



Veronika Erdner och Mathilda Sandholm

Samordnat sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogram inom vård av äldre.

240hp, Institutionen för vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och examensarbete, 15 hp, VÅ62, VT 2012

Grundnivå

Handledare: Pardis Momeni

Examinator: Marika Marusarz

## **När förändringens vind blåser**

**– Patienters upplevelser av att få diagnosen diabetes typ 2**

**En litteraturstudie**

## **Feeling the wind of change**

**- Patients' experiences of being diagnosed with type 2 diabetes**

**A literature review**

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Diabetes typ 2 utgör den vanligaste diabetesformen, och cirka 4 % av Sveriges befolkning uppskattades ha diabetes 2010, varav nästan 90 % av dessa utgjordes av diabetes typ 2. Sjuksköterskan har en viktig roll i att stödja och vägleda patienten utifrån dennes upplevelser och behov.

**Syfte:** Att beskriva hur vuxna patienter upplever att diagnostiseras med diabetes typ 2.

**Metod:** Denna studie är en litteraturstudie baserad på tidigare forskning kring diabetes typ 2, och kommer att fokusera på fenomen relaterat till patienters upplevelser av att få en diagnos. Författarna identifierade sex teman: *Upplevelser och känslomässiga reaktioner vid diagnos, Information och kunskap, Lära sig leva med diabetes, Att förneka sin sjukdom, Eget ansvar och egenvård* samt *Syn på framtiden*.

**Teoretisk referensram:** Som teoretiskreferensram valdes Afaf Meleis' Transitionsteori som bygger på tanken om att människor går igenom transitioner i livet av olika art.

**Resultat:** Resultaten visade att deltagarna upplevde att få en diagnos som diabetes typ 2 på olika sätt beroende på hur deras liv sett ut tiden innan diagnos. Det framkom också att kunskapen kring diabetes varierade och att deltagarna hade olika behov av information och stöd vid tillfälle för diagnos.

**Diskussion:** Att få en diagnos som diabetes typ 2 kan upplevas olika och vi har sett att det finns vissa faktorer som kan påverka upplevelsen. Faktorer som vi menar kan ha en inverkan är: den information och det stöd som ges vid diagnos, samt vilket bagage och vilken förförståelse personen i fråga har sedan tidigare.

**Nyckelord:** Ny diagnostiserad, Diabetes typ 2, Patient, Upplevelse.

## Abstract

**Background:** Type 2 Diabetes is the most common form of diabetes, and approximately 4 % of Sweden's population was estimated to have diabetes in 2010, and almost 90 % of these consisted of type 2 diabetes. The nurse has an important role in supporting and guiding the patient based on his experiences and needs.

**Aim:** To describe how adult patients experience of being diagnosed with diabetes type two.

**Method:** This study is a literature review based on previous research on type 2 diabetes, and the focus will be on the phenomenon related to patient experiences of being diagnosed with type 2 diabetes. The authors identified six themes: *Experiences and emotional reactions at diagnosis, Information and knowledge, Learning to live with diabetes, To deny their illness, Personal responsibility and self-care and views of the future.*

**Theoretical framework:** The theoretical framework that was chosen for this study was Afaf Meleis' Transition Theory, which is based on the idea that people go through different transitions in life.

**Results:** The results showed that patients experienced diagnosis of type 2 diabetes in different ways, depending on what their life looked like at the time before diagnosis. Findings also demonstrated that knowledge about diabetes varied among participants, and that they had different needs for information and support at the time of diagnosis.

**Discussion:** To receive a diagnosis like type 2 diabetes, can be experienced in different ways, and we have seen that certain factors can have an impact on the experience. These factors that we have identified are: information and support at the time of diagnosis, and the baggage and pre-understanding the person have before diagnosis.

**Keywords:** Newly diagnosed, Type 2 diabetes, Patient, Experience.

# Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
2.1 Prevalens.....	1
2.2 Orsak och behandling.....	2
2.3 Riskfaktorer.....	3
2.4 Komplikationer.....	3
2.5 Egenvård.....	4
2.6 Sjuksköterskans roll.....	5
2.7 Aktuella riktlinjer.....	5
2.8 Problemformulering.....	6
<b>3 Syfte</b> .....	<b>6</b>
<b>4 Teoretisk utgångspunkt</b> .....	<b>6</b>
<b>5 Metod</b> .....	<b>7</b>
5.1 Urval.....	7
5.2 Datainsamling.....	8
5.3 Dataanalys.....	9
5.4 Forskningsetik.....	9
<b>6 Resultat</b> .....	<b>10</b>
6.1 Upplevelser och känslomässiga reaktioner vid diagnos.....	10
6.1.1 Känsla av oro och ångest.....	10
6.1.2 Känsla av lättnad och acceptans.....	11
6.2 Information och kunskap.....	12

6.3 Att lära sig leva med diabetes.....	13
6.4 Att förneka sin sjukdom.....	14
6.5 Eget ansvar och egenvård.....	15
6.6 Syn på framtiden.....	15
<b>7 Diskussion.....</b>	<b>17</b>
7.1 Metoddiskussion.....	17
7.2 Resultatdiskussion.....	18
<b>8 Slutsats.....</b>	<b>23</b>
<b>9 Implikation.....</b>	<b>23</b>
<b>10 Referensförteckning.....</b>	<b>24</b>
11 Bilaga 1 – sök tabell.....	27
12 Bilaga 2 – matris.....	28

## 1 Inledning

Att få en diagnos som diabetes typ 2 kan innebära stora förändringar både fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Det kan väcka känslor, tankar och funderingar och leda till nya frågor kring livet här och nu, men även inför framtiden. Denna uppsatts kommer att handla om hur patienter med diabetes typ 2 upplever sin diagnos. Vi har valt att fokusera på patientens upplevelse eftersom vi som sjuksköterskor skall kunna möta patienten utifrån dennes situation, unika behov och förutsättningar. Vi valde ämnet diabetes eftersom vi har egna erfarenheter av diabetes både på ett yrkesmässigt- och personligt plan. Det som väckt vårt intresse är att vi hamnat i situationer under våra praktikplaceringar, då vi kanske inte har kunnat ge patienten det stöd som behövs. Vi tror att en litteraturstudie inom ämnet skulle kunna öka både vår kunskap, men också bidra till att vi inom vår kommande yrkesroll ska kunna stödja patienten i sin nya livssituation.

## 2 Bakgrund

Bakgrunden kommer att innefatta en beskrivning av sjukdomen diabetes typ 2, prevalens, riskfaktorer, komplikationer, medicinsk behandling, egenvård, samt aktuella riktlinjer.

### 2.1 Prevalens

Enligt International Diabetes Federation (2011) hade 366 miljoner människor i världen diabetes 2011, och det framkom att antalet kommer att öka till 552 miljoner år 2030. En annan studie vars fokus var att titta på prevalensen av diabetes i världen, fick fram att 4 % av världens befolkning hade diabetes 1995 (King, Auberg, Herman, 1998). Diabetes var vanligare i I-länder, men ökar och kommer att fortsätta att öka även i utvecklingsländer. Detta kan ha att göra med att medellivslängden är högre i I-länder, och åldern därför är en mer betydande riskfaktor, än i utvecklingsländer. Där ser man istället att kost, inaktivitet och central fetma är mer frekventa riskfaktorer. Diabetes var vanligare bland kvinnor i I-länder, och författarna reflekterade kring att en orsak kan vara att kvinnor lever längre än männen i dessa länder. Medan prevalensen var mer jämnt fördelad mellan könen i utvecklingsländer.

Det som kan förstås utifrån detta är att diabetes är en folksjukdom i världen som har ökat de senaste åren och kommer att fortsätta öka ännu mer i framtiden. Enligt Wild, Roglic, Green, Sicree & King (2004) kommer prevalensen av diabetes att fördubblas i utvecklingsländer och den största demografiska förändringen till diabetes i världen verkar vara den ökande andelen människor över 65 år. Skillnader mellan olika länder beror på

ärfvlga faktorer, miljö och levnadsvanor som matvanor och fysisk aktivitet (Ericson & Ericson, 2008, s.515).

Cirka 4 % av Sveriges befolkning uppskattades ha diabetes 2010, varav nästan 90 % av dessa utgörs av diabetes typ 2 (Nationella Diabetes Registret, 2010). När man har tittat på skillnader mellan olika kommuner i Stockholms län har man sett att det finns stora skillnader mellan kommuner (Carlsson, Hilding, Kark, Olsson, Östenson & Ahlbom, 2007). Det finns en högre diabetesprevalens i låginkomst kommuner som exempelvis Rinkeby, än i de kommuner med höginkomsttagare så som Lidingö och Danderyd. Man har dock inte sett att prevalensen skulle vara högre i storstaden än på landet.

## 2.2 Orsak och Behandling

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som innebär att patienten får höga blodsocker värden relaterat till avsaknad eller minskad insulinproduktion, eventuellt tillsammans med insulinresistens. Det finns två huvudtyper av diabetes mellitus, typ 1 diabetes och typ 2 diabetes. Diabetes föreligger om blodsockervärdet efter fasta är  $\geq 7.0$  mmol/l i venöst serum eller kapillärt, vid minst två tillfällen (Almås, Stubberud, Gronseth, 2011, s. 500-501).

Diabetes mellitus diagnostiseras med hjälp av plasmaglukosbestämningar i fasta eller genom peroral glukosbelastning. Glukosbelastning innebär att man tillför en viss mängd glukos, och sedan mäter blodsockervärdet, för att se hur insulinproduktionen i bukspottskörteln ser ut.

Diabetes typ 2 utgör den vanligaste diabetesformen och är vanligare bland överviktiga, och risken att drabbas ökar även med åldern (Sundin, 2006, s.18-23). Symtomen i början av sjukdomsförloppet kan vara diffusa och utgörs ofta av symtom som trötthet, dimsyn, yrsel, depression, och återkommande urinvägsinfektioner. Det är heller inte ovanligt att personer får sin diagnos efter flera månader eller år. Enligt Svenska diabetesförbundet (17/4-2012) kan en tredjedel av Sveriges typ 2 diabetiker behandla sig själva med regelbunden motion och genom kost förändringar. Detta gör att vikten minskar och den egna insulinproduktionen räcker då till för att täcka kroppens behov.

De som inte kan behandla sin diabetes med endast livsstilsförändringar behöver även medicineras med tabletter eller med insulin (Svenska diabetesförbundet, 17/4-2012). Medicinen hjälper bukspottskörteln att frisätta insulin eller ökar känsligheten i kroppens celler. I sjukdomsförloppet förekommer insulinresistens i insulinberoende vävnader som gör att betacellerna ökar sin insulinsekretion, detta orsakar hyperinsulinemi och efter 10-15 år med

sjukdomen försämras insulinproduktionen och hormonet måste då tillföras externt (Ericson & Ericson, 2008, s. 115-523).

### **2.3 Riskfaktorer**

Det finns ett flertal faktorer som tillsammans kan bidra till en ökad risk för att utveckla diabetes mellitus typ 2. En av de riskfaktorer som väger tyngst är den ärftliga benägenheten att få sjukdomen. Denna faktor är mycket högre vid typ 2 diabetes än vid typ 1 diabetes (Lindehag, 1990, s. 180-181). Det är främst äldre som drabbas av diabetes typ 2, men Adams & Lammon (2007) tar i sin studie upp att det även är vanligt bland unga.

