



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Erfarenheter av egenvård hos vuxna personer med
Diabetes typ 2 – En litteraturstudie

Giordano Palomera & Hkmat Al-hedr

2018

Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom omvårdnad, 15 hp

Handledare: Monique Toratti Lindgren
Examinator: Lisbeth Porskrog Kristiansen

Abstrakt

Bakgrund: Diabetes typ 2 ökar globalt, riskfaktorer för utvecklingen är bland annat ärftlighet och levnadssätt. Främsta behandlingen är egenvård i form av regelbunden motion och hälsosam kosthållning.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva erfarenheter av egenvård hos vuxna personer med Diabetes typ 2.

Metod: En beskrivande litteraturstudie som inkluderade 15 artiklar, vilka svarade på litteraturstudiens syfte. Genom databaserna MEDLINE via PubMed och CINAHL söktes artiklar fram systematiskt, varav en var manuell sökning.

Resultat: Resultatet visade att personer kände oro vid diagnostisering av Diabetes typ 2. Oron minskade när personerna accepterade sjukdomen och tog ansvar genom egenvård. Personer förklarade att de behövde upprätthålla egenvårdsåtgärder för att det skulle ske en livsstilsförändring, dock beskrevs det som svårt. Även om personer påbörjat sin väg mot livsstilsförändring kunde de stöta på svårigheter att hantera sociala sammanhang, vilket var ett hinder i deras vardag. Närstående till personer kunde också upplevas som ett hinder, men främst ansågs de närstående vara ett stort stöd. Personer beskrev också sjuksköterskan som ett viktigt stöd, framförallt med motivation. Andra personer beskrev istället att sjuksköterskan endast utförde praktiska procedurer.

Slutsats: Utifrån litteraturstudiens resultat kan sjuksköterskan få en uppfattning av personernas erfarenheter. Detta kan underlätta för sjuksköterskan att främja hälsa genom att ge anpassad information och vård. Om personer får en sådan hjälp kan de ta eget ansvar för sin behandling och därav påbörja sin egenvård. Genom att personerna upprätthåller sin egenvård kan de i längden förbättra sin livskvalitet.

Nyckelord: Diabetes typ 2, Egenvård, Erfarenheter.

Abstract

Background: Diabetes type 2 is increasing globally, risk factors for development includes heredity and way of life. The Primary treatment is self-care in the form of regular exercise and healthy diet.

Aim: The purpose of the literature study was to describe experiences of self-care in adults with type 2 Diabetes patients.

Method: The descriptive literature study included 15 articles which answered the purpose of the literature study. Through the databases CINAHL and MEDLINE through PubMed, articles were searched systematically, one of which was a manual search.

Results: The results indicated that persons felt uneasiness about the diagnosis of type 2 Diabetes. When they stopped denying the disease and took responsibility through self-care, the uneasiness could decrease. Persons explained that they needed to maintain compliance to the self-care in order for a lifestyle change to occur, however, it was described as difficult. Although persons started their lifestyle change, they could encounter difficulties in managing social events, which was a barrier to their daily lives. Even family and friends could be perceived as an obstacle, but mainly they were considered to be a great support. Persons also described the nurse as an important support, especially with motivation. Other persons experienced that nursing practitioners only performed practical procedures.

Conclusion: Based on the results of the literature study, the nurse can get an idea of the experiences that people have. This can facilitate for the nurse to promote health by providing appropriate information and care. If people receive such assistance, they can take responsibility for their treatment and start their self-care. By maintaining their self-care, they can improve their quality of life in the long run.

Keywords: Experiences, Self-care, Type 2 Diabetes.

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	6
1.1 Bakgrund.....	6
1.2 Sjuksköterskan roll.....	7
1.3 Erfarenheter.....	8
1.4 Egenvård.....	8
1.5 Teoretisk referensram.....	9
1.6 Problemformulering.....	10
1.7 Syfte.....	10
1.8 Frågeställning.....	10
2. Metod.....	10
2.1 Design.....	10
2.2 Sökstrategi.....	10
Tabell 1.....	11
2.3 Urvalskriterier.....	11
2.4 Urvalsprocess.....	12
Figur 1.....	13
2.5 Dataanalys.....	13
2.6 Forskningsetiska överväganden.....	14
3. Resultat.....	14
3.1 Känsломässiga erfarenheter hos vuxna personer med Diabetes typ 2.....	14
3.2 Erfarenheter av livsstilsförändring hos vuxna personer med Diabetes typ 2.....	15
3.2.1 Egenvård som leder till livsstilsförändring.....	15
3.2.2 Erfarenheter av eget ansvar vid livsstilsförändring.....	16
3.3 Erfarenheter av sociala sammanhang hos vuxna personer med Diabetes typ 2.....	17
3.4 Erfarenheter av stöd från omgivningen hos vuxna personer med Diabetes typ 2.....	18
3.4.1 Erfarenheter av stöd från närstående.....	18
3.4.2 Erfarenheter av stöd från sjuksköterskan.....	19
4. Diskussion.....	20
4.1 Huvudresultat.....	20
4.2 Resultat diskussion.....	20
4.3 Metoddiskussion.....	24
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning.....	25
4.5 Slutsats.....	26
5. Referenslista.....	27

1. Introduktion

1.1 Bakgrund

Diabetes är en sjukdom som delas in i två huvudtyper: Diabetes typ 1 och Diabetes typ 2 [DMT2] (Ericson & Ericson 2012). I denna litteraturstudie ligger fokus endast på huvudtypen DMT2. Globalt ökar DMT2, 1980 var det 108 miljoner människor med sjukdomen. År 2014 hade antalet ökat till 422 miljoner diagnostiserade människor (World health organization 2017). Majoriteten av personerna med Diabetes i Sverige är diagnostiserade med DMT2, ca 85–90 procent (Diabetesförbundet 2017). Det finns ca 400 000 med DMT2 i Sverige (Hjärt- och lungfonden 2017).

Glukos är sockerarten som är en av kroppscellernas främsta energikälla. DMT2 gör att en person kan få brist på glukos i kroppens celler. Detta sker på grund av att det blir brist på hormonet insulin i kroppen. Insulin och glukos binds i ihop med varandra, glukos använder sig då av insulin som en nyckel för att ta sig in i olika kroppsceller. När det blir insulinbrist har glukos ingen nyckel för att ta sig in i cellerna och stannar istället kvar i blodbanan. Att glukos samlas i blodbanan leder till förhöjd plasماغlukosnivå, vilket innebär förhöjt blodsocker. Insulinbristen uppstår på grund av två anledningar, den första anledningen kallas för insulinresistens. Det innebär att kroppens insulinberoende vävnader får en minskad känslighet för insulin, vilket i sin tur leder till att vävnaderna får ett försämrat glukosupptag. Den andra anledningen är att bukspottkörteln inte längre tillverkar adekvat mängd insulin (Ericson & Ericson 2012). DMT2 har en långsam utveckling och många personer har sjukdomen i många år innan de blir diagnostiserade (Mosand & Stubberud 2011). Klassiska symtom som uppkommer vid DMT2 är törst, ökade urinmängder, avmagring och trötthet. Det finns olika faktorer som ökar risken för att utveckla DMT2 (Ericson & Ericson 2012). En ohälsosam livsstil där det finns bristande fysisk aktivitet, bukfetma, för stort intag av fett och snabba kolhydrater ökar risken för sjukdomen. Även ärftlighet är en riskfaktor för DMT2 uppkomst (Mosand & Stubberud 2011). Enligt studien av Abbasi et al. (2011) kunde både ärftlighet från modern eller fadern ge en ökad risk för DMT2. Personer som har genetiskt anlag kan i vissa fall få DMT2 även om de följer en hälsosam livsstil och inte har bukfetma (Frid & Gershater 2016).

Personer med diabetes typ 2 [kommer att benämnas person/-er/-na] kan drabbas av sena komplikationer på grund av långvarigt hög plasماغlukos (Ericson & Ericson 2012). Den höga plasماغlukosnivån leder till försämrad blodcirkulation, främst i de små blodkärlen men kan

även påverka de stora (Mosand & Stubberud 2011). Komplikationer som kan uppstå är hjärt- och kärlsjukdomar, försämrad njurfunktion, försämrad nervfunktion, synrubbningar och försämrat immunförsvar. Risken för komplikationer går att minska genom egenvårdsåtgärder som kontinuerligt bör upprätthållas (Zeber & Parchman 2010). Den gynnsamma tidiga behandlingen vid DMT2 inriktar sig på egenvård, farmakologisk behandling, patientutbildning samt hjälp och stöd av en sjuksköterska (Robertson 2012). Egenvårdsåtgärder som är del av behandlingen är regelbunden motion samt minskat intag av fetter och kolhydrater (Guerra-Juarez, Gallegos & Cerda-flores 2007). Sen behandling, likt den tidiga behandlingen, är gynnsam för personerna. I studien av Dutton och Lewis (2015) genomgick personer en kraftig livsstilsförändring vilket jämfördes med andra personer som genomgått en mindre förändring. Det visade sig att när personerna gjorde stora livsstilsförändringar behövdes inte samma ökad mängd läkemedelsdos som hos den andra gruppen.

