. Huvudresultaten visade att de fem faktorer som dietisterna upplevde som de största hindren för patienterna vid förändring av kostvanor var:

- Livsstil och konkurrerande krav (tidsbrist, livsstil till exempel äter ute, ekonomi)
- Upplevelse att diabetes ej är allvarligt
- Bristande förståelse för relationen mellan sjukdomskontroll och diet
- Bristande tillit till egen förmåga till förändring
- Felaktig information om kostvanor från opålitliga källor.

Schlundt, Rea, Kline & Pichert (1994) har i sin artikel undersökt vilka faktorer som diabetespatienter upplever vara de största hindren för att förändra sina kostvanor. Resultaten visade att stress och negativa känslor, exempelvis nedstämdhet, ofta ledde till att patienten åt mer onyttig mat än annars. Situationer där patienten blev bjuden på olämplig mat skapad ofta problem, eftersom det kunde uppfattas som oartigt att tacka nej. Restaurangbesök och sociala tillställningar var andra situationer där patienterna upplevde svårigheter att hålla sig till föreskriven diet. Frestelsen att äta onyttig mat,

exempelvis sötsaker samt tidsbrist och bristande socialt stöd upplevdes också försvåra förändringen av kostvanor.

Sammanfattning

Under resultatets andra underrubrik har faktorer som visat sig försvåra förändring av kostvanor beskrivits. Semester, stress, tidsbrist, sociala tillställningar, bristande egenkontroll, livsstil, bristande kunskap, attityder och bristande tillit till den egna förmågan var faktorer som visade sig försvåra förändring av kostvanor (Travis, 1997; Peyrot, et al, 1999; Sprague, et al, 1999; Brown, et al, 1998; Schlundt, et al, 1994).

Undervisningsåtgärder som underlättar förändring av kostvanor

Brown et al (1998) har i sin artikel undersökt dietisters uppfattning om vilka undervisningsåtgärder som är effektivast för att förändra kostvanor hos diabetespatienter. Huvudresultaten visade att de undervisningsmetoder som uppgavs vara mest effektiva var:

- Lägga upp en individualiserad kostplan, anpassad till patientens livsstil
- Involvera patienten i beslutsfattandet
- Förespråka egenkontroll av blodsocker
- Identifiera områden där patienten är villig att förändra sitt beteende.

Feedback, målsättning, och diskussion kring svårigheter som patienten upplevde med kostplanen upplevdes också vara effektiva åtgärder.

Williamson, Hunt, Pope & Tolman (2000) har undersökt vilka undervisningsåtgärder som dietister upplevt vara effektivast för att överkomma vanligt förekommande hinder

för förändring av kostvanor hos diabetiker som identifierats i en tidigare studie gjord av Brown et al (1998). Studiens huvudresultat visade fem hinder och de undervisningsåtgärder som visat sig vara effektivast för att övervinna dessa hinder.

1/ Hinder: Livsstil och konkurrerande krav (tidsbrist, livsstil, exempelvis äta på restaurang, ekonomi). Undervisningsåtgärder: Individualisera undervisningen, göra kostplanen lättare att följa, hjälpa patienten att göra ett schema anpassat till individens situation. 2/ Hinder: Förnekelse/upplevelse att diabetes ej är allvarligt. Undervisningsåtgärder: Mer utbildning, fokus på uppföljning, stödgrupper, individualiserad undervisning. 3/ Hinder: Bristande förståelse för sambandet mellan sjukdomssymtom och diet. Undervisningsåtgärder: Mer undervisning och uppföljning, göra kostplanen enklare. 4/ Hinder: Bristande tillit till egen förmåga till förändring. Undervisningsåtgärder: Sätta realistiska mål, ytterligare undervisning med uppföljning, stödgrupper. 5/ Hinder: Patienten får felaktig information från opålitliga källor. Undervisningsåtgärder: Presentera riktig information genom utbildning samt referera till andra personalkategorier, utbilda familj, vänner och andra runt patienten, hjälpa patienten att identifiera källor till tillförlitlig information.

Brown & Hanis (1995) har i sin artikel undersökt effekten av ett kulturellt anpassat interventionsprogram för compliance och kunskap vid diabetesbehandling. Fem diabetespatienter med mexikanskt ursprung bosatta i Starr County, Texas, USA, deltog i undersökningen. Patienternas ålder varierade mellan 57-65 år. Interventionsprogrammet omfattade åtta veckor och bestod av ett två timmar långt undervisningstillfälle per vecka. Undervisningen var speciellt anpassad till deltagarnas kulturella bakgrund. Undervisningsmaterial som användes var på spanska och anpassat efter mexikansk

kultur och deltagarna fick lära sig att laga typisk mexikansk mat. Undervisningen bedrevs av en sjuksköterska och en dietist, båda med mexikanskt ursprung. Efter de åtta veckorna samlades deltagarna i en stödgrupp där även familjemedlemmar deltog. Huvudresultatet visade att interventionsprogrammet ledde till ökad compliance samt ökad kunskap om egenvårdsåtgärder vid diabetes.