Det har beräknats att cirka en miljon personer i Sverige bär på ärftliga anlag för att utveckla diabetes, men det behövs även andra faktorer för att en individ ska utveckla sjukdomen (Larsson & Rundgren, 2010, s. 123). Att vara överviktig, ha ett högt BMI, osunda matvanor, hypertoni och att vara inaktiv är faktorer som kan öka risken (Rathmann, Strassburger, Heier, Holle, Thorand, Giani & Meisinger, 2009; Hjellset, Bjørge Eriksen & Høstmark, 2011; Gudbjörnsdóttir, Eeg-Olofsson, Cederholm, Zethelius, Eliasson & Nilsson, 2009). Ålder och naturliga åldersförändringar i kroppen ses som några av de vanligaste riskfaktorerna, och chansen att utveckla diabetes typ 2 är dessutom större om personen går upp i vikt och slutar motionera (Hjärt-och lungfonden, 2009).

Det finns även vissa andra faktorer som har visat sig utgöra risker för att utveckla diabetes typ 2. Det har bland annat visat sig att prevalensen av diabetes typ 2 är större bland människor som är lågt utbildade, än hos de med högre utbildning (Dasgupta, Khan, Ross, 2010; Maty, Lynch, Raghunathan, Kaplan, 2010). Diabetes typ 2 är vanligare bland kvinnor, och att dessutom vara lågutbildad och ha haft en lägre socioekonomisk status i barndomen innebär ytterliggare risk för att utveckla sjukdomen. En annan studie (Robbins, Vaccarino, Zhang, Kazl, 2001) visade istället att om en människa befinner sig under sträcket för vad som beräknas som fattigdom, utgör en större risk, än vilken utbildning och yrke som en människa har, för att utveckla diabetes typ 2.

### **2.4 Komplikationer**

Komplikationer vid diabetes typ 2 utgörs av akuta komplikationer och komplikationer som kommer senare (Larsson & Rundgren, 2010, s. 128-130). De akuta komplikationerna av diabetes typ 2 utgörs främst av så kallad hyper- eller hypoglykemi. Det innebär att glukosnivån i blodet antingen är för hög eller för låg (Ericson & Ericson, 2008, s. 541-556). Hyperglykemi kan leda till allt ifrån huvudvärk och ökad törst till medvetande sänkning och



koma. Symptombilden vid hypoglykemi kan i sin tur variera mellan lättare oro, ökad hunger och svettningar till att patienten hamnar i koma.

Sen komplikationer utgörs främst av olika blodkärlsskador till följd av långvarig påfrestelse av en hög blodsockernivå. En tidigare studie av komplikationer vid diabetes typ 2 visade att sen komplikationer var mest frekventa hos personer över 65 år, och utgjordes främst av makrovaskulära-och cerebrovaskulära komplikationer. De som hade störst risk att dö i sin diabetes var de som var äldre och rökare (Mata-Cases, Prado-La Cueva, Salido-Valencia, Fernández-Bertolín, Casermeiro-Cortés, Garsía-Durán, Jabalera-López, Fernández-Sanmartín, 2011).

Diabetes är en sjukdom som kan bidra till komplikationer av olika slag, och det kan krävas mycket av en individ för att kunna hantera detta. Van Steenberg-Weijenburg, *et al.* (2011) undersöker i sin studie prevalensen av en annan komplikationsaspekt hos diabetes typ 2 patienter, nämligen depression. Deras resultat visar på att människor som lider av två eller fler diabetesrelaterade komplikationer är vanligare att utveckla en depressionsproblematik. När det kommer till depressions- och ångestproblematik visar tidigare studier på att prevalensen av dessa problem är högre bland kvinnor med diabetes typ 2 än hos män (Roupa, Koulouri, Sotiropoulou, Makrinika, Marneras, Lahana & Gourni, 2009; Lee, *et al.*, 2009). Enligt Brown, Majumdar, Newman & Johnson (2006) är depression inte vanligare hos patienter med diabetes typ 2 än hos andra. Dock visade deras resultat likt tidigare nämnda, att patienter som lider av diabetesrelaterade komplikationer eller andra sjukdomar samtidigt som sin diabetes, har större risk att utveckla en depression.

## 2.5 Egenvård

Den som har diabetes behöver sträva efter att uppnå bästa möjliga blodsockerkontroll (Ericson & Ericson, 2008, s.526-529). En god blodsockerkontroll är den viktigaste enskilda faktorn för att undvika akuta problem och kroniska komplikationer vid diabetes. Det är viktigt att patienter med diabetes typ 2 ändrar sina levnadsvanor för att hålla blodets glukoshalt normal och därmed minska risken för komplikationer och för att uppnå symptomfrihet.

Egen vård i form av motion, kost, medicinering, och rökstopp är de viktigaste faktorerna vid diabetesbehandling. Motion sänker blodtrycket och höga halter av skadliga blodfetter. Muskelarbete ökar också effekten av insulinet som kroppen producerar, vilket sänker blodsockret. Viktminskning kan i sig sänka blodsockret och höga halter av skadliga blodfetter. Kosten vid diabetes typ 2 bör innehålla enkelomättat och fleromättat fett, vara fiberrik och innehålla långsamma kolhydrater. Måltidsordningen bör vara fördelad på tre huvudmål och ett

par mindre mellanmål för att hålla blodsockret på en jämn nivå. Rökstopp är ytterst viktigt eftersom rökning skadar kärlväggen och försämrar insulinberoende vävnaders insulinkänslighet. Läkemedelsbehandling vid diabetes utgörs av insulin och perorala läkemedel. För att utvärdera effekten av behandlingen är det viktigt att patienten själv kan utföra kontroller av blodglukos för att göra behandlingen optimal. Det är då viktigt att patienten får den information, kunskap och hjälp hon/han behöver.

## **2.6 Sjuksköterskans roll**

Enligt Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för sjuksköterskor är en viktig del i arbetsuppgiften att undervisa, stödja och vägleda patienter. Det handlar om att kunna möta patienten här och nu, samt att kunna se varje patients unika behov av stöd, information och omvårdnad. Det är även viktigt att sjuksköterskan är medveten om den närstående och dennes behov av information och stöd, samtidigt som man alltid ska respektera patientens integritet. Enligt kompetensbeskrivningen bör sjuksköterskan ha förmåga att tillämpa sina kunskaper om sjukdom, vård och behandling i mötet med patienten. Vid dessa tillfällen samtidigt ha förmåga att uppmärksamma och möta patienten i sin sjukdomsupplevelse, och vara lyhörd inför detta.

## **2.7 Aktuella riktlinjer**

Enligt hälso-och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vården bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller vissa krav för vad som anses vara en god vård. Dessa krav utgörs delvis av krav på respekt för patientens integritet, självbestämmande, trygghet och kontinuitet (SFS 1982:763).

De nationella riktlinjerna som Socialstyrelsen beskriver för vård och behandling av personer med diabetes baseras på aktuell forskning och den kunskap och samsyn som råder i samhället (Socialstyrelsen, 2001). Riktlinjerna togs fram för att vården av patienter ska bli ännu bättre, mer likvärdig och ha större vetenskapliggrund. I riktlinjerna kan det urskiljas olika områden för god kvalitet i vård och behandling av diabetes, författarna har valt att lyfta fram några som aktuella för denna studie. Diagnos och kontroll av sjukdomsförloppet är ett mål som handlar om att hälso-och sjukvårdspersonal bör arbeta för tidig upptäckt och diagnos.

Ett annat mål är stärkt ställning för patienten som innebär att man strävar efter att stärka patientens roll i sin sjukdomsbild (Socialstyrelsen, 2001). Genom att sätta upp gemensamma mål, ha en kontinuerlig kontakt och kommunikation, samt arbeta effektivt med patientundervisning, kan man öka patientens delaktighet i vården. Vård på lika villkor är

också ett mål som innebär att man strävar efter att diabetesvården ska vara på lika villkor för alla i befolkningen, oavsett kön, ålder, etnicitet, boendeort m.m.

Det övergripande målet för behandling av all diabetes är att förhindra akuta och långsiktiga komplikationer, med bibehållen hög livskvalitet för patienten.

## **2.8 Problemformulering**

Mycket av tidigare forskning har handlat om riskfaktorer kring diabetes och dess behandling. Eftersom diabetes är en kronisk sjukdom som ökar i Sverige, men även i andra delar av världen behövs det mer forskning i allmänhet kring sjukdomen och dess påverkan. Att diagnostiseras med en kronisk sjukdom som diabetes typ 2 kan ställa en individs liv på sin spets då personen kan behöva omvärdera sitt sätt att leva.

Sjuksköterskan har en viktig roll i att bemöta, stödja och vägleda patienten i olika faser av sjukdomen. Detta kräver både förståelse och kunskap kring hur patienter upplever att diagnostiseras med en sjukdom som diabetes typ 2.

## **3 Syfte**

Att beskriva hur vuxna patienter upplever att diagnostiseras med diabetes typ 2.

## **4 Teoretisk utgångspunkt**

Den teoretiska referensramen kommer att användas som utgångspunkt i resultatdiskussionen. Författarna ville använda sig av en teori som intresserar sig för förändringar och övergångar i människors liv. Därför valdes Afaf Ibrahim Meleis' Transitionsteori (Meleis, 2011, s. 100-101) som teoretisk referensram för denna studie. Definitionen av transition är förändring mellan två tillstånd och förändring kan t.ex. vara i ett förhållande, i ens förväntningar, hälsotillstånd, och arbetsliv. När en människa ställs inför en förändring krävs det att personen kan möta denna förändring genom att ta sig an ny kunskap, förändra sitt beteende, eller lära sig hantera en ny livssituation.

Eftersom studien belyser människors upplevelser av att få en diagnos kommer det teoretiska transitionsbegreppet väl till hands. En transition kan uppstå av till följd av olika förändringar och händelser i en människas liv, exempelvis att få en diagnos (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2000). Sjuksköterskor är de som främst kommer att möta patienter och även deras anhöriga i och under dessa transitionsprocesser.

Det finns vissa specifika egenskaper som ingår i själva upplevelsen av en förändring, som att vara medveten och engagerad (Alligood & Tomey, 2010, s. 420-421). Viktigt i transitionen är tidsperspektivet eftersom en förändring kan verka både kortsiktigt och långsiktigt. En transitionsprocess brukar beskrivas som så att den har en början som kan te sig från de första tecknen på någon slags förändring t.ex. vid symtom av en sjukdom. Därefter kommer en period av instabilitet som kan kännetecknas av osäkerhet, ovisshet och okunskap, t.ex. vid en diagnos. Efter den instabila perioden når man förhoppningsvis någon slags ro och kommer till en punkt då man når en viss stabilitet. Det finns olika typer av transitioner, från att vara frisk till att bli sjuk, att åldras, personliga transitioner så som att genomgå en skilsmässa eller mista en nära anhörig.

