



Röda Korsets Högskola

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete, 1

VK12, 15 hp

VT 14

Diabetes resten av livet

En litteraturstudie om egenvård vid typ 2-diabetes

Diabetes for life

A literature study on self-care in type 2 diabetes

Bernard Barbic och Alejandra Ramírez

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Typ 2-diabetes är en av världens största folksjukdomar. Det är en kronisk sjukdom som innebär förändringar i en människas liv och kan medföra komplikationer vilket ställer stora krav på egenvård. För att hantera sjukdomen och uppnå en skälig livskvalitet, behövs kunskap om vilka faktorer som inverkar på egenvården. **Syfte:** Belysa faktorer som påverkar egenvården hos vuxna med typ 2-diabetes. **Metod:** En litteraturstudie med kvalitativ ansats utifrån 14 vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Fyra huvudkategorier utkristalliserades i analysen: Stöd, utbildning, patientens bakgrund, samt attityder. Patientutbildning, stöd från hälso- och sjukvården, anhöriga, närstående och från andra i samma situation är av stor betydelse för att införliva egenvårdsaktiviteter adekvat. Resultatet påvisade även att patientens kulturella bakgrund, socioekonomiska miljö och attityden gentemot sjukdomen påverkar egenvården. **Slutsats:** Faktorerna som påverkar egenvården är många gånger sammankopplade med varandra och reflekterar patienternas inre identitet och miljön de lever i. **Klinisk betydelse:** Resultatet kan ge personal inom hälso- och sjukvården större förståelse för hur patienter med typ 2-diabetes kan stödjas i sin egenvård.

Nyckelord: Typ 2-diabetes, egenvård, utbildning, stöd, bakgrund, attityder.

ABSTRACT

Background: Type 2 diabetes is one of the world's major national diseases. It is a chronic disease that involves changes in a person's life and can cause complications which places great demands on self-care. To cope with the disease and achieve a reasonable quality of life, knowledge is needed about the factors that affect self-care. **Aim:** Elucidating factors affecting self-care in adults with type 2 diabetes. **Method:** A literature study with qualitative approach based on 14 scientific articles. **Results:** Four main categories emerged in the analysis: support, education, patient's background, and attitudes. Patient education, support from health services, family members, relatives and others in the same situation are of great importance to incorporate self-care activities adequately. The result also showed that the patient's cultural background, socio-economic environment and the attitude towards the disease affects their own health care. **Conclusion:** The factors that influence self-care are often interconnected with each other and reflect patients' inner identity and the environment they live in. **Clinical significance:** The result can provide personnel in the health care system greater understanding of how patients with type 2 diabetes can be supported in their self-care.

Keywords: Type 2 diabetes, self-care, education, support, background, attitudes.

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Diabetes	1
Att leva med en kronisk sjukdom.....	2
Egenvård.....	3
Teoretisk referensram.....	3
Orems omvårdnadsteori	3
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE.....	5
METOD.....	5
Design.....	5
Urval.....	5
Datainsamling.....	5
Dataanalys	7
ETISKA ASPEKTER	8
RESULTAT	8
Stöd.....	9
Stöd från hälso- och sjukvården	9
Stöd från familj och närstående.....	10
Stöd från andra i samma situation	10
Utbildning.....	11
Vikten av kunskap.....	11
Utbildningsform	11
Patientens bakgrund	12
Kulturell tillhörighet.....	12
Socioekonomisk miljö.....	13
Attityder	14
Acceptans	14
Passivitet.....	15
Förnekelse	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	18
SLUTSATS	23
KLINISK BETYDELSE	24

FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING.....	24
REFERENSER.....	25
BILAGA 1.....	31
BILAGA 2.....	32

INLEDNING

Under sjuksköterskeprogrammets verksamhetsförlagda utbildning har vi mött många patienter med typ 2-diabetes. Flertalet av dessa patienter påträffades inom primärvården, då de besökte vårdcentralen med jämna mellanrum för sina diabeteskontroller. Intresset för egenvård väcktes där då vi såg hur de flesta patienter var väl införstådda i sin sjukdom och ansträngde sig mycket själva för att förbättra livskvaliteten, medan en del behövde mer stöd och vägledning. Vi tror att det är intressant och nödvändigt att få mer kunskap i ämnet för att sträva efter att uppnå god omvårdnad, då vi i vårt framtida yrke som sjuksköterskor kommer att träffa många patienter med diabetes.

BAKGRUND

Diabetes

Redan 1500 år före vår tideräkning benämns diabetes mellitus för första gången. Ordet diabetes betyder ”rinna igenom” och åsyftar på de vanliga symptomen kopplade till sjukdomen, törst och stora urinmängder. Ordet mellitus betyder ”honungssöt” och syftar på den sjukes söta urin. (Lindholm, 2010).

Diabetes mellitus är ett av de snabbast växande hälsoproblemen i världen. Idag beräknas 382 miljoner människor världen över leva med diabetes (International Diabetes Federation [IDF], 2014). I Sverige uppskattas prevalensen till cirka tre procent (Kneck, Klang & Fagerberg, 2011). Demografiska förändringar som befolkningstillväxt och en åldrande population är faktorer som bidrar till det stigande antalet människor som lider av diabetes (Wild, Roglic, Green, Sicree & King, 2004).

Diabetes är inte enbart en sjukdom utan en grupp flera metabola sjukdomar som kännetecknas av hyperglykemi, det vill säga att sockerhalten i blodet är för högt. Hyperglykemi orsakas av en bristfällig insulinproduktion eller när kroppen inte kan utnyttja det insulin som bildas. Ökad risk för skador på ögon och njurar, hjärtinfarkt, amputation av nedre extremiteter och en förtidig död kan vara komplikationer av diabetes (Kneck et al., 2011). För att kroppens celler ska fungera behövs glukos som energikälla. Energin transporteras i blodet till cellerna i form av glukos. För att glukosen ska tas upp av cellerna behövs insulin som bildas i betacellerna i bukspottkörteln. Vid diabetes syns en bristande insulinproduktion eller ökad insulinresistens. Koncentrationen av glukos i blodet blir högt och orsakar ett förhöjt blodsocker, hyperglykemi. Typiska symptom för hyperglykemi är stora urinmängder, muntorrhet, törst, kräkningar och illamående (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist & Östenson, 2010).

De två största typer av diabetes är typ 1- och typ 2-diabetes. Typ 1-diabetes är en autoimmun sjukdom som orsakas av skador i betacellerna i bukspottkörteln (Lindholm, 2010). Kroppens eget immunförsvar angriper betacellerna så att insulinproduktionen i stort sett upphör. Vad som ger upphov till den autoimmuna attacken är okänt (Alvarsson et al., 2010). Typ 2-diabetes är den vanligaste typen av diabetes, både i Sverige och i övriga världen (Lindholm, 2010). 85-90 procent av diabetikerna i Sverige beräknas vara drabbade av typ 2-diabetes (Norberg & Danielsson, 2009). Förekomsten av typ 2-diabetes har antagit epidemiska proportioner, och sjukdomen som förr endast drabbade vuxna människor drabbar nu allt yngre (Rizvi, 2004). Vid typ 2-diabetes förekommer en minskad produktion av insulin och känsligheten för insulin är nedsatt. Kroppen producerar fortfarande insulin, men inte tillräckligt mycket för att täcka behovet (Lindholm, 2010). Ärftligheten är en av de viktigaste riskfaktorer, som vid typ 2-diabetes är betydligt starkare än vid typ 1-diabetes. Livsstilsfaktorer som ökad fetma, fysisk inaktivitet, dåliga kostvanor, rökning, snus och ett stillasittande leverne är ytterligare faktorer som ökar risken för typ 2-diabetes genom att insulinkänsligheten minskar. Genom att äta hälsosam mat, motionera, ha en normal kroppsvikt, inte röka och minska alkoholkonsumtionen kan insjuknandet förebyggas (Alvarsson et al., 2010).

Att leva med en kronisk sjukdom

Kroniska sjukdomar är långvariga sjukdomar som påverkar en individs förmåga att fungera normalt. Diabetes är en kronisk sjukdom som kan medföra stora förändringar i en människas liv och kan resultera i en negativ inverkan på livskvaliteten (de Ridder, Greenen, Kuijter & van Middendorp, 2008). Sjukdomen kan inbringa en känsla av att inte ha makt över den egna kroppen och kan överväldiga individen, vilket kan påverka förmågan att hantera de nya omständigheterna. Det medför en stor omställning som sätter individens egna resurser på prov (Aujoulat, Luminet & Deccache, 2007). Vid typ 2-diabetes behövs en livsstilsförändring för att upprätthålla en jämn blodsockernivå. De främsta förändringarna inkluderar viktkontroll, ökad fysisk aktivitet, samt kostförändringar och eventuellt i kombination med medicinering (Clarke, Baird, Perera, Hagger & Teede, 2014). För att minimera risken för framtida komplikationer krävs regelbundna medicinska kontroller som innefattar övervakning av blodsocker och fysiska undersökningar av bland annat fötter och ögon. För att hålla sjukdomen under kontroll är personer med diabetes i behov av hjälp från flera håll inom hälso- och sjukvården, exempelvis primärvårdsläkare, sjuksköterskor, dietister, endokrinologer, optiker och fotvårdsspecialister. Att leva med diabetes innebär att lära sig hantera sjukdomen och eventuella komplikationer, ett känslomässigt lidande, samt hantera sjukvården som många gånger inte är patientcentrerad

(ibid.). Hur en individ sköter sina problem och bearbetar sina känslor är av stor vikt för hälsan. Att hantera diabetesjukdomen ställer krav på individens förmåga att varje dag ansvara för den egna vården, vilket många gånger kan påverka känslan av frihet och möjligheten att bestämma över sin egen tid (Johansson & Leksell, 2010).

Diabetes kan föra med sig svåra, samt livshotande kroniska och akuta komplikationer vilket ställer krav på individen som behöver kunskaper och stöd för att leva med sjukdomen. Hälso- och sjukvården måste därför tillhandahålla utbildning och handledning som kan hjälpa individen i sitt dagliga liv (Berne & Sörman, 2010). Med syfte att ge stöd och vägledning har Socialstyrelsen (2010) utfärdat nationella riktlinjer för diabetesvården som inbegriper rekommendationer inom bland annat förebyggande av diabetes, levnadsvanor, omvårdnad, blodsockermätning och förebyggande av komplikationer.

