

Svårigheter och möjligheter med egenvårdshantering vid Diabetes typ 2 -Ur ett patientperspektiv

En litteraturstudie

Marie Ehn & Kristina Englund

2015

Examensarbete, Grundnivå (Kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnad
Omvårdnad- Självständigt examensarbete grundnivå 15 hp

Handledare: Mikaela Willmer
Examinator: Elisabet Häggström

Sammanfattning

Bakgrund: Typ 2-diabetes ökar med hög omfattande över hela världen och är vanligast hos äldre men drabbar personer i allt yngre åldrar. Egenvård utgör en stor del av behandlingen av typ 2 diabetes och är därför en viktig faktor för att upprätthålla en god livskvalité. Bristande egenvård kan resultera i livshotande komplikationer.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka vilka svårigheter och möjligheter patienter med typ 2-diabetes upplever att de har för att kunna utföra egenvården själva. Vidare var syftet att redovisa hur data samlats in i de artiklar som används till litteraturstudien.

Metod: En beskrivande litteraturstudie som har baserats på elva vetenskapliga artiklar mellan år 2010-2015. Samtliga artiklar fanns att finna i databaserna Cinahl, Pubmed och Scopus. Artiklarna var av kvalitativ ansats och granskades utefter syfte och frågeställningar.

Resultat: Patienterna hade bristande kunskap om egenvården, vilket kunde bero på att informationen från sjuksköterskan inte var fullständig eller tillräcklig. Livsstilsförändringar ansåg patienterna som viktigt, ändå fanns en negativ inställning till förändrade vanor.

Slutsats: Information och kunskap är avgörande för att bedriva en god egenvård då diabetes typ 2 är en krävande sjukdom för både patient och sjuksköterska. Patienterna såg livsstilsförändringar som en svår uppgift att utföra på egen hand, därför var sjuksköterskan en betydelsefull resurs för att uppnå behandlingsmålen.

Nyckelord: diabetes mellitus typ 2, egenvård, patient

Abstract

Background: Type 2 diabetes has increased significantly worldwide and is most common with older people but affects people at younger and younger ages as well. Self-care constitutes a large part of the treatment of type 2 diabetes and is an important factor in maintaining a good quality of life. Lack of self-care can result in fatal complications.

Aim: The purpose of this study was to investigate the difficulties and possibilities of patients with type 2 diabetes and how they feel about managing their self-care. A further aim was to show how the data have been collected in the articles used in the literature study.

Method: A descriptive literature study is based on eleven scientific articles published between the years 2010-2015. All the articles were found in databases Cinahl, Pubmed and Scopus. Articles of qualitative approach were examined along the purpose and research questions.

Results: The patients had insufficient knowledge about self-care which could be due to the information from the nurse was incomplete or insufficient. The patients thought lifestyle changes was important, but still there was a big negative approach towards changing habits.

Conclusion: Information and knowledge are essential to conducting effective self-care when type 2 diabetes is such a challenging disease for both the patient and the nurse. When the patients saw lifestyle changes difficult to accomplish on their own the nurse was an important resource to achieve treatment goals.

Keywords: diabetes mellitus type 2, self-care, patient

Innehållsförteckning

1. INTRODUKTION	5
1.1 DIABETES	5
1.2 LIVSSTIL	6
1.3 EGENVÅRD	6
1.4 SJKSKÖTERS KANS ROLL	7
1.5 TEORETISK REFERENS RAM	7
1.6 PROBLEMFÖRMULERING	9
1.7 SYFTE	9
1.8 FRÅGESTÄLLNING	9
2. METOD	9
2.1 DESIGN	9
2.2 DATABASER, SÖKORD/SÖK STRATEGIER/URVALSKRITERIER	9
2.3 TABELL 1. UTFALL AV DATABASSÖKNINGAR.	10
2.4 DATAANALYS	11
2.5 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
3. RESULTAT	12
3.1 PATIENTENS MÖJLIGHETER MED EGENVÅRD	13
3.1.1 LIVSSTILSFÖRÄNDRING	13
3.1.2 ATTITYDER	13
3.1.3 MOTIVATION, STRATEGIER & STÖTTNING	14
3.2 PATIENTENS SVÅRIGHETER MED EGENVÅRD	14
3.2.1 LIVSSTILSFÖRÄNDRING	14
3.2.2 SOCIALA SITUATIONER	15
3.2.3 BLODSOCKERKONTROLL	16
3.2.4 ATTITYDER	16
3.2.5 MOTIVATION, STRATEGIER & STÖTTNING	16
3.2.6 EKONOMI	17
3.3 OMVÅRDNADSSYSTEMET	17
3.3.1 INFORMATION & KUNSKAP	17
3.3.2 SJKSKÖTERS KAN	18
3.4 GRANSKNING AV ARTIKLARNAS DATAINSAMLINGSMETOD	18
4. DISKUSSION	18
4.1 HUVUDRESULTAT	18
4.2 RESULTATDISKUSSION	19
4.3 METODOLOGISKA ASPEKTEN	22
4.4 METODDISKUSSION	23
4.5 SLUTSATS	24
4.6 KLINISKA IMPLIKATIONER FÖR OMVÅRDNAD	25
4.7 FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	25
5. REFERENSER	26
BILAGOR	31

1. Introduktion

1.1 Diabetes

Nio procent av världens befolkning över arton år beräknas ha någon form av diabetes. Det finns flera former av diabetes men huvudtyperna är typ 1-diabetes och typ 2-diabetes, varav typ 2 står för cirka 90 procent av fallen. Typ 2-diabetes ökar avsevärt världen över och beräknas bli den sjunde vanligaste dödsorsaken år 2030 (World Health Organization (WHO) 2015).

Sjukdomen diabetes typ 2 debuterar vanligast i 40-årsåldern och uppåt, men på senare år har även personer i åldrarna 20-30 år diagnostiserats med diabetes typ 2, sjukdomen kan även förekomma hos barn (Dammen Mosand & Stubberud 2011; WHO 2015). Sämre kostvanor inom världens befolkning leder till att allt fler personer lider av fetma som i sin tur kan bidra till typ 2-diabetes. I Sverige år 2012 var cirka 350 000 personer diagnostiserade med någon typ av diabetes (Ericson & Ericson 2012).

Symtomen för både typ 1 och typ 2-diabetes är desamma, dock kan symtomen vara svåra att identifiera vid typ 2-diabetes då dessa kommer smygandes, vilket skiljer sig från symtomen vid typ 1-diabetes som är mer tydliga. Typiska symtom som utmärker de två diabetestyperna är trötthet, ökad törst och ökad vattenkastning.

Många kan ha eller ligga på gränsen till att få typ 2-diabetes utan att vara medveten om detta, oftast så uppmärksammas typ 2-diabetes i samband med hälsokontroller där blodsockermätning sker. Mätning av blodsockret kan göras på två olika sätt, antingen genom att ta blod från ett stick i fingret eller venöst i armen (Alvarsson et al. 2013). Om syskon eller föräldrar har typ 2-diabetes beräknas risken att själv utveckla sjukdomen till 40 procent högre än hos andra (Dammen Mosand & Stubberud 2011) och en låg levnadsstandard med arbetslöshet, dålig ekonomi och luftföroreningar kan även det medverka till uppkomst av typ 2-diabetes och kallas därför för en livsstilssjukdom (Rathmann, Scheidt-Nave, Roden & Herder 2013; Dammen Mosand & Stubberud 2011).

Både typ 1 och typ 2-diabetes innebär kronisk hyperglykemi som är orsakad av insulinbrist och kan bero på olika anledningar beroende på vilken diabetes typ det gäller, anledningen till insulinbrist skiljer sig dock åt vid dessa diabetestyper. Vid typ 2-diabetes så får inte kroppens vävnader tillräckligt med insulin och detta kan ha två orsaker. Det ena är att bukspottkörteln har nedsatt funktion och det andra är att insulinet inte kan ta sig in i cellerna (Ericson & Ericson 2012).

Obehandlad typ 2-diabetes leder i högre tempo till att stora och små blodkärl blir trängre på

grund av åderförkalkning som i sin tur kan leda till hjärt- och kärlsjukdomar, stroke, försämrad syn, skador på njurar, nedsatt känsel och impotens (WHO 2015).

1.2 Livsstil

Livsstil är ett vanemönster som är specifikt utefter hur varje enskild individ lever. Några faktorer som styr detta mönster är individens etniska bakgrund, personlighet, handlingssätt, normer och vilka motiv som finns för de handlingar som görs (Hallberg 2010).

Ärftlighet, kulturella faktorer och beteenden är omständigheter som påverkar en individs hälsa antingen positivt eller negativt. Vidare faktorer som påverkar en individs livsstil kan vara kost, fysisk aktivitet, droger och ett riskfyllt beteende som i sin tur även påverkas av bland annat familjesituation, stress och arbete (Ringsberg 2009). Utvecklingen i samhället går mot mer passiva livsstilar som ger upphov till fler sjukdomar och ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2015).

Att göra en livsstilsförändring innebär att förändra inställning, livsstil och levnadssätt och hålla fast vid förändringarna i framtiden för att skapa nya värderingar och förebygga ohälsa. Finns det sjukdomar i bilden så kan en livsstilsförändring vara ett sätt att få kontroll över den för att på så vis återfå självkänslan (Astin, Horrocks & Closs 2014). Livsstilsförändring har en större betydelse än att bara ändra kost- eller motionsvanor, det betyder också att få bort gamla invanda negativa tankar (Ljung, Olsson, Rask & Lindahl 2013). Därför är kunskap en viktig faktor samt att ha insikten i vad livsstil och hälsotillstånd har gemensamt för att lyckas få till en livsstilsförändring som håller (Hallberg 2010).

1.3 Egenvård

Egenvård kan beskrivas som att ta ansvar för den egna hälsan och genomföra medvetna val som gynnar den personliga hälsan för att uppnå välbefinnande (Orem, 2001).