## **5 Metod**

Denna studie är en litteraturstudie av föregående forskning kring ämnet diabetes typ 2, som inspirerats av Fribergs analysmodell (2006, s. 115-123). De vetenskapliga artiklar som bäst svarar på studiens syfte har valts ut, vilket författarna har beskrivit i en sök tabell som presenteras i bilaga 1.

Artiklarna utgörs av både kvantitativa och kvalitativastudier. Kvalitativ forskning handlar ofta om att man söker en ökad förståelse kring ett valt fenomen, ofta relaterat till upplevelser, tankar och erfarenheter (Friberg, 2006, s. 87, 97, 105). Fenomenet studeras på djupet och en viss grupp väljs ut för att granskas, t.ex. sjuksköterskor eller en viss patientgrupp. Kvantitativ forskning handlar istället om att undersöka en viss hypotes med hjälp av statistik, mätningar och jämförelser för att se om den stämmer eller inte. Författarna har varit öppna för möjligheten att använda sig av kvantitativa studier i sitt resultat, om dessa stämmer överens med och stärker syftet.

### **5.1 Urval**

Artikel kriterierna som används i denna studie är att artiklarna ska vara vetenskapligt granskade och kunna besvara studiens syfte. Granskningen syftar till att upprätthålla vetenskaplig standard samt att upprätthålla kompetensen och perspektiv på vad som är god forskning, eller att de uppfyller kriterierna för en vetenskaplig artikel (Friberg, 2006, s. 37-39).

När författarna granskade artiklarnas vetenskapliga förankring var det viktigt att artiklarna innehöll bakgrund, syfte eller hypotes, metod, resultat, diskussion och litteraturreferenser.

Sökorden som användes vid sökning av resultatartiklar var relaterade till diabetespatienters upplevelser av att få diagnosen diabetes typ 2. Författarna använde sig av sökorden newly diagnosed, diabetes, patient, experience och emotions när de sökte artiklarna och sökorden som använts har översatts med hjälp av lexikon. Tillvägagångssättet vid artikelsökningen redovisas i bilaga 1.

#### Inklusionskriterier:

Vid sökning har författarna valt att endast söka artiklar med peer reviewed, som höjer förutsättningarna för en god vetenskaplig standard.

Att studiedeltagarna blivit diagnostiserade med diabetes typ 2 de senaste två åren. Detta för att kunna fånga upp upplevelsen, eftersom risken med för långt intervall mellan diagnos och nutid kan ändra personers uppfattning av hur de upplevde att få en diagnos.

Att studierna är baserade på vuxna personers upplevelse av att få diagnosen diabetes typ 2. Med vuxna menar författarna att personerna är över 18 år, då man enligt Svensk lag blir myndig (SFS 1949:381). Innan man fyllt 18 år anses man enligt lagen som omyndig.

#### Exklusionskriterier:

Artiklar som inte varit skrivna på engelska har exkluderats. Detta eftersom forskning publicerad på engelska har en ökad möjlighet att nå ut till större delar av världen, samt för att engelskan anses vara vetenskapens officiella språk (Friberg, 2006, s. 38). Artiklar som handlat om upplevelsen av att leva med diabetes typ 2 har exkluderats, eftersom det är upplevelsen av att få en diagnos som eftersökts.

## 5.2 Datainsamling

De databaser som användes vid artikelsökningen var Cinahl plus with full text och Academic Search Premier. Cinahl är en av världens ledande databas för omvårdnad med fler än 750 stycken tidskrifter. Academic Search Premier är en tvärvetenskaplig databas som innehåller mer än 4600 tidskrifter. Sökning har även gjorts med författares namn Beeney, Linda, Peel, Elizabeth, Adriaanse Marcel och Everett, Joan, eftersom de artiklarna hittats via referenslistor i andra vetenskapliga artiklar.

Vid sökningen av artiklarna kom det upp en varierande mängd träffar av artiklar. De studier som inte svarade på vårt syfte sorterades bort. Författarna läste sammanfattningen av de artiklar vars titlar verkade relevanta. Enligt Friberg (2006) utgör detta en kort sammanfattning av innehållet i artiklarna.

Eftersom författarna ville undersöka en viss grups upplevelser kring ett specifikt ämne, intresserade de sig främst för kvalitativa studier. Författarna valde ändå att ha med en kvantitativ artikel, eftersom den ger en mer överblickande bild av erfarenheter hos patienter som diagnostiserats med diabetes typ 2.

Författarna har valt att även inkludera en artikel av Knäck, Klang & Fagerberg, (2011) som undersöker vuxna personers upplevelser av att få diagnosen diabetes. I studien har de inte lagt vikt på om personerna haft typ 1 eller typ 2, utan endast intresserat sig för själva upplevelsen av att få diagnosen diabetes. Författarna har reflekterat kring detta, och valt att inkludera denna artikel eftersom den endast tar fasta på upplevelsen, och därför trots eventuella diagnoser av diabetes typ 1, ändå ha med den i resultatet.

### **5.3 Dataanalys**

Författarna delade upp artiklarna för att granska dessa var för sig, för att sedan införa en sammanfattning i en matris. Därefter läste författarna den andre författarens artiklar för att se att dessa uppfattats lika. Sedan kontrollerade och korrigerade författarna matrisen tillsammans. Efter denna matris påbörjade författarna granskningen av de valda resultatartiklarna.

Första steget vid granskningen var att författarna läste igenom artiklarnas resultat flera gånger för att få en förståelse av innehållet i artiklarna. Därefter översattes artiklarnas resultat till svenska för att ytterligare tydliggöra textens innebörd och för att underlätta vidare analys. Efter översättning påbörjades uppbyggnaden av resultatdelen. Detta gjordes genom att identifiera olika teman, där författarna såg till eventuella likheter och skillnader i artiklarnas resultatdelar. Detta gjordes genom att författarna förde anteckningar parallellt med läsning av resultaten och kategoriserade sedan dessa i olika teman. Vid vidare analys identifierades upprepande teman, och de teman som enbart kunde identifieras i specifika studier valdes bort. De teman som valdes bort berörde andra områden än de relevanta för vårt syfte.

### **5.4 Forskningsetik**

Detta arbete är en litteraturstudie och kommer därför att baseras på tidigare forskning kring ämnet. Författarna strävar efter att vara noggranna och ärliga i studien och inte undanhålla eventuella resultat som inte främjar syftet. Översättningar från engelska till svenska har gjorts med hjälp av ett svenskt-engelskt lexikon. Samtliga översättningar har noga undersökts av båda författarna för att säkra korrekt återangivelse av resultatet i de vetenskapliga artiklarna.

De etiska aspekterna är särskilt viktiga i forskningen, med hänsyn till den långsiktiga betydelsen av forskning och den ställning i samhället som forskningen har (Gustafsson, Hermerén, Petersson, 2005). I publikationen tas vissa allmänna regler upp för vad som anses viktigt i forskning t.ex. att metoder och resultat öppet ska redovisas, utgångspunkterna i studien ska medvetet granskas och redovisas, samt att det inte ska förekomma plagiat.

Dessa aspekter har författarna haft i åtanke när artiklarna har granskats, och lästs och diskuterats. Författarna redovisar vald analysmetod och tillvägagångssätt i studien under rubriken metod i detta arbete. Det material som har analyserats och de teman som författarna funnit intressanta och återkommande kommer att presenteras i resultatdelen.

Vid två av tio artiklar går det inte att identifiera hur vida forskarna till studien fått etiskt godkännande att genomföra studien. Däremot beskriver författarna i dessa artiklar, att de tänkt på etiska aspekter så som konfidentialitet, tystnadsplikt och informerat samtycke. Det ligger också en etisk fråga i vårt sätt att handla som sjuksköterskor i vården med patienter som precis fått en ny diagnos. Detta har givetvis präglat vår förförståelse att sträva efter att tänka på i vår framtida yrkesroll att diagnosen kan medföra en förändrad livssituation vilket kräver stor kunskap och kompetens av oss som sjuksköterskor.

Författarna har sedan tidigare en viss förförståelse kring ämnet, vilket de också är medvetna om. Detta är något som författarna har försökt att lägga åt sidan under arbetet med denna studie. Men de är medvetna om att det ändå kan prägla deras resultat.

## **6 Resultat**

Resultatet från de tio vetenskapliga artiklarna presenteras nedan i sex huvudkategorier som författarna valt att fokusera på: Upplevelser och känslomässiga reaktioner vid diagnos, Information och kunskap, Att lära sig leva med diabetes, Att förneka sin sjukdom, Eget ansvar och egenvård, samt syn på framtiden.

### **6.1 Upplevelser och känslomässiga reaktioner vid diagnos**

#### *6.1.1 Känsla av oro och ångest*

Resultatet i ett flertal av de granskade artiklarna handlade om deltagare och patienters känsloreaktioner vid tillfället för diagnos. Vanligt förekommande känslor som uttrycks av deltagare var chock, ilska, ångest, oro och ledsamhet (Péres, Franco, Santos, 2008; Wallin & Ahlström, 2010; Hörnsten, Sandström, Lundman, 2004; Beeney, Bakry, Dunn, 1996; Peel, Parry, Douglas, Lawton, 2004). Oro och chock var de känslor som uttrycktes mest, och att ha

upplevt en chock beskrevs på något olika sätt, då den varit mer påtagliga för vissa deltagare. De deltagare som inte misstänkt, eller känt av sin sjukdom upplevde ofta en större chock, än de deltagare som haft misstankar om att något inte stod rätt till (Wallin & Ahlström, 2010).

I Peel, *et al.* (2004) beskrev vissa deltagare att de hade läst om diabetes i tidningar, haft anhöriga med diabetes, haft närstående som arbetat inom hälso- och sjukvården, och på så sätt alltså varit medvetna och förberedda redan innan diagnos, eftersom de kopplat ihop det som de läst med de symtom de upplevt. Dessa deltagare beskrev inte en känsla av chock, utan snarare att diagnosen var väntad. I en annan studie visade det sig att sex av tjugo tillfrågade hade misstänkt att de hade diabetes, och även vissa av dessa beskrev att de inte blivit överraskade när de fått diagnosen diabetes typ 2 (Adriaanse, Snoek, Dekker, van der Ploeg, Heine, 2002).

En känsla av oro var en annan upplevelse som beskrevs vid tillfället för diagnos, bland annat som nervositet inför framtiden och att sjukdomen ska leda till svåra komplikationer (Péres, *et al.*, 2008; Wallin & Ahlström, 2010). Ett fåtal deltagare beskrev känslan av sin diagnos som att ha fått en dödsdom, då de upplevde en rädsla för att bli allvarligt sjuka. Förutom oro inför kroppslig försämring uttrycktes även oro för att inte kunna hantera och anpassa sig till sin nya situation. Livsstilsförändringar som att behöva ta mediciner, förändra sin kost och andra beteenden, oroade ett flertal deltagare. I Everett & Kerr's (1998) studie uttrycktes en känsla av att blivit av berövad av något, i detta fall sin tidigare goda hälsa. Liknande tankar uttrycks i Wallin & Ahlströms studie (2010) där vissa deltagare berättar att de ser på hälsa som frånvaro av sjukdom, och att detta förändrats sedan diagnos.