Egenvård

Egenvård som begrepp syftar på vård av lättare sjukdomar som kan klaras av på egen hand med hjälp av enkla medel. Egenvård betyder också att individen bär på ett eget ansvar att leva på ett sådant sätt att risken för komplikationer minskar. Att följa behandling och läkemedelsterapi utgör en del av egenvården. För individer som på egen hand inte klarar av det som räknas till egenvård behövs assisterad egenvård, exempelvis undersökning av fötter, enkel fotvård, glukosmätning, samt hjälp att hålla reda på mediciner (Berne & Sörman, 2010). Att acceptera sjukdomen och de förändringar den innebär är av stor vikt för att ta till sig de kunskaper som behövs för att optimera egenvården (Johansson & Leksell, 2010).

Teoretisk referensram

Orems omvårdnadsteori

Det centrala begreppet i Dorotea Orems omvårdnadsteori är egenvård. Att stötta och hjälpa patienten till egenvård genom att beakta varje individs situation är målet med omvårdnaden. Omvårdnadsteorin delas in i tre delar, *egenvård*, *egenvårdsbrist* och *omvårdnadssystem*. Den första delen delas in i *egenvård*, *egenvårdsbehov* och *egenvårdskrav*. Med egenvård menas de handlingar en individ genomför självständigt för att bevara hälsan. Egenvårdsbehov är det som bör utföras i syfte att stödja individens utveckling och funktion. Begreppet egenvårdsbehov är i sin tur indelat i tre olika kategorier: universella behov, samt utvecklingsmässiga och hälsorelaterade. De universella egenvårdsbehoven inkluderar behov av luft, vatten, mat och elimination; vidare inkluderas balans mellan aktivitet och vila, balans mellan ensamhet och social interaktion, förebyggande av fara och behov av normalitet. Det utvecklingsmässiga egenvårdsbehovet relateras till individens utvecklingsstadium i livet och bygger på att olika

faktorer främjar utvecklingen. Hälsorelaterade behov uppstår i samband med hälsoavvikande tillstånd och kan finnas hos individer som befinner sig under en medicinsk diagnos eller behandling och lider av sjukdomar, skador eller funktionshinder. Egenvårdskrav är summan av egenvårdshandlingarna som behöver utföras för att tillgodose utvecklingsmässiga samt universella behov och, eventuellt, hälsorelaterade behov (Orem, 2001).

Den andra delen, egenvårdsbrist, bygger på begreppen *egenvårdskapacitet* och *egenvårdsbegränsning*. Egenvårdskapacitet är förmågan individen har att hantera egenvårdskraven med lämpliga och planerade handlingar. Faktorer som påverkar egenvårdskapaciteten är ålder, kön, hälsotillstånd, levnadsvanor, utvecklingsnivå, social och kulturell tillhörighet, familjeförhållanden, samt tillgång till hälso- och sjukvård. Egenvårdskapaciteten kan utvecklas genom att individen själv genomför egenvård eller med hjälp av andra såsom personal inom hälso- och sjukvården. Egenvårdsbegränsning åsamkas av begränsad kunskap, begränsad förmåga att bedöma och fatta beslut och begränsad förmåga att genomföra egenvårdshandlingar. När egenvårdskravet är större än egenvårdskapaciteten uppstår egenvårdsbrist. När en individ inte kan tillgodose sitt behov av egenvård, antingen själv eller med hjälp av närstående, är individen i behov av omvårdnad (Orem, 2001).

Den tredje delen, omvårdnadssystem, inbegriper en samverkan mellan patienten och sjuksköterskan, och består av begreppen *omvårdnadskapacitet*, *hjälpmetoder* och *omvårdnadssystem*. Omvårdnadskapacitet syftar på sjuksköterskans kunskaper, attityder och färdigheter som behövs för att utföra omvårdnad. Hjälpmetoder avser de metoder sjuksköterskan använder, exempelvis undervisa, vägleda, stötta och skapa en utvecklande miljö för patienten. Det förekommer tre omvårdnadssystem, fullständigt kompenserade omvårdnadssystem, delvis kompenserade omvårdnadssystem, samt stödjande och undervisande omvårdnadssystem. Ett fullständigt kompenserat system omfattar de patienter som helt saknar förmåga att utföra egenvård. Ett delvis kompenserat system innebär att både patienten och sjuksköterskan utför omvårdnadsåtgärder. Stödjande och undervisande system används då patienten har förmåga att utföra åtgärderna själv, men är i behov av vägledning från sjuksköterskan (Orem, 2001).

PROBLEMFORMULERING

Typ 2-diabetes är en av världens snabbast växande sjukdomar som har antagit stora proportioner och kan liknas vid en epidemi. Diabetes är en kronisk sjukdom som innebär ett livslångt ansvar och påverkar alla aspekter i den drabbades liv. Typ 2- diabetes påverkas av

levnadssätt och patienten måste därför ha kunskap om faktorer som påverkar blodsockret. Individen måste lära sig att leva med sjukdomen och att anpassa sin vardag för att uppnå en dräglig livskvalitet. Eftersom sjukdomen blir allt vanligare kommer sjuksköterskor att möta patienter med typ 2-diabetes i allt större utsträckning. Därför är det viktigt att det finns tillräckliga kunskaper om vad som påverkar patienternas egenvård.

SYFTE

Belysa faktorer som påverkar egenvården hos vuxna patienter med typ 2-diabetes.

METOD

Design

Studien innefattar en allmän litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar inom valt ämne. Innebörden av en allmän litteraturstudie är att göra en sammanställning av aktuell forskning inom det utsedda området (Forsberg & Wengström, 2013).

Urval

Urval av artiklar genomfördes med hänsyn till studiens syfte. Artiklarna som ingår i studien är vetenskapliga originalartiklar med kvalitativ ansats. Vid urvalet tillämpades inklusions- och exklusionskriterier för att begränsa sökträffarna och utesluta icke relevanta artiklar i förhållande till syftet. Inklusionskriterierna som användes vid urvalet var artiklar skrivna på engelska med tillgång till fulltext, att abstract och referenser till studierna fanns tillgängligt, att artiklarna var *peer-reviewed*, samt att de var publicerade mellan år 2004 och 2014 för att vara så aktuella och uppdaterade som möjligt. Artiklar som exkluderades var studier som omfattade patienter med typ 1-diabetes, samt barn med diabetes.

Valda artiklar granskades utifrån ett specifikt protokoll avsett för kvalitativa studier av Willman, Slots och Bahtsevani (2011) (bilaga 1). Granskningsprotokollet bestod av 14 ja/nej frågor där ett positivt svar motsvarade ett poäng. För att lättare bedöma på vilken kvalitetsnivå artiklarna låg omvandlades poängsystemet till procent där mindre än 50 procent motsvarade låg kvalitet, 50-80 procent motsvarade en mellannivå, och över 80 procent motsvarade hög kvalitet. Ingen artikel med låg kvalitet framkom vid kvalitetsgranskningen, två artiklar fick medel och tolv fick hög.

Datainsamling

De vetenskapliga artiklarna söktes i EBSCO som levererar databaserna CINAHL with full text (Cumulative index to Nursing and Allied Literature), och innehåller 2,2 miljoner artiklar från

alla engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter, samt MEDLINE som är en databas som täcker medicin, odontologi och omvårdnad (Willman et al., 2011). Merparten av sökningarna gjordes i CINAHL eftersom CINAHL har en mer omvårdnadsvetenskaplig inriktning än MEDLINE. För att skapa ett smalare sökområde kombinerades sökorden med hjälp av den booleska sökoperatören AND (Willman et al., 2011). Den inledande sökningen utgjordes av termerna *diabetes mellitus* AND *self-care* AND *nursing* (tabell 1).

Utifrån dessa sökträffar gjordes ytterligare sökningar med andra kombinationer: *life style*, *physical activity*, *empowerment*, *self-care*, *nutrition*, *diabetes mellitus type 2*, *education*, *coping*. Termerna söktes i *All text* och ingen särskild avgränsning gjordes av de olika kombinationerna. I två av sökningarna skrevs *type 2* till det redan använda sökordet *diabetes mellitus* för att begränsa antalet sökträffar. Sökningarna sammanställdes i en sökmatrix (tabell 1) som indikerar sökningarna i kronologisk ordning och antalet träffar.

Tabell 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Utvalda artiklar	Artikel numrering
CINAHL	<i>diabetes mellitus</i> , AND <i>self-care</i> AND <i>nursing</i>	91	50	2	56, 66
CINAHL	<i>diabetes mellitus</i> AND <i>life style</i> AND <i>physical activity</i>	41	15	2	9, 29
MEDLINE	<i>diabetes mellitus</i> AND <i>empowerment</i> AND <i>self-care</i>	32	15	2	3, 13
CINAHL	<i>diabetes mellitus</i> AND <i>nutrition</i> , AND <i>self-care</i>	10	5	0	
CINAHL	<i>diabetes mellitus type 2</i> AND <i>nutrition</i> AND <i>education</i>	21	6	1	2

MEDLINE	<i>diabetes mellitus, AND self-care, AND coping</i>	22	8	1	22
CINAHL	<i>diabetes mellitus, AND self-care, AND coping</i>	17	7	3	1, 2, 4
CINAHL	<i>Diabetes mellitus type 2 AND coping</i>	23	9	3	3, 19, 22
CINAHL	<i>diabetes mellitus AND empowerment AND education</i>	26	11	0	

Dataanalys

De vetenskapliga studierna analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, en metod som utgår från innehållet i texten och som innebär att materialet kan beskrivas eller tolkas på ett djupgående sätt (Danielson, 2012). Analysprocessen skedde stegvis. I det första skedet lästes artiklarnas sammanfattningar och diskussioner. I andra steget lästes artiklarna på ett mer noggrant sätt och de delar i texten som ansågs vara meningsfulla och intressanta i förhållande till studiens syfte markerades, det vill säga de meningar som belyste potentiella faktorer som kunde påverka egenvård hos vuxna patienter med typ 2-diabetes.

Efter den grundliga genomläsningen sammanfattades artiklarna med hjälp av nyckelord för att få en visuell genomgripande överblick över texternas gemensamma nämnare, men också över deras olikheter. Processen som ledde till denna sammanfattning kallas för kondensering och innebär att textmassan reduceras till meningsenheter som består av ord som bär samma budskap (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserade meningsenheterna sorterades därefter i en matris, vilket ledde till att författarna kunde urskilja tio subkategorier respektive fyra kategorier. En kategori består av en grupp kondenserade meningsenheter som bär liknande innehåll (ibid.). I tabell två visas ett exempel av analysprocessen som ledde till identifieringen av två subkategorier i kategorin patientens bakgrund.