Det är vanligt vid diabetes att patienten får psykiska och fysiska besvär och en förändrad livssituation, det är därför viktigt att patienten klarar av att sköta egenvården (Dammen Mosan & Stubberud 2011). En god egenvård minskar antalet sjukhusbesök, ger ett bättre välmående och ökad ork i det vardagliga livet och förebygger komplikationer som sjukdomen bär med sig (Polonsky 2002). Egenvård vid diabetes innebär bland annat att självständigt hantera blodsockerkontroller, samt att kunna tolka blodsockervärdena och vidta eventuella åtgärder. Att patienten har förståelse för sjukdomen och kan utföra förändringar gällande kost och motion samt avstå rökning för att självständigt påverka blodsockrets stabilitet (Agardh &

Berne 2009). Även behandling med läkemedel kan behövas vid typ 2-diabetes. I första hand sker detta per oralt, men kan med tiden behöva övergå till behandling med insulininjektioner (Dammen Mosan & Stubberud 2011).

1.4 Sjuksköterskans roll

För att patienten ska kunna hantera det nya sjukdomstillståndet så har sjuksköterskan en betydande och central roll i att vägleda, informera, ge kunskap, undervisa och individanpassa vården efter patientens behov (Al-Rasheedi 2014). Sjuksköterskan ska alltid utföra arbetet genom vetenskap och tidigare beprövad erfarenhet, sjuksköterskan ska värna om och respektera patientens åsikter och i samråd med patienten göra upp en plan huruvida omvårdnaden ska utformas (SoS 1998). En viktig egenskap hos sjuksköterskan är social kompetens, det vill säga att sjuksköterskan på bästa sätt tillmötesgår, lyssnar och kommunicerar med patienten så att denne känner sig trygg i samtal med sjuksköterskan och förtroende dem emellan skapas. Genom en god kommunikation mellan patient och sjuksköterska vågar patienten vara öppen, ställa frågor och därmed få bättre förutsättningar för att kunna sköta egenvården (Courtenay, Stenner & Carey 2010).

1.5 Teoretisk referensram

Dorothea Orem's egenvårdsteori är uppdelad i tre delar som innefattar: egenvård, bristen på egenvård och omvårdnadssystemet (Current Nursing 2012). Egenvård är målmedvetna gärningar som patienten vill uppnå för egen skull eller för någon som står patienten nära, detta görs för att den fysiska- och psykiska hälsan ska bevaras. Då patienten över en tid utvecklas i sitt hälsotillstånd så är vikten av förståelse vad gäller innebörden av egenvård viktig för att sedan kunna anpassa egenvården till den personliga utvecklingen. Exempelvis kan det innefatta den personliga utvecklingen och mognaden, hälsa och miljö. Egenvårdsbehovet står för redan utformad kunskap om hur kända eller förväntade händelser ska genomföras med hjälp av patienten eller för att hjälpa patienten. Syftet med detta är att vägleda patienten i den funktionella utvecklingen.

Egenvårdskravet står för patientens totala egenvårdsaktivitet som är viktigt att det utförs för att kunna tillfredsställa patientens behov av egenvård.

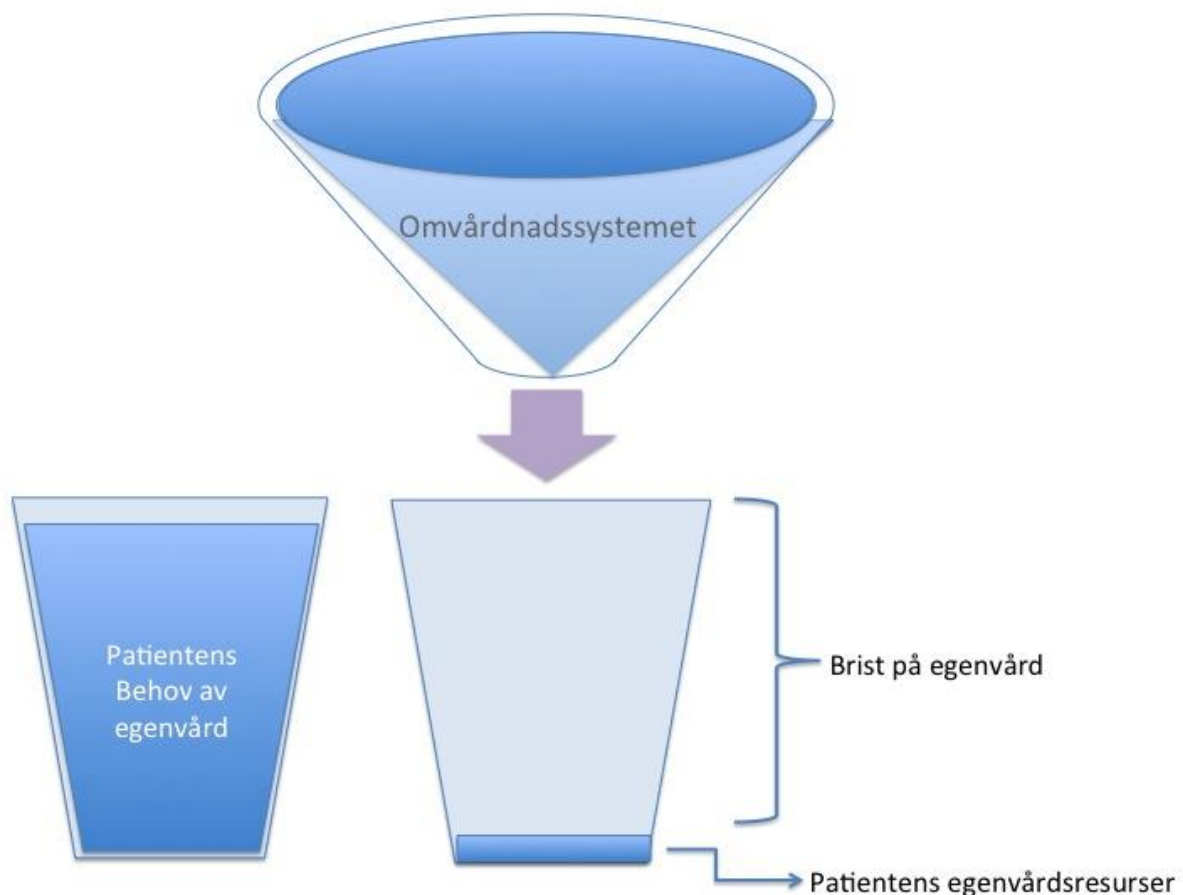
Som figur 1 visar så är egenvårdsbehovet uppbyggd utefter två begrepp, det ena är brist på egenvård och det andra är patientens egenvårdsresurser. Egenvårdsbristen kan förklaras som en obalans mellan patientens egenvårdskrav och den kapacitet som patienten har för att klara

egenvården. Denna obalans regleras genom att sjuksköterskan tillsätter resurser för att täcka patientens egenvårdsbehov, det vill säga omvårdnadssystemet.

Egenvårdskapaciteten innefattar patientens kunnande att tillfredsställa de egna vårdbehoven. Om patienten utför egenvård varje dag på egen hand eller med hjälp av sjuksköterskan så kan detta bidra till att egenvårdskapaciteten utvecklas. De faktorer som påverkar patienten till att sköta egenvården är bland annat kön, ålder, hälsa, utveckling, social- och kulturell tillhörighet, relation till familjen, tillgång till vård, miljö, livsmönster och befintliga hjälpmedel.

Egenvårdsbegränsningar omfattas av tre kategorier av olika begränsningar som är: kunskap, duglighet att ta beslut och begränsad duglighet att genomföra resultatgivande handlingar.

Omvårdnadssystemet innefattar betydelsen av sjuksköterskans roll vad gäller att hjälpa, underlätta eller vägleda patienten till att få en god egenvård (Orem 2001). Dorothea Orem's teori poängterar vikten av att patienten ska kunna hantera sin egenvård för att bibehålla och främja hälsan (SoS 2011).



Figur 1. Dorothea Orem's egenvårdsteori.

1.6 Problemformulering

Typ 2-diabetes är en folksjukdom som snabbt ökar världen över och därför är det betydelsefullt att förstå vilka svårigheter samt möjligheter det finns med sjukdomen, för att kunna hantera egenvården på bästa möjliga sätt. Det är väsentligt att den kunskapen når andra patienter med typ 2-diabetes, anhöriga, sjuksköterskor och vårdorganisationer då förståelse vad gäller egenvård är av stor vikt för att i högsta möjliga mån kunna undvika svårigheter med egenvård samt att tillmötesgå och bidra till möjligheter. Det finns redan mycket forskning på detta område, men då följande ämne är viktigt att lyfta fram så anses det vara betydelsefullt att ytterligare forskning tillkommer för att ge mer kunskap och utbildning. Föreliggande litteraturstudie undersöker därför vilka svårigheter och möjligheter som patienter med diabetes typ 2 upplever med egenvården.

1.7 Syfte

Beskriva vilka svårigheter och möjligheter patienter med typ 2-diabetes har för att kunna sköta egenvården. Syftet är även att redovisa hur data har samlats in i de artiklar som används till litteraturstudien.

1.8 Frågeställning

- ❖ Hur beskriver patienter med diabetes typ 2 sina svårigheter och möjligheter i egenvården?
- ❖ Hur har data samlats in i artiklarna som använts i litteraturstudien?

2. Metod

2.1 Design

Denna studie har genomförts som en litteraturstudie med en deskriptiv design (Polit & Beck 2012).

2.2 Databaser, sökord/sök strategier/urvalskriterier

Databaser som användes i föreliggande litteraturstudie var PubMed, Cinahl och Scopus. PubMed är en databas som har ett brett utbud och täcker det mesta inom bland annat omvårdnad och medicin. Cinahl är en databas som mestadels är inriktad på omvårdnad och Scopus är en databas som inriktar sig på andra områden än bara omvårdnad (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2011). Eftersom dessa databaser omfattar det som denna litteraturstudie skulle

handla om så ansåg författarna att nämnda databaser kändes relevanta och tillförlitliga. Utifrån studiens syfte valdes sökorden: ”Diabetes mellitus type 2”, ”Self-care”, ”Patient”, ”Perceptions”. Sökorden har därefter satts in i MeSH för att få rätt böjning på termen. För att begränsa urvalet har den booleanska termen ”AND” använts (Polit & Beck 2012).

På så sätt kan olika kombinationer uppstå med sökorden och utbudet av lämpliga artiklar blir större. När författarna använde sökorden tillsammans i de tre databaserna så blev utfallet tillräckligt, så därför kombinerades samma ord och användes i alla tre databaserna. När samma artikel påträffades i flera databaser räknades artikeln med i antalet av totala träffar men när abstract avsnittet lästes räknades de med endast en gång.

