



Mikaela Axelsson

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, HT 2013,

Grundnivå

Handledare: Britt-Marie Bernhardson

Examinator: Åsa Kneck

Att leva med diabetes typ 2 - en livslång utmaning

En litteraturöversikt

Living with type 2 diabetes - a life long challenge

A literature overview

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som kraftigt ökar världen över. När en person får sjukdomen kan hela vardagslivet påverkas vilket oftast medför en stor livsstilsförändring. Behandlingen består till stor del av egenvård vilken patienten har ett viktigt ansvar för. Sjuksköterskorna har en betydelsefull roll i att stödja, vägleda och undervisa patienten. Då varje patient är unik skulle sjuksköterskan gynnas av ökad kunskap om patienternas upplevelse av vad som främjar och hindrar egenvården vid diabetes typ 2.

Syfte: Syftet var att utifrån ett patientperspektiv beskriva upplevelsen av vad som främjar samt hindrar egenvård vid diabetes typ 2.

Metod: En litteraturstudie, grundad på nio vetenskapliga artiklar hämtade från databaserna CINAHL plus with full text, PubMed och Medline. Artiklarna analyserades och gemensamma nämnare identifierades och teman skapades.

Resultat: Patienternas främjande och hindrande upplevelser presenterades i två huvudteman med tillhörande subteman. *Att leva med diabetes typ 2* belyste patientens upplevelser av personlig uppfattning, integrering, drivkraft och samspel med omgivning. *Att möta vården* skildrade patienternas upplevelser av vårdgivarens stödjande och informerande roll.

Diskussion: Uppsatsens resultat diskuteras, utvecklas och styrks genom att kopplas till andra vetenskapliga studier, Dorothea E. Orems egenvårdsteori, denna studies bakgrund och författarens egna reflektioner. Det framkommer att ingen patient är den andra lik och att de bör behandlas som den unika person de är för att egenvården ska kunna integreras i livet.

Nyckelord: Diabetes mellitus typ 2, egenvård, upplevelse och patient

Abstract

Background: Type 2 diabetes is a chronic disease that vigorously increases worldwide. The disease can affect the entire everyday life which usually results in major lifestyle change. The treatment consists largely of self care which the patient itself has great responsibility for. The nurses have an important role in supporting, guiding and teaching the patients. Since every patient is unique the nurse would benefit from an increased knowledge about the patients experiences of what promotes and prevents self care in type 2 diabetes.

Aim: The aim was, from a patient perspective, describe the experience of what promotes and prevents a self care in type 2 diabetes.

Methods: A literature review based on nine scientific articles gathered from the databases CINAHL plus with full text, PubMed and Medline. The articles were analyzed and common denominators were identified and themes created.

Results: The patients promoting and preventing experiences were presented in two main themes with associated subthemes. *To live with type 2 diabetes* enlightens the patients experiences of personal perception, integration, driving force and interact with the surroundings. *To meet healthcare* illustrated the patients experiences of the caregivers supporting and informative role.

Discussions: This study's results are discussed, developed and strengthened with other scientific studies, Dorothea E. Orem's theory of self care, this study's background and the author's own reflections. It is revealed that no patient is the other alike and they should be treated as the unique individuals they are to enable the self care to be integrated in their life.

Keywords: Diabetes mellitus type 2, self care, experience and patient

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 <i>Diabetes historik</i>	1
2.2 <i>Diabetes Globalt och i Sverige</i>	2
2.3 <i>Egenvård</i>	3
2.4 <i>Egenvård vid diabetes typ 2</i>	4
2.4.1 <i>Problemformulering</i>	5
3. SYFTE/FRÅGESTÄLLNINGAR	6
4. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	6
4.1 <i>Dorothea E. Orems egenvårdsteori</i>	6
4.1.1 <i>Teorin om egenvård</i>	6
4.1.2 <i>Teorin om egenvårdsbrist</i>	7
4.1.3 <i>Teorin om omvårdnadsstystem</i>	7
5. METOD	8
5.1 <i>Urval och datainsamling</i>	8
5.2 <i>Dataanalys</i>	9
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
7. RESULTAT	10
7.1 <i>Att leva med diabetes typ 2</i>	10
7.1.1 <i>Personlig uppfattning</i>	10
7.1.2 <i>Integrering</i>	11
7.1.3 <i>Drivkraft</i>	12
7.1.4 <i>Samspel med omgivning</i>	13
7.2 <i>Att möta vården</i>	14
7.2.1 <i>Stöd</i>	14
7.2.1.1 <i>Gruppbaserat stöd</i>	16
7.2.2 <i>Information</i>	16
8. DISKUSSION	17
8.1 <i>Metoddiskussion</i>	17
8.2 <i>Resultatdiskussion</i>	19
9. KLINISKA IMPLIKATIONER	22

10. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	22
11. SLUTSATS.....	22
REFERENSFÖRTECKNING	24
BILAGA 1, SÖKMATRIS	27
BILAGA 2, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	28

"Vill man leda en människa fram till en bestämd punkt, måste man först och främst se till att man hittar henne just där man befinner sig och utgå därifrån, detta är hemligheten med all hjälpande konst." (Sören Kirkegaard)

1. Inledning

Diabetes är en sjukdom som ständigt ökar bland befolkningen i Sverige och världen över. Människors, generellt sett, försämrade levnadsvanor är en starkt bidragande faktor till denna snabbt växande epidemi. Sjukdomen ställer och kommer att ställa stora krav på sjukvården att hantera diabetes och dess komplikationer. Som sjuksköterskor kommer vi med största sannolikhet träffa på patienter med någon form av diabetes. I behandlingen av diabetes läggs stort ansvar på varje enskild individ, i form av egenvård. Hur kan vi inom vården bidra till en motiverande egenvård?

Diabetes fångade mitt intresse under min praktik i primärvården då majoriteten av alla patienter jag kom i kontakt med hade diabetes typ 2. Sjukdomen satte en mängd käppar i deras livssituation och kampen mot att reducera symtomen var en ranglig berg- och dalbana med både lättare och svårare hinder att bekämpa. Att få ta del av deras livssituation och förhoppningsvis vara med att göra skillnad var en otrolig utmaning och upplevelse. Detta ledde till ett intresse för egenvårdens betydelse hos personer med diabetes typ 2.

2. Bakgrund

2.1 Diabetes historik

I Egypten finns den första beskrivningen av diabetes samlad i Ebers papyrusrullar från 1500 f. Kr. Diabetes beskrivs där som ett polyuriskt tillstånd. Det är nästan ett och ett halvt årtusende senare som sjukdomen får sitt namn "diabetes" av den grekisk-turiske läkaren Aretaios. Betydelsen av diabetes är "rinna genom", som Aretaios skriver: "Det syns som om sjukdomen bör kallas diabetes- urinen rinner utan uppehåll, liksom ur öppna vattenledningar" (Agardh & Berne, 2009, s.11). Citatet syftar till törsten och de stora urinmängderna som är de klassiska symtomen för diabetes. Omkring 500-400 f. Kr upptäckte läkare i Indien att urinen var söt vid diabetes, genom att de smakade på den och upptäckte att myror drogs till urinen. Tomas Willis upptäckte år 1674 denna indiska observation och föreslog att man skulle lägga till mellitus, som är det latinska ordet för honungssöt. Det var då sjukdomen officiellt fick sitt namn diabetes mellitus. År 1980 var första gången sjukdomen klassificerades, genom att dela in den i icke-insulinberoende och insulinberoende. Med ny forskning fann man att kriterierna för diabetes gällande glukosvärden var för strikta. De tog inte hänsyn till lätt förhöjda värden som är en riskfaktor för diabetes. Även möjligheten att kartlägga bakomliggande orsaker ledde till en ny klassificering. Denna gjordes år 1997 av American Diabetes Association som sedan justerades av World Health Organisation 1999. Den nya indelningen blev typ 1-

diabetes, typ 2-diabetes, graviditetsdiabetes och andra specifika diabetestyper (Agardh & Berne, 2009; Lindholm, 2009).

2.2 Diabetes globalt och i Sverige

Tidigare ansågs diabetes ha en mindre betydelse gentemot världshälsan men nu ses sjukdomen som ett av de huvudsakliga hoten (Meetoo, McGovern & Safadi, 2007). Diabetes, oavsett typ, ökar kraftigt i hela världen och omkring 347 miljoner människor beräknas ha sjukdomen. År 2030 uppskattas diabetes bli den sjunde vanligaste dödsorsaken i världen. Av dödsfallen till följd av diabetes består 50-80 procent av hjärt- och kärlsjukdomar (World Health Organization, 2013). Sjukdomens komplikationer leder till lidande, sjukskrivning och olika behov av sjukvård och omsorg som i sin tur skapar stora samhällskostnader (Socialstyrelsen, 2013).

Epidemin är som starkast i Asien och i utvecklingsländerna på grund av snabb ekonomisk utveckling som generellt skapar urbanisering, försämrade kostvanor och minskad fysisk aktivitet. En bidragande faktor som är karaktäristiskt för Asien är deras traditionella basvara, vitt ris, som leder till högt intag av raffinerade kolhydrater (Hu, 2011).

I Sverige beräknas omkring 300 000 människor ha diabetes typ 2 vilket motsvarar drygt tre till fyra procent av befolkningen. Lite mer än 15 procent av befolkningen, som motsvarar ungefär en miljon människor, i Sverige beräknas bära på arvsanlaget för utvecklandet av diabetes typ 2 (Diabetesförbundet, 2011b).

Diabetes typ 2 har positionerat sig som en av de största epidemierna i den mänskliga historien (Zimmet, Shaw & Alberti, 2003). Diabetes typ 2 står för majoriteten av all diabetes i världen och man räknar på att den utgör cirka 90 procent av alla diabetesformer och är därmed den vanligaste formen (Lindholm, 2009; World Health Organization, 2013).

