

Att lära sig leva med diabetes typ 2

- Ur ett patientperspektiv

Kaze Jessica

Zethelius Carolin

Vetenskapligt arbete
Huvudområde: Omvårdnad
Högskolepoäng: 15 hp
Termin/år: T6/2018
Handledare: Märit Englund
Examinator: Åsa Carlsund
Kurskod/registreringsnummer: OM019G

Abstrakt

Bakgrund: Diabetes typ 2 (DT2) har i världen ökat markant det senaste decennierna och ca 500 000 personer lever med sjukdomen i Sverige. DT2 innebär en insulinresistens i kroppens vävnader och en låg insulinnivå på grund av nedsatt insulinutsöndring. Egenvård av DT2 innebär för patienten bland annat kontroll av blodglukos, medicinering, kost och fysisk aktivitet. **Syfte:** Syftet med denna litteraturöversikt var att belysa erfarenheter av egenvård i hemmet hos patienter med diabetes typ 2. **Metod:** Femton vetenskapliga originalartiklar av kvalitativ och kvantitativ design användes i litteraturöversikten. **Resultat:** De viktigaste och svåraste komponenterna för egenvård av DT2 var att förhålla sig till medicinering fysisk aktivitet och kost. Att vara kronisk sjuk innebar för vissa patienter att hålla sig strikt till medicinering och följa en kostplan. Ett optimalt blodglukosvärde sågs som en indikation på en god egenvård. **Diskussion:** Kunskap, stöd och rutiner i vardagen underlättade för patienter att kontinuerligt utföra egenvård. **Slutsats:** Sjuksköterskan kommer att vårda patienter med DT2, vilket innebar att sjuksköterskan måste ha kunskap om patienters erfarenheter av egenvård, för att kunna stötta och vägleda på ett optimalt sätt. För att patienter skulle kunna upprätthålla en god egenvård var det viktigt att närstående hade vetskap om egenvård vid DT2 för att kunna bidra med motiverande stöd.

Nyckelord: diabetes typ 2, egenvård, fysisk aktivitet, hälsa, kost, kronisk sjukdom

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Bakgrund	1
Egenvård av diabetes typ 2	2
Sjuksköterskans perspektiv av patienters egenvård vid diabetes typ 2.....	3
Teoretisk anknytning.....	4
Problemformulering	5
Syfte.....	6
Metod	6
Design.....	6
Inklusions- och exklusionskriterier	6
Litteratursökning	6
Urval, relevansbedömning och kvalitetsgranskning	8
Analys	9
Etiska överväganden	10
Resultat.....	10
Nya rutiner i vardagen.....	11
Att förhålla sig till en kronisk sjukdom	11
Ha koll på blodglukosvärdet	12
Följa en läkemedelsordination	13
Utföra fysisk aktivitet	14
Följa en kostplan.....	15
Diskussion.....	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats	21
Referenser	22
Bilagor	
Bilaga 1.	
Bilaga 2.	

Introduktion

I denna litteraturöversikt förkortas diabetes typ 2 till DT2. Att få diagnosen diabetes innebär att personer med DT2 måste ta ett stort ansvar för sin egenvård genom att förändra sin livsstil. En förändrad livsstil bidrar till ett bättre liv och minskad risk för eventuella komplikationer relaterade till sjukdomen.

Bakgrund

Enligt World Health Organisation (WHO, 2017) har antalet personer med DT2 ökat markant i världen de senaste decennierna. Från 1980-talet till 2014 har antalet ökat från 108 miljoner till 422 miljoner. Diabetesförbundet (2017) uppger att cirka 500 000 personer i Sverige lever med diabetes och 85-95 % av dem har DT2.