Inklusionskriterierna som användes i föreliggande litteraturstudie var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2010 och 2015, fritt tillgängliga i fulltext på Högskolan i Gävles databaser, vara av kvalitativ ansats och skrivna på engelska eller svenska.

Exklusionskriterierna som valdes var artiklar som var systematiska litteraturstudier samt artiklar som är utifrån andra perspektiv än patientens.

När författarna sökte på de valda sökorden i respektive databas så blev antalet träffar 208 artiklar. Dessa artiklar delades upp författarna sinsemellan på hälften och titeln lästes igenom för varje artikel. Flertalet artiklar kunde redan då uteslutas när det framkom att artiklarna var av kvantitativ ansats eller att artiklarna var skrivna utifrån annat perspektiv än patientens, vilket då inte stämde överens med syfte och frågeställning. Vidare så valdes 32 artiklar ut som abstract avsnitten granskades på. Författarna delade upp artiklarna och läste hälften var, urvalet av tänkbara artiklar gjordes först separat för att sedan tillsammans göra en noggrannare granskning av artiklarna för att plocka ut de som svarade på den tilltänkta studiens syfte. Författarna delade på de tänkbara artiklar och granskade hälften var på egen hand, i processen föll ytterligare artiklar bort på grund av att de inte svarade på studiens syfte och frågeställning eller att de var av kvantitativ ansats. I samråd med varandra kom författarna till slut fram till att elva artiklar var relevanta för studiens syfte och frågeställning. Alla artiklar har lästs flertalet gånger utav båda författarna innan artiklarna till slut samordnades.

2.3 Tabell 1. Utfall av databassökningar.

I tabellen redovisas de sökordskombinationer som utförts på de tre valda databaserna.

Tabellen visar även antalet träffar vid respektive sökning och hur många valda artiklar från respektive databas som valdes.

Databas	Sökterm	Utfall	Valda källor
Pubmed	”diabetes mellitus type 2”	34765	-
	”diabetes mellitus type 2” AND ”self-care”	1718	-
	”diabetes mellitus type 2” AND ”self-care” AND ”patient”	1322	-
	”diabetes mellitus type 2” AND ”self-care” AND ”patient” AND ”perceptions”	116	6
Cinahl	”diabetes mellitus type 2”	7272	-
	”diabetes mellitus type 2” AND ”self-care”	452	-
	”diabetes mellitus type 2” AND ”self-care” AND ”patient”	233	-
	”diabetes mellitus type 2” AND ”self-care” AND ”patient” AND ”perceptions”	19	1
Scopus	”diabetes mellitus type 2”	30468	-
	”diabetes mellitus type 2” AND ”self-care”	17606	-
	”diabetes mellitus type 2” AND ”self-care” AND ”patient”	788	-
	”diabetes mellitus type 2” AND ”self-care” AND ”patient” AND ”perceptions”	73	4
Totalt antal valda källor			11

2.4 Dataanalys

Författarna granskade noggrant de elva valda artiklarna individuellt och artiklarna har lästs igenom flertalet gånger. I likhet med det Polit och Beck (2012) betonar, har författarna delat upp textinnehållet i varje artikel i olika kategorier och markerat dessa med olika färger för att på så vis sortera informationen på ett överskådligt sätt. Då författarna granskat sin del av artiklar så bytte författarna artiklar med varandra. Detta för att få en helhet av alla artiklar samt stryka under ytterligare text i resultatet om den andre parten missat något. Analysarbetet fortsatte därefter med att författarna diskuterade artiklarnas resultat för att vara överens om att resultatet har uppfattats på samma sätt av båda författarna. När författarna valt ut de elva artiklar som resultatet bygger på skapades en tabell där resultaten ur artiklarna

sammanställdes. Detta för att få en tydligare översikt av artiklarnas resultat (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2011). Endast artiklarnas resultat ligger som grund till föreliggande studie. Den metodologiska aspekten granskades av författarna gemensamt utifrån de valda artiklarnas metodavsnitt. Detta för att analysera vilka datainsamlingsmetoder som har gjorts. Sammanställningen presenteras i bilaga 1.

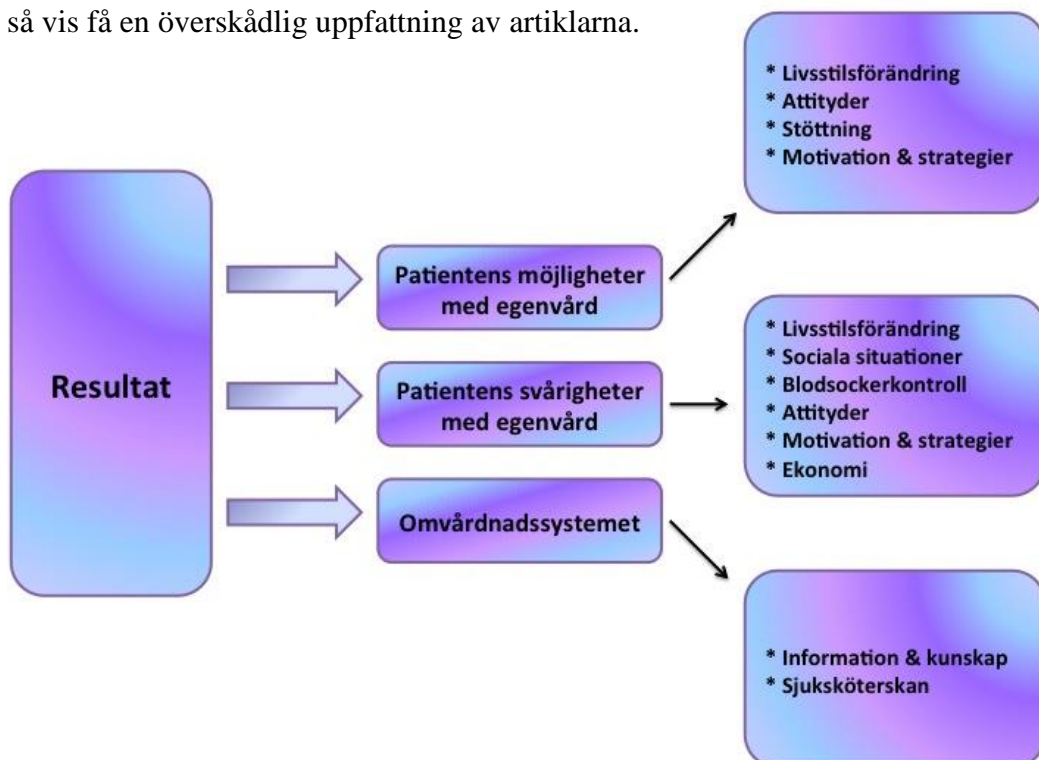
2.5 Forskningsetiska överväganden

Författarna granskade och studerade artiklarna utifrån ett opartiskt förhållningssätt. Plagiering av litteratur samt artiklar har inte skett, författarna har heller inte tagit hänsyn till personliga värderingar eller uppfattningar i val av artiklar för att på så vis kunna styra resultatet (Polit & Beck 2012). Endast studier som hade gjort noggranna etiska överväganden inkluderades i litteraturstudien. Författarna har tydligt visat med referenser vad som är egna och andras ord.

3. Resultat

Resultatet i den genomförda litteraturstudien presenteras utifrån elva granskade vetenskapliga artiklar i löpande text utifrån syfte och frågeställningar. Resultatet delades in i tre huvudkategorier, *Patientens möjligheter med egenvård*, *Patientens svårigheter med egenvård* och *Omvårdnadssystemet*. Dessa huvudkategorier har fått underrubriker för att få en överblick av resultatet. Se Figur 2.

Därefter presenteras den metodologiska granskningen av de valda studierna som ingår i resultatet utifrån källornas datainsamlingsmetod i löpande text med en sammanfattning i bilaga 1. I bilaga 2 presenteras de valda källornas syfte och en översikt av resultatet för att på så vis få en överskådlig uppfattning av artiklarna.



Figur 2. *Flödesschema över resultatpresentationen.*

3.1 Patientens möjligheter med egenvård

Under denna huvudrubrik kommer tre underrubriker presenteras. Dessa innefattar livsstilsförändring, attityder, stöttning, motivation & strategier. Detta beskrivs utifrån patientens möjligheter med egenvårdshantering.

3.1.1 Livsstilsförändring

Om patienterna klarade av att hantera egenvården kunde en fördelaktig livsstilsförändring ske i patienternas liv (Halkoaho, Kangasniemi, Niinimäki & Pietilä 2013). Patienterna uttryckte att familjen var en viktig resurs vid förändring av kost- och motionsvanor.

Familjemedlemmarna kunde hjälpa och vägleda patienten till att välja den mer hälsosamma vägen och på så vis leva ett sundare liv i relation till diabetes typ 2 (Booth, Lowis, Dean, Hunter & McKinley 2013). Olika fritidsaktiviteter bidrog till att patienterna fick tid till att fokusera på annat än sjukdomen och kunde koppla av för en stund (Halkoaho et al. 2013). Motion i form av promenader var en viktig faktor i egenvårdshanteringen. Patienterna valde att promenera sträckor som låg inom rimliga gångavstånd, även då närstående till patienten erbjöd skjuts eller om patienten hade möjlighet till lokaltrafik så valdes promenader i första hand. Detta gjordes för att få den lilla extra vardagsmotionen som patienterna ansåg vara viktig för sjukdomen (Barko, Corbett, Allen & Armstrong Shultz 2011). Att skapa vardagsrutiner vad gäller motion för att röra på sig regelbundet var betydelsefullt, framförallt för de yngre patienterna (Barbara & Krass 2012).

3.1.2 Attityder

Diabetes typ 2 patienterna uppgav ett flertal kategorier som ansågs vara viktiga i egenvården: att känna kontroll över sjukdomen med regelbundna undersökningar som utfördes av sjukvården samt att få hjälp och stöd för att få insikt i hälsan, på detta vis begränsades risker för eventuella komplikationer. Patienterna ville även känna bekvämlighet och ha förståelse om innebörden av egenvården för att underlätta skötseln av sjukdomen, det resulterade i att självkänslan växte. En känsla av att vara förberedd innebar att ha en större insikt i sjukdomen som bidrog till att patienterna skötte egenvården på ett bättre sätt, även att ha motivation och kapacitet till att bryta gamla mönster och vanor (Edwall, Danielsson & Öhrn 2010).