Sprauge et al (1999) har i sin artikel undersökt vilka undervisningsåtgärder som sjuksköterskor och dietister verksamma inom patientundervisning för diabetiker uppgav vara av betydelse för resultatet av patientundervisningen. Artikeln identifierar två faktorer med betydelse för vidmakthållandet av en beteendeförändring. Uppföljning som genomfördes efter avslutad undervisning i syfte att bibehålla patientens motivation gav positiva effekter. Vidare var patienter som uppmuntrades till egenkontroll av blodsocker och energiintag mer benägna att fullfölja behandlingen.

Smith, Heckemeyer, Kratt & Mason (1997) har i sin artikel undersökt hur patientundervisning inriktad på motivationshöjande åtgärder påverkade benägenheten till förändring av kostvanor. Deltagarna i studien delades in i två grupper. Båda grupperna deltog i ett standardiserat undervisningsprogram där de fick instruktioner om hur de skulle lägga om sina kostvanor. En av grupperna deltog utöver detta i tre individuella samtal i syfte att öka patienternas motivation. Resultatet visade att gruppen som fått standardiserad undervisningen samt haft motivationshöjande samtal uppvisade högre grad av compliance än gruppen som endast fått den standardiserade undervisningen. Vid de individuella samtalen diskuterades målsättning, hinder för och

fördelarna med ändrade kostvanor samt åtgärder för att stärka patientens tilltro till sin förmåga att klara beteendeförändringen.

Estey, Tan & Mann (1990) har i sin artikel undersökt hur uppföljning påverkar förändring av egenvårdsbeteendet hos diabetespatienter. Patienterna delades in i två grupper. Den ena gruppen fick tre dagars undervisning om egenvård vid diabetes. Den andra gruppen deltog i samma undervisning samt fick uppföljning genom telefonsamtal regelbundet under tio veckor. Under samtalen repeterades innehållet i undervisningen och patienterna fick uppmuntran att fortsätta med egenvården. Huvudresultaten visade att efter tio veckor hade gruppen som erhållit uppföljning bättre egenkontroll av blodsockret än kontrollgruppen. Uppföljningssamtalen bidrog dessutom till att bibehålla de kunskaper som förvärvats under tidigare undervisning. Däremot sågs ingen skillnad mellan grupperna med avseende på viktreduktion och HbA1c.

Anderson, Funnel, Butler, Arnold, Fitzgerald & Feste (1995) har i sin artikel undersökt hur ett sexveckors undervisningsprogram som syftade till att ge patienterna ökad problemlösningsförmåga, bättre utvecklade copingstrategier, ökat socialt stöd och individuella målsättningar påverkade compliance. Patienterna fick fylla i ett frågeformulär innan studien började, direkt efter avslutat program och direkt efter uppföljningen. Resultatet utvärderades sex veckor efter att programmet avslutats och visade på en betydligt ökad tillit till den egna förmågan till beteendeförändring till följd av undervisningsprogrammet. Vidare uppvisade patienterna, efter genomförd undervisning, mindre negativa attityder mot att leva med diabetes och diabetes-sjukdomens påverkan på livskvalitén upplevdes vara mindre.

Sammanfattning

Under resultatets tredje huvudrubrik har åtgärder som visat sig underlätta för diabetespatienter att förändra sina kostvanor beskrivits. Individualiserad undervisning, involvera patienten i beslutsfattandet, egenkontroll, uppföljning, målsättning, kulturellt anpassad undervisning och undervisning inriktad på att förbättra copingstrategier, problemlösningsförmåga och öka patientens sociala stöd har visat sig effektiva (Brown, et al, 1998; Williamson, et al, 2000; Sprague, et al, 1999; Brown & Hanis, 1995; Smith, et al, 1997; Estey, et al, 1990; Anderson, et al, 1995).

DISKUSSION

Metod

Metoden som valts är litteraturstudier. Williamson et al (2000) skriver att det finns många studier vad gäller patientundervisning till diabetiker. Detta bekräftas av att litteratursökningen gav många träffar. Polit & Hungler (1995) skriver att litteraturstudier är en lämplig metod för att kartlägga områden som är väl utforskade.