Det finns inget direkt botemedel för DMT2, men motion, kost och läkemedel är hörnstenar i behandlingen. Motion och kost är områden som personerna kan hantera genom att följa egenvårdsråd och ändra sin livsstil (Mosand & stubberud 2011). För att normalisera kosten hos personerna bör kosten anpassas efter deras energibehov. Kosten ska vara fettbalanserad och kolhydraterna bör främst vara fiberrika och långsamma. Hälsosam kost och regelbunden motion är viktig för att balansera plasmaglukosnivåerna. Motion motverkar insulinresistens genom att öka cellernas känslighet vilket underlättar för cellerna att ta upp glukos som finns i blodet. Detta leder i sin tur till att den höga plasmaglukosnivån sjunker (Ericson & Ericson 2012).

1.2 Sjuksköterskans roll

En del av sjuksköterskans ansvar bygger på att stödja egenvård av sjukdom. Patienternas behov av stöd kan variera beroende på vilket hälsotillstånd de befinner sig i. Vissa patienter kan främst behöva uppmuntran vid mentalt påfrestande medan andra kan behöva hjälp med fysisk aktivitet vid egenvårdsåtgärder (Kristofferson, Nortvedt & Skaug 2006). Enligt studien av Svenningsson, Björkelund, Marklund och Gedda (2012) förekom det att personer levde med mental påfrestning på grund av DMT2. I studien av Huber, Huber och Shaha (2011) förklarade en sjuksköterska istället att hen behövde hjälpa personerna med specifikt anpassad omvårdnad. Anledningen var att personerna hade fått komplikationer som försvårade den fysiska aktiviteten.

Utöver fysisk och psykiskt stöd är en del av sjuksköterskans ansvar att skapa en hälsofrämjande miljö. Den goda miljön leder till att patienter motiveras och skapar mål för sin egen utveckling. Patienten motiveras även till att ta eget initiativ till handlingar som är bra för patientens hälsa. Även undervisning är nödvändig för att patienten ska klara sin egenvård. Genom undervisningen kan de lära sig nya färdigheter och få ny kunskap som de sedan kan implementera i sin vardag (Kristofferson, Nortvedt & Skaug 2006). Informationen som ges ska anpassas till patienten i samband med att sjuksköterskan så långt som möjligt försäkras sig om att patienten förstått innebörden (Patientlagen SFS 2014:821). Egenvårdsundervisning till personer riktar in sig bland annat på kost och motion samt att balansera blodsockernivåerna. Med hjälp av detta har personerna en grund för att klara av att förbättra sin livsstil genom egenvård (Ericson & Ericson 2012).

Behandlingsmål och egenvårdåtgärder bör utgå ifrån patienten och dennes önskemål och individuella förutsättningar (Patientlagen SFS 2014:821). Detta innebär att sjuksköterskan inte ska bestämma över hela patientens behandling själv, det bör istället ske i samråd med patienten. Även anhöriga har rätt till att vara delaktiga vid planering och utförandet av vården (Patientlagen SFS 2014:821). Utöver lagar som sjuksköterskan måste följa finns även en global etisk kod att anpassa sig till. ICN:s etiska kod är framtaget för att sjuksköterskor från hela världen ska arbeta med samma etiska förhållningssätt i sin verksamhet. I denna kod står det bland annat att sjuksköterskan själv ansvarar för ett ständigt lärande där deras yrkeskompetens upprätthålls. En del av det etiska förhållningssättet är att som sjuksköterska ingripa, på lämpligt vis, för att skydda andra. Detta kan handla om att skydda enskilda personer eller familjer om deras hälsa blir hotad av medarbetare eller andra människors handlande (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

1.3 Erfarenhet

Med begreppet erfarenhet menas kunskap eller färdighet som en person har införskaffat sig efter upplevda händelser. Ett annat sätt att beskriva begreppet på är kunskap som förvärvats genom det sinnliga eller genom observationer (Nationalencyklopedin u.å.). I socialstyrelsen beskrivs även individens erfarenhet som viktig vid val av insats. Om en individ upplever insatsen som relevant blir hen senare mer engagerad i sin behandling (Socialstyrelsen u.å.).

1.4 Egenvård

Egenvård är individens handlingar och satsningar som personen själv väljer att genomföra för att bevara liv samt främja hälsa och välbefinnande (Kristofferson, Nortvedt & Skaug 2006). Egenvård beskrivs som en hälsofrämjande åtgärd vilket legitimerad sjukvårdspersonal har ansett att en person kan klara av, med hjälp av andra eller på egen hand av (socialstyrelsen 2013). Egenvård vid DMT2 syftar till regelbunden motion, hålla en hälsosam kost och medicinsk följsamhet (Lundberg & Thrakul 2012). Dessa egenvårdsåtgärder kan minska risken för eller förhindra komplikationer (Kristofferson, Nortvedt & Skaug 2006).

1.5 Teoretisk referensram

Dorothea Orems egenvårdsteori syftar till att varje individ generellt har förmågan att klara sig själv genom egenvård. Egenvård tillåter individen att behålla sin självständighet samtidigt som hen främjar hälsa (Berbiglia & Banfield 2014). Orem beskrev vissa specifika faktorer som gör att människor reagerar olika på sitt hälsotillstånd, dessa faktorer är: vilken utbildning personen har, livserfarenheter, bakgrund, värderingar, vilken inställning personen har till hälso- och sjukvården samt synsätt på livet och människor. Sjuksköterskans ansvar är att känna till dessa faktorer och bör veta hur personen tänker kring sitt sjukdomstillstånd och i vilken utsträckning personen kan vara delaktig i sin egenvård (Kristofferson, Nortvedt & Skaug 2006).

Enligt Orem är människan både fri samt strävar efter att omhänderta sig själv. Människan kan ta egna initiativ för att bibehålla god hälsa och främja välbefinnande (Kristofferson, Nortvedt & Skaug 2006). Dessutom spelar den sociala gruppen och närstående en viktig roll för inläring från omgivningen, där människan kan lära sig att främja välbefinnande genom egenvård (kirkevold 1994). Hälsa är något som upplevs av varje enskild människa och den kännetecknas av en psykisk och fysisk friskhet, enligt Orem (Kristofferson, Nortvedt & Skaug 2006). För att behålla hälsa krävs det att personen tillgodoser de egenvårdsbehoven som finns, men även förebygger de riskfaktorer som sätter hälsan i fara (kirkevold 1994).

Omvårdnad förklaras av Orem som ett sätt för en person att få hjälp med sin egenvård. Behovet av omvårdnad uppstår då en person på grund av, exempelvis sjukdom, inte längre har förmågan att utföra egenvårdsåtgärder. När personen har fått den hjälp och de verktygen som denne behöver för att återigen klara egenvårdsåtgärderna, är behovet av omvårdnad inte längre nödvändigt. För att återhämtningen ska bli fullständig behöver personen acceptera sitt nya hälsotillstånd (kirkevold 1994).

1.6 Problemformulering

Kunskap om betydelsen av egenvård för personer finns. Det finns även kunskap om att god hantering av egenvård kan innebära mindre risk för komplikationer. Dock saknas kunskap om hur personer ser på egenvård. Denna litteraturstudie är därför viktig att genomföra för att få en fördjupad förståelse för personers erfarenheter av egenvård. Kunskapen från denna litteraturstudie kan vara betydelsefull för sjuksköterskan. Kunskapen kan nyttjas av sjuksköterskan i praktiken för att kunna utforma information och vårdplaner som är bättre anpassade för personer. Sjuksköterskans fördjupade kunskap kan leda till hög kvalitet av omvårdnaden i sin helhet.

1.7 Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva erfarenheter av egenvård hos vuxna personer med Diabetes typ 2.

1.8 Frågeställning

Vilka erfarenheter av egenvård har vuxna personer med Diabetes typ 2?

2. Metod

2.1 Design

En beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck 2016, ss. 206).

2.2 Sökstrategi

Artiklar till denna litteraturstudie söktes genom databaserna MEDLINE [Medical Literature On-Line] via sökmotorn PubMed och CINAHL [Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature]. Dessa elektroniska databaser valdes ut för att hitta aktuella artiklar inom huvudområdet omvårdnad (Polit & Beck 2016, ss. 92–95). Den booleska sökoperatören AND lades till mellan varje sökord för att optimera och avgränsa sökresultatet (Polit & Beck 2016, ss. 91). Sökningen påbörjades i CINAHL där headings termerna diabetes mellitus type 2 AND self management AND experience kombinerades med begränsningarna. Vidare fullföljdes den systematiska sökningen i MEDLINE via sökmotorn PubMed. I PubMed användes diabetes mellitus, type 2 som MeSH term medan self management och experience var indexerade sökningar. Sökorden kombinerades med Booleska termen AND samt att de motsvarande begränsningarna nyttjades. För en detaljerad presentation av sökningen, se tabell 1.

