

Patientens upplevelse av egenvård vid typ 2-diabetes

- En litteraturöversikt

Patient's experience of self- management in Type 2- Diabetes

- A literature review

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Typ 2-diabetes är en kronisk sjukdom som står för 90 procent av alla diabetesfall i världen och beräknas öka de kommande åren, på grund av bland annat ohälsosamma levnadsvanor såsom kost och fysisk aktivitet. Egenvård innebär att patienten tar ansvar och för att hantera det behövs kunskap och stöd från vårdpersonalen. **Syfte:** att beskriva upplevelser av egenvården vid typ 2-diabetes, med fokus på livsstilsförändringar. **Metod:** En allmän litteraturöversikt baserad på tolv kvalitativa vetenskapliga artiklar genomfördes.

Resultat: Det har framkommit olika upplevelser av egenvården och dessa har kategoriserats i teman med subteman: 1) Känsla av kontroll: Olika uppfattningar av betydelsen av typ 2-diabetes, 2) Upplevelser av livsstilsförändringar: Kostomläggning och Fysisk aktivitet och 3) Upplevelser av omvårdnadsåtgärder: Rådgivning, Motiverande samtal, MI och Gruppbaserad patientutbildning. **Slutsats:** Att ändra på sin livsstil kan upplevas som krävande och omställningen behöver stödjas och anpassas utefter patientens behov. **Klinisk betydelse:** Patientens upplevelser av egenvård med behov, krav och brister kan fungera som ett kunskapsverktyg för vårdpersonalen vid omvårdnaden av typ 2-diabetes.

Nyckelord: Egenvård, livsstilsförändringar, omvårdnadsåtgärder, typ 2-diabetes och patientens upplevelse.

ABSTRACT

Background: Type 2-Diabetes is a chronic disease that accounts for 90 percent of all diabetes cases in the world and is expected to increase in the upcoming years, due to unhealthy habits such as diet and physical activity. Self-management means that the patient takes responsibility and in order to manage it knowledge is needed and support from caregivers. **Objective:** To describe the experiences of self-management in Type 2-Diabetes, focusing on lifestyle changes. **Method:** A literature review based on twelve qualitative scientific articles were conducted. **Results:** It has turned out that there have been different experiences of self-management and these have been categorized into themes with subthemes: 1) Sense of control: Different views of the importance of Type 2-Diabetes, 2) Experiences of lifestyle changes: Change of diet and Physical activity and 3) Experiences of nursing interventions: Counseling, Motivational interviewing, MI and Group-based patient education. **Conclusion:** To change the lifestyle may be perceived as demanding and conversion needs to be adjusted to the patient's needs. **Clinical significance:** Patient's experiences of self-management with needs, demands and deficiencies can serve as a knowledge tool for the care staff in the care of Type 2-Diabetes.

Keywords: lifestyle changes, nursing interventions, patients' experiences, Self-management and Type 2-Diabetes.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	TYP 2-DIABETES	2
2.1	Symtom och diagnostisering	2
2.2	Komplikationer och följsjukdomar	2
2.3	Omvårdnadsåtgärder	3
2.3.1	Sjuksköterskans roll	3
2.3.2	Motiverande samtal, MI	3
2.3.3	Patientutbildning	4
2.4	Behandling vid egenvård	4
2.5	Att leva med typ 2-diabetes	5
3	DOROTHEA OREMS OMVÅRDNADSTEORI	5
4	PROBLEMFÖRMULERING	6
5	SYFTE	6
6	METOD	7
6.1	Urval	7
6.2	Datainsamling	7
6.3	Dataanalys	9
7	ETISKA ASPEKTER	9
8	RESULTAT	10
8.1	Känsla av kontroll	10
8.1.1	Olika uppfattningar av betydelsen av typ 2-diabetes	10
8.2	Upplevelser av livsstilsförändringar	10
8.2.1	Kostomläggning	10
8.2.2	Fysisk aktivitet	11
8.3	Upplevelser av omvårdnadsåtgärder	12
8.3.1	Rådgivning	12
8.3.2	Motiverande samtal, MI	13
8.3.3	Gruppbaserad patientutbildning	14
9	DISKUSSION	15
9.1	Metoddiskussion	15

9.2	Resultatdiskussion	15
9.3	Egenvård	16
9.4	Egenvårdsbrist	16
9.5	Omvårdnadssystem.....	17
10	SLUTSATS	18
11	KLINISK BETYDELSE	18
12	FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	19
13	REFERENSER.....	20
14	BILAGOR	24
14.1	Bilaga 1. Artikelöversikt.....	24
14.2	Bilaga 2. Kondenserad meningsenhet.....	27

1 INLEDNING

Under författarnas verksamhetsförlagda utbildning stötte de på patienter med typ 2-diabetes, vars huvudsakliga orsak till sjukhusbesöket var av en annan åkomma. Att betrakta hur egenvården sköttes under sjukhusvistelsen skapade ett intresse för hur den hanterades av patienterna i det dagliga livet. Författarna ställde sig därför frågan hur det är att leva med en kronisk sjukdom i vardagen. På ett sjukhus blir patienten en i mängden, medan livet utanför sjukhuset kan se annorlunda ut. Som blivande sjuksköterskor kommer vi att möta dessa patienter och vi anser att det är nödvändigt att få kunskap om hur de upplever egenvården så att en patientcentrerad omvårdnad kan eftersträvas.

2 TYP 2-DIABETES

Ordet *Diabetes mellitus* betyder på grekiska och latin *genompasserande* respektive *honung*, och det finns två typer, typ 1 och typ 2 (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist, Östenson, 2010). Typ 2-diabetes beror på att cellernas förmåga att svara på insulin är nedsatt, också kallat *insulinresistens* och kan leda till *hyperglykemi*, det vill säga ett överskott av glukos i blodet. Precis som typ 2-diabetes kan typ 1-diabetes leda till *hyperglykemi* men skillnaden är att produktionen av insulin har upphört i bukspottkörteln (Erion, Park & Lee, 2015).

Riskfaktorerna ärftlighet, ålderdom, miljö, fysisk inaktivitet, ohälsosam kost och övervikt har alla tydliga kopplingar till typ 2-diabetes (Jansson & Blücher, 2014). I världen står typ 2-diabetes för 90 procent av alla diabetesfall och incidensen, antalet nya fall, beräknas öka på grund av riskfaktorerna samt befolkningstillväxt (American Diabetes Association, 2010; Wild, Roglic, Green, Sicree & King, 2004; Jansson et al., 2015).

2.1 Symtom och diagnostisering

Under forntida Egypten diagnostiserades patienter med typ 2-diabetes genom sockerhalten i urin, detta gjorde man genom att smaka på urinen (Alvarsson et al., 2010). Symtomen är oftast diffusa och smygande samt kan utvecklas under lång tid, varpå det kan vara svårt att ställa diagnos. De vanligast förekommande symtomen vid typ 2-diabetes är ökad urinmängd, törst, hungerkänslor, viktnedgång, försämrad syn och trötthet. I tillägg till symtombilden diagnostiseras och klassificeras typ 2-diabetes med hjälp av *Body Mass Index, BMI*, blodtryck och blodproverna glukoskoncentrationen i plasma, *P-glukos* och ett mått som mäter genomsnittet av blodsockret som kallas för *HbA1c*. I de analyserade blodproverna bör *P-glukos* inte överstiga värdena 7,0 mmol/L vid fastande och 11,1 mmol/L två timmar efter glukosintag (Diabetesförbundet, 2011). Blodsockermätning efter glukosintag kallas för *Oral glucose tolerance test, OGTT*, och har konstaterats vara det mest användbara testet för att identifiera typ 2-diabetes på (Zandén & Bergh, 2014).

2.2 Komplikationer och följsjukdomar

Typ 2-diabetes räknas som en kärlsjukdom på grund av att hyperglykemi är den vanligaste komplikationen som omfattar skador i små och stora blodkärl (Erion et al., 2015).