Litteratursökning efter artiklar till resultatet har skett i databaserna CINAHL och PubMed. Det kan tyckas begränsande för studien att endast använda sig av två databaser. Emellertid skriver Polit & Hungler (1995) att dessa är de mest relevanta databaserna vid omvårdnadsforskning. Sökning i databaser har kompletterats med manuell sökning som enligt Polit & Hungler bidrar till att finna artiklar som inte kommit fram vid sökning i databaser. Detta har givit goda förutsättningar för att få fram relevanta artiklar till kartläggningen. Enbart engelska artiklar har granskats i resultatet.

Eventuellt skulle en svensk sökning givit ytterligare artiklar som kunnat styrka resultatet. Det faktum att ingen av artiklarna i arbetet är skriven av svenska författare och således speglar förhållanden i andra länder med en annan kultur, väcker frågan om resultaten blivit de samma om de genomförts i Sverige. Författaren av denna studie är dock av den uppfattningen att faktorer som förhindrar respektive försvårar förändring av kostvanor och de åtgärder som i stort sätt är de samma oavsett kultur. Exempelvis torde socialt stöd och användandet av målsättning i patientundervisningen ha lika stor betydelse för en patient i Sverige som för en patient från en annan kultur. I arbetets resultat finns såväl nya som något äldre artiklar beskrivna. Syftet med att även använda sig av äldre artiklar är att detta bidrog till att göra kartläggningen mer komplett, vilket enligt författarens uppfattning styrker resultatet. Nyberg (2000) skriver att äldre litteratur med fördel kan användas.

I arbetets syfte framkommer att studien inriktades på att kartlägga hur sjuksköterskan via patientundervisning kan hjälpa patienter med diabetes att förbättra sina kostvanor. Endast fem av artiklarna som ligger till grund för resultatet är dock riktade direkt till sjuksköterskan. Utöver dessa har även tre artiklar riktade till dietister och sex artiklar riktade till samtlig hälso- och sjukvårdspersonal inkluderats. Vid kostundervisning är det angeläget att samtlig personal i vårdteamet har likvärdig kunskap om hur genomförandet bör gå till (Socialstyrelsen, 1999). Resultaten från dessa artiklar har med detta som grund bedömts vara av betydelse även för sjuksköterskor och därmed ansetts relevanta i förhållande till kartläggningens syfte, varvid de inkluderats i detta arbete.

Analysen har skett genom granskning, sammanfattning och kategorisering av artiklarna. Tillvägagångssättet styrks av Patel & Davidson (1994). Det är författarens uppfattning att analysmetoden är väl lämpad för den aktuella kartläggningen, inte minst genom att resultatredovisningen blir logisk och tydlig. Detta gör materialet lättläst, vilket underlättar för läsaren att få en överblick och reflektera över innehållet. Analysen har genomförts av en författare. Att vara ensam författare ställer krav på noggrannhet i strävan efter god reliabilitet och validitet, något som författaren av denna kartläggning varit medveten om. Detta inte minst eftersom reliabilitet och validitet i ett arbete gjort av flera författare kan styrkas genom att analysen utförts av flera personer som oberoende av varandra kommit fram till samma resultat.

Resultat

Faktorer som underlättar förändring av kostvanor

Patientens upplevelse av en situation tillskrivs betydelse för beteendeförändring både i social learning theory och health belief model. Modellerna anger att patienter som upplever att behandlingen är effektiv och leder till förbättrad sjukdomskontroll uppvisar högre grad av compliance (Janz & Becker, 1984; Bandura, 1977). Patienternas upplevelse av kontroll över diabetessjukdomen hade inget samband med compliance i en artikel (Coater & Bore, 1998) och endast svagt samband i en annan artikel (Tillotson & Smith, 1996). Detta tyder på att diabetespatienter i stor utsträckning är medvetna om att de genom att följa föreskrivna kostrekommendationer kan minska såväl symtom som risken för komplikationer. Trots detta förblir compliance låg. Resultaten bekräftar det förhållande som Sprague, et al (1999) beskriver i sin artikel som säger att förändring av kostvanor upplevs av diabetespatienten som en av de svåraste egenvårdsåtgärderna. Kan

det vara så att svårigheter som associeras med förändring av kostvanor är orsak till att det fodras mer än att göra patienten medveten om kostens betydelse för sjukdomskontroll och hälsa för att få patienten att ändra sina kostvanor? I så fall kanske de delar av social learning theory och health belief model som betonar patientens upplevelse av sjukdom och behandling inte fullt ut är tillämpningsbara vid förändring av kostvanor. I transtheoretical model of behavior change avses medvetandegörande om orsaken till och konsekvenserna av ett beteende som ett första steg mot beteendeförändring (Prochaska & Velicer, 1997). Kanske kan förändring av patientens upplevelse av sjukdom och behandling ses som ett steg i att påverka patientens attityder till sitt beteende på ett sådant sätt att beteendeförändring underlättas.