### 6.1.2 Känsla av lättnad och acceptans

Resultatet i artiklarna visade även att de känslomässiga aspekterna inte bara var negativa, utan faktiskt kunde upplevas som något positivt (Hörnsten, *et al.*, 2004; Johansson, Ekebergh, Dahlberg, 2009; Beene, *et al.*, 1996). I Adriaanse, *et al.* (2002) blev nästan ingen av de nydiagnostiserade patienterna oroade av sin diagnos.

I studien av Johansson, *et al.* (2009) beskrevs tiden innan diagnos som en tid av kroppslig obalans, eftersom de hade en känsla av att något inte stod rätt till. När deltagarna sedan fick diagnosen diabetes beskrev vissa deltagare detta som en lättnad och att de fått en förklaring till den obalans som de tidigare känt av.

När sjukdomen sedan blev ett faktum, kunde den uppmärksammas och sedan accepteras (Johansson, *et al.*, 2009). Detta var något som uttrycktes som något tvetydigt, då deltagare beskrev att deras sjukdom var kronisk, och att man därför inte kunde göra något annat än att



acceptera den, då sjukdomen kan behandlas men inte botas. Acceptans uttrycktes också med en viss sorg, då vissa deltagare upplevde att de inte kunde vara lika spontana som de varit tidigare i sitt liv innan de fick diabetes.

Att acceptera sin diagnos kunde också ses utifrån ett religiöst perspektiv, då vissa uttryckte att det som sker i ens liv är guds vilja, och att de accepterar sin sjukdom eftersom deras liv tillhör Gud (Wallin & Ahlström, 2010).

Många beskrev en oerhörd lättnad och även förvåning vid diagnos då de trott att de haft andra sjukdomar, som de ansåg som mer allvarliga än diabetes (Peel, *et al.*, 2004; Wallin & Ahlström, 2010). Andra deltagare beskrev en lättnad, glädje och tacksamhet eftersom de fått diagnosen i ett så pass tidigt skede. De menade att ju tidigare i deras sjukdom de fick diagnosen, desto snabbare går den att behandla och desto mindre risk för vidare komplikationer.

Resultatet i Everett & Kerr's (1998) studie visade att acceptans är något som kommer gradvis eftersom det tar tid att vänja sig vid att ha fått diabetes. Detta beskrivs som en process som genom bearbetning gradvis integrerar sjukdomen i personernas liv.

## 6.2 Information och kunskap

När det gäller informationen vid tillfället för diagnos fanns det delade meningar mellan deltagarna i olika studier. Många deltagare var nöjda med den information de fått vid sin diagnos, men vissa upplevde ändå att det fanns ett visst behov av ytterligare information, speciellt kring sjukdomen i sig och eventuell medicinering (Beeney, *et al.*, 1996).

Deltagarna i Everett & Kerr's (1998) studie deltog i så kallade utbildningsgrupper, men fick även information individuellt. Resultatet från denna studie visade att deltagarna uppskattade utbildningsgrupperna då de erbjöds både information och samtidigt även stöd. Deltagarna i Peel, *et al.* (2004) & Knäck, *et al.* (2011) studier visade istället att de hade velat ha mer information och stöd vid diagnos tillfället. Den information som de önskade handlade mestadels om livsstilsförändringar. De upplevde också att de saknades tid för ytterligare frågor förutom det konkreta som läkaren informerade om. Många uttryckte att de hade en mängd tankar och funderingar som de ville diskutera med personalen, men att det inte funnits tid för detta. Avsaknaden av information fick många deltagare att uppleva en frustration och en känsla av att vara utlämnade.

Deltagarna beskrev att de upplevde kunskap som ett viktigt instrument för att kunna hantera sin sjukdom och öka sin självständighet (Knäck, *et al.*, 2011). Kunskap beskrevs som något som hela tiden behövde omvärderas, eftersom behovet av kunskap och information

förändras eftersom de hela tiden uppstår nya situationer. Ny kunskap uppstod genom nya erfarenheter och reflektion. Deltagarna uttryckte att de lärde sig genom att prova nya saker och därmed hitta nya vägar som passar i deras aktuella livssituation.

En fjärdedel av de deltagare som fått sin diagnos via ett screening projekt, uttryckte en andra tankar kring den information de fått vid diagnos (Adriaanse, *et al.*, 2002). De hade haft närstående med diabetes som hjälpt de att förstå innebörden av den information de fått tagit del av. En stor del av de personer som deltog i en annan studie uttryckte en önskan om att även deras familjer skulle vara delaktiga och välinformerade kring deras diabetes (Beeney, *et al.*, 1996).

Hälso- och sjukvården upplevdes som en stabil bas och en trygghet, som man kunde vända sig till vid behov (Knäck, *et al.*, 2011). Detta beskrevs framför allt efter nya erfarenheter då man ville få bekräftat att man tänkt och handlat rätt. Men även då man kände sig osäker och tvekade inför olika val i sitt liv. En annan aspekt var att det fanns brister i det stöd som gavs vid diagnos, och de fanns en önskan hos vissa om mer psykologiskt stöd och hjälp (Peel, *et al.* 2004; Beeney, *et al.*, 1996).

### **6.3 Att lära sig leva med diabetes**

Efter att ha upplevt de första initiala känsloreaktionerna vid diagnos, beskrev vissa deltagare att oron kring sjukdomen minskade och övergick istället i att deltagarna successivt accepterade sin sjukdom (Péres, *et al.*, 2008).

Den nya livssituationen beskrevs som något som tog tid att vänja sig vid, att hitta sig själv i den nya rollen som en person med en sjukdom (Hörnsten, *et al.*, 2004). Att integrera sjukdomen i sin livssituation beskrevs på två sätt. Det ena sättet handlade om att ta etablera rutiner, ta kontroll över sin sjukdom, vilket både tog deltagares tid och energi. Det andra sättet som beskrevs handlade istället om att vänja sig vid tanken av att vara sjuk, exempelvis genom att se sin diabetes som en del av sin framtid.

Att integrera sin sjukdom i sitt vardagliga liv var något som krävde en ny planering och organisering av det vardagliga livet (Johansson, *et al.*, 2009; Knäck, *et al.*, 2011). Situationer som tidigare upplevts som trygga, behövde omvärderas och ses på ett nytt sätt (Knäck, *et al.*, 2011). Detta förutsatte en omvärdering och reflektion kring tidigare beteenden, kring vad som behövde förändras respektive vad de kunde fortsätta med.

Sättet att se på och hantera sin kropp efter diagnos var en annan aspekt som beskrevs av vissa deltagare (Knäck, *et al.*, 2011). Det blev viktigt att lära känna och lyssna till sin kropp, och på de signaler som den skickar ut. Deltagare beskrev att kroppen fått nya dimensioner och

behov. Vissa upplevde att kroppen förändrats och reagerade på ett nytt sätt på t.ex. fysiska aktiviteter, som betydde att man behövde lägga mer tid på att anpassa sig efter sin kropp och hur den reagerade.

En annan aspekt som uppmärksammades var att vissa deltagare uttryckte vissa svårigheter med att inte låta sin sjukdom ta över ens liv (Johansson, *et al.*, 2009). Detta då vissa upplevt att de blivit behandlade annorlunda sedan de fått sin diagnos. Det upplevdes som viktigt eftersom man ville bli behandlad som man blev innan man fick diabetes. Man ville inte låta sjukdomen ta över ens liv och definiera vem man var, utan istället leva vidare som tidigare, fast med vissa justeringar. Att ta kontroll över sin sjukdom, och inte låta sjukdomen ta kontroll över en själv, framstår som ett aktivt sätt att faktiskt hantera sin nya sjukdom efter diagnos (Hörnsten, *et al.*, 2004). Att se sin diabetes i ett livsperspektiv, med en känsla av lugn och sinnesro, framstod istället som ett passivt sätt att integrera sin sjukdom.

#### **6.4 Att förneka sin sjukdom**

Att förneka sin sjukdom var något som beskrevs både innan och efter man fått sin diagnos. Deltagare beskrev att de försökt hitta andra naturliga förklaringar till de symtom som de upplevt och hur de känt innan diagnos (Johansson, *et al.*, 2009). Att vara trött efter att ha jobbat hårt, sovit dåligt eller ätit fel var några av de naturliga bortförklaringarna som beskrevs av vissa deltagare. Anhöriga till vissa deltagare tog upp att de trodde symtomen kunde bero på diabetes, vilket upplevts som något påträngande när de berättat om sina misstankar.

Ett sätt att förneka symtomen innan diagnos, men även sjukdomen efter man fått sin diagnos, var genom att inte tänka på den, eller helt enkelt bortse ifrån den (Johansson, *et al.*, 2009; Wallin & Ahlström, 2010). De som förnekade sjukdomen även efter diagnostillfället, tvivlade på att den diagnos de fått stämde, eftersom de inte hade några symtom och därför kände sig friska och hälsosamma (Wallin & Ahlström, 2010). Andra deltagare hade inte trott på den diagnos som doktorn hade ställt, och hade till och med bett om en andra undersökning. En orsak till att vissa tvivlade var för att de inte trodde att en sjukdom endast kan behandlas med exempelvis förändrade matvanor och motion, istället för läkemedel.

Andra deltagare förnekade sin diabetes till den grad att de inte ville ha information eller råd relaterade till sin diabetes, eftersom de ville glömma att de hade fått sjukdomen till att börja med (Wallin & Ahlström, 2010). Trots detta beskrev vissa att ändå tog sin medicin, men att de däremellan försökte övertala sig själva att de var friska och inte hade diabetes.

## 6.5 Eget ansvar och egenvård

Egenvården kan beskrivas som de aktiviteter som patienten dagligen utför i syfte att få kontroll över sin diabetes, exempelvis genom blodsockerkontroll, läkemedelshantering, administrering, fysisk motion och kostförändringar (Malpass, Andrews, Turner, 2009; Hörnsten, *et al.*, 2004). Det fanns en förståelse hos deltagarna av vikten och betydelsen som livsstilsförändringar har (Malpass, *et al.*, 2009). Deltagarna beskrev att fysisk aktivitet förbättrat både deras mentala och fysiska hälsa och detta i sin tur har bidragit till en ökad motivation för att äta hälsosamt och fortsätta att sköta sin egenvård. Livsstilsförändringar väckte suget efter att bryta tidigare vanor, t.ex. att träna och äta rätt väckte deras intresse för att göra andra sunda val i livet. Däremot väckte exempelvis nyinsatt eller ökad medicinering vissa deltagares upplevelse av att de misslyckats och inte kunnat ta kontroll över sin sjukdom (Everett & Kerr, 1998). Ordet kontroll var något som upprepades ett flertal gånger, och förlusten av kontroll över sin sjukdom var ofta kopplad till en ökad medicinering, trots förändrade livsstilsvanor.

Begreppet värde var något som vissa deltagare beskrev som ett personligt värde som handlar om tid och energi för egenvård men även värdet av livsstilsförändringar (Hörnsten, *et al.*, 2004). Värde är något som också beskrivs som att se sjukdomen som en viktig del i livet och viktig att hantera. Där av beskrev deltagarna att ansvar och att vara delaktig i sin vård är mycket viktigt. De beskrev det som att vara delaktiga i att ta beslut, vara informerad och förstå sin behandling och innebörden av sin egenvård. De ansåg också att de hade ett ansvar i att faktiskt ifrågasätta den information som vården ger, och inte acceptera allt utan att begrunda och förstå.