För att acceptera diabetes typ 2 som en del av livet poängterade vissa patienter vikten av att ha en positiv attityd, detta för att hantera sjukdomen på bästa sätt (Corser, Lein, Holmes-Rovner & Gossain 2010; Halkoaho et al. 2013).

En patient försökte prioritera svårigheter med egenvården utefter hur skadliga de var för kroppen. Med detta resonemang var patienten mer noggrann med att förbättra egenvårdsåtgärder som skadar på kort sikt men tillät att tänja på gränserna till det som skadade på lång sikt (Corser et al. 2010).

3.1.3 Motivation, Strategier & Stöttning

Patienterna betonade vikten av att ha ett socialt nätverk som uppmuntrade, lyssnade och var stöttande (Halkoaho et al. 2013). För att inte tappa kontrollen och även minimera risker för komplikationer var en viktig faktor att få hjälp och stöd med egenvården (Edwall et al. 2010). Familjen var en betydelsefull resurs för patienterna i det vardagliga livet. Familjen kunde exempelvis ge uppmuntran, närvara i möten med sjukvård och såg till att patienten förstod den information som gavs eller såg till att patienten höll en hälsosam livsstil (Halkoaho et al. 2013; Barbara & Krass 2012). Ännu ett stöd som patienterna uppgav var andra patienter med diabetes typ 2. Patienterna menade att tillsammans kunde en diskussion föras och åsikter kunde uttryckas som berörde sjukdomen. Genom diskussion kunde också patienterna förstå varandras situationer (Hortensius et al. 2012). Förståelse för diabetes typ 2 motiverade patienterna till att ändra på negativa vanemönster och gav förutsättningar för en bättre egenvård. Den risk som fanns att utveckla diabetesrelaterade komplikationer motiverade patienterna att sköta egenvården på ett tillfredsställande sätt. Om komplikationer redan hade utvecklats så var detta en varningssignal för patienterna att ta ett större ansvar för sjukdomen (Beverly et al. 2012; Edwall et al. 2010).

3.2 Patientens svårigheter med egenvård

Under denna huvudrubrik kommer sex underrubriker presenteras. Dessa innefattar livsstilsförändring, sociala situationer, blodsockerkontroll, attityder, motivation & strategier och ekonomi. Detta beskrivs utifrån patientens svårigheter med egenvårdshantering.

3.2.1 Livsstilsförändring

Vid ett tidigt skede av diabetes typ 2 tog inte patienterna sjukdomen på så stort allvar vad gäller livsstilsförändringar (Corser et al. 2010). Patienterna upplevde oro över att behöva

ändra långvariga vanor för att uppnå en god livsstilsförändring som matchade behoven vid diabetes typ 2. Patienterna uttryckte även svårigheter att förändra specifika vanor och hade negativa uppfattningar mot de nya och rekommenderade råden som gavs. När det gällde livsstilsförändringar inom kost så var patienterna negativt inställda till att byta ut nuvarande kostvanor mot något nytt. Patienterna ansåg att den nya kosten var tråkig och enformig, detta i sin tur kunde leda till brist på drivkraft att fortsätta med de nya rutinerna och det blev ett stort hinder för att kunna utföra de livsstilsförändringar som behövdes. De familjemedlemmar som hade ohälsosamma kostvanor gjorde att patienterna fick svårigheter att hållas till en hälsosam kost och blev negativt påverkade och upplevde det som utmanande att bibehålla goda kostvanor. Vid högtider var det lätt för patienterna att återgå till gamla rutiner som innebar dåliga kostvanor, för att efteråt inte klara av att gå tillbaka till nyttiga kostvanor igen (Booth et al. 2013). Uppgifter angående kost och blodsockervärden undanhölls för sjukvården för att patienterna inte ville bli tvingade till livsstilsförändring (Hortensius et al. 2012). Äldre patienter var mindre benägna till att göra kostförändringar och minska portionsstorlekarna. Ursäkten var att det blev en för stor förändring och att invanda rutiner var svåra att bryta. Äldre utförde inte heller fysisk aktivitet såsom rekommendationerna beskrev, det kunde bero på att de äldre hade bristande förståelse av vilken nytta fysisk aktivitet gav, men det kunde också bero på att de hade smärta eller andra bakomliggande sjukdomar (Barbara & Krass 2012). Kvinnliga patienter prioriterade ofta annat som till exempel arbetet och familjen istället för att utföra fysisk aktivitet, patienterna trodde att fysisk aktivitet skulle utföras oftare om det fanns andra som inspirerade till motion (Miller & Marolen 2012).

3.2.2 Sociala situationer

Sociala tillställningar ansågs vara en utmaning för patienter med diabetes typ 2 då de oftast fanns kost som var onyttigt och människor som inte kände till patienternas sjukdom kunde fresta med sötsaker. Bekanta saknade förståelse för vilken påverkan socker har hos en diabetiker (Booth et al. 2013). Det fanns en känsla av att vara begränsad, varje gång patienterna skulle bort så måste aspekter tillhörande sjukdomen bäras med vilket kunde upplevas som omständligt. Bland annat så tog blodsockerapparat och insulinpenna stor plats och krävde en väska eller stora fickor. Dessutom var patienterna tvungna att hålla reda på tider när blodsocker och insulin skulle tas vilket ledde till att patienterna ständigt blev påmind om sjukdomen och det upplevdes som stressande (Hortensius et al. 2012).

3.2.3 Blodsockerkontroll

Det var vanligt förekommande att patienter med diabetes typ 2 hade en passiv syn på blodsockerkontrollerna och hur de skulle skötas (Barbara & Krass 2012; Barko et al. 2011; Corser et al. 2010; Hortensius et al. 2012). Detta berodde på att patienterna inte hade tillräcklig vetskap om varför blodsockerkontroller skulle utföras. Patienterna visste inte heller hur blodsockervärdet skulle utläsas utan hittade på egna sätt för att se om värdet var högt eller lågt genom att studera urinens färg eller känna efter hur de mådde (Barbara & Krass 2012; Barko et al. 2011; Corser et al. 2010). Det var vanligt att äldre diabetespatienter skötte blodsockerkontrollerna sämre än de yngre patienterna (Barbara & Krass 2012). Om patienterna hade småbarn så var de mer noggranna med att regelbundet studera sitt blodsocker för att vara säkra på att inte ligga för lågt då patienterna var rädda att få ett lågt blodsocker och effekterna av detta. Om någon familjemedlem däremot var sjuk så blev det en motsatt effekt och patienterna gjorde blodsockerkontrollerna allt mer sällan (Hortensius et al. 2012).

3.2.4 Attityder

Attityder kunde ha en negativ påverkan på diabetespatienternas egenvård (Corser et al. 2010; Halkoaho et al. 2013). Patienter som hade insikt i sjukdomsförloppet och som även var medvetna om hur egenvården skulle skötas men som ändå inte lyckades med att få behandlingsmålen uppnådda, fick en känsla av misslyckande, frustration, skuld, depression och besvikelse (Beverly et al. 2012; Corser et al. 2010; Edwall et al. 2010).

3.2.5 Motivation, Strategier & Stöttning

Avsaknad av motivation skapade problem för patienterna att sköta egenvården av diabetes typ 2 (Booth et al. 2013; Peytremann-Bridevaux, Lauvergeon, Mettler & Burnand 2012).

Komplikationer som patienterna redan hade eller komplikationer som kunde utvecklas efter en tid vid diabetes typ 2 eller andra kroniska sjukdomar upplevdes som ett hinder för patienternas motivation till att sköta egenvården. Patienterna uppgav även att det kändes som ett tvång att på egen hand hitta strategier för att hantera sjukdomen, vilket var frustrerande när patienterna inte fick hjälp med handledning och stöd (Corser et al. 2010). Andra eventuella sjukdomar hos patienterna prioriterades oftast före diabetes typ 2. När patienterna inte kunde ta hand om egenvården vid diabetessjukdomen samtidigt som de andra eventuella sjukdomarna så upplevde patienterna en negativ känslomässig belastning (Beverly, Wray, Chiu & Weinger 2011). Det var enklare att fuska med kost och motion när patienterna var

stressade och då kände patienterna att de behövde mer disciplin än vanligt, men oftast så fanns inte den disciplinen. För att få tillbaka motivationen krävdes hjälp och stöttning, patienterna upplevde oftast att det inte fanns någon hjälp att tillgå, därmed fick patienterna på egen hand försöka hitta strategier (Peytremann-Bridevaux et al. 2012; Corser et al. 2010).

3.2.6 Ekonomi

Den enskilda ekonomin hade en stor inverkan på patientens egenvård och kunde vara ett hinder för att sköta egenvården (Beverly et al. 2011; Booth et al. 2013; Corser et al. 2010; Peytremann-Bridevaux et al. 2012). Diabetes brukar innefatta att patienten har regelbundna fotvårdsbesök och undersökningar av synen som kan belasta patientens ekonomi. Även läkemedel, hälsosam kost, material till blodsockerkontroller och om patienten har andra sjukdomar som kräver medicinering kan vara faktorer som påverkar ekonomin och hur patienten klarar av att sköta egenvården (Peytremann-Bridevaux et al. 2012; Beverly et al. 2011; Booth et al. 2013).

3.3 Omvårdnadssystemet

Under denna huvudrubrik kommer två underrubriker presenteras. Dessa innefattar information & kunskap och sjuksköterskan. Detta beskrivs utifrån patientens behov av sjukvården.