DT2 innebär en låg produktion av insulin och att kroppens vävnader har utvecklat en insulinresistens. Detta leder till att glukosen blir kvar i blodet och det resulterar i en förhöjd blodglukosnivå. Behandlingsmålet vid DT2 är att upprätthålla en normal blodglukosnivå genom motion och kostförändringar. När motion och kostförändringar inte räcker till kan peroral antidiabetika och insulininjektioner bli aktuella (Braun & Anderson, 2007/ 2012, s. 471-473). Insulin verkar på insulinreceptorer i muskler, fettvävnad och lever. Insulin stimulerar transporten av glukos genom cellmembranen och stimulerar intracellulär lagring av glukos, vilket innebär att glukosen i blodet sänks (Jenssen & Berg, 2014, s. 274).

Livsstilsfaktorer som fysisk inaktivitet, stillasittande, rökning och alkoholkonsumtion har en betydande roll för utvecklingen av DT2. Dessa livsstilsfaktorer kan vara en orsak till övervikt och fetma, vilket kan vara förklaringen till att ca 90 % av diabetespatienter har utvecklat DT2 på grund av övervikt och fetma (Wu, Ding, Tanaka & Zhang, 2014). Det metabola syndromet är en grupp av riskfaktorer där högt blodtryck, övervikt, bukfetma och DT2 i samband med insulinresistens medför en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar (Östenson, 2010, s. 99). Komplikationer patienter kan råka ut för relaterat till DT2 är bland annat makrovaskulära

sjukdomar (högt blodtryck, hjärtinfarkt, stroke och kranskärslsjukdom), mikrovaskulära sjukdomar (kärlförändringar i ögon, njurar och nerver) samt cancer (Wu et al., 2014).

Egenvård av diabetes typ 2

Egenvård är när hälso-och sjukvårdspersonal har bedömt att patienten själv eller en närstående självständigt kan utföra sjukvårdsåtgärder i hemmet (Socialstyrelsen, 2012). Egenvård av DT2 innebär för patienten bland annat kontroll av blodglukos, medicinering, kost och fysisk aktivitet (Blomqvist, Gardsten, Rask, Larsson, Lindberg & Olsson, 2018; Freeman, Hanlon, Denslow & Hooper, 2018).

Blodglukos är blodets innehåll av glukos, druvsocker. Bestämning av glukoshalten i blodet är viktigt för att påvisa diabetes och för att följa effekten av behandling (Nationalencyklopedin [NE], u.å.a). Mätning av blodglukos utförs själv av patienten och mätningen förser patienten med information om hur kost och olika aktiviteter påverkar glukosnivån i blodet (Holt, 2014). HbA1c avspeglar den genomsnittliga glukosen i blodet under de 3 senaste månaderna (Quittenbaum, 2007, s. 364). Ett HbA1c-värde under 52 mmol/mol anses optimalt och ett värde på 70 mmol/mol anses acceptabelt. Risken för diabeteskomplikationer ökar när HbA1c-värdet är högre än 70 mmol/mol (Socialstyrelsen, 2017).

Kost innebär en blandning av olika livsmedel vilka intas dagligen för att täcka näringsbehovet (NE, u.å.b). Kost är en modifierbar riskfaktor för utvecklingen av DT2. Raffinerat spannmål, sockersötade drycker, rött och processat kött samt alkohol kan ha en ökad risk för utveckling av DT2. Att föredra är ett högt intag av hela spannmål, grönsaker, baljväxter och nötter vilka inte bidrar till viktökning (Wu et al., 2014). Socialstyrelsen (2017) menar att bra val av livsmedel kan stabilisera blodglukos, ge förbättrad metabol kontroll och minska risken för diabeteskomplikationer.

Fysisk aktivitet innefattar all kroppsrörelse vilka förbättrar hälsan och den fysiologiska kapaciteten, utan att åsamka skada eller utgöra en risk (Folkhälsomyndigheten, 2013). Fysisk

aktivitet kan reducera utvecklingen av DT2 med 30-50% (Wu et al., 2014), förbättra insulinkänsligheten (Bassuk & Manson, 2005; Hawley & Lessard, 2008; Snowling & Hopkins, 2006; Umpierre et al., 2011) och förhindra insulinresistens (Hawley & Lessard, 2008). Att utföra aktiviteter som promenader, cykling, gå i trappor, löpning eller simning i 30 minuter räcker för att uppnå det dagliga aktivitetsmålet (Bassuk & Manson, 2005). Fysisk aktivitet tillsammans med goda matvanor bidrar till viktnedgång, vilket i sin tur förbättrar blodglukosvärdet och HbA1c (Bassuk & Manson, 2005; Mellor, 2012).