Tabell 2. Exempel på hur två artiklar från resultatet analyserades

Meningsenhet	Kondenserade Meningsenhet	Subkategori	Kategori
I Thailändsk kultur kan människor använda sig av örtmediciner för att behålla hälsan och kontrollera sjukdomen. En del kvinnor trodde att örtmediciner hjälpte dem att sänka deras blodsocker.	Användning av alternativ medicin för att kontrollera sjukdomen	Kulturell tillhörighet	Patientens bakgrund
Många människor med diabetes berättade att de var tvungna att arbeta för att tjäna pengar till sin familj vilket var en prioritering för dem. På grund av deras arbete, hade de ofta inte tid att välja och laga hälsosam mat.	Arbetet och ekonomin prioriteras framför sjukdomen	Socioekonomisk miljö	Patientens bakgrund

ETISKA ASPEKTER

De flesta databaser utgår från det engelska språket vilket kan försvåra insamling och tolkning av data om författarna inte har engelska som modersmål (Östlundh, 2012). För att översätta från engelska till svenska och undvika feltolkningar användes ett webbaserat lexikon (<http://lexin.nada.kth.se/lexin/>) fortlöpande under hela processen. Ett källkritiskt perspektiv applicerades kring val av artiklar. Artiklarna översattes och tolkades med stor noggrannhet för att inte avvika från originalkällan. Helsingforsdeklarationen är en sammanställning av etiska normer som gäller för medicinsk forskning på människor, som är till för att värna om människornas integritet, värdighet och rättigheter (www.sls.se). Valda artiklar har blivit granskade av en etisk kommitté för att säkerställa att studierna gick rätt till.

RESULTAT

Den kvalitativa innehållsanalysen som tillämpades på de 14 utvalda studier resulterade i fyra huvudkategorier och tio subkategorier (tabell 3). De fyra huvudkategorierna innefattade stöd, utbildning, patientens bakgrund samt attityder. I tabell tre visas kategorierna och

subkategorierna samt vilka studier som förekom i analysen. Artikelnumrering motsvarar en sortering av studierna i alfabetisk ordning (bilaga 2).

Tabell 3. Kategorier, subkategorier och deras koppling till artiklarna

Kategori	Subkategori	Artikel
1. Stöd	1. Stöd från hälso- och sjukvården	3, 11, 13
	2. Stöd från familj och närstående	5, 7, 8, 9, 14
	3. Stöd från andra i samma situation	3, 4, 9
2. Utbildning	4. Vikten av kunskap	5, 7, 9, 10, 11, 14
	5. Utbildningsform	2, 6, 9
3. Patientens bakgrund	6. Kulturell tillhörighet	1, 5, 7, 8, 12, 14
	7. Socioekonomisk miljö	7, 9, 10, 12, 14
4. Attityder	8. Acceptans	1, 2, 3, 6, 7, 8, 12, 14
	9. Passivitet	2, 3, 6, 7, 10, 13, 14
	10. Förnekelse	2, 5, 8, 10, 13

Stöd

Stöd från hälso- och sjukvården

Att få stöd från hälso- och sjukvården var en viktig faktor för egenvård. Jallinoja, Pajari och Absetz (2008) menar att individernas livsstilsförändringar var väldigt beroende av stöd utifrån. Hälsokontroller och uppföljningar var nödvändiga faktorer för att kontrollera vikten och bibehålla hälsosamma vanor, eftersom vetskapen om mätningar uppmuntrade patienterna att pressa sig själva (ibid.). Whiting, Scammell, Gray, Schepers och Bifulco (2006) undersökte sambandet mellan diabetes och depression i förhållande till egenvård. De fann en tydlig avsaknad av stöd från primärvården beträffande patienternas emotionella behov. Flera deltagare uppgav att deras fysiologiska behov blev väl ombesörjda, men att de känslomässiga aspekterna av att leva med diabetes inte blev uppmärksammade.

The one thing I don't have and I feel is absolutely the missing link is, is day-to-day support and help on the emotional side... (Whiting et al., 2006, s. 181)

Polzer (2007) undersökte den andliga relationen mellan vårdpersonal och patienter och framhävde hur de religiösa deltagarna uppskattade att bli omhändertagna av någon som delade samma religion och tro. Deltagarna såg vårdaren som Guds verktyg som skulle hjälpa och stödja

dem i sin sjukdom. Spirituell omvårdnad definierades som vård präglad av empati, medkänsla och artighet.

Stöd från familj och närstående

Stöd från närstående identifierades som en viktig faktor för att införliva egenvårdsaktiviteter (Lundberg & Thrakul, 2012; Muchiri, Gericke & Rheeder, 2012). Patienter med typ 2-diabetes uttryckte att stöd från närstående var viktigt för att klara av att hantera sin diabetes. De fick psykiskt, mentalt och ekonomiskt stöd från sina närstående som hjälpte dem att ta tag i sjukdomen, sköta den och hålla den under kontroll. Stödet kunde bestå av hjälp med att laga mat, påminna om medicin, påminna om fysisk aktivitet och följa med till doktorn (Lundberg & Thrakul, 2012). Li, Drury och Taylor (2013) menar också att stöd från vänner, familj och kollegor påverkar vården av diabetes. En viktig del av egenvården är bra matvanor och att hålla en balanserad kost kan vara krävande. Yu och Tsai (2013) betonar vikten av stöd från familjen tillsammans med patientens självkontroll för att framgångsrikt lyckas med egenvård. Stöd från närstående tas även upp av McCloskey och Flenniken (2010). I sin studie påvisar de att familjen är av avgörande betydelse för att hjälpa individer med typ 2-diabetes att göra livsstilsförändringar och klara av dagliga ansträngningar. En deltagare i studien berättade:

Well, to be quite honest, at the beginning it was a bummer. I felt like, "Oh, my gosh, I can't do this." Having to snack, having to watch what you eat. It was overwhelming, it really was, but like I say, it goes back to my daughter. I have a daughter that says, "Mom, I want you around for the grandkids, and I love you, and I want Dad and you to have your health." And so with her prompting and her assistance, we kind of took the bull by the horns, and we said we've got to do this whether we want to or not, and it wasn't as bad as we anticipated. (McCloskey & Flenniken, 2010, s. 112)

Stöd från andra i samma situation

I en studie med personer i riskzonen för att utveckla typ 2-diabetes, analyserade Jallinoja et al. (2008) individernas berättelser av hur de upplevde livsstilsförändringar under och efter ett stödprogram. Individernas strävan efter att uppnå förändringar i livsstilen var väldigt beroende av hjälpen och kontrollen som interventionen tillhandahöll. Så länge som gruppen träffades fanns motivationen kvar, men när träffarna var över återgick de flesta till tidigare ohälsosamma vanor. Deltagarna önskade därför att mötena skulle ha fortskridit. Muchiri et al. (2012) fann att egenvården underlättades om individer med samma sjukdom bildar grupper för att stötta varandra genom att dela med sig av sina erfarenheter. I en studie som fokuserade på faktorer som påverkar genomförandet av fysisk aktivitet, menade patienterna att de fick stöd och uppmuntran från varandra när de berättade i grupp om sin träning. Att gå till gymmet

tillsammans fungerade också som en stark motivation till fysisk aktivitet (Korkiangas, Taanila & Keinänen-Kiukaaniemi, 2010).

Utbildning

Vikten av kunskap

Patienter med typ 2-diabetes behöver kunskap om sjukdomen och om egenvård. Genom utbildning fick patienter kunskap om egenvårdsaktiviteter för att hantera sin sjukdom och förbättra livskvaliteten (Li et al., 2013; Muchiri et al., 2012; Mutea & Baker, 2008). Patienterna måste förstå att diabetes är en kronisk sjukdom som inte går att bota, och som de måste lära sig att hantera genom att lära sig egenvårdsaktiviteter (Mutea & Baker, 2008). Egenvård av diabetes involverar förändringar i livsstilen. Lära sig att anpassa kosten, lära sig från erfarenheter och söka efter kunskap var sätt som patienter använde för att hantera sjukdomen och de fysiska symptomen som hörde till (Li et al., 2013). Patienter kunde lära sig att förändra sin livsstil och därigenom sköta sjukdomen med hjälp av böcker och broschyrer från hälso- och sjukvården (Lundberg & Thrakul, 2012). Patienter värdesatte att utbildningen de hade fått inkluderade kunskaper om sjukdomens patofysiologi och detaljerad information om vilka långsiktiga komplikationer som skulle kunna utvecklas (Polzer, 2007). Eventuella diabeteskomplikationer kunde förringas på grund av bristande kunskaper och utbildning (Yu & Tsai, 2013). Muchiri et al. (2012) studerade vilka kunskaper om nutrition patienter har och hur dessa inverkar på deras egenvård. Studien visade att kunskap om lämpliga och olämpliga matvanor betraktades som en viktig aspekt av egenvården och efterfrågades av patienterna, likaså en omfattande utbildning med kompetenta lärare. En del patienter saknade utbildning om vad diabetes var, om riskfaktorer och om komplikationer, medan andra patienter var mer medvetna om hur sjukdomen skulle skötas (ibid.).

Diabetes is caused by the pancreas, when the pancreas is unable to break down the food. (Muchiri et al., 2012, s. 4)

You are not supposed to be seated all the time, you should walk some distance. (Muchiri et al., 2012, s. 4)

Utbildningsform

Utbildning i grupp föredrogs av många patienter, men hälso- och sjukvården rekommenderade utbildning både gruppvis och individuellt. Patienterna ansåg att vårdpersonalen var bäst lämpad att utbilda och motivera dem att vara med i undervisningen, men tyckte att deltagande i en grupp med andra patienter skulle göra utbildningen mer meningsfull. Genom att utbyta erfarenheter fick patienterna lära sig av varandra (Muchiri et al., 2012). Andra patienter ifrågasatte

kompetensen hos vårdpersonalen och poängterade att det var deras eget ansvar att skaffa sig ytterligare kunskaper om de inte kände sig tillräckligt upplysta.

I trust health care if I get enough information, but if I get a prescription I want to read it and ask questions. So in same way I don't trust them totally. I don't accept everything the doctor tells me. I feel that I have my own responsibility to get information. (Hörnsten, Sandström & Lundman, 2004, s.179)

Long och Gambling (2012) använde sig av telefonbaserad undervisning för att lära patienter med typ 2-diabetes. Fokus var att öka patienternas kunskap och förståelse av diabetes och egenvårdsaktiviteter. Resultatet visade att patienterna fick mer kännedom om livsstilsförändringar, vikten av att äta rätt och motionera regelbundet, samt betydelsen av att testa sitt blodsocker och lära sig tolka resultatet.