Tabell (1) En översikt över sökstrategi

Databas	Begränsningar och sökdatum (ÅÅ-MM-DD)	Söktermer	Antal träffar	Möjliga artiklar	Valda artiklar
MEDLINE via PubMed	Abstract available, English language, Adult: 19+ years och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	Diabetes mellitus, type 2 (MeSH term)	37 585		
MEDLINE via PubMed	Abstract available, English language, Adult: 19+ years och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	Self management (index)	5278		
MEDLINE via PubMed	Abstract available, English language, Adult: 19+ years och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	Diabetes mellitus, type 2 (MeSH term) AND Self management (index)	1011		
MEDLINE via PubMed	Abstract available, English language, Adult: 19+ years och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	Experience (index)	121 385		
MEDLINE via PubMed	Abstract available, English language, Adult: 19+ years och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	Diabetes mellitus, type 2 (MeSH term) AND Self management (index) AND Experience (index)	81	15	5
CINAHL	Abstract available, Peer reviewed, Age groups: All adult, English language och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	Diabetes mellitus type 2 (headings)	10 325		
CINAHL	Abstract available, Peer reviewed, Age groups: All adult, English language och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	Self management (headings)	6757		
CINAHL	Abstract available, Peer reviewed, Age groups: All adult, English language och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	Experience	41 195		
CINAHL	Abstract available, Peer reviewed, Age groups: All adult, English language och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	diabetes mellitus type 2 (headings) AND self management (headings) AND experience (headings)	108	21	9
Manuell sökning	Abstract available, Peer reviewed, Age groups: All adult, English language och Published date: 20060101–20180131 (18-02-01)	Relevans för inklusionskriterier, syfte och frågeställning	1	1	1
Totalt:			190	37	15

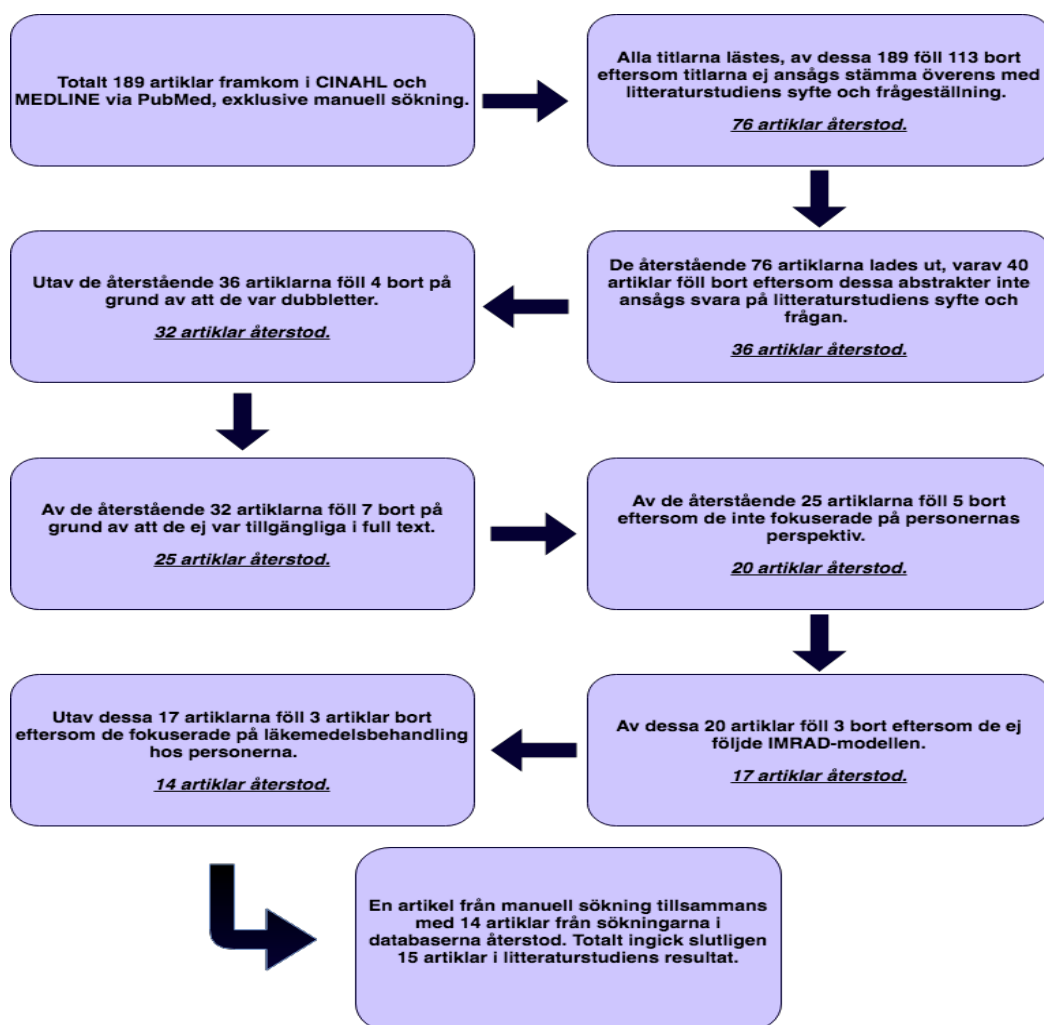
2.3 Urvalskriterier

Inklusions- och exklusionskriterier beskrevs tydligt för att underlätta replikerbarhet (Polit & Beck 2016, ss. 89). Första inklusionskriteriet som användes i litteraturstudien var artiklar vars resultat svarade på studiens syfte och frågeställning. Det andra inklusionskriteriet var artiklar som följde IMRAD-modellen, det vill säga att artiklarna skulle innehålla: introduktion, metod, resultat och diskussion (Polit & Beck 2016, ss. 60). Det sista inklusionskriteriet var artiklar som var skrivna utifrån personernas perspektiv.

Första exklusionskriteriet som nyttjades var alla artiklar som inte var primärkällor eftersom författarna till artikeln då inte är samma personer som utförde artikelns studie (Polit & Beck 2016, ss. 88). Det andra exklusionskriteriet var artiklar som fokuserade på läkemedelsbehandling, anledningen var att litteraturstudien utgick från huvudområdet omvårdnad. Tredje kriteriet som användes för exklusion var de artiklar som ej var tillgängliga i full text.

2.4 Urvalsprocess

I CINAHL framkom det 108 artiklar i sökträffen och i databasen MEDLINE via sökmotorn PubMed framkom 81 artiklar. Sammanlagt var det 189 artiklar som urvalsprocessen utgick från, 175 artiklar föll bort och 14 artiklar återstod. Utöver systematisk litteratursökning kompletterades det med en manuell sökning från utvalda artiklars referenslistor. En artikel som svarade på litteraturstudiens syfte och frågeställning lades till i dessa 14 artiklar, vilket visades i slutet av flödesschemat. Slutligen var det totalt 15 artiklar som ingick i litteraturstudiens resultat. För att se tillvägagångssättet av urvalsprocessen i detalj, se figur 1.



Figur (1) Flödesschema över urvalsprocessen

2.5 Dataanalys

Först granskades alla de artiklarna som ingick i litteraturstudiens resultat enskilt, för att inte påverka tolkningen av artiklarna. Därefter dokumenterades följande viktiga delar, artiklarnas: ansats, design, syfte, författares namn, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod, dataanalysmetod. Delar av resultat som svarade på litteraturstudiens syfte översattes till svenska. Därefter lästes och granskades artiklarna i samband med att de dokumenterade anteckningarna diskuterades mellan författarna tills samstämmighet uppnåddes. Nya anteckningar skrevs då samstämmighet var nådd. Utifrån anteckningarna framkom fem återkommande områden: emotionellt, livsstil, eget ansvar, socialt och omgivningens stöd.

Enligt Polit och Beck (2016, ss. 98–99, 533) används kodning som ett sätt att organisera, strukturera och underlätta dataanalysprocessen. Kodning görs med hjälp av siffror och

bokstäver. De områdena som hade uppstått kodades och döptes till: A) emotionellt, B) livsstil, C) eget ansvar, D) socialt och E) omgivningens stöd. Anteckningar från artiklarnas resultat kodades till A, B, C, D och E för att sedan läggas in under de framtagna områdena. När alla artiklarnas resultat hade blivit kodade och samlade under varje område påbörjades en bearbetning av dem. Varje artikel döptes till en siffra mellan 1–15 för att alltid veta vilken referens som informationen var kopplad till. När olika delar av artiklarnas resultat hamnade under olika områden döptes den delen med en siffra för att veta till vilken artikel denna informationen tillhörde. Utifrån dessa fem områden utformades litteraturstudiens över- och underrubriker.