3.3.1 Information & kunskap

Patienter med diabetes typ 2 ansåg att kunskap var en viktig faktor för att lyckas med att sköta egenvården (Halkoaho, Kangasniemi, Niinimäki & Pietilä 2013). De fanns olika uppfattningar om informationens innehåll och kvalitet och även hur den gavs. Innehållet kunde variera beroende på vilka krav och behov patienterna hade på informationen. Vissa patienter ansåg att de fick tillräckligt med information och att den var lätt att förstå. Andra krävde djupare kunskap inom området och alla i sjukvården hade inte den kunskapen. Beroende på vem i sjukvården som gav informationen till patienten kunde den variera i kunskapsgrad och innehåll, den kunde också vara bristande och motsägelsefull (Beverly et al. 2011; Halkoaho et al. 2013; Hortensius et al. 2012; Peytremann-Bridevaux et al. 2012; Booth et al. 2013). Om patienterna ansåg att mer information behövdes än vad sjukvården redan hade tilldelat så upplevde patienterna att de själva fick söka rätt på informationen som saknades, via exempelvis internet och tidningar. Patienterna ansåg att det var viktigt att få korrekt

information på ett språk som de förstod så att egenvården kunde skötas. Utbildning inom diabetes typ 2 upplevde patienterna som positivt för att få mer kunskap om sjukdomen och en bredare förståelse för vikten av att göra förändringar i livsstilen (Barko et al. 2011; Peytremann-Bridevaux et al. 2012; Barbara & Krass 2012; Halkoaho et al. 2013). Okunskap om diabetes typ 2 var ett problem då patienterna inte kände till vilka symtom sjukdomen gav och oftast upptäcktes inte symtomen först efter att de redan utvecklats. Kontroll av blodsockret var ett annat dilemma hos patienterna, det fanns bristfällig kunskap om referensvärdena och ett flertal patienter saknade kunskap om vilka åtgärder som bör utföras vid antingen höga eller låga värden (Barko et al. 2011; Barbara & Krass 2012). Betydelsen av att ha en god kunskap om sjukdomen och att ha fått uppleva andra komplikationer som sjukdomen gav gjorde så att patienterna tog sjukdomen på allvar och var mer noggranna med skötseln av egenvården (Corser et al. 2010).

3.3.2 Sjuksköterskan

En stor resurs för att patienterna skulle kunna hantera diabetes typ 2 var hjälp från sjuksköterskan. När patienterna upplevde det extra svårt och jobbigt med sjukdomen så var sjuksköterskan till stor hjälp genom regelbundna rådgivningsmöten. Patienterna kände att de fick förståelse och uppmuntrades positivt att sköta egenvården. Dock så kände patienterna att egna resurser inte uppmärksammades när vårdplanering gjordes av sjuksköterskan, vilket medförde att patienterna ansåg att den vägledning som gavs var ofullständig och därmed inte följde råden som gavs (Halkoaho et al. 2013).

3.4 Granskning av artiklarnas datainsamlingsmetod

De elva vetenskapliga artiklarna som har användes i resultatet var alla av kvalitativ ansats, se Bilaga 1. Olika datainsamlingsmetoder har använts, dock var semistrukturerade intervjuer den vanligaste datainsamlingsmetoden som sju artiklar använt. Två artiklar använde ostrukturerade intervjuer, en använde strukturerade intervjuer och en använde narrativa intervjuer. Individuella intervjuer förekom i sex av artiklarna, fyra använde fokusgrupper och en artikel kombinerade individuella intervjuer med fokusgrupper.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Det som framkom som en övervägande faktor i studien var att patienter med diabetes typ 2 har **bristande kunskap** om egenvårdens betydelse för sjukdomen. Den bristande kunskapen kan bero på att **informationen** från sjukvården ofta är varierande, både hur den gavs ut till patienterna, innehållet och vilka förkunskaper som patienterna redan hade om skötseln av egenvården. **Livsstilsförändringar** var viktigt för vissa patienter samtidigt som andra upplevde det som oroande. Att ändra gamla invanda vanor som till exempel kostvanor var något som patienterna uppfattades som svårt och hade en negativ inställning till. **Attityder** var en viktig faktor för att patienten skulle få en god egenvård. Den enskildes **ekonomi** kunde ses som en begränsning för att kunna utföra egenvården på ett bra sätt. Ytterligare faktorer som framkom som påverkade patienternas skötsel av egenvården var stöttning, motivation, strategier, sociala situationer, blodsockerkontroll och sjuksköterskans roll.

4.2 Resultatdiskussion

Informationen som patienterna erhållit angående sjukdomen samt egenvård var varierande på grund av att de hade olika sätt att uppfatta informationen men också hur sjuksköterskan gav ut informationen (Beverly et al. 2011; Halkoaho et al. 2013; Hortensius et al. 2012; Peytremann-Bridevaux et al. 2012; Booth et al. 2013). Detta är en stor angelägenhet eftersom sjuksköterskan har det yttersta ansvaret för att patienten ska få fullständig information angående omvårdnaden och även för utformningen av omvårdnadsplanen i samråd med patienten. Det sätt som sjuksköterskan bemöter varje patient har betydelse för skötsel av egenvården. Sjuksköterskans roll är att motivera och informera patienterna om sjukdomen och dess behandling så att det stärker patienternas egenvårdsförmåga (Ziegert 2002).

Det förefaller rimligt att sjuksköterskans ansvar är att tillföra den information som patienterna har behov av. Sjuksköterskan ska se till att patienterna har förstått informationen rätt och ha regelbundna uppföljningar för att få bekräftelse på att patienterna har uppfattat informationen korrekt och att fånga upp patienternas individuella behov.

Enligt SoS (2005) ligger det på sjuksköterskans ansvar att i mötet med patienter med diabetes typ 2 tillgodose patienterna utifrån fyra hörnstenar. Dessa hörnstenar består av att analysera vilka hälsorisker patienterna har, fastställa patienternas egna förmågor, ge kunskap och utbildning om hur patienternas levnadssätt påverkar sjukdomen och uppmuntra till att skapa positiva förändringar i patienternas leverne.

Orem menar att sjuksköterskan ska utbilda patienterna i hanteringen av egenvården och ta hänsyn till olika faktorer som exempelvis vilken information, hälsa, ålder och antal

informationsmöten varje individ kräver. Att vara ett stöd för patienterna så att egna vägar hittas till att kunna sköta egenvården kräver att sjuksköterskan har kunskap och förståelse för behovet av när hjälpen behövs (Orem 2001).

Det framkom i artiklarna att som patient få information och utbildning om sjukdomen som var individanpassad utifrån språk och förkunskaper ansågs vara något positivt för att förbättra egenvården (Barko et al. 2011; Peytremann-Bridevaux et al. 2012; Barbara & Krass 2012; Halkoaho et al. 2013). Detta påvisar även Barbara & Krass (2012); Barko et al. (2011); Corser et al. (2010) som visade bristande kunskap hos patienterna angående egenkontroll av blodsockervärdet och vilka referensvärden som rekommenderas. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har patienterna rätt till att få information om sjukdomen och vilka behandlingsalternativ som finns att tillgå och att informationen ska vara individanpassad. Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor betonar hur viktigt det är som sjuksköterska att informera patienterna på individnivå, se till och bekräfta att patienterna har uppfattat informationen korrekt (SoS 2005).

Att ge individanpassad information är en värdefull faktor eftersom att alla patienter har olika behov av information och även olika uppfattningsförmågor. Sjuksköterskorna behöver uppmuntras mer angående att ge individanpassad information då det troligtvis ofta glöms bort på grund av tidsbrist, stressade situationer eller att sjuksköterskan omedvetet ger bristande information.

Orem beskriver i sin teori om omvårdnadssystemet hur sjuksköterskan har som uppgift att undervisa och vägleda patienterna tills patienterna självständigt kan använda sina egenvårdsresurser (Orem 2001).

Livsstilsförändringar var inte en självklarhet hos alla patienter att utföra då patienterna var motvilliga till nya vanor som exempelvis kost och motion men även att det fanns okunskap om vilken nytta livsstilsförändringar gav (Corser et al. 2010; Booth et al. 2013; Hortensius et al. 2012; Barbara & Krass 2012). Patienterna upplevde att stöttning från anhöriga, vänner, andra patienter med diabetes typ 2 och sjuksköterskan var en tillgång vid utmaningar som livsstilsförändringar (Halkoaho et al. 2013; Barbara & Krass 2012; Edwall et al. 2010; Hortensius et al. 2012). Däremot så fanns det familjemedlemmar som hade en negativ inställning till att vara delaktig i patienternas livsstilsförändring. Familjemedlemmarna ansåg att det var betungande att börja med nya vanor som egentligen bara avsågs för diabetiker och förstod inte varför de skulle behöva ingå i patienternas livsstilsförändring (Albarran, Ballesteros, Morales & Ortega 2006).

De patienter som har en stöttande familj kan se detta som en stor resurs vid diabetes typ 2. Samtidigt kan patienterna som inte har en familj som är villig till att anpassa sin livsstil efter patienternas diabetes göra att patienternas vardagliga liv försvåras och kan därmed ha ett större behov av hjälp. Sjuksköterskan har rimligtvis därför en mer betydande roll i stöttningen av livsstilsförändring hos dessa patienter.

Vid diabetes typ 2 ingår livsstilsförändring alltid som en del i behandlingen av sjukdomen, därför är det sjuksköterskans roll att vägleda patienterna till ett hälsosammare liv (SoS 2014). För att genomgå en livsstilsförändring fodras det att patienterna gör egna förändringar med kost och fysisk aktivitet och då är till exempel kostrådgivning en viktig del (Larsson & Rundgren 2010). Patienterna har i största möjliga mån ett eget ansvar för egenvården och ska självständigt kunna ge förslag till att fortsätta bibehålla hälsan och då har motivationen en viktig roll för att patienterna ska kunna komma igång (Orem 2001).

För att patienterna skulle kunna hantera egenvården på ett bra sätt var det viktigt att ha en positiv attityd annars kunde det bli en negativ påverkan på patienterna (Corser et al. 2010; Halkoaho et al. 2013). Detta bekräftar även Forouzi & Tirgari (2015) som förklarar att en positiv inställning till sjukdomen underlättar för patienterna att hantera egenvården. Följderna av en positiv attityd kunde leda till att patienterna tog korrekta beslut angående egenvården och på så sätt kunde de känna välbefinnande. När patienterna var medvetna om hur sjukdomen fungerade men behandlingsmålen inte uppnås fick patienterna en känsla av misslyckande (Corser et al. 2010; Edwall et al. 2010; Beverly et al. 2012). Ziegert (2002) förklarar vikten av att patienterna får stöd för att kunna återfå kontrollen över egenvården och sjukdomen.

Ett bra förhållningssätt för sjuksköterskan är att sträva mer efter att bidra med resurser och att med lyhördhet kunna identifiera vilka behov patienterna behöver. Sjuksköterskan ska vara aktiv i patienternas egenvårdsprocess för att de ska kunna uppnå behandlingsmålen och i ett tidigt stadium sätta in de resurser som behövs.