Komplikationerna uppträder oftast lång tid efter insjuknandet (Gutbrie & Gutbrie, 2004). Några följsjukdomar som kan uppstå är hjärt-kärlsjukdomar, nefropati (njurskador, njursvikt), ögonangiopati (skador i ögon, grå- och grönstarr) och neuropati (nervskador). Neuropati förekommer hos cirka 60 procent av typ 2-diabetiker och kännetecknas av oförmågan att skilja mellan varmt och kallt, samt påverkan på smärtstimuli. Sjukdomen kännetecknas även av en ökad risk att utveckla svårläkta sår vilket delvis beror på en nedsatt känsel som försvårar upptäckandet av sår på exempelvis fötterna (Clarke, Baird, Perera, Hagger & Teede, 2014). Risken att utveckla hjärt-kärlsjukdomar är två till fyra gånger högre hos typ 2-diabetiker och utgör cirka 77 procent av dödsfallen (Alvarsson et al., 2010).

2.3 Omvårdnadsåtgärder

I vårdteamet kring typ 2-diabetes ingår sjuksköterskor, läkare, dietister, kuratorer, fotvårdare och fysioterapeuter (Socialstyrelsen, 2015). Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen, HSL*, har vårdpersonal skyldighet att förebygga sjukdomar och ohälsa genom till exempel patientcentrerad kostrådgivning, patientutbildning och *Motiverande samtal, MI* (Socialstyrelsen, u.å.). Socialstyrelsen (2015) har tagit fram *nationella riktlinjer för diabetesvård*, som fungerar som stöd för vårdpersonalens arbete. Rekommendationerna berör patientens levnadsvanor och förebyggande av komplikationer vid typ 2-diabetes.

2.3.1 Sjuksköterskans roll

I *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor* finns det beskrivet att sjuksköterskor ska ha förmågan att förebygga hälsorisker och motivera patienter till livsstilsförändringar genom stöd och undervisning (Socialstyrelsen, 2005). Ytterligare vägledning för sjuksköterskor har tagits fram av Svensk sjuksköterskeförenings, SSF, (2014) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*, där det står att en god relation bör eftersträvas mellan sjuksköterska och patient för att uppnå en god omvårdnad. Kunskapsförmedling förväntas utföras av sjuksköterskor varvid en ojämn maktfördelning bör undvikas genom att hänsyn tas till patientens värdighet, autonomi och integritet.

2.3.2 Motiverande samtal, MI

Motivational Interviewing, MI, är en metod som används vid livsstilsrelaterade problem i syfte att motivera förändring hos patienten. Grunden till *MI-metoden* kallas för *MI-andan*,

som berör fyra ståndpunkter; *samarbete*, *acceptans*, *medkänsla* och *framkalla*. Inom de fyra ståndpunkterna samarbetar samtalsledaren med patienten för att skaffa en gemensam förståelse för förändringar som patienten behöver genomgå (Folkhälsomyndigheten, u.å.b). För att kunna ge ett professionellt stöd behöver vårdpersonalen utbildning i *MI-metoden* och visa empati, respekt, undvika argumentation och stödja självförtroende (Jansink, Braspenning, Vander Weijden, Elwyn & Grol, 2011). Syftet med samtalet är att motivera en beteendeförändring och informera patienten om möjliga konsekvenser om en förändring inte sker (Rubak, Sandbaek, Borch-Johnsen och Christensen, 2011).

2.3.3 Patientutbildning

I och med att typ 2-diabetes innebär svåra livsomvälvande förändringar behöver patienten stöttas genom bland annat patientutbildning. Utbildningen ska generera ökad kunskap hos patienten och därigenom underlätta hanteringen av sjukdomen. Faktorer som behöver övervägas för att patientutbildningen ska fungera är ålder, kunskapsnivå och funktionsnedsättningar. Patientutbildning kan utföras individuellt eller i grupp, men oavsett undervisningsform bör den ge möjlighet till informationsutbyte och ökad kunskap hos patienten (Funnell & Anderson, 2004; Choudhury, 2009).

2.4 Behandling vid egenvård

Innan en farmakologisk behandling blir aktuell berör första behandlingssteget livsstilsförändringar, som kostvanor och fysisk aktivitet i syftet att stabilisera blodsockret och förebygga komplikationer (Socialstyrelsen, 2015). Kosten är en central del i behandlingen eftersom det är en avgörande faktor för sjukdomsförloppet av typ 2-diabetes och relaterade följsjukdomar. I *nationella riktlinjerna om kost vid diabetes* rekommenderas fem kosttyper: *måttlig lågkolhydratkost*, *extrem lågkolhydratkost*, *traditionell diabeteskost*, *traditionell diabeteskost med lågt glykemiskt index* och *medelhavskost* (Socialstyrelsen, 2011).

Kostomläggning vid typ 2-diabetes kan ha en så pass stor inverkan hos den drabbade att den upplever sig som fri från sjukdomen. Val av kost påverkas även av en önskan att leva friskt och länge (Miller, Akohoue och Brooks, 2014).

Fysisk inaktivitet är en av riskfaktorerna till typ 2-diabetes, varpå stor vikt i behandlingen bör läggas på att främja en ökad aktivitetsnivå. I *nationella riktlinjer för diabetesvård* rekommenderas regelbunden fysisk aktivitet minst tre gånger i veckan. Vid främjande av

fysisk aktivitet inom vården kan läkare och fysioterapeuter ordinera *fysisk aktivitet på recept, FAR*, som även kan delegeras till sjuksköterskor. Ordinationen bör anpassas utefter diagnos, ålder och livsstil. Vilken typ av träning som används är mindre viktigt, bara aktiviteten ger ökad puls (Socialstyrelsen, 2015; Folkhälsomyndigheten, u.å.a). Regelbunden fysisk aktivitet och kostomläggning har påvisats minska dödligheten av typ 2-diabetes, livslängden för typ 2-diabetiker kan alltså förlängas (Eriksson & Lindgärde, 1998).

2.5 Att leva med typ 2-diabetes

En kronisk sjukdom som typ 2-diabetes påverkar förmågan att leva ett *normalt liv*, vilket kan resultera som negativt för välmåendet (de Ridder, Greenen Prof, Kuijer & van Middendorp, 2008). För att kunna hantera vardagen och ha kontroll över sjukdomen krävs kunskap om livsstilsförändring. Att förändra gamla vanor kan upplevas som ett lidande och kräver ett stort ansvar av den drabbade (Aujoulat, Luminet & Deccache, 2007). Att vara fysisk aktiv och följa kostrekommendationer är en av de svåraste faktorerna i egenvården (Nelson, Reiber & Boyko, 2002). Familj, jobb och tidsbrist är några hinder som kan försvåra livsstilsförändringarna.

3 DOROTHEA OREMS OMVÅRDNADSTEORI

Dorothea Orem's omvårdnadsteori består av delteorierna: *egenvård, egenvårdsbrist* och *omvårdnadssystem*.

Delterorin *Egenvård* består av begreppen *egenvård, egenvårdsbehov* och *egenvårdskrav*. Begreppet *egenvård* omfattar den omvårdnad som individen utför självständigt, för att skapa en medvetenhet och eget ansvar. *Egenvårdsbehov* relaterar dels till hälsoavvikelser såsom funktionsnedsättningar. Utförandet av egenvården påverkas av utvecklingsbehov, med fokus på ålder, kön, livsstil och mognadsnivå. *Egenvårdskrav* innebär egenvårdshandlingar som behöver genomföras så att utveckling samt universella och hälsorelaterade behov kan tillgodoses (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Egenvårdsbrist bygger på begreppen *egenvårdskapacitet* och *egenvårdsbegränsningar*. *Egenvårdskapacitet* berör individens förmåga att hantera kraven som egenvården innebär. Denna kapacitet kan med hjälp av individen själv eller med stöd av vårdpersonal utvecklas. *Egenvårdsbegränsning* innebär individens bristande förmåga att upprätthålla en balans i

egenvården. För att uppnå en god balans och samtidigt kunna utveckla sina förmågor krävs det att individen har tillräckligt med kunskap, är fri från andra sjukdomar, kriser och olyckor. Sammanfattningsvis uppstår *Egenvårdsbrist* när kraven på egenvården är större än individens kapacitet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Delteorin *Omvårdnadssystem* bygger på begreppen *omvårdnadskapacitet*, *hjälpmetoder* och *omvårdnadssystem*. Begreppet *omvårdnadssystem* samspelar med individens egenvård och egenvårdsbrist, där sjuksköterskans roll är att stödja och utveckla individens *egenvårdskrav* och *egenvårdskapacitet* genom *hjälpmetoder*. Begreppet *omvårdnadssystem* är uppdelat i *fullständigt kompenserade omvårdnadssystem*, *delvis kompenserade omvårdnadssystem* och *stödjande eller undervisande omvårdnadssystem*. Ett *fullständigt kompenserat system* berör patienter vilkas förmåga till egenvård brister och som är i behov av stöd. I ett *delvis kompenserat system* utförs omvårdnadsåtgärder av patienten och sjuksköterskan, medan patienter i ett *stödjande eller undervisande system* utför det mesta av egenvården självständigt, men behöver fortfarande stöd från sjuksköterskan för att utvecklas. Med *omvårdnadskapacitet* menas att sjuksköterskan har den kompetens som krävs för att identifiera och bedöma individens *egenvårdsbrist*. Sjuksköterskan bör använda sina kunskaper till att bedöma de krav och behov som patienten har för att stärka dennes *egenvårdskapacitet* (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