Sjuksköterskans perspektiv av patienters egenvård vid diabetes typ 2

Svensk sjuksköterskeförening (2014) beskriver att sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden vilka är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30, kap. 5, 1 §) ska sjuksköterskan bedriva sjukvården så att den uppfyller kraven på en god vård genom att bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Sjuksköterskan har en viktig del i det hälsofrämjande arbetet, hälsofrämjande åtgärder är en viktig del av sjuksköterskans omvårdnadsansvar. För att främja patienters hälsa är det viktigt att sjuksköterskan skapar goda relationer med patienter, stöttar till att delta i sociala sammanhang samt att utbilda patienter och anhöriga om DT2 (Pham & Ziegert, 2016). Att skapa en god relation mellan sjuksköterskan och patienten kan vara utmanande, önskan om en bra relation utan att kritisera sina patienter utgör hinder för sjuksköterskan att motivera patienter till livsstilsförändringar (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn & Grol, 2010; Pham & Ziegert, 2016). Det finns kunskapsbrister gällande fysisk aktivitet, kostråd och rådgivningsfärdigheter hos sjuksköterskor, de upplever brister i utvecklandet av en konkret och strukturerad handlingsplan i samarbete med patienten (Jansink et al., 2010). Sjuksköterskan har uppmärksammat att patienter har en otillräcklig kunskap om en hälsosam livsstil och att de saknar insikt om livsstilsbeteende, hälsa och val av kost, vilket skapar ett hinder för sjuksköterskan att motivera till livsstilsförändringar (Franklin, Willis, Bourke-Taylor & Smith, 2018; Jansink et al., 2010; Pham & Ziegert, 2016). Andra hinder sjuksköterskan kommer i kontakt med är patientens ursäkter i syfte att fortsätta i sina gamla banor, fysiska

funktionsnedsättningar, resurser, kostnader och patientens bristande motivation att upprätthålla en hälsosam livsstil. Tid är en utmanande faktor för sjuksköterskan, tidsbrist skapar stress i mötet med patienten samt hindrar sjuksköterskan att förhålla sig till ny evidens (Jansink et al., 2010; Pham & Ziegert, 2016). Ovanstående hinder kommer sjuksköterskan i kontakt med och det leder till minskad egenvårdsaktivitet hos patienter (Franklin et al., 2018; Jansink et al., 2010; Pham & Ziegert, 2016). När sjuksköterskan är tålmodig och involverar patienten genom att hitta patientens möjligheter och styrkor, blir patienten mer engagerad i att lösa problem, vilket gynnar egenvården av DT2 (Boström, Isaksson, Lundman, Graneheim & Hörnsten, 2013).

Teoretisk anknytning

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem (1995, s.103-104) definierar begreppet egenvård som utförandet av aktiviteter individen självständigt utför för sin egen skull eller för andra individer i syfte att bevara liv, hälsa och välbefinnande. Orem anser att personer som utför egenvård har nödvändiga möjligheter, det vill säga kapacitet eller makt att agera medvetet i genomförande av egenvårdshandlingar.