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom och en av våra stora folksjukdomar (Diabetesförbundet, 2013; World Health Organization, 2013). När man drabbas av diabetes typ 2 kan hela vardagslivet påverkas vilket oftast innebär en stor förändring av sättet man lever på. Under dygnets alla timmar varierar blodsockret beroende på vad man gör, vilka mediciner man tar, vad man äter, om man är glad, arg, stressad eller sjuk (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist & Östenson, 2010, s. 97). Det är kombinationen av arv och miljö som ligger till grund för diabetes typ 2. Fysisk inaktivitet, ärftliga faktorer, övervikt och kostens sammansättning är de vanligaste riskfaktorerna för diabetes typ 2 (Groop, Lyssenkön & Renström, 2009).

Drygt 80 procent av personerna med diabetes typ 2 lider av fetma och övervikt som bidrar till högt blodglukos, blodtryck och kolesterol. Dessa bidrar i sin tur till risken att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2010).

Det som sker vid diabetes typ 2 är att kroppens celler och vävnader som vanligtvis tar upp insulin blir resistent. Pancreas reagerar med att producera mer insulin, hyperinsulinemi. Även fast mer insulin produceras så kan blodsockret inte tas upp tillräckligt av kroppens celler då resistensen är för stor. Till slut minskar produktionen av insulin och insulinbrist uppstår. När man har hyperglykemi uppkommer diabetessymtomen. De vanligaste är trötthet, törst och ökad urinproduktion. Andra symtom kan vara viktminskning, torra slemhinnor och torr hud (Ericson & Ericson, 2008, s. 520-522).

Diabetes typ 2 ökar risken att utveckla komplikationer i form av mikrovaskulära och makrovaskulära sjukdomar. Typ 2 diabetes kan vara odiagnostiserad i flera år innan diabetessymtomen blir tillräckligt tydliga. Detta fenomen är vanligast hos människor med fetma. Ofta upptäcks diagnosen på en rutinläkarundersökning eller före en operation. Avsaknaden av symtom gör att man inte tidigt kan upptäcka och motverka sjukdomen, komplikationerna kan då leda till dödliga konsekvenser. Därför är diabetes typ 2 ofta refererad som den "tysta mördaren" på grund av sin höga andel dödsfall (Meetoo, 2004).

2. 3 Egenvård

Socialstyrelsen (2013) definierar egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan. Hicks (2010) har en mer omfattande beskrivning av begreppet egenvård som individens förmåga att hantera symtom, behandling, fysiska och psykosociala konsekvenser och livsstilsförändringar som medföljer när man lever med en kronisk sjukdom.

Bedömningen av egenvård ska göras tillsammans med patienten utifrån dennes livssituation, samt psykiska och fysiska hälsa (Socialstyrelsen, 2013). Egenvården syftar till att patienten ska ta kontroll över sin sjukdom och aktivt delta i egenvårdens behandlingsmetoder (Hicks, 2010). Samarbetet mellan vårdgivare och vårdtagare skapar bättre förutsättningar för att patienten ska känna tillit och trygghet till vårdteamet men även viljan att uppnå ett gott liv (Granit & Hjalmarsson, 2012). Information och kunskapsöverföring om patientens sjukdomstillstånd kan hjälpa till att påverka till lämpliga förändringar i patientens beteende (Hicks, 2010). Patientcentrerad vård har visat sig leda till en effektivare egenvård, ökad följsamhet och ett bättre samarbete mellan vårdgivare och

vårdtagare (Vårdhandboken, 2013). Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport (2009) beskriver patientcentrerad vård som:

"En patientfokuserad vård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet. Patienten bemöts utifrån ett socialt sammanhang och vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Den planeras och genomförs i samråd med patienten. Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig i och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling." (s. 78).

I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) står det att sjuksköterskan ska ha förmågan att motivera till förändrade livsstilsfaktorer och aktivt identifiera och förebygga hälsorisker. Sjuksköterskan ska även kunna bedöma och identifiera patientens förmåga och tillgångar vid egenvård. Även att stödja och undervisa patienter och deras närstående, i grupp eller enskilt, samt motverka komplikationer i samband med vård, sjukdom och behandling. Syftet är att främja hälsa och förebygga ohälsa.

För att patienter från andra kulturer ska få en evidensbaserad vård är det viktigt att ha kunskap om kulturens särdrag och utöva en kulturellt anpassad behandling och utbildning utifrån deras kulturella mönster. Anpassning gällande språk, kost- och andra livsstilsfaktorer är därför viktigt. Översättning till personens egna språk, antingen genom tolk eller skriven patientinformation, underlättar vård och behandling. I många kulturer är familjen viktig, där kan en betydelsefull faktor vara att engagera och involvera familjen (Socialstyrelsen, 2010).

2.4 Egenvård vid diabetes typ 2

Diabetes typ 2 kräver mycket av patienten i form av egenvård. Kärnan i egenvården vid diabetes typ 2 är att kunna kontrollera, mäta och behandla sitt blodsocker. En viktig del är förändring av levnadsvanor i form av kost och ökad fysisk aktivitet (Diabetesförbundet, 2011a).

För att kunna få kontroll över sitt eget blodsocker får man utbildning i hur man själv tar ett kapillärprov, hur man tolkar sina sockervärden och när det är lämpligast att ta dem. Om inte förbättrad kost eller ökad fysisk aktivitet räcker för att sänka blodsockret prövar man i första hand tablettbehandling. Om tablettbehandlingen inte räcker för att sänka blodsockret så måste man börja behandla med insulin. Det är viktigt att patienten förstår hur blodsockret influeras av fysisk aktivitet, mat och dryck samt tablett- eller insulinbehandling (Alvarsson et al., 2010, s. 97-98). Att förändra sin kostsammansättning kan vara en central del i egenvården. Det är ofta framgångsrikt att byta ut enskilda livsmedel mot mer diabetesanpassade alternativ så att patienten inte helt behöver överge sina tidigare matvanor. Rådgivningen från vårdgivaren sida blir att hitta en fungerande vardagskost, som ska fungera som stöd i egenvården. Syftet med

kostbehandlingen är att skapa bra matvanor och ett anpassat energiintag som kan leda till viktnedgång, stabiliserat blodsocker, förbättrad metabol kontroll och minskad risk för diabeteskomplikationer (Socialstyrelsen, 2011). En annan levnadsvana som är grundläggande i egenvården är den fysiska aktiviteten då den har en positiv påverkan på insulinkänsligheten samt på kolesterolen och blodtrycket som är kända riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar. För en förbättrad glukoskontroll rekommenderas regelbunden daglig fysisk aktivitet. Denna fysiska aktivitet kan exempelvis bestå av cykling och raska promenader. Det är viktigt att den fysiska aktiviteten anpassas till patientens livsstil och allmänna fysiska kondition (Österson, Birkeland & Henriksson, 2008).

Flera studier (Jallinoja et al., 2007; Björk Brämberg, Dahlborg-Lyckhage & Määttä, 2012; Boström, Isaksson, Lundman, Egan Sjölander & Hörnsten, 2012) visar att det är svårt för vårdpersonalen att bistå patientens egenvård. I Jallinoja et al. (2007) studie lyfts två framstående hinder för egenvården fram av vårdgivarna, dessa är patientens ovilja till förändring och patientens otillräckliga kunskap kring riskerna med sjukdomen. Vårdgivarna som deltog i studien svarade nästan enhälligt att deras uppgift är att ge information kring risker samt motivera till förändring av levnadsvanor, men endast hälften anser sig ha tillräckliga kunskaper för att förmedla livsstilsrådgivning. Detta skapar ett svåröverkomligt dilemma då den bristande rådgivningen kan vara en påverkande faktor till patientens upplevda ovilja. Björk Brämberg et al. (2012) studie där författarna fick närvara och spela in vårdmötena för att sedan dra egna slutsatser och analyser beskriver en bristande individuell rådgivning mellan vårdgivaren och patienten i egenvården. I resultatet framkommer att det finns en obalans mellan vårdgivaren och patienten, som innebär att patientens tankar och frågeställningar sätts i andra hand. När exempelvis frågor angående det dagliga livet och dess utmaningar ställs av patienten får de rent medicinska svar. Ett annat problem som tas upp är att vårdgivaren styr strukturen och innehållet av rådgivningen. Patienten får inte vara tillräckligt delaktig i rådgivningen vilket sällan resulterar i en gemensam plan. De deltagande diabetessjuksköterskorna i Boström et al. (2012) studie beskriver sitt yrke som multifacetterat med flertalet olika roller att ta hänsyn till. Dock upplevs alla dessa roller hindra den patientcentrerande vården då tiden inte räcker till för att sätta sig in i varje patients situation.

2.4.1 Problemformulering

Diabetes typ 2 är en av våra stora folksjukdomar som kraftigt ökar och bidrar till stora samhällskostnader på grund av sjukskrivningar, lidande och ett ökat behov av sjukvård och omsorg. Då det inte finns något botemedel utan enbart behandlingar som kontrollerar

sjukdomen är det viktigt med en väl fungerande egenvård. I flera studier har det uppdagats brister i vårdmötet rörande egenvården. Dessa brister leder till en försämrad patientcentrerad vård som kan orsaka en lidande egenvård. Eftersom patienten kommer vara i kontakt med vården kommer krav ställas på vårdgivaren att informera, undervisa, stödja och motivera till en bra egenvård. För att kunna göra det på bästa sätt krävs ökad kunskap om de olika faktorerna som hindrar och främjar patienternas upplevelse av egenvården vid diabetes typ 2.

3. Syfte

Syftet var att utifrån ett patientperspektiv beskriva upplevelsen av vad som främjar samt hindrar egenvård vid diabetes typ 2.

4. Teoretisk utgångspunkt

4. 1 Dorothea E. Orems egenvårdsteori

Orems egenvårdsteori belyser egenvårdens komponenter ur både patientens och vårdgivarens perspektiv. Orem (1995, s. 170-171) egenvårdsteori består av tre underliggande och bidragande teorier; teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem.

4.1.1 Teorin om egenvård

Dorothea E. Orem definierar egenvård som, utförande av aktiviteter som individen själv tar initiativ till och utför för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande (Orem, 1995, s. 104). Egenvårdens syfte är att handlandet ska ha ett mönster och en ordningsföljd och när det utförs effektivt bidrar det till integritet, personens funktioner och utveckling som människa. Dessa aktiviteter är både medvetna och frivilliga och ska tillgodose de olika egenvårdsbehoven (Orem, 1995, s. 103-104, 191).