Mötet med vårdpersonal hade också inflytande på hur deltagarna klarade av att genomföra förändringar (Hörnsten, *et al.*, 2004). Kunskap om sjukdomen och kunskap kring kost och motion ansågs vara en mycket viktig del av egenvården.

## 6.6 Syn på framtiden

I resultat artiklarna beskrevs synen på framtiden på olika sätt. Deltagarna beskrev sina framtida möjligheter som en central roll i livet, vissa såg ljusst på framtiden, medan andra såg sin framtid som hotad på grund av risken för komplikationer relaterade till diabetes (Péres, *et al.*, 2008; Knäck, *et al.*, 2011; Johansson, *et al.*, 2008, Hörnsten, *et al.*, 2004).

En aspekt av deltagarnas framtidssyn var deras delvis olika sätt att planera inför framtiden (Hörnsten, *et al.*, 2004). Vissa deltagare beskrev ett levnadssätt som handlade mer om att leva

i nuet och att ta en dag i taget. Andra uttryckte att de trots sin sjukdom fortsatt att planera inför framtiden, och att det i sig ingav en slags mening i deras liv och även en känsla av hopp inför framtiden.

Ett nytt sätt att tänka kring morgondagen beskrevs i Knäck, *et al.* (2011). Deltagarna uttryckte att man behövde lägga mer tid på att planera och organisera aktiviteter, än vad man tidigare behövt. I situationer där sjukdomen blev påtaglig, fanns det möjligheter att ta olika vägar, antingen genom att försöka hitta en lösning och utvärdera resultatet, eller genom att bara avvakta och se hur resultatet blev.

Johansson, *et al.* (2008) beskriver i sitt resultat att deltagarna uttryckte att de efter en tid faktiskt accepterat sin nya situation. Samtidigt upplevde en viss känsla av sorg för det liv som skulle ha varit, och att ha förlorat en del av sin förmåga till att vara spontan i sitt dagliga liv.

Vissa såg svårigheter och uttryckte oro inför att utföra vissa vardagliga ting på grund av sin sjukdom, och kände att detta kunde begränsa dem i deras liv (Péres, *et al.*, 2008). När deltagarna fått smälta och ta in sin diagnos upplevdes diagnosen som en väckarklocka som gjorde det lättare att förändra saker de varit medvetna om en längre tid (Knäck, *et al.*, 2011).

## 7 Diskussion

Författarna har valt att dela upp diskussionsdelen i två delar: metoddiskussion, samt resultatdiskussion.

### 7.1 Metoddiskussion

Vi har upplevt att Fribergs (2006) modell har hjälpt oss att strukturera upp vår datainsamling, urval och analys på ett organiserat sätt.

Vi har uppfattat Meleis' transitionsteori som passande för syftet med denna studie. Detta eftersom det är upplevelsen av denna specifika förändring som vi ville undersöka. Enligt denna teori behöver en person kunna möta en ny förändring, genom att ta sig an ny kunskap, förändra sitt beteende, för att kunna hantera en ny livssituation. Vi menar att sjuksköterskor skulle kunna använda sig av denna teori för att kunna vägleda och stödja patienter genom olika förändringar och faser i deras liv. Denna teori tror vi kan tillämpas i många olika situationer, inte endast sjukdoms relaterade.

Eftersom vi ville beskriva upplevelsen av att få diagnosen, strävade vi efter att främst inkludera kvalitativa artiklar i vår studie. Det var viktigt att tidigt i sökstadiet ha kunskap om skillnaden mellan kvalitativ och kvantitativa studier, för att lättare kunna identifiera svårigheten med att inkludera kvantitativa studier i vår litteraturstudie. Dock insåg vi genom arbetets gång att kvantitativa tvärsnittsstudier t.ex. i form av enkätstudier också hade varit av intresse för att stärka vår uppsats, då det kunde tillföra styrka till vår studie. Vi hittade genom våra sökord en kvantitativ artikel som kunde bidra med en mer allmän beskrivning av upplevelsen. Detta blev också aktuellt då vi hade svårigheter att finna tillräckligt många artiklar som inkluderade personer som fått diagnosen inom en två års period.

Vi diskuterade tidigt de sökord som vi ansåg relevanta för att hitta artiklar och har under studiens gång hållit fast vid dessa. Däremot så har vi justerat våra inklusions- och exklusions kriterier under arbetets gång. Vi började sökningen med att vara öppna för artiklar oavsett tid sedan diagnos. Genom diskussioner kom vi fram till att vi borde begränsa detta, för att kunna fånga upp den initiala upplevelsen av att få en diagnos. Därför valde vi att ett inklusionskriterie skulle vara att deltagarna blivit diagnostiserade inom en två års period, från att studien utförts. Vi upplever det som att detta gjorde det något svårare för oss att hitta artiklar som berörde just upplevelsen av att få en diagnos, eftersom ett flertal av de artiklar vi

fann till en början, har inkluderat personer som levt med diagnosen i ett flertal år. Men vi höll fast vid detta och sorterade därför bort de artiklar som inte föll under det kriteriet.

Ett annat inklusionskriterie var att vi ville beskriva vuxnas upplevelser, och det definierade vi med personer från 18 år och uppåt. Detta var ingenting vi reflekterade över speciellt när vi påbörjade vår studie, men vid vidare eftertanke ansåg vi att det kan utgöra en skillnad. Vi är nu medvetna om att upplevelsen kan skiljas åt beroende på en människas ålder vid insjuknande.

Till en början begränsade vi publiceringsåret vid artikelsökning, till de senaste 10 åren. Men vi diskuterade även detta och kom fram till att publiceringsår inte påverkar en människas upplevelse. Därför valde vi att utvidga sökningen till artiklar även publicerade innan detta.

Det vi fann när vi sökte artiklar var utbudet av artiklar kring upplevelsen av att få diagnosen, var något smalt, bland annat beroende på våra inklusionskriterier. Men vi valde ändå att fortsätta på det spåret, eftersom vi verkligen intresserar oss för detta ämne.

När det kommer till analysen i vårt arbete upplever vi att översättningen av resultaten till svenska underlättade vår vidare analys för att på ett enklare sätt kunna sammanställa resultatet. Vi upplevde att införandet av artiklarna i en överblicks matris underlättade förståelsen av innehållet och för att lättare kunna urskilja eventuella teman. När vi sedan skulle identifiera teman var det inte särskilt svårt eftersom vi hade en tydlig uppställning och översättning av resultaten. De teman som vi använder oss av i resultatet är återkommande i ett flertal av våra valda artiklar.

## **7.2 Resultatdiskussion**

Att få diagnosen diabetes typ 2 kan ha olika betydelser och innebörder beroende på vart personen befinner sig i sitt liv. Att få en diagnos i unga år kan ha en helt annan betydelse och inverkan på livet än när man är äldre och får en diagnos. Gåfvells och Lorenz (1999, s. 39-41, 48-49) beskriver i sin bok att få diagnosen diabetes kan göra det svårare för ungdomar att hantera sin personliga utveckling i tonåren. Detta eftersom de redan infinner sig i en typ av transitionsprocess, genom att bara gå igenom utvecklingen i sig (Wikblad, 2006, s. 105). Men att få en diagnos som diabetes, kan även hjälpa ungdomar i sin personliga utveckling då de får lära sig ta ansvar för sin sjukdom och hälsa (Gåfvells & Lorenz, 1999, s.39-41). Detta kan till och med innebära en tidigare och större mognad i livet, än för andra ungdomar.

Att få en diagnos som diabetes typ 2 när man är äldre behöver inte möjligtvis leda till komplikationer och svårigheter för den sjuke. Men att få diagnosen i yngre år kan öka

chansen att utveckla komplikationer relaterade till diabetes senare i livet (Gåfväls & Lorenz, 1999, s. 48-49).

Som äldre kan det vara svårare att anpassa sitt nya liv efter en diagnos, eftersom ens rutiner ofta är inarbetade och man har fasta rutiner. Yngre kanske inte har format sin vardag på samma sätt som äldre, och då kan omställningen att leva med sin diagnos bli lättare då den yngre kanske är mer anpassningsbar. Livsvärlden förändras med åldrandet och den psykologiska beredskapen förändras när anpassning till olika krav från omgivningen förändras i och med att personligheten förändras (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud, Fagerberg, 2003, s. 107-109).

Ur resultatet framkom det att upplevelsen av att få diagnosen diabetes typ 2 varierade mellan deltagare i de olika studierna (Péres, *et al.*, 2008; Johansson, *et al.*, 2009; Beeney, *et al.*, 1996; Peel, *et al.*, 2004; Adriaanse, *et al.*, 2002). Vi identifierade både positiva och negativa upplevelser, och även upplevelser av förnekelse av den diagnos man fått. Enligt transitionsteorin har varje förändringsprocess en början, som ofta ter sig med vissa tecken som tyder på någon slags förändring, i detta fall symtom (Alligood & Tomey, 2010, s. 420-421). Då resultatet visar på olika upplevelser av diagnosen, tolkar vi detta som att människor kan reagera olika beroende på hur tiden innan förändringen faktiskt sett ut. Vissa deltagare beskrev att de misstänkt något redan innan diagnos (Peel, *et al.*, 2004), och då upplevt en mindre chock och faktiskt såg det som något positivt. I Johansson, *et al.* (2009) beskrevs den perioden för vissa deltagare, innan diagnos som en tid av kroppslig obalans. Vi tror att detta har att göra med att deras transitionsprocess redan har påbörjats. Eftersom de har upplevt att något inte stått rätt till, har personerna redan varit förberedda på att diagnosen skulle kunna vara diabetes.

I en studie av Hörnsten & Smide (2009) där 23 personer intervjuades framkom liknande resultat. De kunde se att känslomässiga reaktioner vid diagnos delvis var knutna till om deltagarna haft symtom, och relaterat dessa till diabetes redan innan diagnos. Dessa personer beskrev att diagnosen inte kommit som en överraskning, utan att den snarare varit väntad. Detta kan tolkas som så att dessa personer befinner sig längre fram i deras transitionsprocess, och därför kanske har lättare att ta till sig en diagnos.

Ett annat karaktärsdrag i transitionsprocessen är medvetenhet, och Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher (2009, s. 52-59) menar att medvetenhet är en förutsättning för själva processen. Om en person inte är medveten om förändringar som sker kan denne få svårigheter att genomgå en transition och utvecklas och komma vidare. Ett exempel på detta kan ses i



Wallin & Ahlströms (2010) studie där man såg att vissa deltagare inte ville acceptera sin diagnos eftersom de kände sig friska och hälsosamma och därför tvivlade. Om vi ser på detta utifrån transitionsteorin skulle det troligtvis bli svårare för vissa deltagare att gå igenom processen och faktiskt komma ur den med en acceptans och ökad förståelse för sin nya livssituation. Clark (2006) menar att det finns olika sätt att hantera sin diabetes. Undvikande hanteringsstrategier som att t.ex. passivt acceptera sin sjukdom, försöka glömma bort att man är sjuk, eller skylla på andra, kan ses som sådana strategier. Att använda sig av dessa kan leda till en ökad stress för personen, och större svårigheter att kunna anpassa sig till sin nya verklighet.