2.6 Forskningsetiska överväganden

En objektiv presentation av artiklarnas resultat framfördes i litteraturstudien, ingen artikel ignorerades på grund av att deras resultat motsatte sig andra artiklar (Polit & Beck, 2016 ss. 111). Alla artiklar har granskats för att se om de har fått ett godkännande från en etisk kommitté. I denna litteraturstudie har ingen falsifiering eller plagiering förekommit av artiklarnas resultat (Polit och Beck 2016, ss. 153–154). Det förekom dessutom ingen förändring av artiklarnas resultat på grund av personliga värderingar eller åsikter.

3. Resultat

Resultat introduktion

Resultatet bygger på 15 vetenskapliga artiklar, där artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats ingår, vilket presenteras i löpande text. Resultatet framgår i fyra huvudrubriker:

Känslomässiga erfarenheter hos vuxna personer med Diabetes typ 2, Erfarenheter av livsstilsförändring hos vuxna personer med Diabetes typ 2, Erfarenheter av sociala sammanhang hos vuxna personer med Diabetes 2 och Erfarenheter av stöd från omgivningen hos vuxna personer med Diabetes typ 2.

3.1 Känslomässiga erfarenheter hos vuxna personer med Diabetes typ 2

Personerna upplevde en kombination av olika känslor som ångest och upprördhet över att de fick diagnosen DMT2 (Carolan, Holman & Ferrari 2015; Penckofer, Ferrans, Velsor-Friedrich & Savoy 2007). Dessa känslor orsakade svårighet att acceptera sjukdomen, vilket ledde till att de i början inte tog ansvar för sin egenvård. När personerna inte längre förnekade att de hade DMT2 insåg de vikten av egenvård och dess betydelse för deras hälsa. De förklarade att deras liv blev hälsosammare och såg istället det positiva i sjukdomen (Carolan, Holman & Ferrari

2015). Detta ansågs dock vara en personlig resa, som i vissa fall kunde kännas ensam även om de hade stöd från andra (Carolan, Holman & Ferrari 2015; Majeed-Ariss, Jackson, Knapp & Cheater 2015; Penckofer, Ferrans, Velsor-Friedrich & Savoy 2007). Personer beskrev dessutom en oro över att utveckla komplikationer i framtiden (Penckofer et al. 2007; Majeed-Ariss et al. 2015; Rygg, Rise, Lomundal, Solberg & Steinbekk 2010; Carolan, Holman & Ferrari 2015; Benavides-Vaello & Brown 2016). De som hade föräldrar med DMT2 vars sjukdom utvecklades till komplikationer förklarade en oro över att själv få komplikationer. Eftersom de hade sett komplikationerna förstod de att egenvårdsåtgärderna var nödvändiga (Majeed-Ariss et al. 2015). Om de ändå valde att äta onyttigt eller motionera dåligt, kunde detta leda till en negativ bild av sig själv och i vissa fall leda till depression (Carbon, Rosal, Torres, Goins & Bermudez 2007; Howard & Hagen 2012). I studien av Carbon et al. (2007) förklarade personer att DMT2 var problematisk att hantera genom egenvård på grund av att gamla vanor var svåra att ändra

Det ingick sju studier i denna resultatdel, utav dessa sju hade samtliga kvalitativ ansats. Antalet deltagare som var med i studierna skiftade mellan 3 - 41 deltagare. Studierna som ingick var utförda i olika länder och publicerades olika år: Australien (2015), Kanada (2012), Norge (2010), Storbritannien (2015) och USA (2007, 2007, 2016).

3.2 Erfarenheter av livsstilsförändring hos vuxna personer med Diabetes typ 2

3.2.1 Egenvård som leder till livsstilsförändring

Livsstilsförändring genom egenvård krävde nya vanor i vardagen, dock ansågs den nya livsstilen svår att anpassa sig till enligt personerna (Carbon et al. 2007; Carolan, Holman & Ferrari 2015; Rygg et al. 2010; Tompson 2013). De förklarade att i samband med diagnostiseringen av DMT2 fick de även reda på att om de skulle hantera sjukdomen krävdes olika egenvårdsåtgärder. Egenvårdsåtgärderna var kopplade till motion och kost, som i längden skulle bli till en livsstilsförändring (Abreu, Nunes, Taylor & Silva 2018; Carbon et al. 2007; Penckofer et al. 2007; Carolan, Holman & Ferrari 2015; Malpass Andrews & Turner 2008; Rygg et al. 2010). En person beskrev det som ett nyårslöfte, de följs endast under en period (Carbon et al. 2007).

När det gäller koständring beskrev personer att den nya kosten borde innehålla mer protein och grönsaker samt minskat kolhydratintag (Tompson 2013). De beskrev även att minskad storlek på portionerna var en del av en god kosthållning (Tompson 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2015). Personerna förklarade att det var viktigt att undvika vissa maträtter som de

tyckte om eftersom de inte ansågs vara en del av den nya, hälsosamma kosten. Detta ledde till att de inte njöt av maten (Carolan, Holman & Ferrari 2015). I studien av Malpass, Andrews och Turner (2008) ansåg personer att nyttigare kost med minskade portioner, tillsammans med ökad motion inte fungerade eftersom de kunde känna sig hungriga. Dock förklarade andra personer att framstegen mot hälsa som de uppnått aldrig hade skett, om det inte vore för dessa egenvårdsåtgärderna. Ökad motion var en viktig egenvårdsåtgärd som ledde till en hälsosam livsstilsförändring. Personer beskrev att ökad motion ledde till att de mådde bättre kroppsligt och mentalt, samtidigt underlättade det även en hälsosam kosthållning. Enligt studierna av Penckofer et al. (2007), Benavides-Vaello och Brown (2016), Malpass, Andrews och Turner (2008) och Abreu et al. (2018) ansåg personer att det var viktigt med livsstilsförändring inom kost och motion för att ha kontroll på blodsockernivåerna. I studien av Sprague, Schultz och Branen (2006) arbetade vissa personer med målsättning kring kosten. De personer som behöll sin målsättning fick bättre resultat med egenvården kopplat till kosten än de som ändrade sin målsättning under resans gång. Personerna ansåg att målsättningen underlättade att ha kontroll på blodsockernivåerna. Enligt studien av Malpass, Andrews och Turner (2008) när personerna fick positiva effekter av motion blev dem motiverad till att upprätthålla ett hälsosamt liv samt tog eget ansvar. Enligt studien av Malpass, Andrews och Turner (2008) gav motion positiva effekter hos personer vilket ledde till motivationen att upprätthålla ett hälsosamt liv samt tog eget ansvar för sin vård.

I denna resultatdel ingick det nio studier varav 1 var kvantitativ. Antalet deltagare som ingick i de kvalitativa studierna var mellan 8–41 och i den kvantitativa studien ingick det 97 deltagare. Studierna publicerades under olika år och utfördes i olika länder: Australien (2015), Norge (2010), Portugal (2018), Storbritannien (2008) och USA (2013, 2007, 2007, 2016, 2006).

3.2.2 Erfarenheter av eget ansvar vid livsstilsförändring

När personerna fick positiva effekter av motion blev dem motiverad till att upprätthålla ett hälsosamt liv samt tog eget ansvar (Malpass, Andrews & Turner 2008). En del personer beskrev att DMT2 handlade om att ta ansvar genom egenvård (Benavides-Vaello & Brown 2016; Carolan Holman & Ferrari 2015; Abreu et al. 2018). Enligt studien av Benavides-Vaello och Brown (2016) förklarade vissa personer att ansvaret byggde på bland annat att lära känna sin kropp, det vill säga vad som ökade blodsockernivåerna och vad som sänkte dem. En

person beskrev att hennes sätt att ta ansvar var genom att själv sköta matlagningen för att anpassa den efter vad som passar hennes kropp.

Personer förklarade även att ansvaret innebar att de sökte mer information på egen hand för att hantera sin DMT2 på ett bättre sätt (Carolan Holman & Ferrari 2015; Benavides-Vaello & Brown 2016). De ansåg att de kunde tjäna på mer information relaterat till sin sjukdom (Rygg et al. 2010; Sprague, Schultz & Branen 2006; Carolan, Holman & Ferrari 2015; Benavides-Vaello & Brown 2016). Genom information om DMT2 fick de förståelsen att egenvård leder till minskad risk för komplikationer (Carolan, Holman & Ferrari 2015; Benavides-Vaello & Brown 2016). I studien av Carolan, Holman och Ferrari (2015) beskrev personer deras vilja att leva länge och tog därför ansvar över hantering av sjukdomen genom livsstilsförändring. I studien av Shen, Edwards, Courtney, McDowell och Wei (2013) förklarade andra personer att de istället ville äta traditionellt tillagad kost än att göra livsstilsförändring och följa en helt ny kost. De förklarade att de hellre vill äta den maten de tyckte om än att leva ytterligare några år.