Orems egenvårdsteori (1995, s.108-109) belyser att syftet med egenvård är att identifiera och tillgodose egenvårdsbehov. Orem menar att egenvårdsbehoven omfattar tre olika behov, det *universella behovet*, det *utvecklingsmässiga behovet* och det *hälsorelaterade behovet*. Det *universella behovet* förknippas med egenvårdsåtgärder individen måste utföra för att upprätthålla sin mänskliga funktion och säkerställa välbefinnande. Det *utvecklingsmässiga behovet* innebär nya behov och händelser som uppstår i samband med olika utvecklingsrelaterade tillstånd, till exempel graviditet. Det *hälsorelaterade behovet* associeras med behov av den medicinska diagnosen och dess behandlingsåtgärder, vilket uppstår till exempel när individen drabbas av sjukdom. Att möta dessa egenvårdsbehov medför enligt Orem människans välbefinnande, förebyggande av skador och sjukdomar samt bidrar det till reglering eller kontroller av existerande skador och sjukdomar.

Orems omvårdnadsteori omfattar tre delteorier, *teorin om egenvård*, *teorin om egenvårdsbrist* och *teorin om omvårdnadssystem*. *Teorin om egenvård* innebär att individer måste lära sig utveckla och öva praktiska färdigheter samt driva sig själv att bibehålla motivation till daglig vård av sig själv (1995, s. 171). *Teorin om egenvårdsbrist* syftar till orsaker varför utförandet av egenvård inte kan uppfyllas av individer (1995, s. 175). *Teorin om omvårdnadssystem* omfattar individens behov av omvårdnad (1995, s. 177). Vidare menar Orem att omvårdnadssystem är den handling sjuksköterskan utövar i syfte att hjälpa patienter uppnå god hälsa och välbefinnande. Förutsättningar för ett fungerande omvårdnadssystem är att omvårdnad är en hälsovårdstjänst, sjuksköterskan ska ha en intellektuell kvalitet som utformar och producerar omvårdnad för andra. Sjuksköterskan ska även finna de interpersonella och de sociala egenskaperna i omvårdnaden av patienten (1995, s. 176).

Problemformulering

Diabetes typ 2 (DT2) kan okontrollerad förorsaka komplikationer med betydande inverkan på patientens hälsa och välbefinnande. Dock kan risken för komplikationer minimeras med hjälp av god egenvård. Egenvårdshandlingar utförs i stort sett själv av patienten eller av en anhörig då egenvård generellt sker i hemmet, patientens engagemang och egenvårdsförmåga är därför grunden till en god egenvård. Patienten kan i samband med olika egenvårdskrav utveckla olika behov, det kan bland annat vara behov av stöd, motivation och utbildning. Den verksamma sjuksköterska har ett stort ansvar i att tillgodose dessa behov genom att förse patienten med de verktyg som behövs för att patienten och/eller anhöriga ska få bättre förutsättningar till att självständigt utöva egenvårdshandlingar. Detta kan ske genom att sjuksköterskan vägleder, undervisar, stödjer samt motiverar patienten och/eller närstående. Att skapa förståelse för patientens erfarenheter av den dagliga hanteringen vid DT2, kan det för sjuksköterskan innebära en förståelse om vilka svårigheter och möjligheter patienter har i sin vardag. Detta skulle troligen underlätta för sjuksköterskan att engagera patienten i utförandet av egenvårdshandlingar, vilka främjar hälsa samt välbefinnande. Sannolikt kan detta bidra med minskad sjukdomsförsämring, ökat välbefinnande samt minskade diabetesrelaterade komplikationer.

Syfte

Syftet var att belysa erfarenheter av egenvård i hemmet hos patienter med diabetes typ 2.