4 PROBLEMFORMULERING

En kronisk sjukdom som typ 2-diabetes påverkar patientens välmående negativt. För att få kontroll över egenvården behövs kunskap och eget ansvar, vilket upplevs krävande. Att ändra på vanorna fysisk aktivitet och kost är de svåraste faktorerna i egenvården, vilket fordrar att vårdpersonalen stödjer patienten i att hantera och leva med sjukdomen. Vårdpersonalens kunskap om patientens upplevelse av egenvård av typ 2-diabetes är av betydelse för att uppnå ett individanpassat patientstöd.

5 SYFTE

Syftet var att beskriva upplevelser av egenvården vid typ 2-diabetes, med fokus på livsstilsförändringar.

6 METOD

Denna studie är en allmän litteraturoversikt vilket enligt Forsberg och Wengström (2013) innebär en sammanställning och beskrivning av kunskapsläget inom valt omvårdnadsämne. Översikten ger en uppfattning av vad som studerats utifrån kvalitativa vetenskapliga artiklar som uppfyller syftet. Innehållet kan granskas utifrån en kvalitativ metod, som innebär att redogöra, förklara, förstå och tolka (Forsberg och Wengström, 2013). Artiklarna i denna studie kvalitetsgranskades utefter en kvalitetsgranskningsmall och resultatet innehåller redovisas i en artikelöversikt (se bilaga 1).

6.1 Urval

Det är viktigt att ha en tydlig urvalsstrategi för att undvika feltolkningar när det kommer till att dra slutsatser från resultatet (Polit & Tatano Beck, 2014). Totalt tolv kvalitativa artiklar har i denna studie valts utefter inklusions- och exklusionskriterier för att begränsa och specificera sökträffarna. Inklusionskriterierna var följande; kvalitativa vetenskapliga originalartiklar, peer-review-granskade, skrivna på engelska och innehålla titel, abstrakt, bakgrund, metod, resultat och diskussion samt vara relevant för valt ämne. Exklusionskriterier; artiklar publicerade före år 2006, artiklar som omfattade typ 1-diabetes och individer under 18 år. Enligt United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF, (u.å.) räknas varje människa under 18 år som barn.

6.2 Datainsamling

Artiklarna som ingick i detta resultat söktes via databaserna EBSCO, PubMed och CINAHL, som alla är medicin- och omvårdnadsinriktade. För att få en uppfattning om ämnesvalets utbredning söktes data brett på sökordet *type 2-diabetes* som genererade flera tusen sökträffar. Några av sökorden som användes var på engelska; *diabetes mellitus type 2, type 2-diabetes, type 2- diabetes mellitus, health behavior, lifestyle changes, risk reduction behavior, physical activity, diet, health care, motivational interviewing, emotions, adaptation* och *counseling*.

Forsberg och Wengström (2013) beskriver att *Medical Subject Headings*, MeSH-termer kan användas vid sökning för att få fram ett specifikt innehåll i artiklar genom definitioner och synonymer till ämnesord (Forsberg & Wengström, 2013). De engelska sökorden togs fram genom MeSH-termer och nyckelord från syftet som sedan kombinerades med två begränsningsfunktioner. CINAHL har en egen typ av *subject headings list* som liknar MeSH-

termer och användes specifikt vid sökning i den databasen. Östlundh (2015) beskriver dessa begränsningsfunktioner som kallas för boeliska operatorerna där *OR* breddar och *AND* avgränsar till ett smalare sökresultat.

Originalkällor bör nyttjas i en litteraturoversikt för att få fram primära resultat (Polit & Tatano Beck, 2014) och de blev därför en inklusionsfaktor. Efter sökningens begränsning lästes först titlar, sedan abstrakt och därefter resten av artiklarnas innehåll. Abstrakten avgjorde om artiklarna kunde besvara syftet och vara förenliga med valda inklusions- och exklusionskriterier. En sammanställning för utvalda artiklar fördes och presenterades i en sökmatrix (Se Tabell 1).

Tabell 1. Ett resultat av sökning. Inklusions- och exklusionskriterier togs hänsyn till vid sökning.

Datum/Databas	Sökord	Antal träffar	Granskade abstrakt	Granskade artiklar	Utvalda artiklar	Artikel-numrering
2016-02-04/ PubMed	diet OR exercise OR health behavior OR life style OR risk reduction behavior AND patient education as topic OR counseling OR health promotion AND motivation OR emotions OR adaptation, psychological AND diabetes mellitus Type 2	177	10	7	5	1, 8, 3, 6, 10
2016-02-08/ CINAHL complete	diabetes mellitus AND experience AND Type 2 diabetes AND life style change	17	4	3	2	9, 11
2016-02-08/ EBSCO	diabetes AND experiences AND illness and disease AND self-management AND motivation AND living with diabetes AND motivational interviewing	143	13	2	1	2
2016-01-09/ EBSCO	Patients with Type 2 Diabetes AND experiences AND multiple lifestyle changes	60	6	1	1	5
2016-02-09/ CINAHL complete	Type 2 diabetes AND self-management education AND participation	11	3	1	1	7
2016-02-16/ PubMed	motivational interviewing AND diabetes mellitus Type 2	64	5	2	1	12
2016-02-16/ PubMed	experiences AND diabetes mellitus AND learning	45	7	3	1	4

6.3 Dataanalys

De utvalda artiklarna granskades utifrån Statens Beredning För Medicinska Och Social Utvärdering, SBU, kvalitetsgranskningsmall som är avsedd för kvalitativa studier. Granskningsmallen består av 21 *ja*, *nej*, *oklart* och *ej tillämpligt*-alternativ (SBU, 2014). Ett *ja* motsvarade tre poäng, ett *nej* två poäng, *oklart* ett poäng och *ej tillämpligt* noll poäng. Högsta kvalitet motsvarade 63 poäng, medelhög 31,5 och låg 16 poäng. Alla artiklar var av hög kvalitet. Artiklarna numrerades från 1-12 och lästes individuellt en gång av författarna för att få en uppfattning av innehållet. Därefter diskuterades innehållet av författarna för att sedan läsas en gång till för att försäkra artiklarnas relevans för ämnesvalet. Granskningsresultat av artiklarnas resultat lästes individuellt av båda författarna och sedan diskuterades innehållet. Därefter delades artiklarnas resultat upp mellan författarna och lästes igen, sammanfattades, översattes till svenska och relevanta nyckelord ströks under i olika färger. Danielson (2013) förklarar att nyckelord eller *koder* identifieras och extraheras från *meningsenheter* till *kondenserade meningsenheter*. Från de *kondenserade meningsenheterna* kan *teman* och *subteman* bildas (Se bilaga 2).

7 ETISKA ASPEKTER

Forskningsstudier som studerar människor bör ha fått godkänt av en etisk kommitté att utföra studien (Forsberg och Wengström, 2013). Alla artiklar som inkluderades i resultatet hade detta godkännande. För att undvika missstolkningar av forskningsdata sammanfattades och översattes artiklarnas resultat med hjälp av webbaserade översättningsverktyg som sedan lästes igenom noggrant ett flertal gånger. Författarna har strävat efter att arbeta så objektivt som möjligt genom att ha diskuterat innehållet emellan, för att försäkra att det har uppfattats likartat.