Man kan då fråga sig varför människor väljer att förneka symtom och andra varningstecken, men även sjukdomen i sig efter diagnos (Wallin & Ahlström, 2010; Johansson, *et al.*, 2009)?

I Wallin & Ahlströms (2010) studie uttrycktes synen på hälsa som frånvaro av sjukdom. Viljan att inte vara sjuk och därmed hälsosam, enligt vissa deltagare, skulle eventuellt kunna vara en anledning till att man valde att antingen inte söka hjälp, eller att försöka bortse från sin nya diagnos. Andra aspekter uppmärksammas i Hood, Huber, Gustaffson, Scambler & Asimakopoulous (2009) studie där deltagare uttryckte att de förnekat sin diabetes bland annat på grund av bristande kunskap kring symtom, avsaknad av symtom, att diabetes inte sågs som en allvarlig sjukdom vid jämförelse med andra sjukdomstillstånd, samt eftersom många behandlingsalternativ är livsstilsrelaterade. Detta är något som även tas upp i några av resultat artiklarna (Wallin & Ahlström, 2010; Johansson, *et al.*, 2009; Hörnsten, *et al.*, 2004).

Att acceptera sin sjukdom beskrevs även som en central del för att komma vidare i sin sjukdom och vända det till något positivt. I Hörnsten, *et al.* (2004) beskrevs processen att integrera sin sjukdom i sitt vardagliga liv som något som tar tid och kräver mycket av en individ. Men det räcker inte endast att vara medveten om de förändringar som behövs göras för att kunna genomgå en transitionsprocess. Olika processer tar olika lång tid, och upplevelsen är unik för varje människa. Detta kan man se i McEwen, Baird, Pasvogel & Gallegos (2007) studie där det framkom att ett flertal deltagare fortfarande försökte komma till sikt med sin sjukdom och den påverkan som den haft på deras liv, flera år efter de fått sin diagnos.

Deltagarna i de olika studierna intervjuades med olika tidsintervall efter sin diagnos, allt ifrån 2 veckor upp till 2 år efter diagnos. I Adriaanse, *et al.* (2002) uttryckte endast en av 20 deltagare negativa känslor, så som oro vid tillfället för diagnos. I denna specifika studie

diagnostiserades deltagarna genom ett så kallat screening projekt. Innan de intervjuades fick de träffa både en läkare, en diabetessköterska samt en dietist för undersökningar. Vi tror att detta kan ha haft en inverkan på deras upplevelser. Eftersom dessa personer intervjuades med kort tidsintervall efter diagnos tror vi att även detta kan påverka upplevelsen, på så sätt att deltagarna förmodligen inte hunnit bearbeta sin nya situation, och inse hur deras liv kan påverkas av att leva med diabetes typ 2.

Som Everett & Kerr, (1998) beskriver i sin studie, kan att få en diagnos ses som en process som genom bearbetning gradvis integrerar sjukdomen i personernas liv. Vi menar att personer som intervjuas tidigt efter diagnos kanske inte hunnit genomgå transitionen på så sätt att de inte hunnit bearbeta och gå igenom de jobbiga faser som en nydiagnostiserad sjukdom kan innebära. Därmed kan tidiga intervjuer efter diagnos vara missvisande jämfört med om personerna intervjuas senare efter att de fått sin diagnos.

Men alltför sena intervjuer skulle också kunna påverka hur personer ser tillbaka på och beskriver upplevelsen av sin diagnos. Denna aspekt av tidsintervallet kan ses i en intervjustudie av Wenzel, Utz, Steeves, Hinton, Jones (2006). Den genomsnittliga tiden sedan diagnos var 11.6 år, och resultatet visade att det var få deltagare som upplevt sin diagnos som en chock. Författarna menar att en anledning till detta kan vara att deltagarna har haft flera år på sig att integrera verkligheten av diagnosen i sina vardagliga liv och att detta skulle kunna påverkat resultatet.

Enligt Meleis, *et al.* (2009) har sjuksköterskor en viktig roll i patienters vård och behandling, då det oftast är de som möter patienter och deras familjer i själva transitionsprocessen. Sjuksköterskan ska kunna uppmärksamma de förändringar och krav som transitioner kan innebära, och förbereda patienten för kommande förändringar och vägleda de i processen att hitta nya vägar.

Något som vi reflekterade kring som vi såg framkom ur resultatet var att det fanns något olika tankar och funderingar kring den information som deltagarna fått vid diagnostillfället. Information och ny kunskap var något som värderades högt för att kunna anpassa sitt liv efter den nya situationen (Knäck, *et al.*, 2011). Deltagarna beskrev även att kunskapen hela tiden behöver omvärderas och utvärderas, eftersom ny kunskap uppstår genom erfarenheter och reflektion. Det fanns även de som ansåg att den information som de fick inte var tillräcklig (Beeney, *et al.*, 1996). Enligt Socialstyrelsen (2005) är det viktigt att vi som sjuksköterskor ska kunna se till patienters behov av information och kunna uppmärksamma den enskilda patientens önsknings. Detta menar vi är extra viktigt vid tillfälle för diagnos för att patienten

skall kunna få stöd, vägledning och kunna gå vidare i sin transitionsprocess. Något som vi reflekterat kring utifrån resultatet är, varför det beskrivs av många deltagare att de haft symtom men ändå inte sökt vård (Everett & Kerr, 1998; Wallin & Ahlstöm, 2010; Peel, *et al.*, 2004; Johansson, *et al.*, 2009). Vi tror att detta kan ha att göra med brist på kunskap, men också att personerna hittar andra förklaringar till sina symtom, så som naturliga aspekter t.ex. ålder, hårt arbete och sömnproblem.

Enligt Koopman, Mainous & Jeffcoat (2004) så hade fjorton av femton deltagare någon anhörig med diabetes och trots detta var det inte många som kopplade att deras symtom kunde vara relaterade till diabetes. Vi tolkar detta som att dessa personer kan ha saknat kunskap kring diabetes relaterade symtom, trots närvaro av symtom och anhöriga med diabetes. Tessaro, Smith & Rye (2005) undersökte kunskap och tankar kring diabetes hos deltagare, både med och utan diabetes typ 2. Deras resultat visade att ett stort hinder för tidig upptäckt och diagnos av diabetes, var oförmågan att känna igen diabetesrelaterade symtom.

Som vi tidigare beskrivit har sjuksköterskan en viktig roll utifrån transitionsteorin att vägleda och möta patienter i deras unika kontext (Meleis, *et al.*, 2009). Förutom att applicera detta på patienter som redan diagnostiserats, bör vi även uppmärksamma andra som antingen har frågor kring diabetes, men även de som vi kan se befinna sig i riskzonen för att utveckla sjukdomen. Sjuksköterskan bör heller inte ta för givet att patienter som har anhöriga med diabetes besitter den kunskap som behövs för att kunna uppmärksamma symtom i framtiden.

För att kunna bemöta patienten i dennes unika kontext är det viktigt att ta reda på vad patienten har för informations behov (Eide & Eide, 2009, s. 348). Ett sätt att ta reda på dessa aspekter är genom att ge patienten utrymme för att ställa frågor, och en chans att uttrycka det som han eller hon vill diskutera. Att inte få detta utrymme var något som uttrycktes av vissa deltagare och som fick de att känna sig frustrerade och utelämnade i en ny okänd situation (Peel, *et al.*, 2004; Knäck, *et al.*, 2011). Forde (2007) menar att det är av stor vikt inom diabetesvård att patienten har en central roll i hanteringen och skötseln av sin sjukdom. För att personen ska kunna vara involverad och ha en central roll, krävs det att denne får lämplig information, som svarar på hans eller hennes unika behov.

Oavsett vad ett möte med en patient handlar om, menar vi, att en av de viktigaste förmågor en sjuksköterska kan ha är lyhördhet. Genom att lyssna till och höra den enskilde patientens tankar, kan man lättare se den unika person man har framför sig, och på så sätt möta han eller henne, på ett individuellt och personcentrerat sätt.

## 8 Slutsats

Upplevelsen av att få en diagnos som diabetes typ 2 kan uttryckas i form av olika känslomässiga reaktioner och väcka nya tankar och funderingar inför nuet och framtiden. En individs personliga resa från att vara frisk till att faktiskt få en kronisk sjukdom kan ha en stor inverkan på hur individen upplever att få diabetes typ 2. Resultatet visar att den information och det stöd som ges vid diagnos, utgör en betydande aspekt för hur patienterna tar till sig sin diagnos och går vidare i livet med ny förståelse och kunskap.

## 9 Implikation

Det vi har sett under denna litteraturstudie är att det saknas studier kring hur patienter upplever att få en diagnos som diabetes typ 2, framförallt vid tidpunkt för diagnos. Vi anser att detta är viktigt då det kan innebära en stor förändring för en individ, och det behövs individanpassad information och stöd. Detta eftersom vi fann att vissa patienter uttryckte att det saknades utrymme för deras personliga frågor och funderingar. Vi anser att detta är något som vi som blivande sjuksköterskor bör vara medvetna om, då vi kommer att möta personer med nya diagnoser, eller som genomgår andra slags förändringar i sina liv.

Vi har även uppmärksammat att det saknas studier kring hur människor i olika åldrar upplever att få diabetes typ 2. Eftersom sjukdomen blir allt vanligare i yngre åldrar, anser vi att detta växande problem behövs mötas med ytterligare forskning.

För att etablera en ökad förståelse för varje patients unika behov, krävs det att vi som sjuksköterskor håller oss uppdaterade kring ny forskning och ständigt reflekterar kring det vi möter i vårt yrkesliv.