Patientens bakgrund

Kulturell tillhörighet

Användningen av alternativ inhemsk medicin i egenvård analyserades av Popoola (2005) i en studie om de holistiska erfarenheterna av diabetes bland nigerianska och afroamerikanska patienter. Alla deltagare använde sig av en eller flera alternativa metoder för att ha kontroll över sitt blodsocker, exempelvis medikament och kurer som innehöll vitlök, lök, kanel, ingefära och kokosnötter. Honungens kurativa egenskaper i behandlingen av fotsår var kända hos 85 procent av de nigerianska patienter, som brukligen använde den för att behandla diabeteskomplikationer (ibid.). Traditionella inhemska kurer användes också av buddhistiska patienter i Thailand; flera kvinnor trodde att örtmediciner skulle hjälpa dem att sänka deras blodsocker och deras familjer förberedde ofta speciella örter med rötter och blad åt dem (Lundberg & Thrakul, 2012). Kinesiska patienter vände sig till alternativ traditionell medicin när deras symptom försämrades under behandlingen med vanlig medicinering, och började använda örtmediciner och andra traditionella hälsotillskott (Yu & Tsai, 2013). Samma beteende hade diabetesdrabbade kvinnor i Singapore som sökte alternativ kinesisk medicin när de upplevde otillräckliga resultat från behandlingen med västerländsk medicinering (Li et al., 2013).

Kulturella matvanor påverkade egenvården hos patienter med typ 2-diabetes (Yu & Tsai, 2013; McCloskey & Flenniken, 2010; Lundberg & Thrakul, 2012; Li et al., 2013). En studie om latinamerikaner i New Mexiko påvisade ett starkt samband mellan matvanor och etnisk identitet, och att en kompromiss mellan en ny diabetesanpassad kost och traditionella maträtter kunde leda till tillfredställande och långsiktiga resultat (McCloskey & Flenniken, 2010). Yu och Tsai (2013) beskriver att familjer i Kina samlas dagligen för att äta tillsammans, och att

följa en speciell diet kan bli väldigt påfrestande eftersom individerna kunde känna sig själviska om de åt något annat än vad som serverades.

Members of my family work hard and therefore a dinner with delicacies is prepared every night. I can't be so selfish as to ask my family to have a bland diet because of me, but I just cannot control my appetite when I'm facing those delicacies. (Yu & Tsai, 2013, s. 1947)

Invånare i Singapore brukade däremot äta ute i stora matcenter, där utbudet som oftast innehöll höga halter natrium och enkelomättad fett, vilket blev en stor utmaning för de diabetesdrabbade individerna (Li et al., 2013). Religiösa värderingar till relationen mellan mat, kroppen, Gud och välbefinnande kunde påverka och motivera egenvård (Lundberg & Thrakul, 2012; Aghamohammadi-Kalkoran, Valizadeh, Mohammadi, Ebrahimi & Karimollahi, 2012; Popoola, 2005). Det spirituella livet fungerade som stöd för de flesta nigerianska och afroamerikanska patienter, genom att söka hjälp och inre krafter i sin Gudstro och kyrkan (Popoola, 2005).

Diabeteskomplikationer fruktades och en del nigerianska patienter föredrog att dö än att få sina ben amputerade eftersom de trodde att gudarna inte skulle förlåta dem (ibid.). Thailändska patienter fick styrkan och inspiration från den buddhistiska religionen som förespråkar måttlighet avseende matintag (Lundberg & Thrakul, 2012). Den buddhistiska läran uppmuntrar till ett liv präglat av psykiskt välbefinnande. Därför strävade patienterna efter att ha en harmonisk och konfliktfri relation till sina läkare, vilket innebar att de inte fick göra dem besvikna eller irriterade genom att inte följa deras hänvisningar som att följa en lämplig diet och träna (ibid.). Aghamohammadi-Kalkoran et al. (2012) upplyser om en liknande relation mellan religion och egenvård i en studie om iranska kvinnor med diabetes. Deltagarna menade att hälsan var den största gåvan från Gud. En deltagare i studien pratade om kopplingen mellan sin religion och ett hälsosamt liv:

A person who lives a good life, consistent with God's will, and does not disturb others' lives is healthy. Such a person lives in a healthy way, cares about his or her diet, and does not eat anything harmful to the body. (Aghamohammadi-Kalkoran et al., 2012, s. 288)

Socioekonomisk miljö

Lundberg och Thrakul (2012) poängterar hur ekonomin påverkade livsstil och egenvård. Flertalet patienter menade att de behövde arbeta för att försörja sin familj och att det prioriterades framför sjukdomen. Det var omöjligt att följa en diet på arbetsplatsen eftersom att de inte hann och föredrog därför att köpa redan färdig mat. Omöjligheten att sköta sin egenvård på grund av arbetet lyftes också upp av Yu och Tsai (2013). Patienter som intervjuades tog hand

om familjen och många bland dem upplevde att en diabetesdiagnos försämrade den redan stressiga ekonomiska situationen.

I was a labourer who carried bundles of heavy material items. There was no extra time for me to be concerned about the diabetes. (Yu & Tsai, 2013, s.1947)

Ekonomiska svårigheter identifierades också som ett hinder till korrekt egenvård av Muchiri et al. (2012). Tillgången till nyttig mat var först och främst en ekonomisk fråga eftersom den var dyrare än den stärkelserika maten som förbrukades i stora mängder. Även patienternas sociala bakgrund och utbildningsnivå påverkade förmågan att sköta egenvården. Vårdpersonalen som intervjuades i studien betonade hur patienternas låga utbildningsnivå gjorde att en del kunskaper som förmedlades via utbildningen missuppfattades (ibid.). Samma resultat återfinns i en studie där sjuksköterskor som intervjuades nämnde att den låga utbildningsnivån är en faktor som försvårade en korrekt förmedling och tillämpning av kunskaper kring egenvård (Mutea & Baker, 2007). Diabetes definierades av patienter som en dyr sjukdom eller rikemans sjukdom, och beroende av hälsoförsäkringar för att köpa mediciner eller lämplig mat (Popoola, 2005). Metoder som används för att mäta sockernivån bestäms också av ekonomiskt tillstånd. I mer socialt utsatta område var blodsockermätare nästan helt okända och istället användes urintest då de var billigare (ibid.).

Attityder

Acceptans

Individerna klarade av att hantera egenvården när de lyckades acceptera att de hade fått en kronisk sjukdom som krävde en ständig anpassning och ändring av tidigare livsstil (Yu & Tsai, 2013; Aghamohammadi-Kalkoran, 2012; Popoola, 2005; Long & Gambling, 2012). Vägen till acceptans är en process där olika anledningar fungerar som motiverande faktorer. Patienter hjälptes av sin religiösa tro för att acceptera sitt öde och sjukdomen. Studier visade att patienterna accepterade sin diabetes tack vare den inre styrka som kom från den buddhistiska läran (Yu & Tsai, 2013; Lundberg & Thrakul, 2012). Buddhistiska patienterna trodde att deras diabetes var konsekvensen av tidigare livshandlingar vilket hjälpte många att acceptera sin sjukdom, anpassa sitt beteende och ändra livsstilen för att ha sjukdomen under kontroll (Lundberg & Thrakul, 2012). Även kristna patienter accepterade sin sjukdom tack vare sin tro på Gud, genom att läsa Bibeln fick de styrka och inspiration för att vilja leva vidare, också i samband med svåra diabeteskomplikationer som benamputation (Popoola, 2005). En kvinna uttryckte tacksamhet till Gud för att ha fått diabetes, eftersom det blev ett första steg till ett hälsosammare liv:

Nobody would say this but me, but I thank God for diabetes. I take care of myself. Otherwise, you know how you let things go and all that. With diabetes you can't do that. You have to control it instead of it controlling you. So I've been on top of it ever since. (McCloskey & Flenniken, 2010, s.113).

Flertalet muslimska iranska kvinnor som deltog i en studie om livserfarenheter av diabetes hävdade att deras religiösa tro spelade en avgörande roll för att acceptera sjukdomen, trots att diagnosen var svår att godta till en början (Aghamohammadi, 2012). Acceptans var också en sista fas i en svår, långvarig och bearbetande process, efter en period av frustration, brist på hopp eller rädsla för framtiden, när det kändes som att det inte fanns ett bättre alternativ (Yu & Tsai, 2013; Li et al., 2013). Ansvarskänslan för familjen fungerade också som en väsentlig kraft för att acceptera sjukdomen och anpassa livsstilen framgångsrikt, såsom uttryckt av en kvinnlig deltagare som menade att hon inte ville missa sina barnbarns uppväxt (McCloskey & Flenniken, 2010). Acceptansen kom inte av någon särskild anledning, utan med tiden, när det blev möjligt att förena de nya kraven med vardagliga och rutinmässiga aktiviteter, vilket innebar att återfå en känsla av kontroll över livet (Hörnsten et al., 2004; Jallinoja et al., 2008). Acceptansen av sjukdomen och konsekvent anpassning av livsstil kom från en progressiv ökning av kunskaper kring diabetes vilket ledde till större medvetenhet, känsla av eget ansvar och kontroll (Long & Gambling, 2012).

Passivitet

Patienter kan, trots att de har fått diagnos och kunskaper om hur de ska sköta egenvård, visa en passiv och nästan likgiltig eller hopplös attityd. Depression var en av de bakomliggande anledningar till denna attityd, under de svåraste perioderna saknades motivationen som krävdes för att sköta egenvården (Whiting et al., 2006). Diabetes och depression påverkar varandra i en ömsesidigt negativ relation, eftersom känslor av ångest och oro om ett framtidsliv präglad av diabeteskomplikationer framkallar depression och skuld-känslor, som i sin tur försämrar skötande av egenvård (ibid.). Otillräcklig kunskap om potentiella komplikationer som diabetes medför påverkade attityden (Yu & Tsai, 2013; Mutea & Baker, 2007). Patienter som trots diagnos levde utan några eller endast oväsentliga symptom saknade helt motivation till egenvård och ansträngde sig inte för att ändra sin tidigare livsstil. Avsaknad av oro och fara för diabetes ledde därför till en passiv attityd (Yu & Tsai, 2013; Hörnsten et al., 2004; Long & Gambling, 2012; Lundberg & Thrakul, 2012). Negativa erfarenheter av misslyckad egenvård eller uppkomsten av allvarliga symptom trots flitig anpassning till nya kostvanor och regelbunden utövande av fysisk aktivitet ledde också till en passiv attityd (Jallinoja et al., 2008;

Yu & Tsai, 2013). Att känna sig instängd i gamla vanor och livsstil, särskilt gällande anpassning till nya kostvanor, uttrycktes av en patient på följande vis:

I joined the intervention group with an attitude that it will provide good tips for me, well I have never cared for the treats, but I just tend to eat, always too much and wrong kind of stuff. (Jallinoja et al., 2008, s.458)

En passiv attityd gentemot egenvård kunde uppvisas eftersom individerna kunde vara upptagna med andra livsaspekter, som att ta hand om familjen eller på grund av arbetsbördan. I dessa fall handlade den passiva attityden framför allt om brist på energi och tid (Yu & Tsai, 2013).