Det finns tre olika typer av egenvårdsbehov. *Universella egenvårdsbehov* är gemensamma för alla människor för att upprätthålla mänskliga funktioner, exempelvis intag av mat och luft (Orem, 1995, s. 108, 191). *Utvecklingsmässiga egenvårdsbehov* är associerade med processer kring den mänskliga utvecklingen, samt med olika situationer under livscykeln som kräver utveckling för att hanteras, exempelvis graviditet eller förlust av närstående (Orem, 1995, s. 109, 197). *De hälsorelaterade egenvårdsbehoven* finns hos personer vars hälsa avviker från det normala på grund av medfödda, genetiska eller förvärvade sjukdomar, skador och andra patologiska tillstånd (Orem, 1995, s. 108-109). Summan av alla de aktiviteter som ska utföras

för att uppfylla och tillgodose egenvårdsbehoven kallas för egenvårdskrav (Orem, 1995, s. 111).

4.1.2 Teorin om egenvårdsbrist

Teorin uttrycker och utvecklar orsakerna till varför en person behöver omvårdnad. Två centrala begrepp är egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsningar (Orem, 1995, s. 174, 240). Egenvårdskapacitet är den komplicerade inlärd förmåga som ska tillfredsställa egenvårdsbehoven som styr individens integritet, utveckling och välbefinnande (Orem, 1995, s. 212). Egenvårdskapaciteten innefattar de kunskaper, motivation, mentala och praktiska färdigheter som krävs för att möta egenvårdsbehoven. Egenvårdskapaciteten är individuell och varierar utifrån grundläggande faktorer som hälsotillstånd, ålder, kön, livserfarenhet, kunskap och utbildning, resurser och anhöriga (Orem, 1995, s. 203, 212, 228).

Egenvårdsbegränsningar som Orem (1995, s. 236-237) beskriver är begränsad förmåga att bedöma och fatta beslut, begränsade kunskaper och begränsad förmåga att utföra handlingar som ger resultat. Egenvårdsbrist uppkommer när det finns obalans mellan individens egenvårdskapacitet och egenvårdskrav på grund av egenvårdsbegränsningar. Egenvårdsbrister är identifierade som fullständiga eller delvisa. Fullständig egenvårdsbrist innebär att man inte har någon kapacitet att uppfylla egenvårdskraven. Delvis egenvårdsbrist innebär att man själv inte klarar av sin egenvård, då måste andra, exempelvis anhöriga, vänner eller en professionell vårgivare, hjälpa till (Orem, 1995, s. 240-242).

4.1.3 Teorin om omvårdnadssystem

Teorin om omvårdnadssystem är grunden för omvårdnaden. Teorin beskriver begreppen omvårdnadskapacitet, hjälpmetoder och omvårdnadssystem (Orem, 1995, s. 15, 175-176). Omvårdnadskapacitet är de kunskaper, färdigheter, egenskaper och attityder som sjuksköterskan behöver för att utföra omvårdnadsåtgärder, som i sin tur ska avhjälpa egenvårdsbristerna (Orem, 1995, s. 247). Hjälpmetoder, ur ett omvårdnadsperspektiv, är de tillvägagångssätt som ska användas för att övervinna och kompensera de hälsorelaterade begränsningarna hos en patient. Dessa är att stödja (fysiskt eller psykiskt), vägleda, utföra, undervisa och skapa en utvecklande miljö (Orem, 1995, s. 14-15, 305). Omvårdnadssystem skapar struktur inom omvårdnaden, då de identifierar behoven, rollförhållandena samt hjälpmetoderna som kan tillämpas, mellan vårdare och patient. Omvårdnadssystem skapas ur interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare i omvårdnadssituationer (Orem, 1995, s. 302-305). Det finns tre olika omvårdnadssystem: *Fullständigt kompenserande omvårdnadssystem*

är för de patienter som inte kan utföra egenvårdsåtgärder eller kroppsrörelser på egen hand på grund av exempelvis funktionshinder eller koma. Hjälpmetoder som används är att stödja samt utföra något för patienten. I *delvis kompenserade omvårdnadssystem* utför både patienten och sjuksköterskan omvårdnadsåtgärder med hjälp av de fem hjälpmetoderna. *Stödjande/undervisade omvårdnadssystem* används då sjuksköterskan lär patienten utföra handlingar för att patientens egenvårdskrav ska tillfredställas och egenvårdskapacitet utvecklas. Här används de samtliga hjälpmetoderna (Orem, 1995, s. 306-311).

5. Metod

Uppsatsen är en litteraturöversikt vilken, genom att studera aktuella forskningsartiklar, bildar en överblick av kunskapsläget inom ett visst ämnesområde (Friberg 2012b). Då uppsatsens syfte är patienternas upplevelser utgick författaren från kvalitativa studier som enligt Friberg (2012a) leder till att man får en bättre förståelse för hur patienternas upplevelser, förväntningar, erfarenheter och behov kan tillgodoses.

5.1 Urval och datainsamling

Författaren har sökt efter artiklar i databaserna CINAHL, PubMed och Medline. Sökorden valdes utifrån ämnesområdet kring syftet. Dessa sökord var Diabetes mellitus type 2, self care, experience, nurs*, patient, life style, personal understanding och illness. Sökorden Diabetes mellitus type 2 och self care kom författaren fram till efter att ha använt databasernas thesaurus, en ämneslista som hjälper till att hitta den exakta formen på ämnesorden (Östlundh, 2012). Boolesk sökning gjordes med operatören, AND, för att enligt Östlundh (2012) koppla samman två sökord. Vid sökordet nurs* användes trunkering för att få fram sökordets olika böjningsformer (a.a.). Gemensamma inklusionskriterier för de tre databaserna, CINAHL, PubMed och MEDLINE, var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska. Författaren satte även en tioårsgräns (år 2003-2013) för att få fram den senaste forskningen. I CINAHL sattes även begränsningen peer reviewed, som enligt Östlundh (2012) innebär att tidskriften, där artikeln är publicerad i, är vetenskapligt granskad. Då peer reviewed inte är en möjlig avgränsning i PubMed och MEDLINE valde författaren att bekräfta detta genom att gå in på respektive tidskrifts hemsida och på så sätt säkerställa att tidskriften var vetenskapligt granskad (a.a.). Ytterligare ett kriterie som sattes i PubMed och MEDLINE var nursing journal då författaren enbart fokuserade på omvårdnadstidskrifter. De funna artiklarnas titel lästes för att se om de var relevanta till syftet, sedan lästes artiklarnas abstract för en

bedömning om de skulle behållas eller inte. Författaren valde att exkludera alla artiklar som var litteraturöversikter då författaren enbart eftersökte primärkällor. Även artiklar som inte innehöll patientperspektiv eller enbart diabetes typ 2 sållades bort då de inte var relevanta till syftet. De artiklar som författaren valde att behålla genomgick en avslutande bedömning av relevansen gentemot syftet genom att göra en djupare läsning. Då en av de valda artiklarna var av mixad metod valde författaren att enbart fokusera på den kvalitativa delen då den kvantitativa delen bestod av en hälsodeklaration som inte bidrog till resultatet. De övriga åtta artiklarna som användes var av kvalitativ design. En av sökningarna gjordes på författarnamn, Hörnsten, efter att författaren noterat en passande artikel, relaterat till syftet, i en redan vald artikel. Detta är enligt Östlundh (2012) en sekundärsökning. En sammanställning över sökförandet och resultatartiklar återfinns i bilaga 1 och 2.

5.2 Dataanalys

Författaren har valt att analysera artiklarna i enlighet med Fribergs (2012b) modell. Författaren har läst igenom de valda artiklarna flera gånger för att få en bra förståelse för helheten. Författaren gjorde en detaljerad översiktstabell där resultaten av de valda artiklarna beskrevs mer utförligt och där skillnader och likheter jämfördes. Översiktstabellen lästes noggrant igenom flertalet gånger och författaren kom fram till två huvudteman, *Att leva med diabetes typ 2* och *Att möta vården*, med hjälp av färgkodning. Vidare gick varje huvudtema igenom var för sig och författaren kom fram till olika subteman.

6. Forskningsetiska överväganden

Enligt Gustafsson, Hermerén & Petersson (2005) ska forskaren aldrig försköna eller förvränga sina egna eller andras resultat vid en analys, tolkning eller presentation. Gustafsson et. al (2005) belyser även att forskaren bör vara ärlig, ordningsam, ha en öppenhet, vara objektiv och hänsynsfull. Författaren till föreliggande arbete strävade efter att vara öppen och objektiv vid analysen av artiklarna. Författaren ämnade att inte gå in med en förförståelse utan att vara kritisk tänkande. Stenbock-Hult (2004, s. 142) beskriver att en person med ett kritiskt tänkande är engagerad i att finna sanning och att andras synsätt presenteras på ett ärligt sätt. Det är viktigt, enligt Forsberg & Wengstöm (2013, s. 69-70), att välja studier där noggranna etiska överväganden har gjorts eller studier som fått tillstånd från etisk kommitté. De nio utvalda artiklarna som användes i resultatet var alla godkända av etisk kommitté. Då artiklarna är skrivna på engelska har lexikon använts för att minimera risken för felaktig översättning och tolkning.

7. Resultat

Resultatet presenteras utifrån två huvudteman med underliggande subteman, se tabell 1. Patienternas upplevelser av vad som främjar och hindrar egenvården vid diabetes typ 2 beskrivs under respektive subtema.

TABELL 1 Sammanställning av huvudteman och subteman

Huvudtema	Subtema
Att leva med diabetes typ 2	Personlig uppfattning Integrering Drivkraft Samspel med omgivning
Att möta vården	Stöd Information

7.1 Att leva med diabetes typ 2

Huvudtemat *Att leva med diabetes typ 2* beskriver patienternas upplevelser av faktorer som kan påverka egenvården både främjande och hindrande i förhållande till sig själv.