## 10 Referenser

☒ Står för resultatartikel

- Adams-Howell, M., Barnett-Lammon, C.A. The Presence of Family History and the Development of Type 2 Diabetes Mellitus Risk Factors in Rural Children. *The Journal of School Nursing*, (2007), 23, (5), 259-266.
- ☒ Adriaanse, M.C., Snoek, F.J., Dekker, J.M., van der Ploeg, H.M., Heine, R.J. Screening for Type 2 diabetes: and exploration of subjects' perceptions regarding diagnosis and procedure. *Diabetic Medicine*, (2002), 19, 406-411.
- Allgood, M., Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work*. 7th edition. Mossby, Coporation.
- Almås, H., Stubberud, D.G., Gronseth, R. (2011). *Klinisk omvårdnad 1*. Liber AB.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.
- ☒ Beene, L.J., Bakry, A.A., Dunn, S.M. Patient psychological and information needs when the diagnosis is diabetes. *Patient Education and Counseling*, (1996), 29, 109-116.
- Brown, L., Majumdar, S., Newman, S., Johnson, J. Type 2 diabetes does not increase risk of depression. *Canadian Medical Association Journal*, (2006), 175, (1), 42-46.
- Carlsson, S., Hilding, A., Kark, M., Olsson, L., Östenson, C-G., Ahlbom, A. *Diabetes i Stockholms län – förekomst och tidstrender*. Rapport 2007:9. Epidemiologiska enheten, Centrum för Folkhälsa, Stockholms läns landsting och Diabetespreventiva enheten, Karolinska Universitetssjukhuset.
- Clark, M. 'The long and winding road...': the 2005 Mary MacKinnon Lecture. *Practical Diabetes International*, (2006), 23, (2), 69-74.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B., Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Dasgupta, K., Khan, S., Ross, N.A. Epidemiology Type 2 diabetes in Canada: concentration of risk among most disadvantaged men but inverse social gradient across groups in women. *Diabetic Medicine*, (2010), 27, 522–531.
- Eide, H., Eide, T. (2009) 2:a upplagan. *Omvårdnads orienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- ☒ Everett, J., Kerr, D. A picture of the impact of newly diagnosed type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, (1998), 2, (6), 170-175.
- Forde, R. Continuing Education. Patient learning – managing diabetes. *World of Irish Nursing & Midwifery*, (2007), 15, (8), 51-52.
- Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Föräldrabalken. SFS 1949:381. Hämtad vid: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Ovriga-dokument/Ovrigt-dokument/\\_sfs-1949-381/#K8](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Ovriga-dokument/Ovrigt-dokument/_sfs-1949-381/#K8) (17/4-2012).
- Gudbjörnsdóttir, K., Eeg-Olofsson, J., Cederholm, B., Zethelius, B., Eliasson, P., Nilsson, M. Complications Risk factor control in patients with Type 2 diabetes and coronary heart disease: findings from the Swedish National Diabetes Register (NDR). *Diabetic Medicine*, (2009), 26, 53-60.
- Gustafsson, B., Hermerén, G., Petersson, B. (2005) *Vad är god forskningsset? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet.  
[http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god\\_forskningsset\\_3.pdf](http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningsset_3.pdf) (Hämtad 2012-03-28).
- Gåfvells, C., Lorenz, K. (1999) *Diagnos diabetes och alla känslor inombords*. Förlaghuset Gothia.

- Hjellset, V., Bjørge, B., Eriksen, H., Høstmark, A. Risk Factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Immigrants: The InvaDiab-DEPLAN Study on Pakistani Immigrant Women Living in Oslo, Norway. *Journal Immigrant Minority Health* (2011), 13, 101–110.
- Hjärt-och Lungfonden. (2009) *Diabetes – En kärleksjukdom*. Trydells.
- Hood, G., Huber, J., Gustaffson, U., Scambler, S., Asimakopoulou, K. ‘With age comes wisdom almost always too late’: older adults’ experiences of T2DM. *European Diabetes Nursing*, (2009), 6, (1), 23-28.
- Hälso-och sjukvårdslagen. SFS 1982:763. Hämtad vid:  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/?bet=1982:763](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/?bet=1982:763) (19/4-2012).
- ☒ Hörnsten, Å., Sandström, H., Lundman, B. Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, (2004), 47, (2), 174-182.
- Hörnsten, Å., Smide, B. People's reasoning about diagnosis in type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, (2009), 1, 253-260.
- International Diabetes Federation. (2011) *Diabetes Atlas*, 5th edition.  
<http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden> (Hämtad 2012-03-21).
- ☒ Johansson, K., Ekebergh, M., Dahlberg, K. A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, (2009), 46, 197-203.
- King, H., Aubert, R.E., Herman, W.H. Global Burden of Diabetes, 1995-2025 Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*, (1998), 21, (9), 1414-1431.
- Koopman, R.J., Mainous, A.G., Jeffcoat, A.S. Moving From Undiagnosed to Diagnosed Diabetes: The patient’s Perspective. *Clinical Research and Methods*, (1998), 36, (10), 727-732.
- ☒ Knäck, Å., Klang, B., Fagerberg, I. Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (2011), 25, 558-566.
- Larsson, M., Rundgren, Å. (2010) *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lee, H-J., Chapa, D., Kao, C-W., Jones, D., Kapustin, J., Smith, J., Krichten, C., Donner, T., Thomas, S., Friedmann, E. Depression, quality of life, and glycemic control in individuals with type 2 diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, (2009), 21, 214-224.
- Lindehag, A-G. (1990) *Om medicinska sjukdomar*. Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- ☒ Malpass, A., Andrews, R., Turner, K.M. Patients with Type 2 diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, (2009), 74, 258-263.
- Mata-Cases, M., De Prado-La Cueva, C., Salido-Valencia, D., Fernández-Bertolín, E., Casermeiro-Cortés, E.J., Garsía-Durán, M., Jabalera-López, S., Fernández-Sanmartín, M.I., Incidence of complication and mortality in a type 2 diabetes patient cohort study followed up from diagnosis in a primary healthcare Centre. *The international Journal of clinical practice* (2011). 65, (3), 299-307.
- Maty, S., Lynch, J., Raghunathan, T., Kaplan, G. Childhood Socioeconomic Position, Gender, Adult Body Mass Index, and Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus Over 34 Years in the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, (2008), 98, (8), 1486-1494.
- McEwen, M.M., Baird, M., Pasvogel, A., Gallegos, G. Health-Illness transition experiences among Mexican immigrant women with Diabetes. *Family & Community Health*, (2007), 30, (3), 201-212.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E-O., Messias, D., Schumacher, K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, (2000), 23, (1), 12–28.

- Meleis, A. (2009). *Transitions theories. Middle-Range and situations-specific theories in Nursing Research*. Kap., 2., Meleis, A., Sawyer, L., Im, E-O., Messias, D., Schumacher, K. *Transition theory*.
- Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing development & progress*. Philadelphia: Lippincott-raven.
- Nationella Diabetesregistret. Årsrapport – 2010 års resultat. Hämtad vid: [https://www.ndr.nu/pdf/Arssrapport\\_NDR\\_2011.pdf](https://www.ndr.nu/pdf/Arssrapport_NDR_2011.pdf) (11/3-2012).
- Peel, E., Parry, O., Douglas, M., Lawton, J. Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. *Patient Education and Counseling*, (2004), 53, 269-275.
- Péres, D.S., Franco, L.J., Santos, M.A. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (2008), 16, (1), 101-108.
- Rathmann, W., Strassburger, K., Heier, M., Holle, R., Thorand, B., Giani, G., Meisinger, C. Epidemiology Incidence of Type 2 diabetes in the elderly German population and the effect of clinical and lifestyle risk factors: KORA S4/F4 cohort study. *Diabetic Medicine*, (2009), 26, 1212-1219.
- Robbins, J., Vaccarino, V., Zhang, H., Kasl, S. Socioeconomic Status and Type 2 Diabetes in African American and Non-Hispanic White Women and Men: Evidence From the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Public Health*, (2001), 91, (1), 76-83.
- Roupa, Z., Koulouri, A., Sotiropoulou, P., Makrinika, E., Marneras, X., Lahana, I., Gourni, M. Anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus, depending on sex and body mass index. *Health Science Journal*, (2009), 3, (1), 32-40.
- Socialstyrelsen. (2001). *Hur tillämpas de nationella riktlinjerna för typ 2 diabetes? Verksamhetstillsyn i primärvård och kommunal sjukvård*. Hämtad vid: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2001/2001-109-1> (12/3- 2012).
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad vid: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1> (12/3-2012).
- Sundin, Anki. (2006). *Diabetes: Att förebygga och leva med en folksjukdom*. Hälsoförlaget: Stevali AB.
- Svenska Diabetesförbundet. Hämtad vid: <http://www.diabetes.se/sv/Diabetes1/Om-diabetes/Typ-2-diabetes/> (17/4-2012).
- Tessaro, I., Smith, S.L., Rye, S. Knowledge and Perceptions of Diabetes in an Appalachian Population. *Preventing Chronic Disease*, (2005), 2, (2), 1-9.
- Van Steenberg-Weijnenburg, K.M., van Puffelen, A.L, Horn, E.K., Nuyen, J., Sytze van Dam, P., van Benthem, T.B., Beekman, A.T.F., Rutten, F.F.H., Hakkaart-van Roijen, L., van der Feltz-Cornelis, C.M. Complications More co-morbid depression in patients with Type 2 diabetes with multiple complications. An observational study at a specialized outpatient Clinic. *Diabetes Medicine*, (2011), 28, (1): 86-89.
- Wallin, A-M., Ahlström, G. From diagnosis to health: a cross-cultural interview study with immigrants from Somalia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (2010) 24, 357-365.
- Wenzel, Utz, Steeves, Hinton, Jones. Stories of Diagnosis from rural blacks with diabetes. *Family & Community Health*, (2006), 29, (3), 206-213.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., King, H. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, (2004), 27, (5), 1047-1053.
- Wikblad, K. (2006). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund: Studentlitteratur AB.

## 11 Bilaga 1 - tabell över vetenskapliga studier i databaserna Cinahl och Academic Search Premier

Databaser	Sökord	Begränsningar	Antal Träffar	Urval 1	Urval 2	Nr. i Matris.
CINAHL plus with full text	Diagnosis, diabetes, patient, experience.	Peer reviewed, 1990-2012.	82	82	10	7, 1.
Academic search premier	Newly diagnosed, diabetes, patient, experience.	Peer reviewed, 2000-2012.	20	20	5	2,3.
CINAHL Plus with full text	patient, information, needs, diagnosis, diabetes.	Peer reviewed, 2000-2012.	23	23	3	5.
CINAHL Plus with full text	Patients, emotions, diagnosis, type 2 diabetes.	Peer reviewed, 1990-2012.	5	5	2	6.

Urval 1: Antal lästa artikelrubriker.

Urval 2: Antal abstrakt lästa artiklar.

Fyra andra artiklar har upptäckts i andra vetenskapliga artiklars referenslista, och därefter sökts fram via författarnas efternamn via Cinahl plus with full text.

Författarnamn: En artikel av Peel, E., Parry, O. (nr. 8 i matrisen), en artikel med Beeney, L.J., Barkry, A.A., Dunn, S. (nr. 4 i matrisen), och en artikel med Adriaanse, M.C., Snoek, F.J., Dekker, J.M., van der Ploeg, H.M., Heine, R.J. (nr. 9 i matrisen), och en artikel med Everett, J & Kerr, D. (nr. 10 i matrisen).

Artiklarna söktes: 8, 12, 13/3 – 2012.