8 RESULTAT

Analysen av artiklarna resulterade i tre teman med subteman innehållande upplevelser av patientens egenvård vid typ 2-diabetes. Under varje tema och subtema återfinns de utvalda artiklarna, vissa artiklar återkommer fler gånger än andra.

8.1 Känsla av kontroll

I Rygg, By Rise, Lomundal, Ström Solberg och Steinsbekk (2010) studie ansågs kontroll över egenvården stärka självförtroendet. För att öka kontrollen söktes information på internet, i broschyrer, tidningar och böcker. Dock upplevdes informationen ibland motsägelsefull, förvirrande och skapade negativa känslor.

8.1.1 Olika uppfattningar av betydelsen av typ 2-diabetes

I en studie av Suparee, McGee, Khan och Pinyopasakul (2014) uppfattade vissa patienter att typ 2-diabetes var en kronisk sjukdom, andra ansåg att den kunde botas med hjälp av medicinering. Alla patienter uppgav att de inte var medvetna om de olika typerna av diabetes. Sjukdomen ansågs höja blodsockret, vara ärftlig och förorsakad av något fel i bukspottkörteln. Olika uppfattningar av vad sjukdomen kunde innebära förelåg, men den gemensamma nämnaren var upplevelsen av att ha kontroll.

8.2 Upplevelser av livsstilsförändringar

I studierna av Miller och Marolen (2012), Miller, Marolen och Beech (2010), Rygg et al. (2010), Ahlin och Billhult (2012), Booth, Lowis, Dean, Hunter och McKinley (2012), Kneck, Klang och Fagerberg (2010) och Suparee et al. (2015) uttryckte de flesta patienterna en önskan att uppnå en bättre kosthållning och att vara mer fysiskt aktiva vid typ 2-diabetes. Trots denna önskan förekom motivationsbrist.

8.2.1 Kostomläggning

Många patienter i Ockleford, Shaw, Willars och Dixon-Woods (2008) studie förknippade typ 2-diabetes med ett personligt ansvar och att följsamhet till de nya vanorna var nödvändigt för att finna kontroll över sjukdomen. De som hade accepterat sjukdomen och dess konsekvenser var vaksamma över fallgropar som påverkade hälsan. Andra patienter upplevde

svårigheter att genomföra livsstilsförändringar, på grund av att de inte upplevdes stimulerande (Ockleford et al., 2008). En annan svårighet som uppstod kring hanteringen av nya kostvanor var bristande kunskap och otillräcklig information från vårdpersonalen. Detta resulterade i en känsla av förvirring och att gamla vanor upphörde i onödan (Booth et al. (2012). I Wermeling, Thiele-Manjali, Koschack, Lucius-Hoene och Himmel (2014) visade patienterna på en förståelse för en hälsosam livsstil och var villiga att följa kostrekommendationer. Dock ansågs den egna uppfattningen om innebörden av en god hälsa vara mer betydande än att följa kostrekommendationerna till punkt och pricka.

8.2.2 Fysisk aktivitet

I följande studier av Rosenbek Minet, Lönvig, Henriksen och Wagner (2011), Rygg et al. (2010), Ahlin och Billhult (2012), Miller et al. (2010) och Miller och Marolen (2012) presenterades hur patienternas motionsvanor och beteende vid typ 2-diabetes påverkades av varandra. Det var särskilt vårt att hantera de nya vanorna i sociala sammanhang som exempelvis vid fester, jobb och familjeliv. I Booth et al. (2012) upplevdes även en ökad ålder som ett hinder. I Rosenbek Minet et al. (2011) studie uttryckte sig patienterna ha en daglig kamp mellan att handla förnuftigt och viljan att göra som andra. De flesta skaffade sig strategier för att kunna hantera känslomässigt krävande situationer. En patient uttryckte sig såhär:

I would say that I eat cake whenever the others do, I just don't take so much. It is clear then we were told by the nurses at the diabetes school that it was all right to take a little piece of cake; you just had to do some exercise afterwards (Rosenbek Minet et al., 2011, s.1120).

Patienten beskrev ett begär att ta en kaka till fiket eftersom alla andra gjorde så. Denne hade fått information av en sjuksköterska att en kaka då och då var okej så länge det vägdes upp med hjälp av någon form av fysisk aktivitet.

Olika uppfattningar av definitionen fysisk aktivitet förekom i Miller och Marolen (2012) studie. Vissa patienter uttryckte det som en synonym till motion, medan andra kopplade det till en specifik aktivitet, såsom en promenad, dans eller cykling. Trots olika uppfattningar om vad fysisk aktivitet innebar ansågs fysisk inaktivitet generera i viktuppgång.

Oregelbunden fysisk aktivitet ledde enligt patienterna till oförändrad vikt eller ökad viktuppgång vilket sänkte motivationen att ta sig tid att utföra fysisk aktivitet. Ytterligare

orsak till att fysisk aktivitet inte kunde utföras regelbundet var prioritering av sociala sammanhang vilket ansågs tidskrävande (Miller & Marolen, 2012). Ett exempel på hur motivation kopplat till fysisk aktivitet var utifrån en patients upplevelse. Denne uppgav sig ha spelat basket varje dag, men när det inte resulterade i en viktnedgång upplevdes träningen som otillfredsställande. I Malpass, Andrews och Turner (2008) studie fanns det tillfällen där fysisk aktivitet i sig ökade motivationen, vilket en patient uttryckte sig som sådan: "Having gone, exercised and come back, you feel really rejuvenated and I think it spurs you on to keep motivated" (Malpass et al., s.260). Patienten upplevde fysisk aktivitet som en motivationshöjare till skillnad från föregående exempel, där träningen ansågs meningslös så länge den inte resulterade i viktnedgång. Utifrån detta kan man få en uppfattning av hur attityder påverkar motivationen vid fysisk aktivitet.

Fysisk aktivitet i Malpass, Andrews och Turner (2008) studie uppmärksammades fungera bättre som drivkraft till en hälsosammare kosthållning, än tvärtom. Vissa patienter tyckte att en samtidig förändring av fysisk aktivitet och kostomläggning ledde till att självförtroendet ökade. Trots att det fanns en förståelse för vikten av en samtidig förändring upplevdes det av vissa patienter vara svårt att förändra flera vanor samtidigt. Dessa patienter menade att självförtroendet behövde stärkas gradvis. Dock var risken att en ohälsosam kosthållning kompensades med hjälp av fysisk aktivitet.

8.3 Upplevelser av omvårdnadsåtgärder

Kneck et al. (2010) kom i sin studie fram till att allmän kunskap om typ 2-diabetes fungerade som ett effektivt sätt till ökad autonomi hos patienterna. Kunskap behövdes för att utvärdera fakta, om den ansågs vara falsk eller onödig ignorerades den. Vården stod för den mest uppskattade bland faktakällor och vårdpersonalen ansågs vara en hjälpsam hand. Vårdpersonalen förväntades vara tillgängliga, kunniga inom typ 2-diabetes och fokuserade på specifika önskemål hos patienterna.

8.3.1 Rådgivning

Vidare framkom det i Kneck et al. (2010) studie att vissa patienter upplevde rådgivning negativt på grund av att vårdpersonalen endast hade tid vad gällde konkreta frågor, som till exempel blodsockernivåer, snarare än att uppmärksamma patienternas välmående (Kneck et al., 2010). Patienterna upplevde att vårdpersonalen styrde rådgivningen vilket gjorde att de

inte kunde komma med egna åsikter (Miller & Marolen, 2012; Miller et al., 2010). Det framkom att avsaknaden av patientcentrerad rådgivning resulterade i misstro till vårdpersonalen:

Then a completely new one that I've never met before, a district nurse, says...It's very important that you look after your feet now. Yes I know, I said. Because you know that in the worse scenario they have to amputate. Surely that's painting the situation worse than it actually is, I thought (Kneck et al., 2010, s. 562).

Utifrån citatet framkom det att en obekant distriktssjuksköterska till patienten hävdade att denne i värsta fall var tvungen att amputera fötterna. Distriktssjuksköterskan lade fokus på en av de värsta tänkbara konsekvenserna av typ 2-diabetes. Patienten menade att detta upplevdes som oprofessionellt av distriktssjuksköterskan och att fokus endast låg på sjukdomen.