Socialt stöd har visat sig underlätta för diabetespatienter vid förändring av kostvanor (Tillotson & Smith, 1996). Boehm et al (1997) skriver att graden av socialt stöd är av betydelse för dess effekter på patienten och att inte enbart bristande, utan även för mycket socialt stöd har negativ inverkan på patientens benägenhet till förändring. Kan det vara så att alltför intensivt socialt stöd till patienten upplevs som att anhöriga och vänner är alltför påstridiga och tjatiga? Detta kan i sin tur leda till att patienten inte orkar lyssna och ta till sig råden. Social learning theory framhåller att muntlig uppmuntran från närstående underlättar beteendeförändring (Bandura, 1977). Vikten av socialt stöd betonas även av Orem (1995) som skriver att den sociala gruppens inflytande är av betydelse för inläring av egenvårdsåtgärder.

Att ha tillit till sin egen förmåga att klara av att följa en föreskriven behandling uppges vara en viktig faktor vid genomförandet av en beteendeförändring. Detta betonas både i

social learning theory (Bandura, 1977) och transtheoretical model of health behavior change (Prochaska & Velicer, 1997). Brown et al (1998) skriver i sin artikel att dietister uppgav att bristande tillit till den egna förmågan var ett betydande hinder för patienten att följa föreskriven kostbehandling. Även Smith et al (1997) visar i sin artikel på betydelsen av tillit till den egna förmågan för beteendeförändring. Skelly et al (1995) anger att diabetespatienters tillit till den egna förmågan ledde till ökad compliance vid ett tillfälle, medan inget samband sågs vid ett senare tillfälle. Kan det vara så att tillit till den egna förmågan har betydelse för beteendeförändring, men i olika grad och i olika delar av processen? I så fall är det av betydelse för sjuksköterskan att kontinuerligt bedöma tillitens betydelse för beteendeförändring hos patienten.

Faktorer som försvårar förändring av kostvanor

Stress och tidsbrist anges i flera studier vara faktorer som försvårar förändring av kostvanor (Travis, 1997; Peyrot, et al, 1999; Sprague, et al, 1999; Schlundt, et al, 1994). Detta kan troligtvis bero på att kostbehandling i regel kräver en mer omfattande planering inför varje måltid, vilket medför att mer tid går åt till förberedelser i samband med måltid. Tid har allt mer blivit en bristvara i dagens samhälle. Dessutom är större delen av den snabbmat som finns tillgänglig i dagens samhälle näringsmässigt sällan förenlig med den kostplan som utarbetats för patienten. Dessa faktorer kan bidra till att stress och tidsbrist minskar patienternas benägenhet att följa föreskriven diet.

Sociala tillställningar, semester, restaurangbesök, nedstämdhet, att bli frestad av sin favoritmat samt situationer där patienten blir bjuden på olämplig mat, är exempel på situationer som kan vålla svårigheter vid förändring av kostvanor för diabetespatienter

(Travis, 1997; Schlundt, et al, 1994; Peyrot, et al, 1999). I varje patients tillvaro uppstår situationer som försvårar för patienten att följa föreskriven kostbehandling. Vilka dessa situationer är varierar sannolikt från patient till patient. Oavsett om det är fråga om tidsbrist eller svårigheter att avhålla sig från onyttig mat vid nedstämdhet, så bör sjuksköterskan i samtal med patienten klargöra i vilka situationer svårigheter kan uppkomma.

Undervisningsåtgärder som underlättar förändring av kostvanor

Målsättning har i flera studier visat sig underlätta för diabetespatienter att förändra sina kostvanor (Brown, et al, 1998; Williamson, et al, 2000; Smith, et al, 1997; Anderson, et al, 1995). Orem (1995) skriver att egenvårdshandlingar bör inriktas på specifika mål som betonar vikten av målsättning för utveckling av patientens egenvårdskapacitet. Social learning theory förespråkar målsättning för att underlätta beteendeförändring (Bandura, 1977). Kan det vara så att effekten av målsättning består i att konkretisera vad som kan uppnås, men även att göra uppgiften mer hanterbar? Om patienten har tydliga mål för sin kostbehandling kan genomförandet underlättas, eftersom patienten då lättare kan överblicka vilka konkreta förändringar som behöver vidtas för att nå målet. Genom att dessutom dela upp beteendeförändringen i delmål, kanske uppgiften inte upplevs lika avskräckande. Det är även tänkbart att den tillfredställelse som patienten upplever när ett delmål nås, ytterligare uppmuntrar patienten i sin strävan av att nå huvudmålet.