Förnekelse

Förnekelsen av sjukdomen kunde pågå under en lång period, särskilt när symptomen var lindriga. Skillnader mellan män och kvinnor kunde uppvisas. Fastän båda grupper visade en attityd av förnekelse i början, vägrade männen att acceptera sitt tillstånd mycket längre än kvinnorna (McCloskey & Flenniken, 2010). Attityden kunde förklaras som en konsekvens av kulturella värderingar och ideal om den manliga identiteten. I en del kulturer kan sjukdom associeras med svaghet, vilket kan ifrågasätta männens identitet (ibid.). En manlig deltagare som hade väntat åtta år för att besöka en läkare efter att ha tagit ett prov som visade högt blodsocker förklarade sitt beteende på följande sätt:

I was a diabetic. And still up to today I can't swallow that I am, but...but I guess I am. (McCloskey & Flenniken, 2010, s.112)

Känslan av förlorad identitet och rädslan för stigmatisering låg bakom förnekelsen av diabetes (Hörnsten et al., 2004; Mutea & Baker, 2008; Li et al., 2013). Patienter vågade inte berätta för sina närmaste vänner om sin sjukdom eftersom de var rädda att vännerna skulle uppleva dem som annorlunda och bete sig på ett annat sätt än tidigare (Li et al., 2013). Rädslan att förlora eller behöva ändra sitt sociala liv framhävs också och patienterna valde att anpassa sig till omgivningens förväntningar, framför allt beträffande mat och dryck (Whiting et al., 2006). Det fanns en rädsla att diabetes skulle tolkas omgivningen som beviset på ett dåligt liv innan och fruktan att bli negativt bedömda och stigmatiserade uttryckte sig i förnekelsen av sjukdomen (Hörnsten et al., 2004). Patienter vägrade att gå på utbildningen då de inte ville acceptera det kroniska förloppet av sjukdomen och anklagade istället sjuksköterskor för sina diabeteskomplikationer (Mutea & Baker, 2008).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att få en ökad förståelse för inverkan på egenvården hos patienter med typ 2-diabetes valdes en kvalitativ innehållsanalys. Syftet var att skapa en kunskapsöversikt, därför bedömdes vald design som adekvat (Friberg, 2012). Till litteraturstudien inkluderades tolv kvalitativa artiklar och två artiklar av både kvalitativ och kvantitativ karaktär, där endast artiklarnas kvalitativa del analyserades. Forsberg och Wengström (2013) menar att en kombination av kvantitativt och kvalitativt är att föredra för att ge fler perspektiv, men då kvantitativa artiklar exkluderades kan det finnas en risk att väsentlig information gick förlorad. Sökning av artiklar genomfördes i databaserna CINAHL och MEDLINE, med tyngd på CINAHL vars omvårdnadsvetenskapliga profilering passade studiens syfte bäst. Genom att använda relevanta databaser ökade litteraturstudiens tillförlitlighet. För att hitta relevanta artiklar lades stor fokus på sökorden, därför genomfördes ett flertal provsökningar innan den riktiga sökningen. Olika kombinationer användes för att få fram så många relevanta artiklar som möjligt. Vid sökning med valda kombinationer kom nya ord upp vilket gjorde att sökresultatet blev större. I kvalitativa studier kommer relevant information från ett begränsat antal deltagare och det är viktigt att samla så olika erfarenheter som möjligt för att få en bred variation om samma fenomen (Henricson & Billhult, 2012). Av den anledningen gjordes ingen geografisk begränsning vid artikelsökning vilket kan betraktas som en styrka då resultatet gav ett bredare perspektiv och är överförbart och tillämpbar på människor i andra länder.

Det föreligger en risk att litteraturstudiens resultat inte överensstämmer helt med artiklarna då dessa var skrivna på engelska och översattes till svenska. Nyanser i språket kan vara svåra att översätta och kan därför ha tolkats fel. Översättningarna jämfördes även löpande med originaltexterna. Resultatet kan också ha påverkats av tidigare kunskap hos studiens författare och egna tolkningssätt (Polit & Beck, 2010). Ett objektiva förhållningssätt är av stor betydelse och forskning bör inte uteslutas på grund av motsägande resultat eller personliga åsikter (ibid.). I enlighet med det anser författarna till den här studien att ingen forskning har uteslutits och att en objektiv inställning har hållits. För att minska risken för feltolkningar diskuterades olika tolkningssätt, vilket ökade studiens pålitlighet (Henricson, 2012). Samtliga artiklar lästes och granskades flera gånger, både individuellt och gemensamt, varpå de diskuterades och jämfördes. För att höja litteraturstudiens reliabilitet granskades alla artiklar utifrån Willman et al. (2011) granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar.

Vid en kvalitativ innehållsanalys kan både ett induktivt samt ett deduktivt tolkningssätt tillämpas (Polit & Beck, 2010). Ett induktivt tolkningssätt innebär att kategorier skapas utifrån innehållet i texten, och ett deduktivt sätt betyder att analysen görs utifrån redan bestämda kategorier. Den här analysen valdes att göras induktivt eftersom ett deduktivt sätt kan tvinga fram kategorier vilket kan medföra att andra detaljer och information missas eller förbises. Citat som är färre än 40 ord bör enligt APA-manualen återges i löpande text, men då innebörden av citaten ansågs försvinna valdes samtliga citat att skrivas som blockcitat istället för att bäddas in i texten, för att på så sätt bevara kärnan i innehållet.

Resultatdiskussion

Faktorerna som påverkar egenvården hos vuxna patienter med typ 2-diabetes diskuteras i relation till de tre delarna i Orems omvårdnadsteori: *egenvård*, *egenvårdsbrist* och *omvårdnadssystem*. Faktorerna är starkt sammanflätade med varandra att de oundvikligt kommer att nämnas och diskuteras i samtliga delar, men utifrån annorlunda synvinklar.

Egenvård: behov och krav

Orems teori om egenvård förutsätter att varje individ är potentiellt kapabel att själv utöva de åtgärder som krävs för att främja liv, hälsa och välbefinnande. Ett centralt begrepp i Orems teori är att egenvård utgår från patienternas olika behov eller krav i förhållande till universella, utvecklingsmässiga och hälsoavvikande företeelser (Rooke, 1995). Resultatet visade att samtliga patienter var medvetna om att de behövde kunskap och information för att hantera egenvården. Meeto (2004) betonar att det finns bevis på att livskvaliteten hos många patienter med typ 2-diabetes har förbättrats med hjälp av kunskaper om egenvård som medvetandegjorde dem om vilka praktiska åtgärder och mentala attityder som krävs för att framgångsrikt klara ett liv med en kronisk sjukdom.

Resultatet visade att flertalet patienter som deltog i välstrukturerade utbildningar och kurser om egenvård hade tämligen gedigna kunskaper om vilka konkreta åtgärder som ingick i deras egenvård. De blev väl medvetna om att en del konkreta insatser behövde implementeras som blodsockermätning, adekvat nutrition, läkemedelsintag samt regelbunden träning, om de ville upprätthålla ett normalt liv och undvika framtida kroniska komplikationer. Aspekten inom egenvård där det rådde större kunskapsförvirring eller svårare anpassningsförmåga var kosten. Kostförändring utgjorde ett kritiskt moment bland egenvårdsbehoven för de flesta patienter. Paterson (2011) förklarar att många patienter känner till de bästa dieterna, men väljer att inte följa dem. Kunskap innebär inte alltid motivation. Sigurdardóttir (2005) identifierar också kost

och egenvård utanför hemmet bland de svåraste områden inom egenvård. Många patienter upplever dessa aspekter av egenvård så krävande att de ger upp. Patienternas psykosociala och emotionella behov negligeras (ibid.). Kunskaperna patienter oftast erhåller har som syfte att belysa hur diabetes påverkar kroppens normala fysiologiska funktioner, men ignorerar de emotionella, spirituella, sociala och kognitiva aspekterna av ett liv med en kronisk sjukdom (Meetoo, 2004). Utbildningar i *self-management*, kurser om problemlösning och kognitiv beteendeterapi har visat sig ge positiva resultat i att motivera patienterna mot en lyckad egenvård (Kent et al., 2010). Enligt Shi, Ostwald och Wang (2010) bör utbildningar om egenvård sträva efter att förbättra patienternas attityder och motivation snarare än att bara öka deras kunskaper inom fysiologi. Att förbättra patienternas tro på den egna förmåga att klara av egenvården, *self-efficacy*, har visat sig vara den mest effektiva träningsformen för en framgångsrik egenvård, i synnerhet när det gäller kost och fysisk aktivitet (Shi et al., 2010; Sigurdóttir, 2005).

Samtliga deltagare i de analyserade studierna var vuxna människor, vilket innebar att de utvecklingsmässigt befann sig i en fas i livet som ofta innefattar arbete, familj, social gemenskap, en viss självbild och en utvecklad identitetskänsla. Att plötsligt behöva ändra en livsstil som i många år har präglat livet upplevdes som en stor utmaning för merparten av deltagarna. I en del situationer blir egenvårdsbehoven inte enbart en fråga om otillräcklig kunskap eller brist på motivationen. Hinder och Greenhalgh (2012) beskriver yrkesliv och uteliv i allmänhet som en återkommande problematisk och utmanande situation för patienternas egenvård. Att inte befinna sig hemma gör att möjligheten att tillfredsställa egenvårdsbehov minskar dramatiskt (ibid.). I resultatet var flertalet patienter tillräckligt insatta i vilka åtgärder som var nödvändiga för att utöva egenvård, men en del saknade antingen motivation eller förutsättningar för att tillgodose dem.