7.1.1 Personlig uppfattning

Flera studier (Hörnsten, Sandström & Lundman, 2004; Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006) påvisade att egna och andras erfarenheter av diabetes typ 2 bidrog till en personlig uppfattning om sjukdomen, vilket påverkade framtidssynen, värderingen, prioriteringen och tolkningen av sjukdomen, som både främjade och hindrade egenvården. I Hörnsten et al. (2004) studie framkom att flertalet av de deltagande patienterna upplevde diagnosen som en fördelaktig händelse med positiva konsekvenser. Patienterna såg då diagnosen som en startpunkt på ett hälsosammare liv, vilket främjade egenvården. Patienterna i Nagelkerk et al. (2006) studie beskrev en positiv attityd, hos dem själva, som en främjande strategi vid egenvården. Den positiva attityden uppmuntrade (a.a.) ofta till att patienterna var aktiva och tog personligt ansvar (Hörnsten et al., 2004), genom att bland annat söka förebyggande information om sjukdomen och egenvården (a.a.). Det ledde till att patienterna själva kunde besvara sina egna frågeställningar (Nagelkerk et al., 2006) vilket gjorde att de inte alltid förlitade sig helt på vårdgivaren. Patienterna beskrev att personligt ansvar ökade förtroendet till en själv och motivationen till att utföra egenvården (Hörnsten et al., 2004).

Flera patienter i Nagelkerk et al. (2006) studie beskrev att tidigare negativa erfarenheter av diabetes typ 2 och känslan av att sjukdomsförloppet inte kunde stoppas trots följsamhet till egenvården ledde till känslor av hjälplöshet och frustration som hindrade

egenvårdshandlingen. I Ahlin & Billhults (2012) studie upplevde patienterna att de var offer för egenvårdskraven som ställs vid diabetes typ 2. Initiativen till att börja med fysisk aktivitet och andra hälsosamma livsstilsförändringar upplevdes ouppnåeliga på grund av alla krav som tyngde patienterna. Flera av patienterna uppgav att all denna press sänkte motivationen till att utföra egenvård. Patienterna upplevde det som egenvårdshindrande att inte kunna släppa taget om tidigare ohälsosamma vanor och begär. Det skapade en press på dem, då dessa begär var i konflikt med livsstilen som diabetes typ 2 krävde. När patienterna avvek från uppsatta mål skapades ångestfyllda känslor. Vissa patienter i studien beskrev vidare att de hittade på ursäkter, bortförklarade och möjliggjorde olika typer av fusk mot livsstilsförändringarna egenvården krävde.

7.1.2 Integrering

I Hörnsten et al. (2004) studie beskrev de deltagande patienterna integration av egenvården som att stegvis vänja sig vid den nya rollen som en person med en sjukdom. Patienterna beskrev vidare att integrera egenvården i vardagslivet var ett aktivt sätt att ta kontroll över sin nya situation. Patienterna i studien upplevde att egenvården främjades när de skapade egna personliga rutiner. Flera utav de intervjuade patienterna i Jutterström et al. (2012) studie upplevde att insikten av att diabetes typ 2 passade in i vardagslivet var egenvårdsfrämjande då sjukdomen blev lättare att hantera.

I Hörnsten et al. (2004) studie framkom att flertalet patienter upplevde en identitetskris när de fick diagnosen diabetes typ 2, de ansåg sig vara friska personer men som nu var sjuka. Detta ledde till en känsla av skuld och utanförskap vilket gjorde det svårare att hantera den nya livsstilen. I Penckofer, Ferrans, Velsor-Friedrich & Savoy (2007) studie upplevde patienterna att egenvården hindrades i vardagen då diabetes typ 2 tvingade fram livsstilsförändringar som patienterna inte ansåg passa in i vardagslivet. Några av patienterna beskrev att vissa vardagliga rutiner blivit en utmaning, exempelvis upplevdes oro att köra bil på grund av en rädsla för yrsel till följd av blodsockerfall. Struktur i det vardagliga livet upplevdes av patienterna främjande för hanteringen av egenvården. I Hörnsten et al. (2004) studie framkom att det upplevdes olika svårt att hantera diabetes typ 2, flera utav patienterna ansåg att det tog tid och var krävande att integrera sjukdomen i vardagslivet. Flera utav patienterna i Penckofer et al. (2007) studie kände sig dock begränsade då vardagen var väldigt strukturerad, men utan denna struktur upplevdes tillvaron rasera. Oftedal, Karlsen & Bru (2010a) belyste i sin studie patienters upplevelser av att arbetet konkurrerade med egenvården då arbetet kunde vara stressfyllt vilket försvårade integreringen av egenvården. Flera patienter

i Oftedal, Karlsen & Bru (2010b) studie ansåg att medicineringen inte var tillräckligt integrerad i vardagen. Patienterna beskrev att de glömde ta, inte hade koll på, inte hade med sig och inte förstod förändringar i medicineringen. Fåtalet patienter beskrev hur integreringen också kunde främjas genom att använda en dosett, vilket upplevdes underlätta då de slapp ha daglig koll på doseringen.

7.1.3 Drivkraft

I Jutterström et al. (2012) studie upplevde patienterna att de var tvungna att finna sina egna motiv och viljekraft till livsstilsförändring. Insikten av att det var upp till patienterna själva att besluta om och fullfölja förändringar skapade motivation. En vändpunkt i egenvården som beskrevs av patienterna var insikten av att inte kunna skjuta upp sjukdomshanteringen längre. Patienterna upplevde att de var tvungna att fatta snabba beslut om förändring i beteende av livsstilsförändringar för att undvika komplikationer och andra hot från diabetes typ 2. Denna förändring var tvungen att ske nu eller aldrig, och därifrån hämtade patienterna motivation som främjade egenvården. Flera patienter i Oftedal et al. (2010a) studie upplevde att personliga långsiktiga mål ökade motivationen till att utföra egenvård. Sådana mål beskrevs som att få se sina barnbarn växa upp, att förhindra komplikationer, att undvika medicinering helt, att undvika ökad medicinering, att erhålla god livskvalitet som pensionär och att kontrollera sin diabetes. Hörnsten et al. (2004) belyste att flera patienter upplevde det som nödvändigt och viktigt att planera för framtiden för att uppnå mening med egenvården, medan andra ville ta en dag i taget. En specifik strategi för att hantera alla krav som egenvården vid diabetes typ 2 ställer beskrevs av patienterna i Penckofer et al. (2007) studie som att de tar en "paus" från egenvården. "Pausen" kunde vara allt från en måltid till ett helt dygn. Denna strategi upplevdes generera kraft till att fortsätta med egenvården. I Oftedal et al. (2010a) studie beskrevs arbetet av flera patienter som en drivkraft. Patienterna beskrev att viljan att arbeta och att yrket ställde vissa hälsorelaterade krav ledde till ökad motivation. Känslan av kroppsligt välbefinnande främjade egenvården upplevde patienterna i Oftedal et al. (2010a) studie. När patienterna såg positiva effekter till följd av sina ansträngningar i egenvården ökade motivationen (Jutterström et al., 2012).

Oftedal et al. (2010a) illustrerade patienternas upplevelse av att kroppsligt obehag och förväntade negativa kroppsliga reaktioner vid fysisk aktivitet hindrade egenvården. Flera utav patienterna ansåg att de var missnöjda med sina kroppar och upplevde att kroppsuppfattningen påverkade egenvården. Patienterna beskrev att missnöjet var kopplat till känslor av värdelöshet vilket influerade egenvårdsbeteendet. Patienterna undvek gym och

andra träningsanläggningar när de kände sig mentalt sårbara. En negativ kroppsbild upplevdes vara i konflikt med egenvårdsmålen (a.a.).

7.1.4 Samspel med omgivning

Flera studier (Hörnsten et al., 2004; Nagelkerk et al., 2006; Penckofer et al., 2007; Oftedal et al., 2010a; Ahlin et al., 2012; Jutterström et al., 2012) belyste patienternas upplevelse av närstående och omgivningen som både främjande och hindrande av egenvården.

Vissa patienter upplevde att familj och omgivning var en resurs när de hjälpte till (Oftedal et al., 2010a), underlättade vardagen, förstod vad diabetes typ 2 innebar, motiverade till egenvård, var villiga att engagera sig aktivt i egenvårdsaktiviteter och utbildning (Nagelkerk et al., 2006). Exempelvis genom att motionera tillsammans (Oftedal et al., 2010a), inhandla (Nagelkerk et al., 2006) och laga hälsosam kost (Oftedal et al., 2010a). Flera patienter i Oftedal et al. (2010a) studie beskrev att känslan av tillhörighet till familj och omgivning upplevdes främjande då det skapade motivation till att fortsätta med egenvården. Patienterna upplevde att engagemang (Hörnsten et al., 2004), uppmuntran (Jutterström et al., 2012), stöd, hopp och förtroende från familj och omgivning skapade trygghet i egenvården (Hörnsten et al., 2004). Detta upplevdes öka handlingskraften till beteendeförändringar (Jutterström et al., 2012).

I Penckofer et al. (2007) studie rapporterades patienternas upplevelse av frustration gentemot familjen när de lade sig i, inte förstod och trodde sig veta bättre om vad som främjade egenvården. Många utav patienterna beskrev hur familjemedlemmar och andra i omgivningen påpekade vad de skulle äta och vilka matvaror som skulle inhandlas. Detta upplevdes som ett hinder i egenvården. Flera patienter i Oftedal et al. (2010a) studie uttryckte en oro kring att vara socialt stigmatiserade, då känslan av socialt utanförskap gentemot närstående och omgivning upplevdes uppkomma på grund av sjukdomen. Viljan att tillhöra kunde vara i konflikt med kraven som egenvården vid diabetes typ 2 ställer. Det upplevdes som inbjudande att gå emot sina egenvårdskrav för att vara och leva som andra. Patienterna i Ahlin et al. (2012) studie upplevde att vardagliga rutiner, som att äta tillsammans med närstående som föredrog kost som inte var passande för personer med diabetes typ 2, kunde hindra egenvården. Andra familjemedlemmars behov upplevdes gå före det egna, vilket resulterade i att patienterna inte prioriterade sig själva och egenvården (a.a.), då de upplevde det svårt att finna tid för hanteringen av sjukdomen (Penckofer et al., 2007). Patienterna beskrev att de närstående användes som en ursäkt för att kunna fortsätta med ohälsosamma vanor (Ahlin et al., 2012).