Att involvera anhöriga i undervisningen samt att arbeta för att öka patientens sociala stöd har visat sig öka diabetespatienters benägenhet till förändring av sina kostvanor (Williamson, et al, 2000; Anderson, et al, 1995). Transtheoretical model of health

behavior change menar att acceptansen av patientens beteendeförändring hos närstående och det stöd patienten får av individer i omgivningen är av betydelse (Prochaska & Velicer, 1997). Orem (1995) betonar vikten av att patienten har en omgivning som motiverar till handling och initiativ som överensstämmer med patientens mål. Kartläggningens resultat visar att patientens kostvanor påverkas kraftigt av omgivningens attityder och värderingar. Troligtvis beror betydelsen av socialt stöd och anhörigas engagemang på att måltiden fyller en viktig social funktion. Måltiden ger möjlighet till att under trevliga former umgås med sina närmaste. Många patienter är dessutom beroende av närstående när det gäller matinköp och tillagning. Kanske är det i dessa situationer av betydelse att ha personer i patientens omgivning som är väl insatta i behandlingen och beredda att ge patienten stöd i genomförandet.

Undervisning som är anpassad efter patientens kultur har visat sig öka diabetespatienters benägenhet till förändring av sina kostvanor (Brown & Hanis, 1995). Betydelsen av kulturella faktorer för egenvårdsbeteendet betonas av Orem (1995). Orem skriver att egenvårdshandlingar lärs in i det samhälle och den kultur patienten växer upp i. Orem skriver vidare att patientens handlingar påverkas av värderingar, seder och normer i den sociala och kulturella grupp patienten tillhör. Troligtvis är det så att kulturens starka inflytande över patientens kostvanor beror på att måltidsvanor grundläggs tidigt i livet och ofta är starkt knutna till kulturella traditioner. Exempelvis har de högtider som firas i Sverige en stark anknytning till mat. Redan som barn förknippar många julen med olika smaker och lukter. Kanske är det svårare att avstå från mat med djup känslomässig förankring. Om det är så, kan kulturellt anpassad

undervisning, där sjuksköterskan exempelvis lär ut nyttigare sätt att tillaga den traditionella maten, vara ett sätt att underlätta för patienten att följa föreskriven diet.

Uppföljning har visat sig vara en effektiv undervisningsåtgärd för att öka diabetespatienters benägenhet att förändra sina kostvanor (Williamson, et al, 2000; Sprague, et al, 1999). Estey et al (1990) skriver att uppföljningen resulterade i förbättrad egenkontroll, men inte reducerad vikt och sänkt HbA1c. Uppföljning förespråkas i social learning theory för bibehållande av beteendeförändring (Bandura, 1977). Beteendeförändring har beskrivits som en ständigt pågående process i vilken patienten kontinuerligt arbetar aktivt för att bibehålla det önskvärda beteendet (Prochaska & Velicer, 1997). Orem (1995) betonar vikten av uthållighet och motivation för patientens förmåga till beteendeförändring. Troligtvis är kravet på uthållighet och motivation över lång tid är större hos patienter med diabetes och andra kroniska sjukdomar? Dessa egenskaper torde i så fall vara särskilt betydelsefulla vid förändring av kostvanor. Tanken är ju att det nya beteendet bibehålls resten av livet. Kravet på en livslång beteendeförändring gör att behovet av uppföljning kan vara stort för diabetespatienter, vid förändring av kostvanor. Det faktum att Estey et al (1990) visar på endast delvis god effekt av uppföljning, tyder på att uppföljning endast påverkar specifika delar av egenvårdsbeteendet. Genom ökad egenkontroll kommer dock patientens medvetenhet om kostvanor och blodglukosnivåer sannolikt att öka. Detta torde i sin tur kunna främja benägenheten att följa föreskriven kostbehandling.

Individuellt anpassad undervisning och anpassning av kostplanen till patientens situation har i två studier beskrivits vara effektiva åtgärder (Brown, et al, 1998;

Williamson, et al, 2000). En förändring av kostvanorna innebär en omställning av patientens vardag. För att lyckas fodras att både kostplan och patientundervisning anpassas till patientens dagliga liv. En patient som exempelvis har ett pressat tidsschema med små möjligheter att avsätta tid för matlagning, behöver undervisning i hur snabblagade och nyttiga maträtter kan tillagas. En undervisning som bedrivs utifrån en förutbestämd mall utan hänsyn till individuella faktorer torde inte ge patienten optimala förutsättningar för att följa kostplanen.