Egenvårdsbrist: patientens resurser och möjligheter

Egenvårdsbrist uppstår när patienternas egna resurser och möjligheter inte räcker till för att uppfylla egenvårdskraven (Rooke, 2005). Sousa, Zausznieswski, Musil, Price Lea och Davis (2005) poängterar att patienterna med diabetes som framgångsrikt utövar sin egenvård måste ha de konkreta möjligheterna för att genomföra den, *egenvårdskapacitet*, samt måste tro på sin förmåga att åstadkomma de åtgärder som krävs, *self-efficacy*. Degazon och Parker (2007) förklarar att patienter som uppfattar sig själva som icke kapabla att hantera en komplicerad situation försöker hitta lösningar för att lätta den upplevda stressen. De bedömer sina

tillgängliga resurser, situationens svårighetsgrad och miljöfaktorer. Dessa lösningar kallas för *copingstrategier*. I coping med typ 2-diabetes spelar den psykosociala anpassningsförmågan en avgörande roll. Individerna som accepterar sin nya livsverklighet, visar sig kapabla att anpassa sig bättre till de begränsningar som denna medför och omorganisera sitt liv på ett mer meningsfullt och tillfredsställande sätt (ibid.). Detta framkommer också i den här litteraturstudiens resultat, patienterna som accepterade sitt tillstånd lyckades genomföra viktiga livsstilsförändringar och börja en ny och mer hälsosam fas livet. En del patienter visade däremot passiva och förnekande attityder. Wasserman (2010) skiljer mellan aktiva och passiva anpassningsmekanismer eller strategier. Det förstnämnda indikerar att individen aktivt undersöker faran och det andra anses vara en undvikande och nekande mekanism som ofta väljs av individer som har benägenhet för depressiva reaktioner. Passiv coping anses vara en dålig strategi i många fall eftersom den kan öka risken för varaktiga besvär på lång sikt (ibid.). Depression hos patienter med typ 2-diabetes utgör en vanlig bakomliggande orsak till deras passiva attityd mot egenvård, vilket även framkom i den här studiens resultat. Kent et al. (2010) förklarar att patienterna med diabetes drabbas av depression oftare än friska individer. Senare studier har bevisat att terapi med syfte att bota depression hos patienter med diabetes har lett till påfallande förbättringar i egenvård, som hälsosammare kost, mer fysisk aktivitet och viktminskning (ibid.).

Den sociala kontexten en sjuk individ befinner sig i, bestående av anhöriga, vänner eller arbetskamrater, utgör en viktig faktor i valet av copingstrategi (Bergström, 2007). Vincent (2009) beskriver att patienternas familj har en roll som är ambivalent; å ena sida kan anhöriga stödja sunda nya livsförändringar, å andra sidan kan familjelivet medföra hinder och frestelser, särskilt när det gäller ohälsosamma kostvanor. Patienternas partner kan vara ett väldigt värdefullt stöd, men också bidra till att förvandla en redan problematisk egenvård till en ännu mer svårhanterlig emotionell situation. I en del fall uppfattas patienternas dåliga egenvård som ett moraliskt svek mot själva paret eller familjen, vilket kan eskalera i konflikter (Hinder & Greenhalgh, 2012).

Copingstrategierna som individerna väljer har även visat sig vara påverkade av skillnader vad gäller genus, social och etnisk bakgrund samt utbildningsnivå. I resultatet framkom exempel på förnekelse av sjukdom på grund av kulturella föreställningar av manlig identitet, där diabetes tolkades som skamfull och stigmatiserande. Hulten (2009) påpekar att det finns genusrelaterade skillnader i sättet att hantera diabetessjukdomen och egenvård: män väljer mer aktiva strategier

och försöker skaffa sig mycket information medan kvinnor söker mer stöd i sin sociala krets och är mer benägna att utveckla depression. Män kan också drabbas av depression på grund av de sexuella funktionsstörningar som diabetes kan orsaka (Kent et al., 2010). Att kvinnor visar en mer problematisk inställning mot diabetes och behöver mer stöd från anhöriga och närstående bekräftas också av Clarke (2009). Kvinnor väntar längre än män innan de väljer att följa en utbildning i egenvård, vilket tyder på att de tenderar att prioritera annat före sin egen hälsa, trots det brukar kvinnor iaktta matrestriktioner och medicinering mer flitigt än män (ibid.).

Resultatet visade också att många patienter påverkades i sin egenvård av kulturella och religiösa föreställningar kring betydelse av sjukdom och försökte hitta kompromisser mellan vårdgivarnas rekommendationer och den egna traditionella tron, vanor och värderingar. Hjelm et al. (2006) beskriver hur muslimska gravida kvinnor med diabetes brukar tillämpa vårdgivarens rekommendationer på ett flitigare sätt än västerländska kvinnor, eftersom deras ansvar som individer och mödrar förstärkas av religiösa värderingar kring kvinnornas roll i samhället. Weiler och Crist (2007) förklarar att patienter som tillhör familjeorienterade kulturer tenderar att prioritera sina anhörigas behov och välbefinnande framför sina egna. Dessa patienter ger företräde till gruppens behov framför individens, vilket kan påverka egenvården negativt. Vincent (2009) bekräftar hur kulturella tolkningar av familjenätverk spelar en central roll i patienternas egenvård.

I familjeorienterade samhällen styrs relationer av sociala normer som förutsätter smidiga och bekymmerslösa attityder mellan släktingar. Detta kan förhindra patienterna att dela med sig till sina närmaste om viktiga detaljer och svårigheter som kan uppstå i egenvård (ibid.). Degazon och Parker (2007) upplyser om skillnader i coping beroende på patienternas sociokulturella bakgrund där hög utbildningsnivå har visat sig utgöra en positiv faktor gentemot en bättre acceptans av diabetes och en mer tillfredsställd uppfattning av sin egen livskvalitet trots sjukdomen. I resultatet framkom patienternas låga utbildningsnivå som problematisk eftersom den försämrade patienternas förmåga att förstå de kunskaper de hade fått. Enligt Alexander, Uz, Hinton, Williams och Jones (2008) bör utbildningsprogram i diabetes ta hänsyn till patienternas låga utbildningsnivå och satsa på enklare material, koncisa information och innehålla bilder som tydligt visar egenvårdsåtgärder som blodsockermätning, måltidsplanering, träning och fotvård. Samma åsikt delas av Paterson (2011) som antyder att enklare material effektiviserar egenvård hos patienter som inte är högutbildade.

Användning av webbaserad utbildning har visat sig leda till framgångsrik egenvård för patienter. Möjlighet att träna regelbundet påverkas också av patienternas socioekonomiska status. Vincent (2009) beskriver att den fysiska aktiviteten ökade hos patienter med låg inkomst genom att satsa på verksamheter som inte var kostsamma, som promenader i shoppingcentra och övningar inomhus där möbler och kökets verktyg användes som träningsmaterial. Valet av copingstrategi påverkas också av mötet med vårdpersonalen, som kan förmedla patienterna kunskaper om den nya livssituationen och lära ut om de bästa sätten att hantera den (Hjelm et al., 2006).

Omvårdnadssystem: vårdpersonalens roll

Enligt Orems teori är sjuksköterskans roll att stödja patienternas olika behov eller kompensera deras oförmågor att utföra egenvård (Rooke, 2005). I resultatet visades att vårdpersonalen hade en central roll i patienternas utbildning om egenvård och att flertalet patienter litade på deras kunskaper. Sjuksköterskor är många gånger den främsta informationskällan för patienterna, därför är det väsentligt att de besitter effektiva kommunikationsstrategier för att inleda och utveckla en meningsfull interaktion med patienterna (Paterson, 2011; Visram, Bremner, Harrington & Hawthorne, 2008). Resultatet visade att en del patienter hade otillräckliga eller felaktiga grundläggande kunskaper om diabetes och i synnerhet om vilken diet de skulle följa, vilket delvis förklarades av deras låga utbildningsnivå eller dåliga kontakt med vårdcentralen.

Det går inte att exkludera att vårdpersonalen inte alltid besitter gedigna kunskaper om diabetes. Livingston och Dunning (2010) beskriver allvarliga kunskapsbrister hos sjuksköterskor inom viktiga områden som insulinets funktion och symptom på hyperglykemi. Dessutom visar en del sjuksköterskor svårigheter i att samarbeta med andra aktörer som exempelvis dietister och läkare. Resultatet visade att trots att en del patienter hade fått grundliga kunskaper, utövade de inte sin egenvård korrekt eller regelbundet. Goda kunskaper är en nödvändig förutsättning för egenvård, men räcker inte om patienterna saknar motivation. Brist på motivationen kopplades i resultatet till patienternas upplevelse av få och lindriga symptom, depressivt tillstånd och brist på hjälp och stöd från vårdpersonalen och anhöriga. Sjuksköterskor som beskriver diabetes som en ofarlig sjukdom som lätt kan kontrolleras med kost och fysisk aktivitet, riskerar att inte medvetengöra patienterna om de svårhanterliga aspekterna inom egenvård, och uppmuntrar inte till ett disciplinerat och ansvarsfullt utövande av viktiga aktiviteter (Livingston & Dunning, 2010).

I resultatet framhövdes att vårdpersonalen hjälper patienterna, inte bara med lämpliga kunskaper och motiverande strategier, utan också med känslomässiga och i en del fall andligt stöd. Petersen, Tribler och Molsted (2008) lägger fokus på sjuksköterskans roll i att visa omtanke och i att noggrant lyssna och motivera patienterna att ha en bättre kontroll över sin egenvård, utan att känna sig ansvariga över deras beteende och val. Applicerat till Orem's teori, kan sjuksköterskans motiverande funktion definieras som stödjande och undervisande, i vilken patienterna förutsätts ta det största ansvaret för egenvård, men kan behöva stöd och undervisning av kompetent och professionell personal (Rooke, 2005). Resultatet visade att patienterna även kände sig motiverade av regelbundna hälsokontroll och samtal. Frekvensen av kontakt mellan patienterna och sjuksköterskor har visat sig kunna motivera patienterna till att upprätthålla sin egenvård trots svårigheter och frustration. Sigurdardóttir, Benediktsson och Jonsdóttir (2009) betonar vikten av uppföljningar eftersom det inte räcker att ge patienterna kunskaper, de måste även stöttas hela livet. När den fysiska kontakten mellan sjuksköterskor och patienter inte alltid är möjlig eller är för kostsam, är återkommande samtal via telefon eller internet en bra lösning (Sigurdardóttir et al., 2009; Asante, 2013; Paterson, 2011). Asante (2013) beskriver SMS som en lika effektiv strategi som sjuksköterskor kan använda sig av istället för telefonsamtal för att stödja och kontrollera patienternas egenvård.