Metod

Design

Detta arbete är en litteraturöversikt vilket enligt Friberg (2017a, s. 141) innebär att skapa översikt över kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat område inom sjuksköterskans kompetensområde. Polit och Beck (2017, s. 88) anser att en litteraturöversikt kan ses som en full studie, då det börjar med en frågeställning, för att sedan forma och tillämpa en plan för att samla information. Friberg (2017a, s. 142) menar att motivet med en litteraturöversikt är att skapa en beskrivande sammanställning av det valda området.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var vuxna patienter över 18 år med erfarenheter av att leva med diabetes typ 2. Inkluderade artiklar var original med kvalitativ och kvantitativ design, med fokus på egenvård i hemmet, ur ett patientperspektiv samt publicerade de senaste fem åren. De artiklar som inkluderades skulle även vara på de språk författarna behärskar, engelska och svenska. Artiklarna skulle tydligt presentera godkännande av etisk kommitté eller föra ett etiskt resonemang. Vidare skulle inkluderade artiklar hålla medelhög eller hög kvalitetsgrad efter utförd kvalitetsgranskning enligt Fribergs (2017b, s. 187-188) granskningsmall av kvalitativa samt kvantitativa studier. Exklusionskriterier var artiklar med fokus på sjukhusmiljö, höll låg kvalitetsgrad, patienter med diabetes typ 1 samt artiklar med sjuksköterske- och familjeperspektiv.

Litteratursökning

Artikelsökningar utfördes i omvårdnadsdatabasen CINAHL och i den medicinska databasen PubMed. För en omfattande sökning i förhållande till studiens ämne användes följande ämnesord av CINAHL Headings och Mesh-termer: Diabetes mellitus type 2, diabetic patients, patient attitudes, self care och activities of daily living. Även fritexten "patient

experience ” tillkom för att komplettera litteratursökningen. En översikt av litteratursökningar presenteras i *Tabell 1*. Använda avgränsningar var ”engelska, svenska”, ”5 år”, ”alla vuxna”. I CINAHL användes avgränsningen ”peer-reviewed” och i PubMed användes en likvärdig funktion, Ulrichweb, vilket säkerställer att samtliga artiklar är publicerade i en vetenskaplig granskad tidskrift.

Databas Datum	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Urval*	Valda artiklar
Cinahl 180904	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") AND (MH "Diabetic Patients") AND (MH "Patient Attitudes")	Peer reviewed, English, swedish, all adult & 2013-2018	35	*13 **13 ***12 ****8	Laursen, Frølich & Christensen (2017), van Puffelen, Heijmans, Rijken, Rutten, Nijpels, & Schellevis (2015), Bockwoldt, Quinn, Staffileno, Coke, Hamilton, Fogg, & Calvin (2017), Richardson, Willig, Agne & Cherrington (2015), Chen, Hung, Chen & Yeh (2018), Majeed-Ariss, R., Jackson, C., Knapp, P., & Cheater, F. M. (2015), Joo & Lee (2016), & Li, Drury & Taylor (2013)
PubMed 180905	(("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]) AND ("Self Care"[Mesh]) AND	English, swedish, Adult: 19+ yerars & 5 years	13	*11 **7 ***7 ****6	Bernhard, Ose, Baudendistel, Seidling, Stützle, Szecsenyi, Wensing &

("Activities of
Daily
Living"[Mesh])

Mahler (2017),
Svedbo
Engström,
Leksell,
Johansson &
Gudbjörnsdottir
(2016),
Graffigna,
Barello, Libreri
& Bosio (2014),
& Islam,
Biswas,
Bhuiyan,
Mustafa &
Islam (2017)

PubMed 180905	("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]) AND ("Self Care"[Mesh]) AND patient experience	English, swedish, Adult: 19+ yerars & 5 years	57	*8 **8 ***3 ****3 (5)	Thompson (2014), Kneck, Fagerberg, Eriksson & Lundman (2014), & Fritz (2014)
------------------	--	--	----	-----------------------------------	--

*Urval 1: Artiklarnas titel lästes, Urval 2: Artiklarnas abstrakt lästes, Urval 3: Hela artikeln lästes, Urval 4: Artiklarna kvalitetsgranskades. () = antal dubletter

Tabell 1.

Översikt av sökningar.