I föreliggande resultatdel ingick det sex studier där alla var kvalitativa. Deltagarantalet var mellan 12–30. Året studierna publicerades och vilka länder de utfördes i var följande: Australien (2015), Kina (2013), Norge (2010), Portugal (2018), Storbritannien (2009) och USA (2016).

3.3 Erfarenheter av sociala sammanhang hos vuxna personer med Diabetes 2

Personer beskrev att sociala sammanhang kunde vara svåra att hantera på rätt sätt (Rygg et al. 2010; Wellard, Rennie & King 2008; Benavides-Vaello & Brown 2016; Majeed-Ariss 2015). I studien av Rygg et al. (2010) beskrev personer att de skulle uppskatta att kunna samtala med andra personer som har DMT2. De menar att samtala med andra i samma situation, diskutera och reflektera över sjukdomen kunde hjälpa dem. Personerna ansåg att få nya råd kunde öka deras självkänsla samt underlätta hantering av praktiska och sociala sammanhang. Detta i sin tur kunde leda till utveckling av deras egenvård.

I studien av Rygg et al. (2010) fanns det personer som ville lära sig tacka nej till de onyttiga måltiderna på ett respektfullt sätt, utan att behöva berätta om sin DMT2. Enligt studierna av Benavides-Vaello & Brown (2016) och Penckofer et al. (2007) förklarade andra personer att de hanterade liknande situationer på annat sätt. De beskrev att de åt nyttigt under längre

perioder och kunde sedan äta onyttigt vid högtider eller andra sociala sammanhang. I studien av Wellard, Rennie och King (2008) beskrev dessutom andra personer att de istället berättade om sin DMT2 och att en del av vården krävde hälsosam kost. I studierna av Rygg et al. (2010), Wellard, Rennie och King (2008), Benavides-Vaello och Brown (2016) och Majeed-Ariss et al. (2015) beskrev personerna att deras sätt var att hantera dessa situationer genom att de undvek sociala sammanhang. De förklarade att måltiderna kunde innehålla mycket som var ohälsosamt för dem. I studien av Benavides-Vaello och Brown (2016) förklarade personer att anledningen till de undvek ett bröllop var att de inte ville förolämpa de som bjöd på maträtterna.

I denna resultatdel ingick det fem studier och samtliga hade kvalitativ ansats. I studierna deltog 4–41 personer. Studierna publicerades och utfördes i: Australien (2008), Norge (2010), Storbritannien (2015) och USA (2007, 2016).

3.4 Erfarenheter av stöd från omgivningen hos vuxna personer med Diabetes typ 2

3.4.1 Erfarenheter av stöd från närstående

Personer beskrev att deras närstående var till stor hjälp när det kommer till egenvård.

Genom att närstående hjälpte och stöttade personerna ansåg de att detta underlättade deras vardag (Tompson 2013; Wellard, Rennie, & King 2008; Carbon et al. 2007; Shen et al. 2013; Benavides-Vaello & Brown 2016; Majeed-Ariss et al. 2015). Den främsta hjälpen personerna fick av närstående var kopplat till kosthållning, motion och emotionellt stöd (Tompson 2013; Carbon et al. 2007; Wellard, Rennie & King 2008; Benavides-Vaello & Brown 2016).

Personer beskrev att deras närstående kunde bistå med diskussioner kring kosten för att göra hälsosamma matval och äta lagom stora portioner. Utöver detta hjälpte närstående genom att kontrollera innehållet i olika matprodukter (Wellard, Rennie & King 2008). Närstående kunde ändra sina egna kostvanor tillsammans med personer för att visa sitt stöd och medkänsla (Tompson 2013). Personer beskrev att närstående även kunde vara till stöd i samband med motion då de planerade och utförde aktiviteter gemensamt. Aktiviteterna var bland annat att närstående följde med dem på promenader (Wellard, Rennie & King 2008).

Personer beskrev att hantera sjukdomen kunde vara mentalt påfrestande. Närstående underlättade denna situation genom att uppmuntra och trösta dem (Carbon et al. 2007; Shen et

al. 2013). I studien av Wellard, Rennie och King (2008) förklarade personer dessutom att deras närstående kunde följa med dem till olika vårdinstanser där information gavs. Detta beskrev de att närstående gjorde för att inte gå miste om någon väsentlig information. I studierna av Majeed-Ariss et al. (2015) och Abreu et al. (2018) kunde närstående använda information om DMT2 för att underlätta egenvården, hos personerna. I studien av Abreu et al. (2018) beskrev vissa personer att stödet i egenvården, från närstående, ledde till förbättrad reglering av blodglukosnivåer. Erfarenheten av närståendes stöd är dock olika för olika personer. I studierna av Shen et al. (2013) och Majeed-Ariss et al. (2015) fanns det personer som kunde beskriva närstående som ett hinder för deras egenvård. I studierna av Majeed-Ariss et al. (2015), Shen et al. (2013) och Penckofer et al. (2007) menade personer att de hade närstående som behövde omhändertas av dem, vilket ledde till tidsbrist för deras egenvård.

Det ingick 8 studier i denna resultatdel, utav dessa hade alla en kvalitativ ansats. I studierna skiftade deltagarantalet mellan 4–41 personer. Studierna var utförda i följande länder samt publicerade följande år: Australien (2008), Kina (2013), Portugal (2018), Storbritannien (2005), USA (2007, 2007, 2013, 2016).

3.4.2 Erfarenheter av stöd från sjuksköterskan

Personer förklarade att sjuksköterskan hade en betydande roll för deras egenvård (Howard & Hagen 2012; Carolan, Holman & Ferrari 2015; Shen et al. 2013; Lawton, Rankin, Peel & Douglas 2009). Enligt studien av Shen et al. (2013) förklarade personer att de kunde skapa förbättringar i sin egenvård tillsammans med sjuksköterskans hjälp. De ansåg därför att det var viktigt med en god relation till sin sjuksköterska. I studien av Howard och Hagen (2012) beskrev personer att ett framträdande tema som sjuksköterskan kunde stötta med var motivation. Enligt de kunde sjuksköterskan hjälpa dem att få insikt i sambandet mellan egenvård och hälsa. Eftersom hälsa var en motiverande faktor blev personerna inspirerade till hantering av egenvård. Enligt studien av Lawton et al. (2009) förklarade vissa personer att sjuksköterskan gav de tydliga råd med tydlig information som hjälpte dem att hantera DMT2. I studierna av Boyle, Saunders och Drury (2016) och Carolan, Holman och Ferrari (2015) beskrev vissa personer att sjuksköterskan kunde ge för lite information kring DMT2. Enligt studien av Carolan, Holman, och Ferrari (2015) ansåg vissa personer att deras sjuksköterska gav dem lite information för att inte skapa förvirring. I studierna av Abreu et al. (2018) och Boyle, Saunders och Drury (2016) beskrev dock andra personer att mötet med sjuksköterskan

främst handlade om praktiska procedurer som exempelvis blodprovstagning. Sjuksköterskans roll upplevdes därav inte som informationsgivande.

Det var sex studier som ingick i denna resultatdel varav alla var av kvalitativ ansats.

Deltagarantalet var mellan 3–26 personer. Studierna utfördes i olika länder och publicerades under olika år: Australien (2015, 2016), Kina (2013), Kanada (2012), Portugal (2018).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet visade att personer upplevde negativa känslor när de fick diagnosen DMT2. Dessa känslor gjorde det svårt för dem att följa en god egenvård strax efter diagnos. När personerna senare accepterade att de hade DMT2 lyckades de påbörja en bättre hantering av egenvården. Egenvårdsåtgärderna som motion och kost var viktiga för att kunna genomföra livsstilsförändring och leva ett hälsosamt liv. Enligt personerna krävdes det eget ansvar för att lyckas upprätthålla egenvården. Resultatet visade dessutom att alla personer är olika, därav ansåg inte alla att egenvårdsåtgärderna och livsstilsförändringen passade dem. Personers erfarenheter kring sociala sammanhang, där det bjöds på mat, var att de kunde vara svåra att hantera. Med hjälp av omgivningens stöd underlättades hantering av egenvård när det gäller kost och motion. Närstående ansågs av vissa personer vara goda källor för stöd, dock kunde närstående även anses av en del personer som ett hinder för deras väg mot hälsa.

Sjuksköterskan spelade en viktig roll som stöd hos vissa personer, medan andra inte upplevde sjuksköterskor som stöd. De upplevde att sjuksköterskan endast utförde praktiska procedurer.