Enligt Orem's omvårdnadsteori ska patienternas egenvårdskrav ständigt identifieras för att så snart som möjligt kunna kartläggas om nya behov uppkommer för att stärka patienternas självkänsla av att inte misslyckas med egenvården utan att åtgärder sätts in i god tid (Orem 2001).

Ekonomiska svårigheter ansågs som ett hinder för att kunna utföra egenvården på ett tillfredsställande sätt (Beverly et al. 2011; Booth et al. 2013; Corser et al. 2010; Peytremann-

Bridevaux et al. 2012). Det var framförallt läkemedel, material till blodsockerkontroller, fotvård, fysisk aktivitet, andra nödvändigheter och de nya kostvanorna som ansågs vara kostsamt för patienterna (Xu, Pan & Liu 2010). Orem (2001) tar upp att om skötseln av egenvård begränsas av hinder på grund av att patienterna inte har de resurser som krävs så är det enligt Orem's omvårdnadsteori en egenvårdsbrist. I teorin om omvårdnadssystemet anser Orem att sjuksköterskan ska planera omvårdnaden utifrån patienternas egna resurser. Det framstår som rimligt att sjuksköterskan bör ta hänsyn till den enskilda individens ekonomi. Som Orem betonar så ska sjuksköterskan planera egenvården utefter patienternas egna förutsättningar för att rimliga och realistiska mål ska kunna uppnås.

4.3 Metodologiska aspekten

Semistrukturerade intervjuer var den vanligaste datainsamlingsmetoden, sju av de elva artiklarna använde sig utav denna metod: Barko et al. (2011); Beverly et al. (2012); Booth et al. (2013); Corser et al. (2010); Halkoaho et al. (2013); Miller & Marolen (2012); Barbara & Krass (2012). Semistrukturerade intervjuer innebär att intervjuaren använder sig av färdigställda intervjuguiden med de ämnen som intervjun ska beröra. Respondenten får svara fritt på dessa frågor och intervjuaren behöver inte ställa frågorna i den följd som står i intervjuguiden utan kan även ställa följdfrågor beroende på respondentens svar. Syftet med en semistrukturerad intervju är att svaren ska ge en helhetsbild av respondenten och intervjun ska upplevas på ett spontant sätt (Forsberg & Wengström 2008; Polit & Beck 2012). Vad som anses som en styrka enligt Forsberg & Wengström (2008) är att semistrukturerade intervjuer ger en trovärdighet i datainsamlingen eftersom de ämnen som intervjun ska beröra redan är planerade och bestämda inför intervjutillfället. Däremot så är det en svaghet att respondenten kan anpassa svaren utefter hur intervjuaren kommunicerar och datainsamlingen kan istället påverkas.

Två artiklar har använt sig av ostrukturerade intervjuer (Hortensius et al. 2012; Peytremann-Bridevaux et al. 2012). Ostrukturerade intervjuer innebär att respondenterna får uttrycka sig fritt inom valda ämnen. Det är studiens syfte som styr intervjun och följdfrågorna sker löpande (Forsberg & Wengström 2008; Polit & Beck 2012). Styrkan med ostrukturerade intervjuer är att de är anpassningsbara efter person och situation, följdfrågorna har en stor betydelse och bidrar till intervjuns slutresultat. Svagheten med denna metod är att datainsamlingen kan bli för omfattande och på så vis kan resultatet bli svårtolkat (Forsberg & Wengström 2008).

En artikel har använt sig av strukturerade intervjuer (Beverly et al. 2011). Med strukturerade intervjuer menas att frågorna är tydligt utformade, på så vis kan inte frågorna tolkas på olika sätt av respondenterna. Styrkan med strukturerade intervjuer är att alla respondenter får frågor ställda på samma sätt och på så vis blir intervjuerna likvärdiga. Metodens svaghet är att viktiga svar kan ha förbisetts på grund av att det inte finns utrymme för flexibilitet vid intervjutillfällena (Forsberg & Wengström 2008).

En artikel använde sig av narrativa intervjuer (Edwall et al. 2010). Med narrativa intervjuer menas att respondenterna själva berättar utifrån egna känslor och erfarenheter fritt om ett eller flera specifika ämnen. Narrativa intervjuer är tidsmässigt olika långa och konversationen mellan respondent och intervjuare begränsas på grund utav att det är respondenten som styr samtalet vilket även ses som en svaghet (Polit & Beck 2012). En styrka med narrativa intervjuer är att respondenterna får uttrycka sina berättelser fritt, på så vis får intervjuaren sätta sig in i respondentens upplevelser och livserfarenheter (Forsberg & Wengström 2008).

Individuella intervjuer förekom i sex artiklar (Barko et al. 2011; Beverly et al. 2012; Barbara & Krass 2012; Beverly et al. 2011; Edwall et al. 2010; Halkoaho et al. 2013). Med individuella intervjuer menas att respondenterna blir intervjuade enskilt med intervjuaren. Vid känsliga ämnen ses det som en styrka att använda individuella intervjuer för att respondenten ska våga öppna sig mer (Polit & Beck 2012). Det är viktigt att ett förtroende mellan intervjuare och respondent finns, svaren kan i annat fall bli felaktiga om respondenten inte vågar vara ärlig (Forsberg & Wengström 2008).

Fokusgruppintervjuer användes i fyra artiklar (Corser et al. 2010; Hortensius et al. 2012; Miller & Marolen 2012; Peytremann-Bridevaux et al. 2012) och innebär att respondenterna blir intervjuade i grupp om 6-8 personer. Styrkor med fokusgruppintervju är att respondenterna kan inspireras till nya tankesätt genom att lyssna till andras erfarenheter. Svagheter är att respondenterna kan påverka varandra så att svaren styrs (Forsberg & Wengström 2008).

En artikel hade en kombination av individuella- och fokusgrupp intervjuer (Booth et al. 2013).

4.4 Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vilka möjligheter och svårighet patienter med diabetes typ 2 upplever att de har för att sköta egenvården, därför ansåg författarna att det var

rimligt med en beskrivande litteraturstudie som metod för att samla in aktuell forskningsmaterial (Polit & Beck 2012). Databaser som användes vid sökningen var PubMed, Scopus och Cinahl som är föreslagna databaser på Högskolan i Gävles bibliotek, sökorden valdes utifrån studiens syfte och frågeställningar. Forsberg & Wengström (2008) säger att dessa databaser är vanliga vid omvårdnadsforskning. Begränsningar av artikelsökningen gjordes till de senaste 5 åren, peer-reviewed, fritt tillgänglig i fulltext, artiklar skrivna på svenska eller engelska var andra kriterier som författarna hade, detta för att få den mest aktuella forskningen inom området och för att antalet sökträffar inte skulle blir alltför stort. En svaghet med att göra dessa begränsningar kan vara att relevant forskning kring ämnet sorterats bort i sökningen som möjligtvis kan ha påverkat resultatet. En styrka i föreliggande litteraturstudie var att författarna ansåg att de studier som användes i resultatet var gjorda i Storbritannien, Finland, USA, Sverige, Schweiz, Australien och Nederländerna där sjukvården kan jämföras med den svenska sjukvården utvecklingsmässigt.

32 artiklar delades upp lika mellan författarna och granskades först var för sig av författarna för att därefter tillsammans göra en gemensam granskning då de artiklar som inte var relevanta för studiens syfte sorterades bort. Därefter delades artiklarna ännu en gång på hälften och granskades enskilt av författarna där ytterligare artiklar föll bort, därefter gjordes en sista gemensam granskning av artiklarna då författarna gemensamt kom fram till de elva artiklar som resultatet är uppbyggt på. Detta arbetssätt ansåg författarna vara en styrka för att först göra enskilda granskningar, därefter göra mer noggrannare och gemensam analys för att få med det mest relevanta i resultatet. Detta kan även Forsberg & Wengström (2008) styrka hur betydelsefullt det är att granska studier åtskilliga gånger för att inte missa viktig information.

För att få en bättre översikt över de valda artiklarnas resultat så framställde författarna två tabeller som kompletterade den löpande texten som även Forsberg & Wengström (2008) betonar är en fördel. Där den ena tabellen var en metodbeskrivande tabell och den andra innehöll resultat och syfte.

4.5 Slutsats

Diabetes typ 2 är en komplicerad sjukdom som patienter kan ha svårt att acceptera, det berodde på vilken inställning patienterna hade till sjukdomen. Diabetes kräver mycket från både patienterna och sjuksköterskan för att åstadkomma en god egenvård. Att få tydlig information och kunskap var avgörande för att bedriva en god egenvård. Patienterna upplevde

ofta en oro inför livsstilsförändringar. Stöd från omgivningen var en viktig faktor men omfattningen av behovet var individuellt och det anser författarna att det är sjuksköterskans stora uppgift att använda den kliniska blicken, kunna vara lyhörd och se vilka behov varje enskild individ är i behov av.

4.6 Kliniska implikationer för omvårdnad

Föreliggande studie visar att information och kunskap är faktorer som har betydelse för patienter med diabetes typ 2. Patienter har individuella egenvårdsbehov, förutsättningar och kunskap om sjukdomen. Sjuksköterskan måste därför bemöta patienterna på det personliga stadiet och utgå från patienternas egna förutsättningar för att kunna motivera till en ökad förståelse för betydelsen av en god egenvård.

408 000 personer i Sverige har läkemedelsbehandlad diabetes, 90 procent av dessa har typ 2 diabetes (SoS 2015). Dålig skötsel av egenvården vid diabetes typ 2 leder till komplikationer som kan förorsaka ohälsa. Genom att ha kunskapen över dessa risker ökar förståelsen hos sjuksköterskan att kunna hantera mötet med diabetespatienter och sätta sig in i patienternas situation för att kunna motivera till en framgångsrik egenvård.

Föreliggande litteraturstudie kan vara ett hjälpmedel till sjuksköterskor att stötta och bistå patienterna så patienterna i sin tur lättare kan sköta egenvården. Studien lyfter fram svårigheter och möjligheter som patienterna upplever, därmed kan sjuksköterskan se på svårigheter och möjligheter ur ett annat perspektiv än ur ”vårdens ögon”.