Anderson, et al (1999) skriver att utvecklingen av patientens problemlösningsförmåga och copingstrategier underlättar för patienten att förändra sina kostvanor. Transtheoretical model of health behavior change betonar betydelsen av åtgärder som hjälper patienten undvika att återgå till ett oönskat beteende. Detta görs enligt modellen genom att undvika situationer där frestelsen att uppta det oönskade beteendet upplevs vara stor och genom att ersätta det oönskade beteendet med ett nytt och hälsosammare (Prochaska & Velicer, 1997). Kan det vara så att varje patient har sina speciella situationer där genomförandet av kostbehandlingen försvåras? Genom att i samtal med patienten identifiera dessa situationer och sedan rikta undervisningen direkt mot att lösa problemet i fråga kunde kanske undervisningen bli effektivare. Exempelvis kan en patient som har svårt att avhålla sig från sötsaker vid TV-tittande uppmuntras att i stället försöka äta frukt.

Att diskutera med patienten runt faktorer som försvårar compliance, att undanröja befintliga hinder för ökad compliance samt betona fördelarna med kostbehandlingen har givit goda resultat (Brown, et al, 1998; Sprague, et al, 1999; Smith, et al, 1997). Genom

att undanröja svårigheter med behandlingen samtidigt som fördelar med förändrade kostvanor betonas kan patientens attityder gentemot behandlingen påverkas på ett positivt sätt. Både health belief model och transtheoretical model of health behavior change betonar betydelsen av balansen mellan upplevda fördelar och nackdelar med en behandling för beteendeförändring (Janz & Becker, 1984; Prochaska & Velicer, 1997). Eventuellt blir patienten mer benägen att fullfölja en behandling om fördelarna med behandlingen upplevs väga tyngre än de svårigheter den medför. Om det förhåller sig så torde undanröjande av svårigheter och betonande av fördelar med behandlingen vara en viktig uppgift för sjuksköterskan i patientundervisningen.

Sjuksköterskans roll vid kostundervisning

Det är angeläget att samtlig hälso- och sjukvårdspersonal i vårdteamet har kompetens att undervisa patienten i kostfrågor. Sjuksköterskor, läkare, dietister och undersköterskor bidrar alla till att genomförandet av patientundervisningen blir tillfredsställande (Socialstyrelsen, 1999). Sjuksköterskan har genom sitt arbete ofta en nära relation till patienten, vilket inte sällan leder till att sjuksköterskan får ta del av viktig information om patientens kostvanor och tankar runt behandling. Detta gör att sjuksköterskan har en viktig funktion att fylla, både när det gäller datainsamling och patientundervisning (Rankin & Stallings, 1992). Författarens uppfattning är därför att kunskap om faktorer som påverkar patientens kostvanor och vilka undervisningsåtgärder som är lämpliga att tillämpa utgör en viktig del av sjuksköterskans yrkeskompetens.

Orem (1995) skriver att hälsa och välbefinnande är omvårdnadens övergripande mål och betonar betydelsen av goda vanor och handlingsmönster för att främja hälsa. När

obalans uppstår mellan patientens egenvårdskapacitet och de terapeutiska egenvårdskraven är patienten i behov av omvårdnad. Vid diabetes ökar patientens terapeutiska egenvårdskrav. Genom sin omvårdnadskapacitet kan sjuksköterskan främja utvecklingen av patientens egenvårdskapacitet så att jämvikten återställs. Orem menar att undervisning är en viktig hjälpmetod som sjuksköterskan använder sig av i omvårdnaden. Författarens uppfattning är att förändring av patientens kostvanor i positiv riktning kan ses som en del i utvecklandet av vanor och handlingsmönster som kan främja hälsa. För att stärka sin omvårdnadskapacitet behöver sjuksköterskan tillägna sig kunskaper om hur patientundervisningen genomförs på bästa sätt. Med denna kunskap till sitt förfogande har sjuksköterskan goda förutsättningar att kunna återställa jämvikten mellan patientens egenvårdskapacitet och de terapeutiska egenvårdskraven, och därmed främja patientens hälsa.

Slutkommentar

Faktorer som underlättar för patienter med diabetes vid förändring av kostvanor är attityder till behandling, kunskap om behandling, förståelse av behandling, socialt stöd, copingstrategier, problemlösningsförmåga, motivation samt tillit till den egna förmågan. Faktorer som försvårar för patienter med diabetes att förändra sina kostvanor är semester, tidsbrist, sociala tillställningar, bristande egenkontroll, livsstil, bristande kunskap, attityder och bristande tillit till den egna förmågan.