4.2 Resultat diskussion

Personer kunde uppleva negativa känslor i samband med diagnosen, bland annat på grund av rädsla för att få komplikationer (Penckofer et al. 2007; Majeed-Ariss et al. 2015; Rygg et al. 2010; Carolan, Holman, & Ferrari 2015; Benavides-Vaello & Brown 2016). Detta styrks med studierna av Bhattacharya (2012) och Lundberg och Thrakul (2012) där personer beskriver att de utvecklar negativa känslor när de får sin diagnos DMT2. I studierna av Bhattacharya (2012) och Lundberg och Thrakul (2012) överensstämmer även att personer beskriver negativa känslor över risken att utveckla komplikationer. Eftersom de kan uppleva känslomässig börda i samband med sjukdomen bör behandling av DMT2 fokusera mer på det känslomässiga välmående. Dock beskriver Orem i Kirkevold (1994) att det är just egenvård som kan leda till minskad oro. Den minskade oron uppstår eftersom personen lär sig att

hantera sin DMT2. Därför kan en viktig del i att bli av med känslomässig börda hos personer vara att påbörja egenvårdsåtgärderna så fort som möjligt.

Det fanns samstämmighet bland studier där sambandet var erfarenheten av livsstilsförändring. Personer förklarade att svårigheter med följsamhet till en god egenvård ledde till svårigheter med förändring av livsstil (Rygg et al. 2010; Tompson 2013; Carbon et al. 2007; Carolan, Holman & Ferrari 2015). Detta överensstämmer med resultatet i studierna av Vermunt et al. (2013) och Bhattacharya (2012) där personer beskriver att de har erfarenheter av olika svårigheter vid livsstilsförändring. Enligt studien av Bhattacharya (2012) beskrev personer att det är svårt att ha en tillräckligt god följsamhet till egenvården så att den utvecklas till livsstilsförändring. I studien av Vermunt et al. (2013) beskriver personer även en oro över att inte ha tid nog till att utföra alla egenvårdsåtgärderna.

Personer ville genomgå livsstilsförändring kopplade till förbättring av deras hälsa genom kost och motion (Abreu et al. 2018; Carbon et al. 2007; Penckofer et al. 2007; Carolan, Holman & Ferrari 2015; Malpass Andrews & Turner 2008; Rygg et al. 2010). Detta överensstämmer med studien av Kindarara, McEwen, Crist och Loescher (2017) där personer beskriver vikten av att ändra sina vanor inom motion och kost. Dock kan de känna att det blir för svårt att upprätthålla egenvårdsåtgärderna vilket leder till att de faller tillbaka i sin gamla, ohälsosamma livsstil. Detta förstod Orem som beskrev i sin egenvårdsteori att god hälsa kräver egna handlingar och eget engagemang för att lyckas främja sin hälsa (Berbiglia & Banfield 2014). Personer bör ha förståelse för att de positiva effekterna från egenvårdsåtgärderna i sig blir till en motivation. Med hjälp av motivationen underlättas vägen till livsstilsförändring, därför är det viktigt med god följsamhet till egenvården. Detta överensstämmer med studien av Booth, Lowis, Dean, Hunter och McKinley (2013) där personer förklarar att en hälsosammare livsstil ger positiva hälsoeffekter. Detta leder till att deras vilja att upprätthålla den hälsosamma livsstilen ökar.

Personer förklarade att om de ville vara hälsosamma och kunna hantera sin DMT2 behövde de ta eget ansvar genom egenvård (Benavides-Vaello & Brown 2016; Carolan, Holman & Ferrari 2015; Abreu et al. 2018). Detta överensstämmer med studien av Rise, Pellerud, Rygg och Steinsbekk (2013) där personer förklarar att eget ansvar är en stor del av sjukdomshanteringen. Personerna förklarade att genom eget ansvar gör de egenvårdsåtgärder till nya vanor, de vanorna blir i sin tur deras livsstilsförändring. Dessutom beskriver Orem att

eget ansvar är en grundläggande del av människan. Hon beskriver i sin teori att människan är en aktiv varelse som genom egna initiativ kan bibehålla god hälsa och främja välbefinnande (Kristofferson, Nortvedt & Skaug 2006).

Personer upplevde sociala sammanhang som svåra, oftast på grund av maten som erbjöds (Rygg et al. 2010; Wellard, Rennie & King 2008; Benavides-Vaello & Brown 2016; Majeed-Ariss et al. 2015). Detta överensstämmer med två andra studier där personer upplever svårigheter med att befinna sig i sociala sammanhang där det serveras ohälsosam mat. De anser att det kan vara svårt att hålla en hälsosam kost, som är del av egenvården, när de är omringade av onyttiga maträtter (Booth et al. 2013; Kindarara et al. 2017). Personer tjänar på att dela med sig av erfarenheter tillsammans med andra personer i samma situation. Genom andras erfarenheter kan de ta lärdom och tillsammans lära sig att hantera svåra sociala sammanhang. Detta styrks av Orem i kirkevold (1994) och studien av Dasgupta et al. (2014). Enligt Orem's egenvårdsteori ligger stor betydelse på den sociala gruppen vid inläring för individen. I studien av Dasgupta et al. (2014) beskriver personer att genom att umgås med andra personer i samma situation kunde de dra lärdom av varandra samtidigt som de inte längre kände sig ensamma i sin situation.

Närståendes stöd spelade en betydande roll för egenvården, enligt personer (Tompson 2013; Wellard, Rennie & King 2008; Carbon et al. 2007; Shen et al. 2013; Benavides-Vaello & Brown 2016; Majeed-Ariss et al. 2015). Detta styrks av studierna Mulligan et al. (2017) Newton-John, Mosely, Ventura, Browne och Speight (2017) och Misoon, Lee och Shim (2010). I studien av Mulligan et al. (2017) beskriver personer att deras närstående ger stöd i form av att tillaga hälsosam mat, finnas där eller följa med till gymmet. I studien av Newton-John et al. (2017) är stödet främst kopplat till en god kosthållning. Även i studien av Misoon, Lee och Shim (2010) förklarar personer att närståendes stöd är en underlättande faktor för deras egenvård.

Dock beskrev andra personer att deras närstående istället var ett hinder för dem (Shen et al. 2013; Majeed-Ariss et al. 2015). Detta överensstämmer med Studierna av Newton-John et al. (2017) och Hu, Amirehsani, wallace och Letvak (2013) där personer kan uppleva att deras närstående var ett motstånd för deras egenvård istället för ett stöd. I studien av Newton-John et al. (2017) förklarar personer att närstående ibland kan bli alltför involverade vilket försvårar för dem att själv fokusera på sin egenvård. Även i studien av Hu et al. (2013)

förklarar personer att deras närstående inte ger det önskade stödet. De närstående tycks inte visa förståelse för deras livsstilsförändring och fortsatte själva med sina gamla vanor. Detta försvårar för dem att upprätthålla sin egenvård eftersom de inte får stöd i sitt försök att göra livsstilsförändring. Orem hävdar i sin teori att förbättrad hälsa kräver egenvårdsåtgärder. Dessa egenvårdsåtgärder behöver dessutom stöd från närstående för att underlätta för individen att genomgå livsstilsförändring (Kirkevold 1994). Närståendes stöd är därför viktig för att underlätta en god följsamhet till egenvård. Om de närstående utgör hinder för personerna försvåras följsamheten vilket kan leda till att ingen hälsosam livsstilsförändring sker.

Personer beskrev att sjuksköterskan var en källa för hjälp och stöd för deras egenvård av DMT2 (Howard & Hagen 2012; Carolan, Holman & Ferrar 2015; Shen et al. 2013; Lawton et al. 2009). Detta styrks med studien av Lundberg och Thrakul (2012) där personer berättar att de med hjälp av sjuksköterskans information lärt sig att hantera sin DMT2.

I studierna av Boyle, Saunders och Drury (2016) och Abreu et al. (2018) förklarade dock personerna att sjuksköterskan gav dem för lite information och att sjuksköterskans arbetsuppgifter främst bestod av praktiska procedurer. Det överensstämmer även med studien av Zamzam, Anoosheh och Ahmadi (2013) där personer förklarar att de upplever sjuksköterskans roll som praktiskt lagd och att de endast genomförde praktiska procedurer.