7.2 Att möta vården

Huvudtemat *Att möta vården* belyser patienternas upplevelser av faktorer som kan påverka egenvården både främjande och hindrande i relation till möten med vården utifrån subtemana stöd och information.

7.2.1 Stöd

Edwall, Hellström, Öhrn & Danielson (2008) åskådliggjorde i sin studie patienternas främjande upplevelse av att bli bekräftad och sedd som en unik individ av vårdpersonalen, vilket innebar att bli ihågkommen, trodd och lyssnad på. Att bli bekräftad ledde till ett öppet, respektfullt och förtroendeingivande samarbete med vårdgivaren. Detta bekräftades av Hörnsten, Lundman, Selstam, & Sandström (2005) som beskrev att flera patienter i studien upplevde att ett bra samarbete skapades när vårdgivarna uppmärksammade, lyssnade engagerat, tog patienterna seriöst och bemötte dem välkomnande. Det ledde till ett förtroende mellan patient och vårdgivare vilket främjade egenvården. Edwall et al. (2008) beskrev vidare att bekräftelse upplevdes av patienterna ha en positiv verkan på diskussion och utvärdering av bra och dåliga vanor i vardagslivet. Flera utav patienterna beskrev att kontinuerlig bekräftelse från samma vårdgivare främjade sjukdomshanteringen i det vardagliga livet. Patienterna upplevde att vårdgivarens stöd hjälpte till att skapa hopp och förtroende när patienterna kände att de inte klarade av egenvården. Vårdgivarens stöd ökade viljan och motivationen till att fortsätta med egenvården. Patienternas uttryckte ett behov av regelbundet stöd för att påminna och öka förståelsen för diabetes typ 2 vilket ledde till att de kände igen sina egna symtom. När patienterna förstod och kunde tolka sina symtom ledde det till känslor av kontroll, trygghet och självsäkerhet över egenvården. Det ledde till att patienterna upplevde sig bli "mästare" över sin sjukdom. Patienterna kände sig då självständiga och kunde lättare fatta egna beslut relaterade till egenvården (a.a.). Ett egenvårdsfrämjande samarbete med vårdgivaren upplevde patienter i Hörnsten et al. (2004), Hörnsten et al. (2005) och Oftedal et al. (2010b) studier uppstå när de fick vara involverade och delaktiga i planeringen (Oftedal et al., 2010b), målsättningen och beslutsfattandet av egenvården (Hörnsten et al., 2004). När patienterna upplevde delaktighet ökade motivationen till egenvården (Hörnsten et al., 2005). I Oftedal et al. (2010b) studie efterlyste flera patienter en vårdgivare de kunde diskutera problem och "bolla" tankar med. Patienterna beskrev att vårdgivare och patienter skulle lära sig av varandra och komplettera varandra, vårdgivaren bidrog med kunskap om diabetes typ 2 och behandling medan patienterna var experter på sina vardagsliv. Patienterna upplevde att det var viktigt och gav mening till egenvården att få uttrycka åsikter, ta egna beslut samt ställa krav

på vårdgivaren. Patienterna i Hörnsten et al. (2005) studie upplevde att vårdmöten där vårdgivarna tog hänsyn och accepterade patientens egna mål samt satte sig in i patientens perspektiv som främjande och motivationshöjande. Patienterna i Hörnsten et al. (2005) studie upplevde en empatisk vårdgivare som främjande i vårdmötet. En empatisk vårdgivare tog hänsyn till hela individen, respekterade och förstod tidigare erfarenheter av sjukdomen och såg patienten som en person med både styrkor och svagheter. När patienterna inte behandlades som ett sjukdomsfall upplevdes känslor av värdighet uppstå. Patienterna uppgav att vårdgivarens förståelse till patientens ansträngning till egenvården stärkte vårdrelationen (a.a.). Empati hos vårdgivaren upplevdes av patienterna ge trygghet och förtroende vilket i sin tur främjade samarbetet (Oftedal et al., 2010b). Flera patienter i Nagelkerk et al. (2006) studie upplevde att vårdgivarnas positiva feedback, positiva coaching, uppmuntran och uppmärksammande av förbättringar ökade motivationen och tron till den egna förmågan att hantera egenvården.

Majoriteten av patienterna i Oftedal et al. (2010b) studie upplevde att de sällan fick praktiskt stöd från vårdgivarna. När vårdpersonalen inte lyckades motivera till egenvård slutade flera patienter att samarbeta med sin vårdgivare (Oftedal et al., 2010b). I Hörnsten et al. (2005) studie beskrevs att när patienterna upplevde sig ignorerade, otrevligt bemötta och ovälkomna kände de sig förolämpade och sårade vilket ledde till ett dåligt samarbete som sänkte motivationen. Oftedal et al. (2010b) rapporterade att flera utav patienterna upplevde brist på empati hos vårdgivare som ett egenvårdshinder. Brist på empati gestaltades av patienternas upplevelse av att vara beskylld för sjukdomen eller att vårdgivaren begränsade sin stödjande roll genom att agera expert. Patienterna i Edwall et al. (2008) studie upplevde att ett samarbete med en ny vårdgivare eller med en vårdgivare som upplevdes stressad och som inte hade förtroende för patienten hade en negativ verkan på egenvården (a.a.). Många utav patienterna upplevde att vårdgivarna inte var intresserade av och inte lyssnade på deras åsikt kring orosmoment relaterade till egenvården (Nagelkerk et al., 2006) och att sjukdomen var viktigare än patienterna själva. Vårdgivaren ansåg sig ha en mer "korrekt" kunskap om sjukdomen och behandlingen (Hörnsten et al., 2005). När patienterna upplevde att de ignorerades uppkom känslor av frustration (Penckofer et al., 2007), värdelöshet och underlägsenhet vilket sänkte ansträngningen till egenvården (Hörnsten et al., 2005).

7.2.1.1 Gruppbaserat stöd

I Oftedal et al. (2010b) studie upplevde flera patienter att det var viktigt med fortsatt kontinuerligt stöd utöver återbesöken hos vårdgivaren. Grupputbildning sågs som ett sådant

stöd. Grupperna bestod av andra personer med diabetes typ 2 och tillsammans diskuterade och delade de erfarenheter av sjukdomen, vilket upplevdes öka motivationen. Patienterna i Nagelkerk et al. (2006) studie upplevde patientutbildning som främjande när den innehöll skrivna material, demonstrationer och visuella hjälpmedel. Den ansvariga personalen ansågs främja grupputbildningen när de bidrog med förebyggande information, förespråkade en deltagande miljö samt underlättade diskussionen mellan gruppmedlemmar om sjukdom och egenvård. Flera utav patienterna upplevde hinder vid grupputbildning när den var för detaljerad, inte tillräckligt personlig, för dyr och lagd på opassande tider.

7.2.2 Information

Patienter i Oftedal et al. (2010b) studie upplevde att bra information inte bara är korrekt rent medicinskt utan även anpassad till personliga omständigheter och behov samt relevant och kortfattad. Edwall et al. (2008) beskrev att inspiration och känsla av egenmakt uppstod när patienterna fick pålitliga och relevanta råd från vårdgivare i ett egenvårdsfrämjande samarbete.

Trots att patienterna fick information upplevde majoriteten att de inte förstod och hade tillräcklig kunskap (Nagelkerk et al., 2006). Flera patienter upplevde att deras behov av praktiska råd (Oftedal et al., 2010b) och riktlinjer (Nagelkerk et al., 2006) angående kost, träning och blodsocker, helt ignorerades av vårdgivarna. Avsaknaden av praktiska råd upplevdes sänka motivationen då patienterna själva var tvungna att ta reda på information relaterat till egenvårdskraven vilket ledde till en bristande överblick av egenvården (Oftedal et al., 2010b). Några utav patienterna i Oftedal et al. (2010b) studie upplevde att för mycket information om diabetes kunde sänka tilltron till den egna kapaciteten att hantera sjukdomen vilket sänkte motivationen till egenvården. I Nagelkerk et al. (2006) studie upplevde patienterna bristande förståelse av information och att vårdgivaren inte gav korta och enkla instruktioner. Oftedal et al. (2010b) beskrev flera utav patienternas upplevelser av att informationen i vårdmötena var för generell och att vårdgivarna arbetade utifrån en handbok. Kunskapsnivån och informationen kring diabetes typ 2 upplevdes av flertalet patienter variera hos vårdgivarna. Patienterna beskrev att de fick motsägelsefulla och felaktiga råd, vilka ledde till minskat förtroende för vårdgivaren och sänkt motivation till att utföra egenvård (a.a.). I Hörnsten et al. (2005) studie framkom att flera patienter upplevde att vårdgivarna hade en auktoritär attityd där de informerade, tillrättavisade, försökte forma om och tvingade patienten till förändring. Patienterna beskrev vidare att egenvården hindrades när vårdgivaren redan bestämt förväntningar och mål för patienterna. Dessa stämde inte alltid överens med

patienternas egna mål och resurser och upplevdes då omöjliga att uppnå (a.a.). Flera patienter ansåg att egenvården hindrades när vårdgivaren upplevdes ha bristande kompetens, utstrålade osäkerhet, enbart gav rutinmässig (Hörnsten et al., 2005) och upprepanande information (Penckofer et al., 2007). Vissa patienter menade att vårdgivare som bara gav rutinmässig information och inte tog hänsyn till individuella behov upplevdes sakna kompetens om egenvårdens alla delar. Patienterna upplevde då att de var mer kompetenta än vårdgivaren och det skapade en osäkerhet och otrygghet gentemot vårdgivarna (Hörnsten et al., 2005). Flera patienter uppgav att de bytte vårdgivare för att få mer individanpassat stöd till egenvården (Ofstedal et al., 2010b).

8. Diskussion

Diskussionen delas in i en metoddiskussion och en resultatdiskussion. I metoddiskussionen resonerar författaren kring för- och nackdelarna med uppsatsens metod och utförande. I resultatdelen diskuteras uppsatsens resultat utifrån andra studier, den valda teoretiska utgångspunkten, denna studies bakgrund och författarens egna reflektioner.