För att underlätta för patienter med diabetes att följa föreskriven kostbehandling har målsättning och uppföljning, individuellt och kulturellt anpassad undervisning, ökat socialt stöd samt involvera anhöriga i undervisningen visat sig vara fördelaktigt. Orem

(1995) betonar vikten av den kulturella och sociala gruppens inflytande, målsättning, uthållighet och motivation för egenvårdsbeteendet. Undervisning riktad mot att diskutera kring och undanröja hinder för genomförandet av kostbehandlingen, utvecklande av problemlösningsförmåga och problemorienterade copingstrategier, uppmuntran till egenkontroll samt klargörande av fördelar med kostbehandlingen har också visat sig öka patienternas benägenhet att följa föreskriven behandling.

Patientundervisningens betydelse inom omvårdnaden har uppmärksammats under senare år (Rankin & Stallings, 1992). Ytterligare forskning behövs emellertid för att klargöra hur undervisningen kan bedrivas på bästa sätt. Framtida forskning bör identifiera i vilket skede av processen de olika undervisningsåtgärderna bör tillämpas för att nå ett optimalt resultat. Transtheoretical model of health behavior change har en syn på hur detta kan ske och menar att valet av undervisningsåtgärder bör anpassas till hur redo patienten är att ändra sitt beteende (Prochaska & Velicer 1997). Modellen har visat goda resultat med avseende på beteendeförändring i flera samband, exempelvis relaterat till tobaksrökning, fysisk aktivitet samt även i samband med kostvanor (Ma, Betts & Horacek, 2001). Ytterligare forskning behövs dock för att ytterligare klargöra i vilken utsträckning modellen är tillämpningsbar vid förändring av kostvanor hos diabetespatienter.

REFERENSER

Anderson, R.M., Funnel, M.M., Butler, P.M., Arnold, M.S., Fitzgerald, J.T. & Feste, C.C. (1995). Patient empowerment results of a randomised controlled trial. *Diabetes Care*, 18, 943-949.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy theory: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Björvell, H. & Engström, B. (2001). Kvalitetsindikatorer för patientutbildning. I: Idvall, E. (Red.) *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Boehm, S., Schlenk, E.A., Funnel, M.M., Powers, H. & Ronis, D.L. (1997). Predictors of adherence to nutrition recommendations in people with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, 23, 157-165.

Brown, S.A. & Hanis, C.L. (1995). A community-based, culturally sensitive education and group-support intervention for mexican americans with NIDDM: A pilot study of efficacy. *The Diabetes Educator*, 21, 203-210.

Brown, S.L., Pope, J.F., Hunt, A.E. & Tolman, N.M. (1998). Motivational strategies used by dietitians to counsel individuals with diabetes. *The Diabetes Educator*, 24, 313-318.

Coates, V.E. (1998). The influence of psychological factors on the self-management of insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 528-537.

Comley, A.L. (1994). A comparative analysis of Orem's self-care model and Peplau's interpersonal theory. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 755-760.

Ericson, E. & Ericson, T. (1996). *Medicinsk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Estey, A.L., Tan, M.H. & Mann, K. (1990). Follow-up Intervention: Its effect on compliance behavior to a diabetes regimen. *The Diabetes Educator*, 16, 291-295.

Etzwiler, D.D. (1962). What the juvenile diabetecic knows about his disease. *Pediatrics*, 29, 135-141.

Graber, A.O., Christman, B.D., Alongna, M.T. & Davidson, J.K. (1977). Evaluation of diabetes education programmes. *Diabetes*, 26, 61-64.

Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.

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

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Ma, J., Betts, N.M. & Horacek. T. (2001). Measuring stage of change for assessing readiness to increase fruit and vegetable intake among 18- to 24-year-olds. *American Journal of Health Promotion*, 16, 88-97.

National Task Force on Training Family Physicians in Patient Education. (1979). *Patient education: A handbook for teachers*. Kansas City: The Society of Teachers of Family Medicine.

Notter, L.E. & Hott, J.R. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice*. 4th ed. St. Louis, Missouri: Mosby.

Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby.

Patel, R. & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Peyrot, M., McMurry, J.F. & Kruger, D.F. (1999). A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: Stress, coping and regimen adherence. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 141-158.

Peyrot, M. & Rubin, R. (1990). Effect of education on lifestyle and self-regulation interventions and behavior. *Diabetes*, 39 (suppl 1), 16A.

Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Nursing research: Principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.

Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.

Rankin, S. & Duffy Stalling, K. (1996). *Patient education*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.

Rosenstock, I.M. (1995). Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes Care*, 8, 610-616.

Schlundt, D.G., Rea, M.R., Kline, S.S. & Pichert, J.W. (1994). Situational obstacles to dietary adherence for adults with diabetes. *Journal of the American Dietetic Association*, 94, 874-879.

SFS. (1982). *Hälso- och sjukvårdslag*. Svensk författningssamling, 1982:763. Stockholm: Allmänna Förlaget.