Även om vissa personer upplever att sjuksköterskan endast utför praktiska procedurer, är en del av sjuksköterskans roll att ge information och utbilda personerna. Detta överensstämmer med Ericson och Ericson (2012) där de beskriver att en del av den undervisande rollen som sjuksköterskan har, är att informera personer om hur de kan förbättra sitt hälsotillstånd genom egenvårdsåtgärder. Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) ska informationen anpassas efter patienten samt att egenvård som planeras bör göras i samråd med patienten. Planering av egenvård ska utgå ifrån patientens egna önskemål och förutsättningar. Patientlagen säger dessutom att sjuksköterskan ska försäkra sig om att mottagaren förstår innehållet och betydelsen av informationen. Orem's egenvårdsteori i Kristofferson, Nortvedt och Skaug (2006) beskriver att sjuksköterskan måste ha förståelse för personers bakgrund och erfarenheter för att kunna ge korrekt information. Det är också viktigt för sjuksköterskan att ha förståelse för personers upplevelse av symtom och sjukdom samt vilken förmåga personerna har att utföra egenvård. I ICN:s etiska kod har sjuksköterskor personligt ansvar för sin utveckling och upprätthållandet för sitt lärande. Detta behövs för att sjuksköterskan ska

kunna utföra arbetsuppgifter utifrån ett evidensbaserat förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Om dessa lagar och etiska riktlinjer följs samt att sjuksköterskan tar hänsyn till Orems egenvårdsteori, kan problem försvinna som personerna har upplevt i studierna (Boyle, Saunders & Drury 2016; Abreu et al. 2018; Zamzam, Anooosheh & Ahmadi 2013).

4.3 Metoddiskussion

Det som ville uppnås med litteraturstudien var att *beskriva erfarenheter av egenvård hos vuxna personer med Diabetes typ 2*, därför valdes beskrivande design. Designen ansågs vara ändamålsenligt eftersom meningen var att genom en icke-experimentell studie observera, dokumentera och beskriva fenomenet (Polit & Beck 2016, ss. 206).

MEDLINE via PubMed och CINAHL användes till sökningen av artiklar, detta var en fördel för att hitta artiklar inom omvårdnad (Polit & Beck 2016, ss. 92–95). Ett problem var att hitta rätt sökord för att hitta artiklar med koppling till litteraturstudiens syfte och frågeställning. Flertalet gånger ändrades sökorden tills att de tre slutgiltiga sökorden kombinerades tillsammans med den booleska operatören AND. Fördelen med användandet av AND var att de tre sökorden kunde kombineras för att avgränsa och specificera sökningen (Polit & Beck 2016, ss. 91). Utöver att specificera sökningen användes även begränsningar som hjälpte till att minska antalet artiklar vilket gjorde sökträffen mer hanterbar. Fördelen med begränsningarna var att granskningen av artiklarna blev noggrannare. Detta underlättade att se om artiklarna svarade på litteraturstudiens syfte och frågeställning (Polit & Beck 2016, ss. 93, 95). En nackdel med begränsningen *English language* var att engelska inte var ett modersmål, detta kan ha lett till ofrivillig misstolkning.

Alla urvalskriterierna var viktiga för litteraturstudien, med hjälp av dem föll irrelevanta artiklar bort. I enlighet med Polit och Beck (2016, ss. 89) förklaras urvalskriterierna tydligt för att underlätta om en annan forskare vill göra om litteraturstudien. IMRAD var en styrka att använda som inklusionskriterie eftersom denna modell försäkrar att artiklarna följer en specifik struktur. Med hjälp av IMRAD-modellen underlättades en överblick på viktiga delar i artiklarna. I denna litteraturstudie skulle alla artiklar vara primärkällor, och oftast är de uppbyggda utifrån denna struktur. Genom att utgå från IMRAD-modellen kunde artiklar som inte var primärkällor exkluderas.

En styrka med urvalsprocessen var att den förenklades flertalet gånger till att en text och en figur återstod med minimal upprepning mellan text och figur. Texten sammanfattade totala antalet sökträffar, artiklar som föll bort och hur många artiklar som sammanlagt återstod inklusive en artikel från manuell sökning. Hur artiklarna föll bort presenterades sedan i en detaljerad figur. Nackdelen var att figuren kunde upplevas som övertydlig och att det uppstod upprepningar inom figuren kring hur många artiklar som återstod.

En styrka i vår dataanalys var att artiklarna först lästes enskilt, och sedan tillsammans. Genom att läsa artiklarna enskilt fördubblades chansen att finna all viktig information. Om ena författaren missade informationen kunde den andra ha antecknat den. I enlighet med Polit och Beck (2016, ss 533) användes kodning, detta var en styrka som användes för att underlätta uppbyggnaden av resultatet i litteraturstudien. Dock begicks ett misstag med kodningen där två siffror blandades ihop. För att förstå vilka siffror som hade blandats ihop behövdes alla anteckningar läsas igenom än en gång.

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning.

Enligt World health organization (2017) ökar DMT2 globalt. Av denna anledningen kommer sjuksköterskan möta fler personer som har sjukdomen. Därav är det viktigt att sjuksköterskor har en förståelse för vilka erfarenheter personer har i samband med DMT2. Personernas eget ansvar är av stor betydelse för behandlingens framgång, genom ansvaret kan de lyckas med hälsosamma livsstilsförändringar. Detta är viktigt som sjuksköterska att förmedla till personerna eftersom en del personer undviker att ta eget ansvar för sin egenvård.

Sjuksköterskor uppfattades, av vissa personer, som att de inte gav tillräcklig information eftersom de endast utförde praktiska procedurer. Arbetsplatser och utbildningar bör lägga mer vikt på att sjuksköterskan måste se personerna utifrån ett helhetsperspektiv. Fortsatt forskning bör undersöka hur livsstilsförändring kan förenklas så att fler personer genomför alla de nödvändiga förändringarna. Vidare bör forskning undersöka varför sjuksköterskor upplevdes av vissa personer som att de endast genomförde praktiska procedurer. Både sjuksköterskeutbildningar och arbetsplatser borde lägga mer tyngd på att sjuksköterskorna ska arbeta med hälsofrämjande åtgärder, utifrån en helhetssyn på människan. Detta kan då leda till att sjuksköterskan kan uppnå alla de krav som yrkesrollen sätter.

4.5 Slutsats

Resultatet svarar på syftet genom att beskriva personernas erfarenheter av: känslomässig börda, svårigheter att upprätthålla egenvårdsåtgärder, eget ansvar för att underlätta livsstilsförändring, svårigheter med sociala sammanhang samt att stöd från närstående och sjuksköterska ansågs vara viktig. Utifrån litteraturstudiens resultat kan sjuksköterskan få en uppfattning av personernas erfarenheter. Detta kan underlätta för sjuksköterskan att främja hälsa genom att utforma anpassad information och ge en anpassad vård som ser till hela människans hälsa. Att ta del av föreliggande litteraturstudie kan hjälpa både personerna och närstående att få mer vetskap om vad som är naturligt när personerna diagnostiserats. Detta kan då bli ett hjälperande verktyg för att hitta ett bra sätt att ta del av sin egenvård och även hur närstående på bästa sätt kan stötta. Om personerna får hjälp kan de ta eget ansvar för sin behandling och därav påbörja sin egenvård. När personerna tar eget ansvar för sin behandling underlättar det att upprätthålla egenvård och förbättra sin livskvalitet.

5. Referenslista

Abbasi, A., Corpelejin, E., Van der Schouw, Y., Stolk, R., Spijkerman, A., Van der A, D., Navis, G., Bakker, S. & Buelens, J. (2011). Maternal and paternal transmission of type 2

diabetes: influence of diet, lifestyle and adiposity. *Journal of internal medicine*, 270(4), ss. 388-396. doi: 10.1111/j.1365-2796.2011.02347

*Abreu, L., Nunes, JA., Taylor, P. & Silva, S. (2018). Distributed health literacy among people living with type 2 diabetes in Portugal: Defining levels of awareness and support. *Health & Social Care In The Community*, 26(1), ss. 90-101. doi:10.1111/hsc.12465

*Benavides-Vaello, S. & Brown, SA. (2016). Sociocultural construction of food ways in low-income Mexican-American women with diabetes: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15/16), ss. 2367-2377.

doi:<http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1111/jocn.13291>

Berbiglia, AV. & Banfield, B. (2014). UNIT III Nursing Conceptual Models. Alligood, MR. (red.), *Nursing theorists and their work*. St Louis: Mosby. ss. 240–254.