I Suparee et al. (2014) och Wermeling et al. (2014) studier var vårdpersonalens attityder en avgörande faktor för ett professionellt bemötande. Patienterna ansåg att vårdpersonalens råd hade stor påverkan på hur egenvården kunde hanteras. Suparee et al. (2014) anförde att vårdpersonalen anklagade patienter vid rådgivningssamtal för att de hade misskött egenvårdshandlingen. När läkare och sjuksköterskor anklagade patienter som inte ansågs vara skötsamma i egenvården rubbades patienternas förhoppningar på en god vård. Att bli anklagad och påtvingad att ändra sitt beteende skapade rädsla och för att undvika denna känsla ökade följsamheten. Denna ojämna maktfördelning uppstod på grund av bristande delaktighet (Suparee et al., 2014). Vad som upplevdes öka delaktigheten var när rådgivningen gav utrymme för åsikter och även om vårdpersonalens råd var strikta uppskattades rådgivningen. Vidare bör rådgivning skapa ett partnerskap byggt på tillit mellan vårdpersonal och patient (Wermeling et al., 2014).

8.3.2 Motiverande samtal, MI

MI-metoden visade sig i Miller et al. (2010) studie höja motivationen att genomföra livsstilsförändringar. Den upplevdes som en ömsesidig typ av rådgivning där kommunikationen mellan patient och läkare öppnade upp för åsikter vilket också ökade delaktigheten. Andra patienter tyckte dock att metoden var för patientcentrerad och främmande. Den klassiska typen av rådgivning, där läkare hade rollen som vägledare ansågs i dessa fall vara mer representativt för en god kommunikation (Miller et al., 2010). I

en studie av Dellasega, Tiangco och Gabbay (2012) uppskattades MI när den erbjöds av sjuksköterskor. Patienterna upplevde en mer öppen dialog än vid den med läkarna. Vid samtal med sjuksköterskor fick dem tillräckligt med information och blev uppmärksammade eftersom de tog sig tid, visade empati och respekt för autonomi. Detta bidrog till att patienterna blev mer mottagliga för deras råd. Relationen till sjuksköterskan betraktades som ett partnerskap och MI-metoden ansågs fungera som ett uppmuntrande stöd för egenvårdenshanteringen.

8.3.3 Gruppbaserad patientutbildning

Ockleford et al. (2008) menar att en gruppbaserad patientutbildning fungerar lika effektivt som den individuella. I studierna av Booth et al. (2012), Ockleford et al. (2008) och Suparee et al. (2008) upplevdes gruppbaserad patientutbildning för de flesta som en stödjande informationskälla som underlättade utförandet av egenvården. Att delta i grupputbildningen upplevdes av de flesta patienter som positivt eftersom de fick professionellt stöd från vårdpersonal och att möjligheten fanns att möta andra patienter med samma diagnos.

Ockleford et al. (2008) konstaterade att otäcka historier från patienter under grupputbildningen vilkas typ 2-diabetes var okontrollerad, motiverade många att själva skaffa sig mer kontroll över sin egenvård. Vissa var dock skeptiska och tyckte att utbildningen inte var stimulerande, hjälpsam eller kändes nedlåtande. Den beskrevs som meningslös av de som inte upplevde några komplikationer av typ 2-diabetes för tillfället och att den gav för lite information utöver det som de redan kände till (Ockleford et al., 2008).

Suparee et al. (2014) och Booth et al. (2012) observerade att motivation hängde ihop med hur väl patienterna mindes vad som hade tagits upp under grupputbildningen. Muntlig information upplevdes efter grupputbildningen som överväldigande och svår att minnas. Detta resulterade i motivationsbrist till egenvården och en känsla av att vara planlös.

9 DISKUSSION

9.1 Metoddiskussion

Syftet ansågs bäst besvaras med hjälp av kvalitativa studier, som enligt Henricson och Billhult (2013) undersöker ett fenomen som människor upplever och lär sig av. Vid en diskussion av en kvalitativ metod är *trovärdighet*, *pålitlighet* och *överförbarhet* användbara begrepp (Henricson & Billhult, 2013). Dessa begrepp kommer att diskuteras i metoddiskussionen.

I databaserna som användes krävdes ibland en inloggning för att få tillgång till full text, vilket författarna löste genom att skaffa sig ett konto. Studiens inklusions- och exklusionskriterier fungerade som avgränsning av sökningen. Forsberg och Wengström (2013) menar att forskningsprocessen utvecklas och förändras hela tiden. I denna studie var kravet att artiklarna som inkluderades skulle leva upp till färsk data genom att inte vara tryckta innan år 2006. *Trovärdigheten* som originalkällor symboliserar blev ett självklart inklusionskriterium för denna studie. Enligt Polit och Tatano Beck (2014) bör originalkällor nyttjas för att undvika misstolkningar som kan förekomma i studier som har sammanfattat tidigare forsknings resultat, exempelvis litteraturoversikter (Polit & Tatano Beck, 2014). I och med att artiklarnas innehåll översattes till svenska kan det ha funnits en risk för misstolkningar. Eftersom denna studies författare ville fånga patientens upplevelse från artiklarnas resultat citerades vissa karakteristiska citat som gav en förstärkning av upplevelsen.

Som underlag för granskningsprocessen användes en granskningsmall för kvalitativa studier från SBU. Vad som kan ses som en svaghet var att författarna kan ha uppfattat användningen av granskningsmallen på olika sätt, vilket kan påverka bedömningen av artiklarnas kvalitet. Via granskningsmallen kunde artiklarnas *pålitlighet* uppskattas och säkerställas. För att denna studie skulle vara *pålitlig* lästes artiklarna individuellt och därefter diskuterades innehållet. En styrka var att alla inkluderade artiklar var av hög kvalitet samt från olika länder, vilket innebär att resultatet kan vara *överförbart* internationellt. Upplevelserna som har framkommit i resultatet kan överföras till andra grupper med typ 2-diabetes eller kroniska sjukdomar och påverkar hur exempelvis omvårdnadsåtgärder anpassas utefter dessa.

9.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva upplevelser av egenvården vid typ 2-diabetes, med fokus på livsstilsförändringar. Utifrån resultatet har syftet besvarats eftersom det har framkommit

olika upplevelser som påverkat hanteringen av egenvården. Egenvård var den gemensamma nämnaren till de olika upplevelserna, och därför kommer resultatets teman och subteman att diskuteras utifrån Dorothea Orems omvårdnadsteori som är uppdelad i *egenvård*, *egenvårdsbrist* och *omvårdnadssystem*.

9.3 Egenvård

Egenvård är det centrala begreppet i Dorothea Orems teori och förutsätter att individen är kapabel att främja sin hälsa för att uppnå välbefinnande (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). För att uppnå kontroll av egenvården krävs det att patienten aktivt söker information om sjukdomen (Li, Drury & Taylor, 2014). Resultatet visade att inhämtning av information ökade medvetenheten, kunskapen och egenvårdskontrollen. Hinder och Greenhalgh, (2012) menar att individer vars hälsa är god har lättare att tillgodose *egenvårdsbehov* eftersom denne i högre grad kan anpassa sig till dessa.

Enligt Utz, Steeves, Wenzel, Jones och Murphy (2006) fungerar grupputbildning som en källa av information och kunskap och har visat vara en central del i egenvårdshanteringen (Utz et al., 2006). I resultatet framkom det att olika attityder till grupputbildningen kunde påverka motivationen till egenvården. Attityderna var skepticism, förvirring och optimism. De som upplevde utbildningen som positiv beskrev den som en mötesplats, som gav erfarenhetsutbyten, professionellt stöd och användbar information. Samtidigt upplevde vissa att informationen var svår att minnas eller att den inte var värdefull, eftersom de inte ansåg sig vara sjuka och att informationen kändes överflödiga. Enligt Shi, Ostwald & Wang (2010) bör grupputbildning eftersträva att utveckla patienternas förmågor till egenvårdshantering, samt främja en ökad motivation och positiv attityd.