## 12 Bilaga 2 – matris över resultatartiklar

Artikel Nr., Titel, Författare, Land, Årtal, Tidskrift:	Syfte:	Metod:	Resultat:	Diskussion:
1. Personal understanding of illness among people with type 2 diabetes., Hörnsten, Å., Sandström, H., Lundman, B., Sverige., 2004., Journal of Advanced Nursing.	Att beskriva förståelsen för sin sjukdom hos personer med diabetes typ 2 i Sverige.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Narrativa intervjuer, vilket innebär berättande intervjuer.</li> <li>• 44 deltagare, 21 kvinnor, 23 män.</li> <li>• Mellan 47-80 år.</li> <li>• Diagnostiserade inom de senaste 2 åren.</li> <li>• Materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys.</li> </ul>	Deltagarna beskrev sin syn på att få sin diagnos och vilken betydelse diagnosen hade för deras dagliga liv. Dessutom beskrevs det vilken inverkan sjukdomens kan ha på en individs känslor och roller och hur de såg på framtiden.	Deltagarnas personliga förståelse för sjukdomen är en viktig del i vård och behandling. De har olika förståelser och kunskaper kring sjukdomen och detta är något som måste uppmärksammas och bemötas. Man måste även se skillnad på att <i>få en diagnos</i> och <i>få diabetes</i> är två olika uttryck med olika laddningar.
2. A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes., Johansson, K., Ekebergh, M., Dahlberg, K., Sverige., 2009., International Journal of Nursing	Att utveckla kunskap ur ett patientperspektiv om hur det är att bli sjuk i diabetes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Deltagarna skrev ned berättelser om deras upplevelse.</li> <li>• 7 deltagare, 4 män, 3 kvinnor.</li> <li>• Diagnostiserade sedan 4-12 månader.</li> </ul>	Deltagarna beskrev tiden innan diagnos som att kroppen var i obalans. Efter diagnos hamnade de i en slags krisliknande situation för att sedan anpassa sig till sin nya livssituation och acceptera	Resultaten från studien visar att det behövs ett livsvärlds perspektiv inom vården och omsorgen. Ett sådant perspektiv kan hjälpa människor att inte låta sjukdomen ta över deras liv och istället lära

Studies.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materialet analyserades med utifrån ett fenomenologiskt perspektiv.</li> </ul>	sin sjukdom.	sig hantera sin nya livssituation och hitta vägar för att göra det bättre. Det fanns också en viss brist på kunskap kring egenvård och hur man hanterade sin sjukdom.
3. Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study., Malpass, A., Andrews, R., Turner, K.M., England., 2009., Patient Education and Counseling.	Att undersöka patienters erfarenheter av att göra multipla livsstilsförändringar, efter diagnos av diabetes typ 2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Öppna och djupgående intervjuer.</li> <li>• 30 deltagare, 18 kvinnor, 12 män.</li> <li>• Mellan 30-80 år.</li> <li>• Diagnostisera de inom de senaste 6 månaderna.</li> <li>• Materialet analyserades med en tematisk analysmetod. Vilket innebär att man transkriberar och kategoriserar materialet.</li> </ul>	Fynden tyder på att erbjuda information kring kostråd och fysisk aktivitet uppmuntrar personer att använda sig av fysisk aktivitet på strategiska sätt för att kunna hantera sin sjukdom. Resultaten visar även på att det upplevs som en bra hjälp att göra flera livsstilsförändringar för att kunna hantera sin sjukdom.	Fysisk aktivitet och dietiska förändringar används av nydiagnostiserade med diabetes typ 2 för att sänka sin blodglukos nivå. Ökad fysisk aktivitet kan fungera som en väg till förändring, det vill säga att fysisk aktivitet producerar positiva effekter på andra beteenden i deras liv.
4. Patient psychological and information needs when the diagnosis is	Att identifiera diabetes patienters behov av information och	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvantitativ studie.</li> <li>• Frågeformulär besvarades av 1159</li> </ul>	Deltagarna beskrev olika reaktioner vid tillfället för diagnos, och hur de tänkte	Vårdpersonal bör vara medveten om skillnader mellan behov av stöd och

diabetes., Beeney, L.J., Bakry, A.A., Dunn, S.M., Australien., 1996., Patient Education and Counseling.	emotionellt stöd vid tiden av diagnos.	<p>patienter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 läkare deltog och intervjuades via telefon.</li> <li>• Materialet kodades, delades upp i teman och ställdes upp i diagram.</li> </ul>	kring och såg på framtiden. Fynden visar också på deltagarnas tankar kring behov av stöd och information när de får sin diagnos.	information hos patienter. De bör fråga vad de vill, men även vad de vill veta mer om och sedan erbjuda valmöjligheter och involvera patienter mer i diskussioner kring vård och behandling.
5. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes., Péres, D.S., Franco, L.J., Santos, M.A., Brasilien., 2008., Revista Latino-Americana de Enfermagem.	Att lära sig om känslor och känslomässiga reaktioner hos kvinnor efter diagnos av diabetes typ 2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Semi-strukturerade intervjuer. Vilket innebär att samma frågor ställs till alla deltagare.</li> <li>• 8 deltagare, alla kvinnor.</li> <li>• Mellan 49-76 år.</li> <li>• Diagnostiserade inom det senaste året.</li> <li>• Materialet analyserades med en tematisk och kategoriserande metod.</li> </ul>	Kvinnorna beskrev de primära känsloreaktioner de upplevt vid diagnosen, samt deras syn på framtiden och även deras tankar kring att acceptera sin sjukdom.	Att få en kronisk diagnos väcker många känslor, tankar och funderingar. Det är viktigt att vårdpersonal kan bemöta patienter i deras situation och i varje fas av deras sjukdomsprocess. Personalen bör uppmärksamma varje enskilds patients behov av stöd och hjälp, genom att vara lyhörd, öppen och föra en dialog med patienten.
6. From diagnosis to health: a cross-sectional interview study with	Att undersöka invandrare från Somalia som bor i Sveriges upplevelser av få	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Öppna intervjuer.</li> <li>• 19 deltagare, 8 män</li> </ul>	Fynden visar på deltagarnas existentiella tankar kring nuet och	Denna studie erbjuder vårdpersonal med kunskap kring hur en

<p>immigrants from Somalia. Wallin, A-M., Ahlström, G., Sverige., 2010., Scandinavian Journal of Caring Sciences.</p>	<p>diagnosen och beskriva deras tankar kring hälsa.</p>	<p>&amp; 11 kvinnor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mellan 30-80 år.</li> <li>• Haft diagnosen i mer än 6 månader.</li> <li>• Ordagrann, därefter djupare tolkande analys av materialet.</li> </ul>	<p>framtiden, förnekelse och misstro för diagnosen m.m.</p> <p>Deltagarna ombads även att berätta om deras syn på hälsa och livskvalitet, och många såg på hälsa som avsaknad av sjukdom.</p>	<p>minoritetsgrupp uppfattar och ser på sin sjukdom och diagnos. I kvalitetsutvecklings arbete kring vård och behandling av patienter med diabetes behövs mer övervägande kring variationen av tankar relaterade till kön och kulturella skillnader.</p>
<p>7. Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnosis of diabetes mellitus., Knäck, Å., Klang, B., Fagerberg, I., 2011., Sverige., Scandinavian Journal of Caring Sciences.</p>	<p>Syftet med studien är att få en förståelse för hur det upplevs att leva med diabetes de 2 första månaderna efter diagnosen fastställts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Patienter från en endokrinologisk avdelning deltog i studien.</li> <li>• 13 patienter, 4 kvinnor, 9 män.</li> <li>• Mellan 26-65 år.</li> <li>• Diagnostiserad med diabetes de senaste 2 månaderna.</li> <li>• Materialet analyserades med en innehållsanalys.</li> </ul>	<p>Fynden visade på deltagarnas tankar kring sin nya verklighet, kroppens roll i livet, olika sätt att lära sig och skaffa sig kunskap, och även deltagarnas tankar kring deras möte med Hälso- och sjukvården.</p>	<p>Personer med kort erfarenhet av sjukdomen fick kunskap genom deras egna erfarenheter och självreflektion. Inlärningsprocessen inkluderar en inre dialog mellan jaget, kroppen och livet. Deltagande handlade om att greppa en ny verklighet och förstå det nya jaget och kroppen.</p>
<p>8. Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and</p>	<p>Syftet är att undersöka patienters känslomässiga reaktioner av diagnos och deras tankar kring den</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Djupgående intervjuer.</li> <li>• 40 deltagare, 19 kvinnor och 21</li> </ul>	<p>Tre olika vägar till diagnos identifierades i materialet, och hur deltagare hade reagerat på att få diabetes,</p>	<p>Studien har visat att det inte finns någon nödvändig eller oundviklig relation mellan känslor och</p>

<p>views about information provision., Peel, E., Parry, O., Douglas, M., Lawton, J., Skottland., 2004., Patient Education and Counseling.</p>	<p>information som ges vid tillfället för diagnos.</p>	<p>män.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mellan 21-78 år.</li> <li>• Med nydiagnostiserad diabetes.</li> <li>• Materialet analyserades med en tematiskmetod.</li> </ul>	<p>utifrån sin väg till diagnos. Även deltagarnas tankar kring behov av stöd och information framkom ur materialet.</p>	<p>patienters uttryckta önskan om information, eller förmåga att ta till sig denna information. Våra respondenter ville generellt sett ha mer information om skötseln av sin sjukdom vid tiden för sin diagnos.</p>
<p>9. Screening for Type 2 diabetes: an exploration of subjects' perceptions regarding diagnosis and procedure., Adriaanse, M.C., Snoek, F.J., Dekker, J.M, van der Ploeg, H.M., Heine, R.J., Holland., 2002., Diabetic Medicine.</p>	<p>Att undersöka de psykologiska effekterna av ett stegvis populations-screening project för diabetes typ 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ intervju studie.</li> <li>• 40 deltagare, varav 20 var diagnostiserade med diabetes typ 2, och 20 i riskzonen, för att utveckla sjukdomen, men nådde inte kriterierna för diagnos.</li> <li>• Mellan 51-74 år.</li> <li>• Diagnostiserade de senaste två månaderna.</li> <li>• Materialet analyserades utifrån en analytisk kategoriserande metod.</li> </ul>	<p>Resultatet från de som diagnostiserats med diabetes visade att de flesta inte blivit oroliga vid diagnos och upplevde det inte som något allvarligt. Hälften av dessa ansåg att de kunde göra något åt sin sjukdom. Nästan alla hade dessutom berättat om diagnosen för sina anhöriga, och det ansågs inte som ett tabubelagt ämne.</p>	<p>I motsatts mot vad man kanske förväntat sig så uttryckte de flesta att de tagit diagnosen lättsamt och uttryckte lite oro inför sin sjukdom. Men detta visar endast på den kortvariga upplevelsen efter diagnos, och inte på mer långvariga tankar och upplevelser av diabetes.</p>

<p>10. A picture of the impact of newly diagnosed type 2 diabetes., Everett, J., Kerr, D., Storbrittanien., 1998., Journal of Diabetes Nursing.</p>	<p>Att utforska upplevelser hos patienter nydiagnostiserade med diabetes typ 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Två intervjugrupper med öppna frågor hölls.</li> <li>• 12 deltagare.</li> <li>• Mellan 51-78 år.</li> <li>• Diagnostiserade inom de senaste 6 månaderna.</li> <li>• Materialet transkriberades, kodades och kategoriserades.</li> </ul>	<p>Resultatet visade att deltagarna hade upplevt tiden innan diagnos något olika, och alla hade någon form av medveten eller omedveten förförståelse kring diabetes. Att få diagnosen kunde liknas vid att få något taget ifrån sig, med förlusten av tidigare god hälsa.</p>	<p>Att få diagnosen diabetes påverkar både personen och dennes familj. Därför är det viktigt att även anhöriga tas i åtanke vid utbildning och dylikt. Utbildningsgrupper är ett sätt att ge personer med diabetes den information, men även det stöd som behövs tiden efter diagnos.</p>
---	---	--	---	---