Skelly, A.H., Marshall, J.R., Haughey, B.P., Davis, P.J. & Dunford, R.G. (1995). Self-efficacy and confidence in outcomes as determinants of self-care practices in inner-city, african-american women with non-insulin-dependent diabetes. *The Diabetes Educator*, 21, 38-46.

Smith, D.E., Heckemeyer, C.M., Kratt, P.P. & Mason, D.A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. *Diabetes Care*, 20, 52-54.

Socialstyrelsen. (1999). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus*. Stockholm: Linköpings tryck AB.

Socialstyrelsen. (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Modin - tryck AB.

SOSFS. (1993). *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens författningssamling, 1993:17. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sprague, M.A., Armstrong Shultz, J., Branen, L.J., Lamberth, S. & Hillers, V.N. (1999). Diabetes educator's perspectives on barriers for patients and educators in diabetes education. *The Diabetes Educator*, 25, 907-916.

Tillotson, L.M. & Smith, M.S. (1996). Locus of control, social support and adherence to the diabetes regimen. *The Diabetes Educator*, 22, 133-139.

Travis, T. (1997). Patient perceptions of factors that affect adherence to dietary regimens for diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, 23, 152-156.

Van de Borne, H. (1998). The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counseling*, 34, 89-102.

Whittemore, R. (2000). Strategies to facilitate lifestyle change associated with diabetes mellitus. *Journal of Nursing Scholarship*, 32, 225-232.

Williamson, A.R., Hunt, A.E., Pope, J.F. & Tolman, N.M. (2000). Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with diabetes. *The Diabetes Educator*, 26, 272-279.

WHO & IDF. (1990). *Diabetes mellitus in Europe: a problem at all ages in all countries – a model for prevention and self-care*. Report on a meeting jointly organised by the Regional Office for Europe, World Health Organisation and the International Diabetes Federation, European Region. Italy: St. Vincent.

Östman, J. (1994). Definition, diagnos och klassificering. I: Agardh, C.D., Berne, C. &

Östman, J. (Red.) *Diabetes*. Stockholm: Liber Utbildning AB.

Författare, deltagare och metod för studier i resultatet.

Författare/Årtal	Deltagarantal/Ålder	Metod/Instrument/Analys
Anderson, R.M. et al (1995)	64 patienter med diabetes	Kvantitativ/ Frågeformulär/ Chronbach's alfa, t-test
Boehm, S. et al (1997)	117 patienter med diabetes	Kvantitativ deskriptiv/ Diabetes care profile (DCP)/ Chronbach's alpha, chi-square test
Brown, S.A. & Hanis C.L. (1995)	Fem patienter med diabetes med mexikanskt ursprung/ 57-65 år	Kvantitativ/ Frågeformulär/ Wilcoxon signed-rank test
Brown, S.L. et al (1998)	395 dietister	Kvantitativ deskriptiv/ Frågeformulär/ Number cruncher statistical system (NCSS)
Coates, V.E. & Boore J.R.P. (1998)	263 patienter med diabetes/ 18-35 år	Kvantitativ explorativ/ Frågeformulär
Estey, A.L. et al (1990)	60 patienter med diabetes	Kvantitativ/ T-test
Peyrot, M. et al (1999)	118 patienter med diabetes	Kvantitativ deskriptiv/ Frågeformulär/ Deskriptiv analys, t-test
Schlundt, D.G. et al (1994)	26 patienter med diabetes	Kvantitativ/ Intervju / Hierarchical cluster analysis
Skelly, A.H. et al (1995)	118 patienter med diabetes/ 30-80 år	Kvantitativ icke-experimentiell, prospektiv studie/ Self-efficacy questionnaire, outcome expectancies questionnaire, diabetes self-care practices log/ Chronbach's alfa, t-test
Smith, D.E. et al	22 patienter med diabetes	Kvantitativ/

(1997)		Analysis of variance (ANOVA), Analysis of covariance (ANCOVA), Fisher's exact test
Sprague, M.A. et al (1999)	143 personer verksamma inom patientundervisning till diabetiker	Kvantitativ deskriptiv/ Frågeformulär/ Deskriptiv statistik
Tillotson, L.M. et al (1996)	465 patienter med diabetes/ 21-88 år	Kvantitativ/ Internal diabetes locus of control scale / Deskriptiv statistik, Pearson's correlation analysis, analysis of variance (ANOVA)
Travis, T. (1997)	75 patienter med diabetes/ 18 år och äldre	Kvantitativ/ Frågeformulär / Chi-square analysis
Williamson, A.R. et al (2000)	75 dietister	Kvantitativ deskriptiv/ Telefonintervju/ Number cruncher statistical system (NCSS)

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 01 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se