9.4 Egenvårdsbrist

Egenvårdsbrist uppstår när kraven är större än individens kapacitet att upprätthålla balansen i egenvården (Wiklund Gustin och Lindwall, 2012). I resultatet uppmärksammades det att patienterna upplevde att egenvården innebar höga krav som översteg deras resurser. En samtidig förändring av flera nya vanor blev för en del överväldigande att hantera. Att förändra en vana i taget kunde ses både som en för- och en nackdel. Fördelen belystes under temat *Upplevelser av livsstilsförändringar*, där självförtroendet beskrevs stärkas tack vare färre krav, medan nackdelen var att hälsan påverkades negativt genom att en av vanorna inte

förändrades. Degazon och Parker (2007) beskriver att egenvårdsbrist kan undvikas genom att patienten skaffar sig ett tillvägagångssätt, en så kallad *copingstrategi*, som underlättar egenvårdshantering (Degazon & Parker, 2007). Vissa patienter använde sig av egna strategier för att hantera krav och konsekvenser vid egenvårdshantering vilket ansågs stärka autonomin.

Enligt Utz et al. (2006) kan dagliga krav och andra sjukdomar försvåra hanteringen av egenvården vid typ 2-diabetes (Utz et al., 2006). I resultatet framgick det att de dagliga kraven, familj och jobb hindrade patienterna att utöva fysisk aktivitet regelbundet. Framgångarna mättes i viktminskning och i kombination med bristen på fysisk aktivitet genererade det i motivationsbrist. Li et al. (2014) påpekar att utmaningar som uppstår vid till exempel kostomläggning och fysisk aktivitet kan upplevas vara besvärliga och sänka motivationen.

9.5 Omvårdnadssystem

Dorothea Orems teori beskriver att sjuksköterskans roll i *omvårdnadssystem* är att stödja patientens *egenvårdsbehov* och *egenvårdskapacitet*. Sjuksköterskan utför omvårdnadsåtgärder för och med patienten vilket kan utveckla egenvården (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). I resultatet framkom det att patienternas förväntningar på en patientcentrerad omvårdnad var att vårdpersonalen skulle vara kompetenta och lyssna på deras åsikter. Dock hade vårdpersonalens attityder en större påverkan på hur patienterna uppfattade informationen om hur egenvårdshantering kunde utföras. När vårdpersonalen styrde samtalet upplevdes det inte som en dialog, vilket ledde till att vårdrelationen inte kunde utvecklas. Hörnsten, Sandström och Lundman (2003) beskriver att vårdpersonalen hävdar att patienterna är ansvariga för deras egenvård och därför skyldiga att vara följsamma rekommendationerna. Patienternas värderingar har betydelse för hur egenvården utförs, men kan försummas när det inte uppstår ett samförstånd med vårdpersonalens förväntningar. En svår balansgång kan uppstå, där patientens brist på makt att kunna påverka sin vård hamnar i konflikt med att ta eget ansvar (Hörnsten et al., 2003).

Enligt Dorothea Orems teori bör sjuksköterskan använda sig av *hjälpmetoderna*: stödja, undervisa och vägleda på ett professionellt sätt (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). I resultatet beskrevs en situation där sjuksköterskans oprofessionella tillvägagångssätt

genererade misstro hos patienten. Hon fokuserade endast på patientens sjukdom, istället för att se individen. Även förmedlandet av information upplevde patienten som opassande och omotiverande. Strömberg, Broström, Dahlström och Fridlund (1999) poängterar vikten av att vårdpersonalen drar nytta av patientens resurser såsom positiva attityder och motivation som ett verktyg vid stödjandet.

I resultatet upplevde patienterna att vårdpersonalen inte hade tid och endast tog hänsyn till konkreta frågor, snarare än deras upplevelser. Enligt Jallinoja et al. (2007) studie var sjuksköterskorna medvetna om att det ingick i deras roll att utföra uppgifterna: informera, stötta och motivera till en livsstilsförändring. Dock ansågs ett hektiskt schema hindra dem att utföra dessa uppgifter, medan andra uttryckte att de kände sig illa till mods att lägga sig i någon annans livssituation (Jallinoja et al., 2007). Ett *omvårdnadssystem* ska samspela med patientens egenvård och egenvårdsbrist, samt behovet av stöd ska utgå från patientens *egenvårdskrav* och *egenvårdskapacitet*. Sjuksköterskans *omvårdnadskapacitet* bör nyttjas för att stärka patientens kapacitet (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

10 SLUTSATS

Studien har visat att egenvården vid typ 2-diabetes ställer krav på den drabbade, som kan upplevas på olika sätt. För att kunna finna kontroll över egenvården vid livsstilsförändringar som kost och fysisk aktivitet behöver patienten kunskap samt ta eget initiativ. Faktorer som sociala sammanhang, jobb, tidsbrist, motivation och vårdpersonalens attityder kan upplevas påverka genomförandet av livsstilsförändringarna. Som ett stödjande verktyg till egenvården kan bland annat grupputbildning bidra till att autonomin stärks. Vårdpersonalen behöver sträva efter en patientcentrerad omvårdnad eftersom egenvården av typ 2-diabetes kan se olika ut beroende på patientens behov, krav, kapacitet och begränsningar.

11 KLINISK BETYDELSE

Förståelsen av upplevelser av egenvård vid typ 2-diabetes kan fungera som ett kunskapsverktyg för vårdpersonalen. En rekommendation för den kliniska praktiken kan vara att patientutbildningen även erbjuder praktiska moment. Exempelvis så skulle olika workshops såsom matlagingskurser och gruppträning kunna inkluderas, utöver den teoretiska delen. En sådan kunskapsförmedling skulle kunna underlätta för patienten att hantera egenvården.

12 FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING

Det skulle vara intressant om det forskades vidare om hur anhöriga upplever sin närståendes typ 2-diabetes. Finns det stöd från vården som kan stötta vid negativa upplevelser hos anhöriga? Det skulle även vara intressant att få en förståelse för hur patienten hanterar och upplever typ 2-diabetes i ett kulturellt sammanhang.

13 REFERENSER

- *Ahlin, K., & Billhult, A. (2012). Lifestyle changes-a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(1), 41-47. doi: 10.3109/02813432
- Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Wolk, A., Örtqvist, E. & Östenson, C-G. (Red.). (2010). *Diabetes*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press
- American Diabetes Association. (2010). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. Hämtad 23 februari, 2016, från American Diabetes Association, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797383/pdf/zdcS62.pdf>
- Aujoulat, I., Luminet, O., & Deccache, A. (2007). The Perspective of Patients on Their Experience of Powerless. *Quality Health Research*, 17(6), 772-785. doi:10.1177/1049732307302665
- *Booth, A. O., Lowis, C., Dean, M., Hunter, S. J., & McKindley, M. C. (2013). Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. *Primary Health Care Research & Development*, 14(3), 293-306. doi: 10.1017/S1463423612000412
- Choudhury, S.-M., Brophy, S., Fareedi, M.-A., Zaman, B., Ahmed, P., & Williams, R. (2009). Psychology Issues and Education Examining the effectiveness of a peer-led education programme for Type 2 diabetes and cardiovascular disease in a Bangladeshi population. *Diabetic Medicine*, 26, 40-44. doi: 10.1111/j.1464-5491.2008.02639.x
- 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. (2013). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 163-173). Lund: Studentlitteratur.
- Degazon, C. E., & Parker, V. G. (2006). Coping and Psychosocial Adaptation to Type 2 Diabetes in Older Blacks Born in the Southern US and the Caribbean. *Research in Nursing & Health*, 30(2), 151-63. doi: 10.1002/nur.20192
- *Dellasega, C., Tiangco, R., & Gabbay, R. A. (2012). How Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Respond to Motivational Interviewing. *Diabetes Research Clinical Practice*, 95(1), 37-41. doi: 10.1016/j.diabres.2011.08.011
- de Ridder, D., Geenen Prof, 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
- Diabetesförbundet. (2011). *Hur ställs diagnosen?* Hämtad 24 februari, 2016, från Diabetesförbundet, <http://www.diabetes.se/Diabetes/Att-fa-diabetes/Hur-stalls-diagnosen/>
- Eriksson, K. F., & Lindgärde, F. (1998). No excess 12-year mortality in men with impaired glucose tolerance who participated in the Malmö Preventive Trial with diet and exercise. *Diabetologia*, 41(9), 1010-1016. doi: 10.1007/s001250051024
- Erion, D. M., Park, H. J., & Lee, H. Y. (2015). The role of lipids in the pathogenesis and treatment of type 2 diabetes and associated co-morbidities. *Cancer and Diabetes Institute*. Från http://submit.bmbreports.org/Search/View.html?tr_num=3445&start=0&keyword=
- Folkhälsomyndigheten. (u.å.a). *FaR: Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet*. Hämtad 1 oktober, 2015, från Folkhälsomyndigheten, <http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/>
- Folkhälsomyndigheten. (u.å.b). *MI-anda*. Hämtad 28 januari, 2016, från Folkhälsomyndigheten,