En viktig faktor som visades i resultatet över vad som påverkar patienternas egenvård är den kulturella bakgrunden som kan yttra sig i starka mattraditioner och prioriterade familjerelationer framför egna behov. Paterson (2011) menar att vårdpersonalen behöver vara kunnig och förberedd på eventuella missuppfattningar eller anpassningssvårigheter som härstammar från patienternas etniska bakgrund. Att sjuksköterskor behärskar namn på de ingredienser som patienterna brukar använda sig av i sin mattradition har visat sig förbättra patienternas kontroll över blodsockret. Att inkludera anhöriga i patientutbildningar har också visat sig vara en bra strategi för att förbättra egenvård, framför allt med avseende på kost (Vincent, 2009; Alexander et al., 2008). Orem (2001) anser att kunskaper om kulturella grupper som kan påverka egenvård nås bättre genom patienternas eget perspektiv, därav behovet av en god interaktion och relation mellan sjuksköterskan och patienterna.

SLUTSATS

Studien visade att de talrika faktorerna som påverkar egenvård hos vuxna individer med typ 2-diabetes är många gånger tätt sammanflätade med varandra, samt återspeglar patienternas inre mångfacetterade identitet och den komplexa sociala kontexten i vilken de lever. Psykosociala

och kulturella faktorer har framhävts som bakomliggande orsaker till hälsoavvikande beteende i egenvård och utgjort utgångspunkten för en diskussion angående sjuksköterskans roll som stödjande och undervisande i enlighet med Orems omvårdnadsteori. Stöd från anhöriga, närstående och andra patienter har visat sig påverka patienternas möjligheter och vilja att genomföra hälsosamma ändringar inom de mer komplicerade aspekter av egenvård som kost och motion. Studien visade även att utbildningar om egenvård som inte bara ökar patienternas kunskaper utan också deras självuppskattade förmåga att klara de nödvändiga livsstilsförändringarna är att satsa på. *Self-efficacy*, som syftar på att stärka patienternas tro på den egna förmågan att klara av egenvårdsaktiviteter, är ett mycket effektivt verktyg för en framgångsrik egenvård. För att motivera patienterna bör vårdpersonalen även vara insatt i olika copingstrategier som individer använder för att hantera krävande hälsosituationer.

KLINISK BETYDELSE

Studiens resultat kan ge vårdpersonal större förståelse för hur patienter med typ 2-diabetes kan stödjas i sin egenvård på bästa sätt. Genom ökad kunskap och upplysning kan sjuksköterskor bidra till att patienten känner sig tryggare i sin sjukdom och egenvård. Sjuksköterskor bör sträva efter att skapa ett balanserat förhållande mellan egenvårdsbrister och behov. För att balansen ska åstadkommas krävs att vårdpersonalen är medveten om att patienter kan ha olika tolkningar av förmedlade kunskaper. Sjuksköterskor bör därför vara försedda med en kulturell kompetens i form av öppenhet, flexibilitet och respekt gentemot olika sociokulturella variationer och ge individuellt anpassad omvårdnad.

FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING

Anhörigas involvering i patienternas utbildning om egenvård har visat sig påverka implementeringen av krävande livsstilsförändringar positivt. Forskning bör av den orsaken eftersträva att identifiera vilken utformning av utbildning som gynnar ett samarbete mellan sjuksköterskor, patienter och anhöriga bäst.

REFERENSER

- Aghamohammadi-Kalkoran, M., Valizadeh S., Mohammadi, E., Ebrahimi, H. & Karimollahi, M. (2012). Health according to the experiences of Iranian women with diabetes: A phenomenological study. *Nursing and Health Sciences*, 14, 285-291.
- Alexander, G.K, Uz, S.W., Hinton, I., Williams, I. & Jones R. (2008). Culture Brokerage Strategies in Diabetes. *Public Health Nursing*, Vol.25, No.5, 461-470. Doi: 10.1111/j.1525-1446.2008.00730.x
- Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Wolk, A., Örtqvist, E. & Östenson, C-G. (2010). *Diabetes*. (2., [rev.] utg.) Stockholm: Karolinska Institutet University Press
- Asante, E. (2013). Interventions to promote treatment adherence in type 2 diabetes mellitus. *British Journal of Community Nursing*, Vol.18, No. 6, 267-274.
- Aujoulat, I., Luminet, O. & Deccache. (2007). The Perspective of Patients on Their Experience of Powerless. *Quality Health Research*; 17, 772-785. Doi:10.1177/1049732307302665
- Bergström, G. (2007). Psykosociala perspektiv på långvarig smärta. I U. Jakobsson (Red.), *Långvarig smärta (s.41-56)*. Lund: Studentlitteratur
- Berne, C. & Sörman, E. (2010). Egenvård. I C.-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 209-220). Stockholm: Liber.
- Clark, A. (2009). Effects of routine education on people newly diagnosed with type 2 diabetes. *EDN Autumn*, Vol.6, No.3, 88-94.
- Clarke, D. M., Baird, D. E., Perera, D. N., Hagger, V. L., & Teede, H. J. (2014). The INSPIRED study: a randomised controlled trial of the whole person model of disease self-management for people with type 2 diabetes. *BMC Public Health*, 14(1), 1-15. doi:10.1186/1471-2458-14-134
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från ide till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Studentlitteratur
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372(9634), 246-255. doi:10.1016/S0140-6736(08)61078-8

Degazon, E. C. & Parker V.G (2007). Coping and Psychosocial Adaptation to Type 2 Diabetes in Older Blacks Born in Southern US and in the Caribbean. *Research in Nursing & Health*, 30, 151-163.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s.133-143). Lund: Studentlitteratur

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Henricson, M. (2012). *Diskussion*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod:Från ide till examination inom omvårdnad* (s. 471-478). Studentlitteratur

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod:Från ide till examination inom omvårdnad* (s. 129-137). Studentlitteratur

Hinder, S. & Greenhalgh, T. (2012). "This does my head in". Ethnographic study of self-management by people with diabetes. *BMC Health Services Research*, 12:83, 1-16.

Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P. & Apelqvist, J. (2006). Management of Gestational Diabetes from the Patient's Perspective- a Comparison of Swedish and Middle-Eastern Born Women. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 168-178.

Hulter, B. (2009). Sexualitet. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa* (s.677-709). Studentlitteratur

Hörnsten, Å., Sandström, H. & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 174-182

International Diabetes Federation. (2014).

- Jallinoja, P., Pajari, P. & Absetz, P. (2008). Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Nordic College of Caring Science*, 22, 455-462.
- Johansson, U.-B. & Leksell, J. (2010). Egenvård. I C.-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 449-459). Stockholm: Liber.
- Kent, D., Haas, L., Randal, D., Lin, E., Thorpe, C.T., Boren, S.A., Fisher, J., Heins, J., Lustman, P., Nelson, Ruggiero, L., Wysocki, T., Fitzner, K., Sherr, D. & Lenzi Martin, A. (2010). Healthy Coping: Issues and Implications in Diabetes Education and Care. *Population Health Management*, Vol.13, No. 5., 227-233. Doi: 10.1089/pop.2009.0065.
- Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(3), 558-566. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x
- Korkiakangas, E., Taanila, A., & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2011). Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Health & Social Care In The Community*, 19(1), 15-22. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00942.x
- Li, J., Drury, V. & Taylor, B. (2013). 'Diabetes is nothing': The experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes. *Contemporary Nurse*, 45 (2), 188-196.
- Lindholm, E. (2010). Definition, diagnostik och klassificering. I C.-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (s. 17-29). Stockholm: Liber.
- Livingstone, R. & Dunning, T. (2010). Practice nurses' role and knowledge about diabetes management within rural and remote Australian general practices. *EDN Autumn*, Vol.7, No.2, 55-62.
- Long, A.F. & Gambling, T. (2012). Enhancing health literacy and behavioural change within a tele-care education and support intervention for people with type 2 diabetes. *Health Expectations*, 15, 267-282.

Lundberg, P.C. & Thrakul, S. (2012). Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with practise self-management? *Journal of Advanced Nursing* 68 (3), 550-558.

Meetoo, D. (2004). Clinical skills: empowering people with diabetes to minimize complications. *British Journal of Nursing*, Vol.13, No.11, 4-10.

McCloskey, J. & Flenniken, D. (2010). Overcoming Cultural Barriers to Diabetes Control: A Qualitative Study of Southwestern New Mexico Hispanics. *Journal of Cultural Diversity*, Vol. 17, No.3, 110-115.

Muchiri, J. W., Gericke, G. J., & Rheeder, P. (2012). Needs and preferences for nutrition education of type 2 diabetic adults in a resource-limited setting in South Africa. *Health SA Gesondheid*, 17(1), 1-13. doi:10.4102/hsag.v17i1.614

Mutea, N.K. & Baker, C. (2007). Kenyan nurses' involvement in managing hospitalized diabetic patients. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 40-46.

Norberg, M. & Danielsson, M. (2009). *Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes*. Hämtad 3 juni, 2014, från Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2009, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71.pdf>

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby.

Paterson, J.G. (2011). Promoting health literacy in patients with diabetes. *Nursing standard*, Vol. 26, No. 8, 35-40.

Petersen, S.K., Tribler, J. & Molsted, S. (2008). Empowerment-inspired patient education in practice and theory. *EDN Autumn*, Vol.5, No.3, 99-103.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009[2010]). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7., [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Polzer, R.L. (2007). African Americans and Diabetes: Spiritual Role of the Health Care Provider in Self-Management. *Research in Nursing & Health*, 30, 164-174.

Popoola, M.M. (2005). Living With Diabetes. The Holistic Experiences of Nigerians and African Americans. *Holistic Nursing Practice*, 19 (1), 10-16.

Rizvi, A. A. (2004). Type 2 Diabetes: Epidemiologic Trends, Evolving Pathogenic Concepts, and Recent Changes in Therapeutic Approach. *Southern Medical Journal*, 97(11), 1079-1087.

Rooke, L. (1995). *Omvårdnad. Teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Stockholm: Liber AB.

Shi, Q., Ostwald, S.K. & Wang, S. (2010). Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with Type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 398-404. doi: 10.1111/j.1365-2702-2009.03040.x

Sigurdardóttir, Á.K. (2005). Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 301-314.