4.7 Förslag till fortsatt forskning

Eftersom diabetes typ 2 är en vanlig folksjukdom så finns det redan mycket forskning om det. Författarna anser dock att det fortfarande brister i praktiken hur överföringen av kommunikation hanteras mellan sjuksköterska och patient. Mer forskning om hur den individanpassade informationen ska ges till varje enskild individ bör stärkas. Författarna uppmärksammade under studiens gång att det fanns bristfällig forskning på patienternas möjligheter av egenvården, fokuset låg till största del på vilka svårigheter som patienterna upplevde. Om mer forskning gjordes på möjligheter kan det leda till ett hjälpmedel i den fortsatta diabetesvården.

5. Referenser

* = Vetenskapliga artiklar som ingår i resultatdelen.

Agardh, C-D. & Berne, C. (red.) (2009). *Diabetes*. Liber, Stockholm.

Albarran, N.B., Ballesteros, M.N., Morales, G.G, & Ortega, M.I. (2006). Dietary behavior and type 2 diabetes care. *Patient Education and Counseling*, **61** (2), ss. 191-199.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2005.03.008>

Al-Rasheedi, A. (2014). The Role of Educational Level in Glycemic Control among Patients with Type II Diabetes Mellitus. *International Journal Of Health Science*, **8** (2), ss. 178-187.

DOI: -

Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Wolk, A., Örtqvist, E. & Östenson, C-G. (red.) (2013). *Diabetes*. Karolinska Institutet University, Stockholm.

Astin, F., Horrocks, J. & Closs, J. (2014). Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples 'experiences. *BMC Cardiovascular Disorders*, **14** (96), ss. 1-16.

DOI: [10.1186/1471-2261-14-96](https://doi.org/10.1186/1471-2261-14-96)

* Barbara, S. & Krass, I. (2012). Self management of type 2 diabetes by Maltese immigrants in Australia: can community pharmacies play a supporting role?. *International Journal of Pharmacy Practice*, **21** (5), ss. 305-313.

DOI: [10.1111/ijpp.12011](https://doi.org/10.1111/ijpp.12011)

* Barko, R., Corbett, C., Allen, C. & Armstrong Shultz, J. (2011). Perceptions of Diabetes Symptoms and Self-Management Strategies: A Cross-Cultural Comparison. *Journal of Transcultural Nursing*, **22** (3), ss. 274-281.

DOI: [10.1177/1043659611404428](https://doi.org/10.1177/1043659611404428)

* Beverly, E., Ritholz, M., Brooks, K., Hultgren, B., Lee, Y., Abrahamson, M. & Weinger, K. (2012). A Qualitative Study of Perceived Responsibility and Self-Blame in Type 2 Diabetes: Reflections of Physicians and Patients. *Journal of General Internal Medicine*, **27** (9), ss. 1180-1187.

DOI: 10.1007/s11606-012-2070-0

* Beverly, E., Wray, L., Chiu, C. & Weinger, K. (2011). Perceived challenges and priorities in co-morbidity management of older patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, **28** (7), ss. 781-784.

DOI: 10.1111/j.1464-5491.2011.03282.x

* Booth, A., Lowis, C., Dean, M., Hunter, S. & McKinley, M. (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: <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423612000412>

* Corser, W., Lein, C., Holmes-Rovner, M. & Gossain, V. (2010). Contemporary Adult Diabetes Mellitus Management Perceptions. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, **3** (2), ss. 101-111.

DOI: 10.2165/11318450-000000000-00000

Courtenay, M., Stenner, K. & Carey, N. (2010). The views of patients with diabetes about nurse prescribing. *Diabetic Medicine*, **27** (9), ss. 1049-1054.

DOI: 10.1111/j.1464-5491.2010.03051.x

Current nursing (2012). *Dorothea Orem Self-Care Theory*. Tillgänglig:

http://currentnursing.com/nursing_theory/self_care_deficit_theory.html (hämtad 20 April 2015).

Dammen Mosand, R. & Stubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid diabetes mellitus. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.) *Klinisk omvårdnad del 1*. Liber AB, Stockholm.

* Edwall, L., Danielsson, E. & Öhrn, I. (2010). The meaning of a consultation with the

diabetes nurse. *Scandinavian Journal of caring sciences*, **24** (2), ss. 341-348.

DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00726.x

Ericson, E. & Ericson, T. (red.) (2012). *Medicinska sjukdomar*. Studentlitteratur, Lund.

Folkhälsomyndigheten (2015). *Livsstilen vållar tusentals dödsfall*. Tillgänglig:

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/april/livsstilen-vallar-tusentals-dodsfall/> (hämtad 11 September 2015).

Forouzi, A. & Tirgari, B. (2015). Meaning of Self-Care: Lived Experiences of Iranian Diabetic Patients. *Ethiopian Journal of Health Science*, **25** (2), ss. 171-180.

DOI: <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v25i2.10>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (red.) (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur & Kultur, Stockholm.

* Halkoaho, A., Kangasniemi, M., Niinimäki, S. & Pietilä, A-M. (2013). Type 2 diabetes patients' perceptions about counselling elicited by interview: is it time for a more health-oriented approach?. *European Diabetes Nursing*, **11** (1), ss. 13-18.

DOI: 10.1002/edn.240

Hallberg, L. (red.) (2010). *Hälsa & livsstil – forskning och praktiska tillämpningar*. Studentlitteratur, Lund.

* Hortensius, J., Kars, M., Wierenga, W., Kleefstra, N., Bilol, H. & van der Bijl, J. (2012). Perspectives of patients with type 1 or insulin treated type 2 diabetes on self-monitoring of blood glucose: a qualitative study. *BMC Public Health*, **12** (167), ss. 1-11.

DOI: 10.1186/1471-2458-12-167

Hälso- och sjukvårdslagen (1982). *Lag (1982:763)*. Tillgänglig:

https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/ (hämtad 8 Oktober 2015).

Larsson, M. & Rundgren, Å. (red.) (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Studentlitteratur, Lund.

Ljung, S., Olsson, C., Rask, M. & Lindahl, B. (2013). Patient Experiences of a Theory-Based Lifestyle-Focused Group Treatment in the Prevention of Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, **20** (3), ss. 378-384.

DOI: 10.1007/s12529-012-9252-3

* Miller, S. & Marolen, K. (2012). Physical Activity-Related Experiences, Counseling Expectations, Personal Responsibility, and Altruism among Urban African American Women with Type 2 Diabetes. *National Institutes of Health*, **38** (2), ss. 229-235.

DOI: 10.1177/0145721712437558

Orem, D.E. (red.) (2001). *Nursing concepts of practice*. Mosby Inc, St. Louis.

* Peytremann-Bridevaux, I., Lauvergeon, S., Mettler, D. & Burnand, B. (2012). Diabetes care: Opinions, needs and proposed solutions of Swiss patients and healthcare professionals: A qualitative study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, **97** (2), ss. 242-250.

DOI: 10.1016/j.diabres.2012.02.021

Polit, D. & Beck, C.T. (red.) (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia.

Polonsky, W. (red.) (2002). *Diabetes hela livet*. Studentlitteratur, Lund.

Rathmann, W., Scheidt-Nave, C., Roden, M. & Herder, C. (2013). Type 2 Diabetes: Prevalence and Relevance of Genetic and Acquired Factors for Its Prediction. *Deutsches Ärzteblatt International*, **110** (19), ss. 331-338.

DOI: 10.3238/arztebl.2013.0331

Ringsberg, C. (2009). Livsstil och hälsa. I Friberg, F. & Öhlén, J. (red.) *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. Studentlitteratur, Lund.

Socialstyrelsen (SoS) (1998). Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Tillgänglig:

http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1998531-om-yrkesverksam_sfs-1998-531/ (hämtad 4 September 2015).

Socialstyrelsen (SoS) (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf (hämtad 12 Oktober 2015).

Socialstyrelsen (SoS) (2011). *Patientsäkerhet*. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-31/Documents/Tema_nr7.pdf (hämtad 15 April 2015).

Socialstyrelsen (SoS) (2014). *Nationella riktlinjer för diabetesvård*. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19470/2014-6-19.pdf> (hämtad: 12 Oktober 2015).

Socialstyrelsen (SoS) (2015). *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 Diabetesvård*. Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19697/2015-2-6.pdf> (hämtad 14 Oktober 2015).

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

World Health Organization (WHO) (2015). *Diabetesprogram*. Tillgänglig: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/en/index3.html (hämtad 16 April 2015).

World Health Organization (WHO) (2015). *Mediacenter*. Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> (hämtad 17 April 2015).

Xu, Y., Pan, W. & Liu, H. (2010). Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *Nursing & Health Sciences*, **12** (2), ss. 228-234.
DOI: 10.1111/j.1442-2018.2010.00524.x

Ziegert, K. (2002). Omvårdnad av patient med diabetes mellitus. I Kylberg, U. & Lidell, E. (red.) *Omvårdnad vid långvariga sjukdomstillstånd*. Studentlitteratur, Lund.

Bilagor

Bilaga 1. Kvalitetsgranskning av valda artiklar i resultatet.

Bilaga 2. Sammanställning av resultat och syfte ur artiklarna som ingår i resultatet.

Författare, publikationsår & land	Titel	Ansats	Data Insamlings metod	Urval	Dataanalys
Barbara & Krass. 2012, Australien.	Self management of type 2 diabetes by Maltese immigrants in Australia: can community pharmacies play a supporting role?	Kvalitativ	Semistrukturerade intervjuer	10 män 14 kvinnor, 50 år >	Innehållsanalys
Barko, Corbett, Allen & Armstrong Shultz. 2011, USA.	Perceptions of Diabetes Symptoms and Self-Management Strategies: A Cross-Cultural Comparison.	Kvalitativ	Semistrukturerade intervjuer	60 kvinnor, 50 år >	Innehållsanalys
Beverly, Ritholz, Brooks, Hultgren, Lee, Abrahamson & Weinger. 2012, USA.	A Qualitative Study of Perceived Responsibility and Self-Blame in Type 2 Diabetes: Reflections of Physicians and Patients.	Kvalitativ	Semistrukturerade intervjuer	19 endokrinologer och läkare, 34 patienter, 30-70 år.	Innehållsanalys
Beverly, Wray, Chiu & Weinger. 2011, Storbritannien.	Perceived challenges and priorities in comorbidity management of older patients with Type 2 diabetes.	Kvalitativ	Strukturerade intervjuer	32 patienter, 60 år >.	Innehållsanalys
Booth, Lewis, Dean, Hunter & McKinley. 2013, Storbritannien.	Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals.	Kvalitativ	Semistrukturerade intervjuer med narrativt innehåll	6 kvinnor, 10 män. 45-73 år.	Innehållsanalys
Corser, Lein, Holmes-Rovner & Gossain. 2010, USA.	Contemporary Adult Diabetes Mellitus Management Perceptions.	Kvalitativ	Semistrukturerade intervjuer	24 män, 20 kvinnor. 26-81 år.	Innehållsanalys
Edwall, Danielson	The meaning of a consultation with the	Kvalitativ	Narrativa	10 män,	Fenomen hermeneutiska metod.