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/motiverande-samtal-om-sexuell-halsa/introduktion-till-mi/mi-anda/>

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (Red.). (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Funnell, M.H., & Anderson, R.M. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3). Från <http://clinical.diabetesjournals.org/content/22/3/123.full.pdf>
- Gutbrie, R., & Gutbrie, D. (2004). Pathophysiology of diabetes mellitus. *Critical Care Nursing Quarterly*. Från <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=40a7669d-c593-454b-a9eb-750a45270062%40sessionmgr4001&vid=29&hid=4110>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2013). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (s. 329-342). Lund: Studentlitteratur.
- Hinder, S., Greenhalgh, T. (2012). "This does my head in". Ethnographic study of self-management by people with diabetes. *BMC Health Services Research*. doi: 10.1186/1472-6963-12-83
- Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B. (2003). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 174-182. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03076.x
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The Dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244-249. doi: 10.10080/02813430701691778
- Jansink, R., Braspenning, J., Vander Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2013). No identifiable Hb1Ac or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. doi: 10.3109/02813432.2013.797178
- Jansson, S. P., Fall, K., Brus, O., Magnuson, A., Wändell, P., Östgren, C. J., & Rolandsson, O. (2015). Prevalence and incidence of diabetes mellitus: a nationwide population-based pharmaco-epidemiological study in Sweden. *Diabetic Medicine*, 32(10), 1319–1328. doi: 10.1111/dme.12716
- Jansson, U., Blücher, A. (2014). *Näring och hälsa*. Stockholm: Studentlitteratur.
- *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
- Li, J., Drury, V., & Taylor, B. (2014). 'Diabetes is nothing': The experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes. *Contemporary Nurse*, 45 (2), 188-196. doi: 10.5172/conu.2013.45.2.188
- *Malpass, A., Andrews, R., & Turner, K. M. (2009). Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: a qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 74(2), 258-63. doi: 10.1016/j.pec.2008.08.018.
- *Miller, S. T., Marolen, K. N., & Beech, B. M. (2010) Perceptions of Physical Activity and Motivational Interviewing Among Rural African American Women with Type 11 Diabetes. *Womens Health Issues*, 20(1), 43-49. doi: 10.1016/j.whi.
- *Miller, S. T., & Marolen, K. N. (2012). Physical Activity-Related Experiences, Counseling Expectations, Personal Responsibility, and Altruism among Urban African American Women with Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(2), 229–235. doi:10.1177/0145721712437558.
- Miller, S. T., Akohoue, S. A., & Brooks, M. A. (2014). Identification of patient-centered outcomes among African American women with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 106(3), 487–490. doi:10.1016/j.diabres.2014.09.049.

- Nelson, K. M., Reiber, G., & Boyko, E. J. (2002). Diet and Exercise among adult with type 2 diabetes: findings from the Third National Health and Nutrition Examination survey (NHANES III). *Diabetes Care*, 25(10), 1722-8. doi: 10.2337/diacare.25.10.1722
- *Ockleford, E., Shaw, R. L., & Willars, J. (2008). Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' view. *Chronic Illness*, 4(1), 28-37. doi: 10.1177/1742395307086673
- Polit, D., & Tatano Beck, C. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice t* (8. uppl.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- *Rosenbek Minet, K. L., Lonvig, E.-M, Henriksen, J. K., & Wagner, L. (2010). The Experience of Living With Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing. *Qualitative Health Research*, 21(8): 1115-1126. doi: 10.1177/1049732311405066
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2011). Effect of "motivational interviewing" on quality of care measures in screen detected type 2 diabetes patients: A one-year follow-up of an RCT, ADDITION Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. doi: 10.3109/02813432.2011.554271
- *Rygg, L., By Rise, M., Lomundal, B., Solberg Strom, H., & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(8), 788-793. doi:10.1177/1403494810382475
- 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 (3-4), 398-404. doi: 10.1111/j.1365-2702- 2009.03040.x
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtad 28 januari, 2016, från Socialstyrelsen, http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/2005-105-1_20051052-Leg-Ssk.pdf
- Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes: en vägledning till hälso- och sjukvården*. Hämtad 26 januari, 2016, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18471/2011-11-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för diabetesvård: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 26 januari, 2016, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19689/2015-2-3.pdf>
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Motiverande samtal*. Hämtad 2 mars, 2016, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/ev evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/motiverandesamtal>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Statens beredning för medicinska och social utvärdering. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*. Hämtad 1 februari, 2015, från Statens beredning för medicinska och social utvärdering, http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf
- Strömberg, A., Broström, A., Dahlström, U., & Fridlund, B. (1999). Factors influencing patient compliance with threapeutic regimes in chronic heart failure: A critical incident technique analysis. *Heart & Lung*. 28(5), 334-341. doi: 10.1053/hl.1999.v28.a99538
- *Suparee, N., McGee, P., Khan, S., & Pinyopasakul, W. (2014). Life-long battle Perceptions of Type 2 diabetes in Thailand. *Chronic illness*, 11(1), 56-68. doi:10.1177/1742395314526761

- United Nations International Children's Emergency Fund. (u. å.). *Barnkonventionen*. Hämtad 23 februari, 2016, från United Nations International Children's Emergency Fund, <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#short>
- Utz, S. H., Steeves, R. H., Wenzel, J., Jones, R. A., & Murphy, A. (2006). "Working hard with it": Self-management of Type 2 Diabetes by Rural African Americans. *Family and Community Health*, 29(3), 195-205. doi: 10.1097/00003727-200607000-00006
- *Wermeling, M., Thiele- Manjali, U., Koschack, J., Lucius- Hoene, G., & Himmel, W. (2014). Type 2 diabetes patients` perspectives on lifestyle counselling and weight management in general practice: a qualitative study. *Family Practice*. doi: 10.1186/1471-2296-15-97
- Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (Red.). (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- 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). Från <http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1047.full.pdf>
- Zandén, L., & Bergh, H. (2014). A home-based method for the detection of impaired glucose tolerance in hypertensive primary care patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32(2), 62-66. doi: 10.3109/02813432.2014.909204
- Östlundh, L. (2015). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

14 BILAGOR

14.1 Bilaga 1. Artikelöversikt

Artikelnummer, författare, årtal	Titel	Syfte	Metod och urval	Resultat	Kvalitet
1. Ockleford, E., Shaw, R. L., & Willars, J. (2008).	Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' view	Undersöka patienters attityder till typ 2-diabetes och behandling.	En kvalitativ studie bestående av semi-strukturerade intervjuer av totalt 36 vuxna patienter. Av dessa hade 19 deltagit i interventionsgruppen (8 män, 11 kvinnor) om gruppbaserad patientutbildning och 17 i kontrollgrupp (10 män, 7 kvinnor) som slumpmässigt erbjudits sedvanlig vård. Dataanalysen var baserad på en konstant jämförande metod.	Fem olika typer av respons till diagnosen uppkom och kategoriserades som; <i>Acceptanter</i> , <i>Identitetsacceptanter</i> , <i>motståndare till konsekvenser</i> , <i>motståndare till identitet</i> , <i>konsekvensacceptanter</i> och <i>motståndare</i> . Patientutbildningen upplevdes tillfredställande men behöver bli mer personcentrerad.	Hög
2. Rosenbek Minet, K. L., Lonvig, E.-M., Henriksen, J. K., & Wagner, L. (2010).	The Experience of Living With Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing	Beskriva patienters erfarenheter efter ett år av egenvård av diabetes baserad på Motiverande Samtal (MI).	Totalt gjordes det 22 intervjuer (12 kvinnor, 10 män) bland patienter i åldrarna 30 - 72 år i en fokusgrupp inför ett interventionsprogram, för att få en temporär uppfattning av diabetes, egenvård och behandling. Metoden som analyserade deltagarnas upplevelser var inspirerad av Giorgis fenomenologiska metod.	Tre kategorier upptäcktes; <i>att bli ansvarig för utförandet av egenvården</i> , <i>hantera reglerna för egenvård</i> och <i>skapa ett stödjande socialt nätverk</i> . Patienternas medvetenhet för vad som behövde beaktas i egenvården ökade. En önskan om att vara en <i>duktig diabetiker</i> ställde höga krav på den som ville uppnå en god egenvård.	Hög
3. Miller, T. S., & Marolen, K. (2012).	Physical Activity-Related Experiences, Counseling Expectations, Personal Responsibility, and Altruism among Urban African American Women with Type 2 Diabetes.	Undersöka upplevelser, rådgivning och förväntningar relaterade till fysisk aktivitet bland afroamerikanska kvinnor.	Kvalitativ studie med intervjuer av 11 kvinnor i åldrarna 21-50 år.	Det framkom att bristande motivation till träning orsakades av tidsbrist och andra prioriteringar som familjelivet. Fysisk aktivitet upplevdes som ett eget ansvar.	Hög

4. Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2011).	Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus.	Få en förståelse för hur det är att leva med diabetes för nydiagnostiserade patienter.	Kvalitativ studie med intervjuer av totalt 13 patienter, 4 kvinnor och 9 män i åldrarna 26-65 år.	Fyra teman framkom; <i>en ny verklighet, kroppen spelar en roll i livet, olika sätt att lära sig och sjukvården som en viktig partner.</i>	Hög
5. Malpass, A., Andrews, R., & Turner, K. M. (2009).	Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: a qualitative study.	Fastställa effekten av livsstilsförändringar med fokus på kostvanor och fysisk aktivitet genom att undersöka om patienterna förändrar kosten och vice versa, och om flera livsstilsförändringar samtidigt är kontraproduktivt eller välgörande.	En dietintervention under tolv månaders tid. Patienterna delades slumpmässigt in i grupperna sedvanlig vård, intensivkost, kostråd och fysisk aktivitet-intervention. Kvalitativ studie med fördjupade intervjuer av totalt 30 patienter, 12 män och 18 kvinnor i åldrarna 30-80 år.	Det framkom att en kombination av fysisk aktivitet och kost uppskattades av de flesta patienterna. Andra tyckte att det var bättre att ändra en vana en i taget.	Hög
6. Suparee, N., McGee, P., Khan, S., & Pinyopasakul, W. (2014).	Life-long battle: Perceptions of type 2 diabetes in Thailand	Undersöka uppfattningar hos deltagarna i Thailand om typ 2-diabetes	En grounded theory användes och semistrukturerade intervjuer med 33 patienter, 13 män och 20 kvinnor i åldrarna 40-81 år som har haft typ 2-diabetes i 7 år.	Fem kategorier framkom: <i>vad som orsakat livslång stress och oro, hitta sina egna vägar, efter ett tag, kan fortfarande inte och önskar ha ett normalt liv.</i>	Hög
7. Rygg, L., By Rise, M., Lomundal, B., Solberg Strom, H., & Steinsbekk, A. (2010).	Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study.	Undersöka anledningen till deltagande i gruppbaserad utbildning för patienter med typ 2-diabetes.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer med totalt 22 patienter, 13 kvinnor och 9 män i åldrarna 35-72 år som haft typ 2-diabetes i mer än 10 år.	Två anledningar till deltagande i grupp utbildningen var på grund av praktiska problem och känsla av osäkerhet i hanteringen av egenvård.	Hög
8. Miller, S. T., Marolen, K. N., & Beech, B. M. (2010).	Perceptions of Physical Activity and Motivational Interviewing Among Rural African American Women with Type 11.	Studera vilka uppfattningar afroamerikanska kvinnor har om fysisk aktivitet med hjälp av MI.	Fyra moderatorledda fokusgrupper genomfördes med patienter i 21-50 år som aldrig har deltagit i en MI-intervention och som fick diabetesvård på en vårdcentral. Patienterna ombads att dela sina uppfattningar om MI. En innehållsanalys baserad på grounded theory utfördes för att identifiera huvudteman.	Fyra olika teman framkom: <i>uppfattningar om fysisk aktivitet, icke MI-rådgivning, MI-rådgivning och stöd för negativa känslor.</i> Patienterna uttryckte att brist på motivation hindrade dem att träna samt upplevde MI som en effektiv metod.	Hög

9. Wermeling, M., Thiele- Manjali, U., Koschack, J., Lucius- Hoene, G., & Himmel, W. (2014).	Type 2 diabetes patients' perspectives on lifestyle counselling and weight management in general practice: a qualitative study.	Undersöka erfarenheter av patienter med typ 2-diabetes vid livsstilsrådgivning från husläkare och undersöka hur patienternas preferenser gällande rådgivning är inbäddade i egenvården.	Kvalitativ studie med intervjuer om totalt 35 patienter, 16 kvinnor och 19 män i åldrarna 35- 77 år, mellan år 2008 och 2010. Intervjuerna analyserades via en tematisk ram.	Patienternas syn på orsakssamband till sjukdom, egenvård och olika erfarenheter av hur man kan integrera kostrekommendationer i vardagen hade ett starkt inflytande på deras uppfattning av kostrådgivning från husläkaren.	Hög
10. Booth, A. O., Lowis, C., Dean, M., Hunter, S. J., & McKindley, M. C. (2013).	Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals.	Undersöka patienternas uppfattningar om egenvård med fokus på kost och fysisk aktivitet och jämföra dessa uppfattningar från vårdpersonalen.	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer med 16 kvinnor i åldrarna 45-73 år som har nyligen fått typ 2-diabetes.	Det framkom hinder som uppdelades i 6 kategorier: <i>svårigheter att ändra på nuvarande vanor, negativa uppfattningar om de nya rekommendationerna, sociala hinder, brist på förståelse, motivation och kunskap, praktiska hinder att förändra livsstilen och vårdpersonal vid livsstilsförändringar.</i>	Hög
11. Ahlin, K., & Billhult, A. (2012).	Lifestyle changes- a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study.	Beskriva hur kvinnor hanterar nödvändiga livsstilsförändringar vid typ 2-diabetes.	Intervjuer med 10 kvinnor i åldrarna 37-87 år som har haft typ 2-diabetes i 10 år.	Fem teman framkom: <i>mångtydiga känslor av andras intresse, bli ett offer för de höga kraven, upplevelser av kunskapsbrist och behov och hitta anledningar att inte genomföra en förändring.</i>	Hög
12. Dellasega, C., Tiangco, R., & Gabbay, R. A. (2012).	How Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Respond to Motivational Interviewing.	Undersöka hur patienter med typ 2-diabetes upplever MI-samtal i syfte att främja en positiv beteendeförändring.	Kvalitativ studie med intervjuer om 19 patienter, 10 män och 9 kvinnor.	Fem teman framkom: <i>icke kritisk ansvarsskyldighet, bli hörd och bekräftas som en person, uppmuntran och självbestämmande och samarbete och vägledning är bättre än kritik.</i>	Hög

14.2 Bilaga 2. Kondenserad meningseenhet

Två exempel på hur teman och subteman arbetades fram.

Meningseenhet	Kondenserad meningseenhet	Subtema	Tema
En svårighet som uppstod kring hanteringen av nya kostvanor var bristande kunskap och otillräcklig information från vårdpersonalen. Detta resulterade i en känsla av förvirring och att gamla vanor upphörde i onödan	Bristande kunskaper och otillräcklig information resulterade i en känsla av förvirring.	Kostomläggning	Upplevelser av livsstilsförändringar
Trots att den inhämtade informationen stärkte egenvårdskontrollen och ansågs öka självförtroendet upplevdes den ibland som motsägelsefull och ledde till förvirring och negativa känslor.	Inhämtning av information kunde upplevas antingen förvirrande eller öka känslan av kontroll.	Olika uppfattningar av betydelsen av typ 2-diabetes	Känsla av kontroll