Sigurardóttir, Á.K., Benediktsson, R. & Jonsdóttir, H. (2009). Instruments to tailor care of people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 2118-2130.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010: stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sousa, V.D., Zausznieswski, J.A., Musil, C.M., Price Lea, P.J. & Davis, S.A. (2005). Relationships among Self-Care Agency, Self-Efficacy, Self-Care and Glycemic Control. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, Vol.19, No 3, 217-230.

Wasserman, D. (2010). Maladaptiva stressreaktioner. I J. Herlofson. (Red.) *Psykiatri* (s.453-459). Lund: Studentlitteratur.

Weiler, D.M & Crist, J.D. (2007). Diabetes Self-management in the Migrant Latino population. *Hispanic Health Care International*, Vol.5, No.1, 27-33.

Whiting, M., Scammell, A., Gray, J. & Schepers, A.K. (2006). Managing type 2 diabetes and depression in primary care. *Primary Care Mental Health*, 4, 175-84.

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. & King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*; 27(5), 1047-1053. Doi: 10.2337/diacare.27.5.1047

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur

Vincent, D. (2009). Culturally tailored education to promote lifestyle change in Mexican Americans with type 2 diabetes. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 520-527. Doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00439.x

Visram, S., Bremner, A.S., Harrington, B.E. & Hawthorne, G. (2008). Factors affecting uptake of an education and physical activity programme for newly diagnosed type 2 diabetes. *EDN Spring*, Vol. 5, No.1, 17-22.

Yu, I-C. & Tsai, Y-F. (2013). From silence to storm – patient illness trajectory from diabetes diagnosis to haemodialysis in Taiwan: a qualitative study of patients' perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 69 (9), 1943-1952.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl., s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

GRANSKNINGSPROTOKOLL

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien, t.ex. metodval

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

- datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamättnad? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultat klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till
en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

- Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

.....
.....

Granskningsprotokoll hämtat från Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011).

ARTIKELÖVERSIKT

Artikelnummer/ Författare/årtal	Titel	Syfte	Metod	Resultat	kvalitet
1. Aghamohammadi-Kalkoran, M., Valizadeh, S., Mohammadi, E., Ebrahimi, H. & Karimollahi, M. (2012)	<i>Health according to the experiences of Iranian women with diabetes: a phenomenological study.</i>	Undersöka betydelse av hälsa hos iranska kvinnor med typ 2-diabetes.	<u>Kvalitativ</u> studie som byggdes på semistrukturerade intervjuer med 19 kvinnor i åldrarna 35-39.	Fem olika begrepp resulterade vara viktiga för kvinnorna: ett gudcenterat liv, hälsa som en värdefull gåva, hälsa som välbefinnande, självständighet samt acceptans.	Hög
2. Hörnsten, Å., Sandström, H. & Lundman, B. (2004)	<i>Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes.</i>	Undersöka olika erfarenheter av diabetes typ 2-diabetes i Sverige. Både patienternas och vårdpersonalens erfarenheter undersöktes.	<u>Kvalitativ</u> studie där 44 individer, 21 kvinnor och 23 män i åldrarna 40-80 intervjuades.	Patienternas uppfattning av sjukdom är ett viktigt bidrag till vårdpersonalens erfarenheter av diabetes.	Hög
3. Jallinoja, P., Pajari, P. & Absetz, P. (2008)	<i>Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2-diabetes.</i>	Analysera om patienterna med typ 2-diabetes är kapabla att ändra sin livsstil själva eller om de behöver stöd och kontroll från andra personer.	<u>Kvalitativ</u> studie där 30 patienter, 17 kvinnor och 13 män, i åldrarna 52-65, intervjuades i grupp.	Flertalet patienter behövde en ständig form av kontroll och bevakning för att kunna hantera egenvården.	Hög
4. Korkiakangas, E., Taanila, A.M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2010)	<i>Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the Oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study.</i>	Undersöka vilka motivationer och hinder till fysisk aktivitet finns hos finska patienter med typ 2-diabetes.	<u>Kvalitativ</u> studie. Data samlades in genom frågeformulär som utdelades till deltagare i två omgångar. Vid den första fasen deltog 63 patienter. Efter fem år skedde andra fasen där 71 patienter deltog.	Studien visade att viktkontroll, känslan av fysiskt samt mentalt välbefinnande och social gemenskap fungerar som stark motivation till fysisk aktivitet.	Medel
5. Li, Drury & Taylor (2013)	<i>'Diabetes is nothing': The experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes.</i>	Undersöka de erfarenheter och copingstrategier av äldre kinesiska kvinnliga patienter med typ 2-diabetes som levde i Singapore.	<u>Kvalitativ</u> studie med deskriptiv metod. Deltagarna var 10 kvinnor i åldrarna 60-69.	Patienterna beskrev en bred variation av erfarenheter och upplevelser i samband med diabetes och visade kunna klara sjukdomen	Hög

				tack vare stöd från andra och effektiva copingstrategier.	
6. Long A.F & Gambling, T. (2012)	<i>Enhancing health literacy and behavioural change within a tele-care education and support intervention for people with type 2 diabetes.</i>	Analysera hur utbildningar och stöd från vårdgivare kan påverka och ändra beteende hos patienter med typ 2-diabetes.	<u>Kvantitativ</u> studie med frågeformulär. + <u>Kvalitativ</u> studie med intervjuer. Utdelning av frågeformulär och intervjuerna upprepades efter två år. 591 deltagare, varav 272 i en kontrollgrupp som inte erhöll utbildning.	Den kvalitativa studien visade att patienterna som hade fått utbildning och stöd hade ändrat sitt beteende positivt och upplevde ökat självförtroende i egenvården.	Hög
7. Lundberg, P.C. & Thrakul, S. (2012)	<i>Type 2 diabetes: How do Thai Buddhist people with diabetes practice self-management?</i>	Undersöka hur buddistiska patienter med typ 2-diabetes klarar egenvård.	<u>Kvalitativ</u> studie med intervjuer och observationer. 30 patienter deltog i studien, elva män och 19 kvinnor i åldrarna 28-79.	Buddistiska patienter visade dålig kontroll över sin blodsockernivå. Vårdpersonalen bör satsa på kulturella och religiösa värderingar för att hjälpa patienterna att förbättra sin egenvård.	Hög
8. McCloskey, J. & Flenniken, D. (2010)	<i>Overcoming Cultural Barriers to Diabetes Control: A Qualitative Study of Southwestern New Mexico Hispanics.</i>	Undersöka egenvård hos mexikanska patienter med typ 2-diabetes och deras anhöriga som levde i New Mexico.	<u>Kvalitativ</u> studie med strukturerade intervjuer. Deltagare var 50: 37 var patienter, de övriga var anhöriga.	Studien upptäckte att den traditionella matkulturen, socialt stöd och kulturella genusrelaterade värderingar spelar en central roll i patienternas egenvård.	Hög
9. Muchiri, J.W., Gericke, G.J. & Rheeder, P. (2012)	<i>Needs and preferences for nutrition education of type 2 diabetic adults in a resource-limited setting in South Africa.</i>	Undersöka behov för utbildning om kost hos patienter med typ 2-diabetes i Sydafrika.	<u>Kvalitativ</u> studie med semistrukturerade intervjuer. Deltagarna var 31 patienter med typ 2-diabetes och tio vårdgivare i åldrarna 40-65.	Studien upptäckte att många patienter hade otillräckliga kunskaper om egenvård. De flesta hinder förklarades av deras låga socioekonomiska status.	Hög
10. Mutea, N.K. & Baker, C. (2007)	<i>Kenyan nurses' involvement in managing hospitalized diabetic patients.</i>	Analysera sjuksköterskors engagemang i patienter med typ	<u>Kvalitativ</u> studie med frågeformulär. Deltagarna var i åldrarna 31-40	Studien framhävde sjuksköterskors svårigheter i att hjälpa patienter	Hög

		2-diabetes i Kenya.	och hade 6-15 år yrkeserfarenhet.	med låg socioekonomisk status.	
11. Polzer, R. L. (2007)	<i>African Americans and Diabetes: Spiritual Role of the Health Care Provider in Self-Management</i>	Undersöka hur afroamerikaner med typ 2-diabetes tolkade den spirituella rollen av deras vårdare.	<u>Kvalitativ</u> studie där 29 afroamerikanska patienter, tio män och 19 kvinnor i ålder 40-75, samt fem manliga präster intervjuades.	Omvårdnad som upplevs som andlig och empatisk av patienterna kan utgöra ett viktigt stöd och en stark motivation till egenvård.	Hög
12. Popoola, M.M. (2005)	<i>Living with Diabetes. The Holistic Experiences of Nigerians and African Americans.</i>	Få en djupare förståelse för de holistiska och transkulturella erfarenheterna av nigerianska och afroamerikanska patienterna med typ 2-diabetes.	<u>Kvalitativ</u> studie där 35 patienterna, 22 kvinnor och 13 män, i ålder 60-82 intervjuades. 20 patienter var nigerianer 15 var afroamerikaner.	Studien visade att patienterna, oavsett deras rädslor och svårigheter, aldrig gav upp sin livsvilja. De hittade alternativa copingstrategier och behöll sin tro och förhoppning.	Hög
13. Whiting, M., Scammel, A., Gray, J., Schepers, A.K. & Bifulco, A. (2006)	<i>Managing type 2 diabetes and depression in primary care.</i>	Undersöka relationen mellan diabetes och depression.	<u>Kvantitativ</u> studie som grundades på frågeformulär. + <u>Kvalitativ</u> studie med 16 semistrukturerade intervjuer med patienter med typ 2-diabetes.	Den kvalitativa studien visade att en tredjedel av deltagarna hade depression vilket påverkade deras egenvård negativt. Känslor av stigmatisering och ensamhet framhövdes.	Medel
14. Yu, I-C. & Tsai, Y.-F. (2013)	<i>From silence to storm – patient illness trajectory from diabetes diagnosis to haemodialysis in Taiwan: a qualitative study of patients' perceptions</i>	Beskriva patienternas upplevelse av diabetes typ 2- under en period som sträcktes från diagnos till dialys.	<u>Kvalitativ</u> studie med semistrukturerade intervjuer av 25 deltagare, varav elva män och 14 kvinnor i åldrarna 34-85.	Studien upptäckte att patienterna gick genom en process bestående av fem faser, varav den sista var acceptans av sjukdomen.	Hög