8.1 Metoddiskussion

Författaren ansåg att valet av metod, litteraturöversikt, var passande då det fanns ett brett utbud av vetenskapliga artiklar som rörde ämnesområdet. Sökorden som valdes utifrån ämnesområdet kring syftet resulterade i en majoritet av artiklar med kvalitativ design. Detta gynnade uppsatsens resultat då uppsatsens syfte var att beskriva patienters upplevelse.

Författaren upplevde att det fanns en risk med att avgränsa ett så brett ämnesområde då eventuellt relevanta artiklar kan ha förbisetts. Författaren upplevde det specifikt då hon, trots noga utvalda sökord och kombinationer av sökord, använde sig av en artikel till resultatet hon funnit via en sekundärsökning. Då artiklarna hade sin härkomst från Sverige, Norge och USA fokuserade författaren på universella upplevelser i artiklarna, alltså upplevelser som inte är landspecifika. Författaren valde att bortse från upplevelser kring sjukvårdsförsäkringar och ekonomiska aspekter i de amerikanska artiklarna, då villkoren skiljer sig avsevärt från de skandinaviska länderna. Detta gjorde studien mer relevant och träffande gentemot svenska förhållanden.

Antalet artiklar som användes som grund till resultatet var nio stycken. Författaren ansåg att antalet var tillräckligt då de innehöll mycket information om främjande och hindrande upplevelser i egenvården. Artiklarna ansågs vara aktuella då författaren hade satt en tidsgräns

på tio år (2003-2013), den äldsta artikeln som användes var från år 2004. Att sätta en tidsgräns kan dock resultera i bortfall av relevanta artiklar men författaren ansåg att ämnesområdet var så pass brett att tioårsgränsen bedömdes som giltig. Några av artiklarna hade helt eller delvis samma författare men resultaten i de olika artiklarna skiljde sig mer eller mindre från varandra och var relevanta till uppsatsens syfte. Författaren inser i efterhand att det funnits en möjlig risk att artiklarna med delvis samma författare kan ha påverkat varandra.

En av avgränsningarna som användes i två av databaserna var nursing journal.

Avgränsningen sattes för att enbart fokusera på omvårdnadstidskrifter och bortse från andra områden. Författaren inser att eventuellt relevanta omvårdnadsartiklar i andra tidskrifter kan ha sållats bort med denna avgränsning. Författaren ansåg det vara lockande att välja artiklar som var litteraturöversikter då de innehöll intressant material. Författaren valde dock att bortse från dessa och enbart fokusera på primärkällor för att undvika risken att resultatet blev förvrängt och misstolkat.

Författaren anser att den detaljerade översiktstabellen underlättade analysen av de valda artiklarna då den åskådliggjorde varje artikels resultat på ett bra sätt. Författaren kunde tydligt se likheter och skillnader i de utvalda artiklarnas resultat, dock gick de i varandra och försvårade valet av lämpliga teman. Författaren fick ett flertal gånger ändra resultatets struktur och testa olika benämningar på teman innan slutgiltiga huvud- och subteman valdes.

Vid analys av de valda artiklarna ämnade författaren att inte gå in med en förförståelse. Det var en utmaning att förbise den egna förförståelsen och det fanns en risk för någon grad utav tolkning. Då uppsatsen skrevs av en ensam författare förelåg en högre risk jämfört med uppsatser med flera författare. Författaren fick ständigt påminna sig själv om att inte döma och ha egna uppfattningar om innehållet i artiklarna då det kan leda till att resultatet förvrängs och tolkas subjektivt. Då samtliga artiklar var av engelsk skrift använde författaren lexikon för att undvika felaktig översättning. Det fanns ändå en risk för feltolkning av översatta ord då lexikon erbjöd flertalet synonymer, vilka kan ha en viss skillnad i betydelse. Författaren försökte se orden i sina sammanhang och noggrant avväga val av översättning.

Författaren anser att studiens validitet var god då syftet besvarades av resultatet där patienternas upplevelse av vad som främjar och hindrar egenvården beskrevs.

8.2 Resultatdiskussion

I uppsatsens resultat framkom det att patienter upplever det olika svårt att integrera egenvården i vardagslivet. Rosenbek Minet, Lonvig, Henriksen & Wagner (2011) bekräftar och utvecklar detta i sin studie om hur diabetes upplevs till följd av ett ettårsprogram med motiverade samtal. Det beskrevs att när patienterna blev diagnostiserade var de tvungna att överväga förändringar i sina vardagliga rutiner. Vissa patienter upplevde svårigheter i att integrera dessa förändringar i det dagliga livet medan andra enbart behövde göra små förändringar. Kneck, Klang & Fagerberg (2011) studie om patienters erfarenheter av diabetes, oavsett typ, de första två månaderna efter ställd diagnos beskriver att vardagen upplevdes skilja sig mot livet innan diagnosen. En ny verklighet presenterades och tvingades på patienterna vilket innebar andra prioriteringar och förändringar av livsstilsbeteende. Situationer som innan diagnosen var en del av vardagen var nu tvungna att ses på ett annat sätt då deltagarna upplevde nya behov av planering och förberedelser. Det är bevisligen viktigt att egenvården anpassas efter vardagslivet, livsstilsförändringarna måste dock inte alltid ske radikalt på en gång. Detta kopplas samman med denna studies bakgrund där Socialstyrelsen (2011) beskrev att förändringar av kostvanor inte behöver betyda att man helt överger sina tidigare matvanor utan att man istället stegvis byter ut livsmedel.

Det framkom i uppsatsens resultat att tidigare erfarenheter av sjukdomen påverkar hur patienten uppfattar och tolkar sin diagnos. Kralik, Brown & Koch (2001) studie av kvinnors erfarenheter av att bli diagnostiserad med en kronisk sjukdom beskriver diagnosen som en betydelsefull händelse i personens liv. Vissa av deltagarnas liv innehöll symtom på ohälsa men utan att de var diagnostiserade med en sjukdom. Diagnosen upplevdes som en överväldigande erfarenhet då deltagarnas ohälsa blev medicinskt bekräftad. Medan flertalet av deltagarna som inte erfarit några symtom upplevde diagnosen som en chock och svår att hantera. Som beskrevs i bakgrunden påträffas ofta diabetes typ 2 i samband med rutinläkarundersökning då avsaknaden av symtom hindrar upptäckten av sjukdomen. Kneck et al. (2011) styrker resonemanget i sin studie där patienterna upplevde sin diagnos som ett uppvaknande som fick dem inse behovet av förändring. Diagnosen motiverade till att utföra förändringarna vars behov kan ha varit igenkända sedan tidigare av patienterna. Orem (1995, s. 212) beskriver att motivation är en del av egenvårdskapaciteten, vilken beskrivs som förmågan varje individ har för att möta behoven och kraven som egenvården ställer. Kapaciteten varierar utifrån bland annat livserfarenheter och är således individuell. Orem's beskrivning av egenvårdskapacitet belyser att tidigare erfarenheter påverkar hur patienten hanterar sin sjukdom. De patienter vars motivation sänks på grund av tidigare negativa

erfarenheter får då en försämrad egenvårdskapacitet. Det resulterar i, vad Orem benämner, egenvårdsbrist (Orem, 1955, s. 240-242). De patienter som har en egenvårdsbrist kan då behöva hjälp av omgivning eller vårdgivare med att öka egenvårdskapaciteten.

Resultatet belyser vikten av vårdgivarens roll i patienternas egenvårdshantering där vårdgivaren stöttar, vägleder, undervisar och hjälper. Orem beskriver ett omvårdnadssystem som kan appliceras på egenvården. Detta är det *stödjande/undervisande* där patienten, med assistans av vårdgivaren, lär sig utföra egenvårdsaktiviteter (Orem, 1995, s. 310-311).

I resultatet framkom att vårdgivarens stöd ökar viljan och motivationen till att fortsätta med egenvården. Stödet från vårdgivaren ingav trygghet, förtroende och hopp när patienterna kände att de inte klarade av egenvården. Kneck et al. (2011) beskriver i sin studie att vårdgivarna upplevdes som en klippa att luta sig mot, pålitlig och trygg att vända sig till i stunder av osäkerhet. Det förutsatte att vårdgivaren var tillgänglig, mottaglig och fokuserad på specifika individuella behov. Orem (1995, s. 17) beskriver *att stödja* en person som att motivera denne och på så sätt hindra att patienten avviker från egenvården. Sjuksköterskans tillgänglighet och uppmuntran är minst lika viktig som medicinsk hjälp.

Resultatet framhävde patienternas vilja att bli sedd som en unik person med individuella behov. Dock upplevde många patienter att vårdgivarna redan bestämt patienternas mål, inte var intresserade och inte lyssnade på deras frågor och orosmoment utan ansåg att sjukdomen var viktigare än patienterna själva. I uppsatsens bakgrund beskrevs en obalans mellan patient och vårdgivare, där patienten sattes i andra hand och inte tilläts vara tillräckligt delaktig. På frågor angående utmaningar i vardagen fick de enbart medicinska svar. Det beskrivs vidare av Kneck et al. (2011) studie där patienterna upplevde sig besvikna när vårdgivaren bara hade tid för medicinska problem, istället för personliga orosmoment och frågor. Negativa känslor växte även fram när vårdgivarna gav patienterna ansvar för uppgifter de inte hade varit delaktiga i att själva välja. Orem beskriver *att vägleda* innebär att assistera en person i att fatta beslut och fullfölja en aktivitet men utan att övervaka och beordra personen. En förutsättning är en god kommunikation mellan patient och vårdgivare (Orem, 1995, s.16). I Mancusos (2010) kvantitativa studie visade sig patientförtroende vara en av två variabler som hade en signifikant korrelation till en kontrollerad blodsockernivå. Patientförtroende beskrivs som det samarbete som innefattar kunskapsdelning, emotionell kontakt, respekt, ärlighet och partnerskap. Detta bekräftar vikten av vårdgivarens roll i samarbetet med patienten. Det tycks viktigt att relationen ska vara ömsesidig. Vårdmötena bör karaktäriseras av delaktighet där vårdgivaren är en stöttande partner i egenvården. Vikten av delaktighet belystes i denna uppsats bakgrund där Socialstyrelsen (2013) beskrev att bedömningen av egenvården ska

göras tillsammans med patienten utifrån dennes livssituation. Men att, som vårdgivare, sätta sig in i varje patients unika situation har beskrivits i bakgrunden som tidskrävande och därav inte alltid prioriterad. Den patientcentrerade vården blir då lidande. Det tycks vara väldigt problematiskt att som patient vilja bli behandlad som en unik person men som vårdgivare inte ha tid för det.