& Öhrn. 2010, Sverige.	diabetes nurse specialist.		intervjuer	10 kvinnor. 43-78 år.	
Halkoaho, Kangasniemi, Niinimäki & Pietilä. 2013, Finland.	Type 2 diabetes patients´ perceptions about counseling elicited by interview: is it time for a more health-oriented approach?	Kvalitativ	Semistrukturerade intervjuer	9 män, 6 kvinnor. 58-81 år.	Innehållsanalys
Hortensius, Kars, Wierenga, Kleefstra, Bilol & van der Bijl. 2012, Nederländerna.	Perspectives of patients with type 1 or insulin treated type 2 diabetes on self-monitoring of blood glucose: a qualitative study.	Kvalitativ	Ostrukturerade intervjuer	5 män, 8 kvinnor (diabetes typ 1) 40-58 år. 8 män, 7 kvinnor (diabetes typ 2) 60-76 år.	Grundad teori
Miller & Marolen. 2012, USA.	Physical Activity-Related Experiences, Counseling Expectations, Personal Responsibility, and Altruism among Urban African American Women with Type 2 Diabetes.	Kvalitativ	Semistrukturerade intervjuer	11 kvinnor, 21-50 år	Innehållsanalys
Peytremann- Bridevaux, Lauvergeon, Mettler & Burnand. 2012, Schweiz.	Diabetes care: Opinions, needs and proposed solutions of Swiss patients and healthcare professionals: A qualitative study.	Kvalitativ	Ostrukturerade intervjuer	21 män, 17 kvinnor, 34 stycken vårdpersonal < 65 år	Innehållsanalys

Författare, publikations år & land	Titel	Syfte	Resultat
Barbara & Krass. 2012, Australien.	Self management of type 2 diabetes by Maltese immigrants in Australia: can community pharmacies play a supporting role?	Att påvisa vilka hinder det finns för egenvårdshantering vid diabetes typ 2 och att även fastställa möjligheterna till gemensamma farmaceuter som stöd vid egenvårdshantering för denna grupp patienter.	Studien visade att patienter upplevde hinder för att sköta egenvården på olika vis beroende på patientens bakgrund. Kunskap om sjukdomen samt risker för komplikationer var bristande och varierade mellan deltagarna. Äldre patienter var mindre benägna till livsstilsförändring än de yngre deltagarna. Patienterna önskade mer stöd från farmaceuter och även att kunna bli erbjudna individanpassad egenvård utifrån patientens kulturella faktorer.
Barko, Corbett, Allen & Armstrong Shultz. 2011, USA.	Perceptions of Diabetes Symptoms and Self-Management Strategies: A Cross-Cultural Comparison.	Jämföra symtom hos patienter med diabetes typ 2 och egenvårdsstrategier mellan invandrare rysktalande slaviska kvinnor och icke-spansktalande, vita amerikanska kvinnor.	Studien visade att de icke-invandrarkvinnorna hade mer komplicerad egenvårdsteknik än vad invandrarkvinnorna hade. Invandrarkvinnorna hade sämre kunskap om både sjukdomen och egenvården. Invandrarkvinnorna visade mer helhetssymtom medan icke-invandrarkvinnorna uppgav specifika somatiska symtom.
Beverly, Ritholz, Brooks, Hultgren, Lee, Abrahamson & Weinger. 2012, USA.	A Qualitative Study of Perceived Responsibility and Self-Blame in Type 2 Diabetes: Reflections of Physicians and Patients.	Att undersöka uppfattningen hos läkare och patienter med diabetes typ 2 angående hur patienterna har svårt att uppnå behandlingsmålen med egenvårdshantering.	Studien visade att läkarna uppfattade att patienterna blev besvikna, kände skuld och frustration när behandlingsmålen inte uppnåddes. Läkarna upplevde även att patienterna inte hade full förståelse för sjukdomen och dess komplikationer. Patienterna skyllde på sig själva för att de inte uppnådde behandlingsmålen, att de kände sig otillräckliga. Det var känslomässigt negativt och deprimerande med svårigheter att hantera sin diabetes.
Beverly, Wray, Chiu & Weinger. 2011, Storbritannien.	Perceived challenges and priorities in co-morbidity management of older patients with Type 2 diabetes.	Att utforska äldre patienter med diabetes typ 2 angående deras upplevelse av egenvårdshantering när patienten även har andra kroniska sjukdomar.	Studien visade att risk för sjukdomskomplikationer var en motivation för att sköta om egenvården. Vissa patienter ansåg att det var viktigare att sköta de andra sjukdomarna som fanns än att ta hand om diabetes-sjukdomen. När det gällde medicinering, kost och fysisk aktivitet så rådde förvirring hos patienterna eftersom olika behandlingsrekommendationer gavs.
Booth, Lewis, Dean, Hunter & McKinley. 2013, Storbritannien.	Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals.	Att undersöka åsikter från patienter med diabetes typ 2 angående egenvård av kost och fysisk aktivitet och jämföra dessa med vårdpersonalens uppfattningar.	Studien visade att det fanns svårigheter att förändra gamla vanor och negativa uppfattningar om livsstilsförändring hos patienter med diabetes typ 2. Även att det var svårt med sociala situationer, brist på kunskap och motivation.

Corser, Lein, Holmes-Rovner & Gossain. 2010, USA.	Contemporary Adult Diabetes Mellitus Management Perceptions.	Att undersöka uppfattning hos patienter med diabetes typ 2 angående deras behandling och vårdprocess på en vårdmottagning.	Studien visade att ett flertal av deltagarna kände frustration över skillnaden som fanns mellan den personliga egenvården och samspelet med vårdmottagningen. Många deltagare berättade att de hade fått utvecklat egna metoder för att kunna hantera sina behov, sättet att inhämta information eller få stöd.
Edwall, Danielson & Öhrn. 2010, Sverige.	The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist.	Att klargöra den huvudsakliga betydelsen av samråd mellan diabetessjuksköterskor och patienter med diabetes typ 2 för att få en bättre förståelse av patienternas upplevelser.	Studien visade att flera olika kategorier framkom där patienterna redogjorde vad som var viktigast. Känna sig kontrollerad: att bli undersökt och ha insikt i sin sjukdom. Att patienterna fick hjälp och stöd för egenvården gjorde att riskerna för komplikationer minskade. Känsla av utsatthet: patienterna kände att medvetenhet om sjukdomsförloppet och ett misslyckande av egenvården upplevdes deprimerande och frustrerande. Känna sig bekväm: att kunna ha insikt i egenvården gjorde att patienterna fick lättare att tro på det de gjorde och främjade då patientens självkänsla. Känna sig förberedd: att ha en ökad förståelse för sjukdomen gjorde att patienterna kunde ha en bättre egenvård. Även att ha motivation och att det fanns möjlighet till att kunna göra en livsstilsförändring.
Halkoaho, Kangasniemi, Niinimäki & Pietilä. 2013, Finland.	Type 2 diabetes patients' perceptions about counseling elicited by interview: is it time for a more health-oriented approach?	Beskriva hur patienter med diabetes typ 2 uppfattar deras copingresurser och upplevelserna av rådgivning från sjuksköterskor.	Studien visade att patienternas inställning till sjukdomen var en av patienternas stora nyckelresurser. En positiv attityd som gjorde att patienterna kunde acceptera sjukdomen var en viktig copingresurs. Likaså kunskap om sjukdomen, uppmuntran och stöd från familj och vänner, stöd från sjuksköterskan, fysiska aktiviteter. Patienterna ansåg att stöd från sjuksköterskan som handlade om koständringar togs emot positivt. Patienterna tyckte det var positivt med handledning när de såg skillnader i resultat som till exempel blodsockerkontroller.
Hortensius, Kars, Wierenga, Kleefstra, Bilol & van der Bijl.	Perspectives of patients with type 1 or insulin treated type 2 diabetes on self-monitoring of blood glucose: a	Undersöka patienter med diabetes typ 1 och insulinbehandlad diabetes typ 2 om uppfattningar av egenkontroll	Studien visade att det varierade stort när det gällde patienters blodsockerkontroller. Faktorer som påverkade var patientens uppfattning, mål med blodsockerkontrollen, personliga faktorer och även sjukdomsfaktorer. Patienter som hade egna barn kontrollerade blodglukos oftare på grund av

2012, Nederländerna.	qualitative study.	angående blodglukos och de faktorer som påverkar egenkontrollen av blodglukos.	rädsla att blodglukosvärdet skulle ligga för lågt.
Miller & Marolen. 2012, USA.	Physical Activity-Related Experiences, Counseling Expectations, Personal Responsibility, and Altruism among Urban African American Women with Type 2 Diabetes.	Syftet med denna studie var att undersöka fysisk aktivitet, uppfattningar, rådgivning och förväntningar bland underaktiva afro-amerikanska kvinnor med diabetes typ 2.	Studien visade att patienterna ofta prioriterade andra saker än sjukdomen samt hade brist på motivation för att utföra fysisk aktivitet. En patient uttryckte sig att hellre motionera för andras skull än för den egna.
Peytreman-Bridevaux, Lauvergeon, Mettler & Burnand. 2012, Schweiz.	Diabetes care: Opinions, needs and proposed solutions of Swiss patients and healthcare professionals: A qualitative study.	Att undersöka åsikter hos patienter med diabetes samt sjukvårdspersonal angående aktuell diabetesvård och utveckling av ett regionalt diabetesprogram.	Studien visade att patienterna hade delade åsikter angående kvalitén av diabetesvården. En del patienter ansåg att informationen var otillräcklig som gavs och att samarbetet inte fungerade. Patienterna uttryckte även svårigheter för att sköta egenvården, detta kunde bero på ekonomiska omständigheter eller att professionell hjälp inte fanns. Ett regionalt diabetesprogram ansågs vara positivt både för patienter samt vårdpersonal då det skulle vara ett komplement till den nuvarande sjukvården.