Bhattacharya, G. (2012). Psychosocial Impacts of Type 2 Diabetes Self-Management in a Rural African-American Population. *Journal Of Immigrant & Minority Health*, 14(6), ss. 1071-1081. doi:10.1007/s10903-012-9585-7

Booth, AO., Lowis, C., Dean, M., Hunter, SJ. & McKinley, MC. (2013). Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. *Primary Health Care Research & Development*.14(3), ss. 293-306. doi: 10.1017/S1463423612000412

*Boyle, E., Saunders, R. & Drury, V. (2016). A qualitative study of patient experiences of Type 2 Diabetes care delivered comparatively by General Practice Nurses and Medical Practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13/14), ss. 1977-1986. doi:10.1111/jocn.13219

*Carbon, E., Rosal, M., Torres, M., Goins, K. & Bermudez, O. (2007). Diabetes self-management: Perspectives of Latino patients and their health care providers. *Patient Education & Counseling*, 66(2), ss. 202-210. doi:[10.1016/j.pec.2006.12.003](https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.12.003)

*Carolan, M., Holman, J. & Ferrari, M. (2015). Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7/8), ss. 1011-1023. doi:[10.1111/jocn.12724](https://doi.org/10.1111/jocn.12724)

Dasgupta, K., Jarvandi, S., De Civita, M., Pillay, S., Hajna, S., Gougeon, R., & Da Costa, D. (2014). Participants' Perceptions of a Group Based Program Incorporating Hands-On Meal Preparation and Pedometer-Based Self-Monitoring in Type 2 Diabetes. *PLoS One*. 23;9(12):e114620. doi: [10.1371/journal.pone.0114620](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114620)

Diabetesförbundet (2017). *Diabetes i siffror*. <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diabetes-i-siffror/> [2018-02-26]

Dutton, G. & Lewis, C. (2015). The Look AHEAD Trial: Implications for Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes Mellitus. *Progress in cardiovascular diseases*, 58(1), ss. 69-75. doi:[10.1016/j.pcad.2015.04.002](https://doi.org/10.1016/j.pcad.2015.04.002).

Ericson, E., Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur. ss. 545- 588.

Frid, A. & Gershater, M. (2016). Diabetes mellitus. I Ekwallt, A. & Jansson A. (red.) *omvårdnad och medicin*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 337-351.

Guerra-Juarez, R., Gallegos, EC. & Cerda-flores RM. (2007). Lifestyle changes in descendants of parents with diabetes type 2. *Revista latino-americano de enfermagem*, 15(5), ss. 909-913. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000500005>

Hjärt- och lungfonden (2017) *Diabetes* [faktablad]. https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Diabetes/?gclid=CjwKCAiArOnUBRBJEiwAX0rG_c3MRsqwRaeIjEcKWIHPuH7FBFOxOJLQK_gW2KagH3XDRCKrAkGSbphoCorwQAvD_BwE

*Howard, LM. & Hagen, BF. (2012). Experiences of persons with type II diabetes receiving health coaching: an exploratory qualitative study. *Education for Health: Change in Learning & Practice*, 25(1), ss. 66-69.

Hu, J., Amirehsani, K., Wallace, DC. & Letvak, S. (2013). Perceptions of Barriers in Managing Diabetes: Perspectives of Hispanic Immigrant Patients and Family Members. *Diabetes Educator*, 39(4), ss. 494-503. doi:10.1177/0145721713486200

Huber, C., Huber, J. & Shaha, M. (2011). Diabetes care of dependent older adults: an exploratory study of nurses' perspectives. *European Diabetes Nursing*, 8(3), ss. 88-92a. doi:10.1002/edn.187

Kindarara, DM., McEwen, MM., Crist, JD. & Loescher, L. J. (2017). Health-Illness Transition Experiences With Type 2 Diabetes Self-management of Sub-Saharan African Immigrants in the United States. *Diabetes Educator*, 43(5), ss. 506-518. doi:10.1177/0145721717724725

Kirkevold, M. (1994). *Omvårdnadsteorier -analys och utvärdering*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur. ss. 148-166

Kristofferson, N.J., Nortvedt, F. & Skaug E-A. (2006). *Teoretiska perspektiv på omvårdnad. Grundläggande omvårdnad. Del 4*. Stockholm: Liber AB. ss. 37–50.

*Lawton, J., Rankin, D., Peel, E. & Douglas, M. (2009). Patients' perceptions and experiences of transitions in diabetes care: a longitudinal qualitative study. *Health Expectations*, 12(2), ss. 138-148. doi:<http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1111/j.1369-7625.2009.00537.x>

Lundberg, PC. & Thrakul, S. (2012). Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practise self-management?. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(3) ss. 550-558. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05756.x

*Majeed-Ariss, R., Jackson, C., Knapp, P. & Cheater, FM. (2015). British-Pakistani women's perspectives of diabetes self-management: the role of identity. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17/18), ss. 2571-2580. doi:10.1111/jocn.12865

*Malpass, A., Andrews, R. & Turner, KM. (2008). Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: a qualitative study. *Patient Education & Counseling*, 74(2), ss. 258-263. doi:10.1016/j.pec.2008.08.018

Misoon, S., Lee, M. & Shim, B. (2010). Barriers to and facilitators of self-management adherence in Korean older adults with type 2 diabetes. *International Journal Of Older People Nursing*, 5(3), ss. 211-218. doi:10.1111/j.1748-3743.2009.00189.x

Mosand, R. & Stubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid diabetes mellitus. I Gronsteth, R. (red.). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB, ss. 499- 528.

Mulligan, K., McBain, H., Lamontagne-Godwin, F., Chapman, J., Haddad, M., Jones, J. & Simpson, A. (2017). Barriers and enablers of type 2 diabetes self-management in people with severe mental illness. *Health Expectations*, 20(5), ss. 1020-1030. doi:10.1111/hex.12543

Nationalencyklopedin (u.å.). *Erfarenhet*. <https://www-nese.webproxy.student.hig.se/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/erfarenhet> [2018-03-06]

Newton-John, TO., Mosely, K., Ventura, AD., Browne, JL. & Speight, J. (2017). ‘Are you sure you’re going to have another one of those?’: A qualitative analysis of the social control and social support models in type 2 diabetes. *Journal Of Health Psychology*, 22(14), ss. 1819-1829. doi:10.1177/1359105316642005

*Penckofer, S., Ferrans, CE., Velsor-Friedrich, B. & Savoy, S. (2007). The Psychological Impact of Living With Diabetes Women’s Day-to-Day Experiences. *Diabetes Educator*, 33(4), ss. 680-690. doi:[10.1177/0145721707304079](https://doi.org/10.1177/0145721707304079)

Polit, DF. & Beck, CT. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10. uppl., Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rise, MB., Pellerud, A., Rygg, LØ. & Steinsbekk, A. (2013). Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study. *Plos ONE*, 8(5) ss. 1-7. doi:10.1371/journal.pone.0064009

Robertson, C. (2012). The role of the nurse practitioner in the diagnosis and early management of type 2 diabetes. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 24: ss. 225–233. doi:10.1111/j.1745-7599.2012.00719.x

*Rygg, L., Rise, MB., Lomundal, B., Solberg, HS. & Steinbekk, A. (2010). Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(8), ss. 788-793.

doi:<http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1177/1403494810382475>

SFS 2014:821. *Patientlag*. Sveriges riksdag.

*Shen, H., Edwards, H., Courtney, M., McDowell, J. & Wei, J. (2013). Barriers and facilitators to diabetes self-management: Perspectives of older community dwellers and health professionals in China. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6), ss. 627-635.

doi:<http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.1111/ijn.12114>

Socialstyrelsen (u.å.). *Att arbeta*

evidensbaserat. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetevidensbaserat>
[2018-03-06]

Socialstyrelsen (2013). *Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård*

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf> [2018-01-05]

*Sprague, MA., Schultz, JA. & Branen, LJ. (2006). Understanding patient experiences with goal setting for diabetes self-management after diabetes education. *Family & Community Health*, 29(4), ss. 245-255.

Svenningsson, I., Björkelund, C., Marklund, B. & Gedda, B. (2012). Anxiety and depression in obese and normal-weight individuals with diabetes type 2: A gender perspective.

Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 26(2), ss. 349-354. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00940.x

Svensk sjuksköterskeförening(2017) *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*.

https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf [2018-02-22]

*Tompson, M. (2013). Occupations, habits, and routines: perspectives from persons with diabetes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), ss. 153-160.
doi:10.3109/11038128.2013.851278

Vermunt, PW., Milder, IE., Wielaard, F., Baan, CA., Schelfhout, JD., Westert, GP. & van Oers, H. A. (2013). Behavior change in a lifestyle intervention for type 2 diabetes prevention in Dutch primary care: opportunities for intervention content. *BMC Family Practice*. 7;14:78.
doi: 10.1186/1471-2296-14-78.

*Wellard, S., Rennie, S. & King, R. (2008). Perceptions of people with type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 29(2), ss. 218-226.
doi:<http://dx.doi.org.webproxy.student.hig.se:2048/10.5172/conu.673.29.2.218>

World health organization (2017). *Diabetes*.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> [2018-03-01]

Zamzam, S., Anoosheh, M. & Ahmadi, F. (2013). Barriers to diabetes control from Syrian women's perspectives. *Japan Journal Of Nursing Science*, 10(1), ss. 121-129.
doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00218.x

Zeber, J. & Parchman, M. (2010). Cardiovascular disease in type 2 diabetes: Attributable risk due to modifiable risk factors. *Canadian family physician*. 56(8), ss. 302-307.