I resultatet belystes patienternas upplevelse av att kunskapsnivån och informationen kring diabetes typ 2 varierade bland vårdgivarna. Egenvården hindrades när vårdgivarna upplevdes ha bristande kompetens, utstrålade osäkerhet, gav motsägelsefulla och felaktiga råd. Kneck et al. (2011) beskriver detta på ett liknade sätt i sin studie. När patienterna tog emot råd som upplevdes felaktiga uppkom känslor av besvikelse. Orem beskriver *att undervisa* är passande när en person behöver instruktioner för att utveckla kunskap. Den undervisande vårdgivaren måste grundligt veta vad patienten har för individuellt kunskapsbehov. Vårdgivaren måste överväga patientens erfarenhet, livsstil, vanor, hur de upplever och tänker kring egenvården (Orem, 1995, s.19). Det är tydligt att statisk och generell information inte främjar egenvården. Patienter har behov att få uppdaterade, konsekventa, genomtänkta och individanpassade råd. I bakgrunden togs det upp att information och undervisning från vårdgivaren kan leda till passande förändringar i patientens livsstil. Författaren anser att vårdgivarens undervisande roll har en stor påverkan på patientens egenvård.

Familjen och omgivningen anses vara en tillgång då de är uppmuntrande, engagerade, hjälpsamma och förstår vad diabetes typ 2 innebär. Egenvårdshinder upplevdes när närstående la sig i och inte förstod sjukdomshanteringen. Liknade beskrivs i Rosenbek Minet et al. (2011) studie där närstående upplevdes vara både främjande och hindrande av egenvården. Brist på stöd och förståelse från familjen var hinder till att få kontroll över de dagliga rutinerna av egenvården. Närstående ansågs främja egenvården när de tillsammans med patienten åt diabetesanpassad mat eller avstod från onyttig kost (a.a.). Enligt Orem (1995, s. 212) utgör anhöriga en del av patientens egenvårdskapacitet. Även när en patient inte själv klarar av sin egenvård kan omgivningen hjälpa till. Patientens omgivning har bevisligen en stor inverkan på patientens förmåga att utföra egenvård. Det verkar dock vara en svår balansgång för omgivningen att veta hur mycket eller hur lite de skulle lägga sig i. Patienter verkar ha tvetydiga känslor kring närståendes engagemang. Vissa önskar att omgivningen ska anpassa sig helt till patientens förändrade livsstil medan andra inte ville förändra andras leverne. Det kan tyckas att en öppen, ärlig och tydlig dialog mellan patient och omgivning kan vara en stor hjälp till att förstå varandra.

Avslutningsvis vill författaren poängtera att Orems egenvårdsteori var applicerbar på denna studie. Teorin berör patientens, vårdgivarens och omgivningens roll i egenvården, vilket patienternas upplevelser i resultatet relaterar till. Orems beskrivning av egenvårdskapacitet bekräftar kontentan av resultatet vilken är att patientens förmåga att hantera egenvården är individuell. Författaren anser att denna teori inte kan användas som en mall av sjuksköterskan utan mer som ett stöd till att identifiera behov, brister och resurser hos patienten samt mål för omvårdnaden.

9. Kliniska implikationer

Litteraturstudiens resultat kan användas för att ge sjuksköterskan en ökad förståelse för patienternas upplevelser av vad som främjar och hindrar egenvården. Sjuksköterskan bör behandla varje patient som unik, då det finns många olika sätt att värdera, tolka och uppleva sjukdomen, och anpassa sig efter patientens resurser och behov. Vårdmötena bör karaktäriseras av delaktighet där sjuksköterskan tillsammans med patienten diskuterar, planerar och sätter mål för egenvården. Det är viktigt att sjuksköterskan och patienten kompletterar varandra då patienten har bäst kunskap om sig själv. Att uppmuntra patienten och uppmärksamma förbättringar är bra egenskaper hos sjuksköterskor då det ökar motivationen till att utföra egenvård.

10. Förslag till fortsatt forskning

Det vore intressant att, istället för att utgå från patienternas perspektiv, fokusera på sjuksköterskornas upplevelser av hur de påverkar patienters egenvård. På så sätt kan man se om det finns likheter eller skillnader i patienternas och sjuksköterskornas upplevelser av främjande och hindrande faktorer i egenvården. Det vore även intressant att undersöka närståendes upplevelser av att leva med en kronisk sjuk och anpassa sig därefter.

11. Slutsats

Uppsatsens resultat visade att upplevelsen av egenvård skiljer sig mellan personer som lever med diabetes. En upplevelse ansåg vissa främjade egenvårdshanteringens medan andra menade att den hindrades. Resultatet belyser hur olika vi människor är och hur olika vi värderar och tolkar livet. En viktig insikt denna uppsats ger är att det inte finns något specifikt tillvägagångssätt som passar alla. Utan varje patient bör ses som den unika individen den är. Genom att patienter får vara delaktiga i utformandet av egenvården kan de få fram sina åsikter

och tankar. När vårdgivaren och patienten lär sig av varandra hjälps vårdplaneringen och egenvården kan lättare anpassas efter patientens vardag. Motivationen har visats ha en stor roll i hur patienten utför sin egenvård. För att upprätthålla motivationen är det viktigt att patienten uppmuntras.

Referenslista

*=Resultatartiklar

- Agardh, C-D., & Berne, C. (2009). Inledning. I C-D. Agardh & C. Berne. *Diabetes (4 uppl.)* (s. 11-14). Stockholm: Liber AB.
- *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), 41-7.
- Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E., & Östenson, C-G. (2010). *Diabetes*. Stockholm: Karolinska Institutet University och Press.
- Björk Brämberg, E., Dahlborg-Lyckhage, E., & Määttä, S. (2012). Lack of individualized perspective: A qualitative study of diabetes care for immigrants in Sweden. *Nursing & Health Sciences*, 14, (2), 244-9.
- Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Egan Sjölander., & Hörnsten, Å. (2012). Diabetes specialist nurses' perceptions of their multifaceted role. *European Diabetes Nursing*, 9, (2), 39-44b.
- Diabetesförbundet. (2011a). *Egenvård*. [Elektrisk] Hämtad Augusti, 26, 2013 från <http://www.diabetes.se/sv/Diabetes/Egenvard/>
- Diabetesförbundet. (2011b). *Typ- 2 diabetes*. [Elektronisk] Hämtad Augusti, 26, 2013 från <http://www.diabetes.se/sv/Diabetes/Om-diabetes/Typ-2-diabetes/>
- Diabetesförbundet. (2013). *Diabetes i siffror*. [Elektronisk] Hämtad Augusti, 26, 2013 från <http://www.diabetes.se/sv/Diabetes/Om-diabetes/Diabetes-i-siffror/>
- *Edwall, L., Hellström, A., Öhrn, I., & Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17, (6), 772-81.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar (3 uppl.)*. Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (3 uppl.)*. Stockholm: Natur & kultur.
- Granit, P., & Hjalmarsson, P. (2012). Den vuxna personen med diabetes. I K. Wiklund (red.). *Omvårdnad vid diabetes* (s. 29-31). Lund: Studentlitteratur AB.
- Groop, L., Lyssenko, V., & Renström, E. (2009). Orsaker till typ 2-diabetes. I C-D. Agardh & C. Berne. *Diabetes (4 uppl.)* (s.102-108). Stockholm: Liber AB.
- Gustavsson, B., Hermerén, G., & Petersson, B. (2005). *Vad är god forskningsred? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Hicks, D. (2010). Self-management skills for people with type 2 diabetes. *Nursing Standard*, 25, (6), 48-56.
- Hu, FB. (2011). Globalization of Diabetes: The role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes Care*, 34, (6), 1249-57.
- *Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47, (2), 174-82.
- *Hörnsten, Å., Lundman, B., Selstam, EK., & Sandström, H. (2005). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*, 51, (6), 609-17.

- 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), 244-9.
- *Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, Å. (2012). Turning points in self-management of type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 9, (2), 46-50b.
- Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavia Journal of Caring Sciences*, 25, (3), 558-66.
- Kralik, D., Brown, M., & Koch, T. (2001). Women's experiences of being diagnosed with a long-term illness. *Journal of Advanced Nursing*, 33, (5), 594-602.
- Lindholm, E. (2009). Definition, diagnostik och klassificering. I C-D. Agardh & C. Berne. *Diabetes (4 uppl.)* (s. 17-29). Stockholm: Liber AB.
- Mancuso, JM. (2010). Impact of health literacy and patient trust on glycemic control in an urban USA population. *Nursing & Health Sciences*, 12, (1), 94-104.
- Meetoo, D. (2004). Diabetes nursing. Clinical skills: empowering people with diabetes to minimize complications. *British Journal of Nursing*, 13, (11), 644-6, 648-9, 651.
- Meetoo, D., McGovern, P., & Safadi, R. (2007). An epidemiological overview of diabetes across the world. *British Journal of Nursing*, 16, (16), 1002-7.
- *Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54, (2), 151-8.
- *Ofstedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010a). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, (17/18), 2548-56.
- *Ofstedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010b). Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66, (7), 1500-9.
- Orem, D-E. (1995). *Nursing Concepts of Practice (5 uppl.)*. St Louis: Mosby, Inc.
- *Penckofer, S., Ferrans, CE., Velsor-Friedrich, B., & Savoy, S. (2007). The Psychological Impact of Living With Diabetes: Women's Day-to-Day Experience. *Diabetes Educator*, 33, (4), 680-90.
- Rosenbek Minet, L-K., Long, E-M, Henriksen, J-E., & Wagner, L. (2011). The Experience of Living With Diabetes Following a Self-Management Program Based on Motivational Interviewing. *Qualitative Health Research*, 21, (8), 1115-26.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk] Hämtad September, 9, 2013 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport*. [Elektronisk] Hämtad Januari, 17, 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20vård%20Patientfokuserad%20vård.pdf>
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 - stöd och styrning för vägledning*. [Elektronisk] Hämtad September, 3, 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17924/2010-2-2.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes - en vägledning till hälso- och sjukvården*. [Elektronisk] Hämtad September, 2, 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18471/2011-11-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Meddelandeblad*. [Elektronisk] Hämtad September, 2, 2013 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf>
- Stenbock-Hult, B. (2004). *Kritiskt Förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Torft, E. (2010). Behandlingsstrategier vid typ- 2 diabetes. I C-D. Agardh (red.). *Typ 2-diabetes* (s. 80-106). Stockholm: Liber AB.

- Vårdhandboken. (2013). *Översikt-patientcentreradvård*. [Elektronisk] Hämtad Januari, 17, 2014 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-var/Översikt/>
- World Health Organization. (2013). *Diabetes*. [Elektronisk] Hämtad Augusti, 26, 2013 från <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>
- Zimmet, P., Shaw, J., & Alberti, KG. (2003). Preventing Type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view. *Diabetic Medicine*, 20, (9), 693-702.
- Österson, C-G., Birkeland, K., & Henriksson, J. (2008). Diabetes mellitus – typ 2-diabetes. Folkhälsoinstitutet. *FYSS 2008 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* (s. 301-311). [Elektronisk] Hämtad Augusti, 3, 2013 från <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/FYSS-2008-hela-boken.pdf>
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (red). *Dags för uppsats* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Valda artiklar
Cinahl plus with full text	Diabetes mellitus type 2 AND self care And experience	Peer reviewed 2003-2013 English, Swedish	67	17	8	Valda: 2 st Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, Å. (2012) Penckofer, S., Ferrans, CE., Velsor-Friedrich, B., & Savoy, S. (2007)
Cinahl plus with full text	Diabetes mellitus type 2 AND self care And nurs* And patient	Peer reviewed 2003-2013 English, Swedish	102	12	4	Valda: 1 st Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L. (2006)
Cinahl plus with full text	Diabetes mellitus type 2 AND experience And Life style	Peer reviewed 2003-2013 English, Swedish	18	3	1	Valda: 1 st Ahlin, K., & Billhult, A. (2012)
PUBMED	Diabetes mellitus type 2 And experience and nursing and personal understanding	2003-2013 English, Swedish Nursing journal	3	2	1	Valda: 1 st Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B. (2004)
PUBMED	Diabetes mellitus type 2 AND self care And experience	2003-2013 English, Swedish Nursing journal	45	11	4	Valda: 1 st Edwall, L., Hellström, A., Öhrn, L., & Danielson, E. (2008)
Medline	Diabetes mellitus typ 2 AND Self care And support	2003-2013 English, Swedish Nursing journal	93	9	4	Valda: 2 st Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010a) Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010b)
Cinahl plus with full text	Sekundärsökning Author: Hörnsten	Peer reviewed 2003-2013 English, Swedish	23	1	1	Valda: 1 st Hörnsten, A., Lundman, B., Selstam, EK., & Sandström, H. (2005)

Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Ahlin, K., & Billhult, A.	Lifestyle changes - a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study	2012, Sverige, Scandinavian Journal of Primary Health Care	Att beskriva hur kvinnor hanterar nödvändiga livsstilsförändringar på grund av kroniska sjukdomar genom att använda diabetes som en modell.	Kvalitativ metod. De var 10 diagnostiserade kvinnor med diabetes typ 2 som valdes ut via en diabetesdatabas. De ville ha en åldersvariation mellan 37-87 år, medelåldern blev 65 år, medeltid från diagnos var 10 år. Djupgående intervjuer och analysen utgick från Giorgis fenomenologiska metod.	I resultatet finner man fem teman: tvetydiga känslor kring andras engagemang, bli ett offer för påfrestande krav, uppleva kunskapsbrist, uppleva begär och motivera orsaker till att inte ändra sig.
Edwall, L., Hellström, A., Öhrn, L., & Danielson, E.	The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes	2008, Sverige, Journal of Clinical Nursing	Att belysa den upplevda erfarenheten, hos patienter med diabetes typ 2, av regelbundna återbesök hos diabetessjuksköterskan.	Kvalitativ metod. 10 kvinnor och 10 män med diabetes typ 2 i minst tre månader, 30 år >. Intervjuer och analys med en fenomenologisk-hermeneutisk metod inspirerad av Ricoeur (1976).	Fyra teman beskriver författarna i sitt resultat: Att bli bekräftad, att bli vägledad genom sjukdomsprocessen, att bli självsäker och oberoende och att känna lättnad av att få hjälp.
Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B.	Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes	2004, Sverige, Journal of Advanced Nursing	Att beskriva den personliga förståelsen om sjukdomen hos personer med typ 2 diabetes i Sverige.	Kvalitativ metod. 44 deltagare, 47-80 år gamla, diagnostiserade med diabetes typ 2 inom de senaste två åren. Intervjuer och innehållsanalys.	Författarna beskriver sex kategorier i sitt resultat: Bilden av sin sjukdom, betydelsen av diagnosen, integrering av sjukdom, utrymme för sjukdomen i livet, ansvar för vården och framtidsutsikter.

Hörnsten, A., Lundman, B., Selstam, EK., & Sandström, H.	Patient satisfaction with diabetes care	2005, Sverige, Journal of Advanced Nursing	Att belysa erfarenheterna och reflekterarna om möten med vården hos personer med diabetes typ 2.	Kvalitativ metod. 44 stycken deltagare som diagnostiserats med diabetes typ 2 inom de senaste två åren. Intervjuer och innehållsanalys.	Det finns fem teman kring erfarenheter av möten med vården. De tolkades både som tillfredsställande och otillfredsställande. Dessa var: <ul style="list-style-type: none"> • Vara överens om målsättning - vara oeniga om målsättning • Vara självständig och jämlik - vara tvingad till anpassning och underkastning • Känslan att vara värdig som person - känslan av att vara värdiglös • Bli uppmärksam och känna sig välkommen - känna sig ignorerad • Vara trygg och självsäker - vara otrygg och sakna självförtroende
Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, Å.	Turning points in self-management of type 2 diabetes	2012, Sverige, European Diabetes Nursing	Att belysa vändpunkterna inom egenvården ur ett patientperspektiv hos patienter med diabetes typ 2.	Kvalitativ metod. 18 deltagare som diagnostiserats med diabetes typ 2 inom de senaste två åren och som mottagit behandling i primär vården. De var semistrukturerade intervjuer och en kvalitativ innehållsanalys.	Fyra teman påträffades: Att vara i en kamp om liv och död, vara vid ett vägskal utan återvändo, vara den som tar beslut och vara den som kan förändra utgången.
Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L.	Perceived barriers and effective strategies to diabetes self- management.	2006, USA, Journal of Advanced Nursing	Att beskriva de upplevda hindren vid egenvård hos vuxna med typ 2 diabetes i stadsmiljö och identifiera effektiva egenvårdsstrategier.	Kvalitativ metod. 24 vuxna deltagare. Inklusionskriterier: 21 år >, diagnostiserad med diabetes typ 2, innehav av telefon, skriv- och läskunnig samt engelsktalande. Tre fokusgrupper samt innehållsanalys.	I resultatet kom man fram till sex upplevda egenvårdshinder. De tre vanligaste var: brist på kunskap och förståelse kring specifika dieter, brist på individbaserad vård samt hjälplöshet och frustration på grund av bristande blodsockerkontroll trots följsamhet. Man fann även sex effektiva egenvårdsstrategier. De tre vanligaste var: utveckla en samarbetsvillig relation med vårdgivaren, upprätthålla en positiv attityd som bidrar till ett förebyggande lärande och ha en stödjande person som uppmuntrar och

					assisterar egenvården.
a) Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E.	Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes	2010, Norge, Journal of Clinical Nursing	Att identifiera livsvärden hos vuxna personer med typ 2 diabetes och beskriva deras erfarenhet av hur dessa värden kan påverka egenvårdsbeteendet.	Kvalitativ metod. Tolv män och sju kvinnor med typ 2 diabetes, medelålder 51 år, medeltid från diagnos 7 år. Fokusgrupper och innehållsanalys.	I resultatet visas sex teman relaterat till livsvärden. Dessa är: Upprätthålla hälsa och långt liv, känslan av kroppsligt välbefinnande, bevara en positiv kroppsuppfattning, självbestämmande, bibehålla arbetsförmågan och tillhörighet. Varje tema beskrivs av patienterna hur de påverkar egenvårdsbeteendet.
b) Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E.	Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes	2010, Norge, Journal of Advanced Nursing	Att beskriva hur vuxna med diabetes typ 2 upplever olika former av stöd från vårdgivare och hur olika typer av stöd kan påverka människors motivation till att hantera sin egenvård.	Kvalitativ metod. 19 deltagare med diabetes typ 2, mer än 5 års erfarenhet av diabetes typ 2. Fokusgrupper och innehållsanalys.	Fem teman som beskriver olika typer av stöd från vårdgivaren som patienten upplever bidra till egenvård: En empatisk inställning, praktiska råd och information, gemensamt engagemang i beslutfattandet, korrekt och individanpassad information samt kontinuerligt gruppbaserat stöd.
Penckofer, S., Ferrans, CE., Velsor-Friedrich, B., & Savoy, S.	The psychological impact of living with diabetes: women's day-to-day experiences.	2007, USA, Diabetes Educator	Att förstå känslorna kring depression, ångest och ilska som upplevs av kvinnor med diabetes typ 2 och påverkan dessa känslor har på deras livskvalitet.	Mixad metod. 41 stycken kvinnor, 40 år >, typ 2 diabetes längre än 6 månader och behandlas medicinskt för sin diabetes. Kvalitativ del: Fyra fokusgrupper och innehållsanalys. Kvantitativ del: Enkät och beskrivande statistik som analys.	Fem teman framkom: Kampen med att förändra sitt hälsotillstånd, utmaningar i förhållandet till sig själv, familj och andra, oro för nuet och framtiden, ansvar för sig själv och andra samt valet att ta en "paus" från diabetes.