Urval, relevansbedömning och kvalitetsgranskning

Urvalsprocessen utfördes i fyra steg, under alla fyra steg fokuserades det på att bedöma artiklarnas relevans till studiens syfte. Det *första steget* var att läsa artiklarnas titlar (Urval 1), artiklar vars titel inte hade någon anknytning till syftet samt artiklar som ansågs inrikta sig på annan typ av diabetes än typ 2 exkluderades. I *andra steget* lästes artiklarnas abstrakt

(Urval 2), artiklar vilka hade annan design än kvalitativ och kvantitativ utelämnades, liksom artiklar som inte besvarade patientens erfarenheter av egenvård i hemmet. I *tredje steget* skumlästes hela artikeln (Urval 3) med fokus på studiens metodavsnitt och resultat. Detta utfördes för att kontrollera artikelns inklusionskriterier och huvudresultat. De artiklar vilka inte uppfyllde inklusionskriterierna uteslöts. Om artiklarna fortfarande ansågs relevanta fortsatte processen till det *sista steget* (Urval 4), vilket innebar granskning av studiens vetenskaplighet. Granskningen av artiklarna inspirerades av Fribergs (2017b, s.187-188) granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa studier, vilka består av 14 frågor för kvalitativa studier respektive 13 frågor för de kvantitativa studierna. Fribergs granskningsmall redovisas i *Bilaga 1*. Alla artiklar granskades gemensamt och diskuterades under hela processen för att undvika eventuella feltolkningar av artiklarnas innehåll. JA och NEJ svar användes utifrån frågorna under granskningen, ett JA motsvarade ett poäng och ett NEJ motsvarade noll poäng. Artiklar med hög kvalitet ansågs innehållsrika med noggrann beskrivning av artiklarnas alla delar. Delarna omfattade en tydlig problemformulering, en väl beskriven teoretisk utgångspunkt som hängde samman med metoden, visade ett tydligt syfte samt ett detaljerat metodavsnitt. Artiklarnas resultat skulle vara innehållsrik samt svara mot studiens syfte, föra etiska resonemang eller vara godkända av en etisk kommitté, ha en tydlig diskussionsdel samt föra en återkoppling till tidigare forskning. Artiklar klassade med medelhög kvalitet ansågs mindre innehållsrika och hade brister i metodavsnitt eller i resultatdelen. Artiklarnas kvalitet skattades med hjälp av ett eget poängsystem. Kvalitativa artiklar skattades enligt följande: hög kvalitet motsvarade (12-14 poäng), medelhög kvalitet (9-11 poäng) och låg kvalitet (0-8 poäng). Kvantitativa artiklar hade följande poängsystem: hög kvalitet (11-13 poäng), medelhög kvalitet (7-10 poäng) och låg kvalitet (0-6 poäng). Artiklar med hög och medel kvalitet inkluderades i resultatdelen och de med låg kvalitet exkluderades då de inte höll kravet för att inkluderas i resultatdelen. Inkluderade artiklar redovisas i *Bilaga 2*.

Analys

Det har under hela analysprocessen diskuterats och argumenterats för att uppnå ett gemensamt övergripande innehåll av valda artiklar. Med stöd av Fribergs (2017a, s. 148-149)

steg har en grund för analysprocessen skapats. De steg vilka utgicks ifrån var att läsa igenom valda artiklar flera gånger för att förstå innehållet, sökt likheter respektive skillnader i valda artiklar samt dokumenterat i en översiktstabell. När dessa steg var genomförda lästes resultatdelen i valda artiklar flera gånger, text vilka motsvarade arbetets syfte markerades med överstrykningspenna och en notering av innehåll skrevs bredvid markeringen. Den markerade texten översattes till svenska med hjälp av lexikon och skrevs in i ett word-dokument, dokumentet skrevs ut och den översatta texten klipptes isär för att kunna dela in pappersremorna i olika högar vilka hade likvärdigt innehåll. Huvudrubriken skapades utifrån det övergripande innehållet av funnet resultat och underrubrikerna skapades utifrån innehållet i högarna med pappersremor. När samtliga underrubriker hade skapats lästes artiklar vilka fanns under respektive underrubrik igen, för att utesluta att meningsbärande text inte hade försumrats.

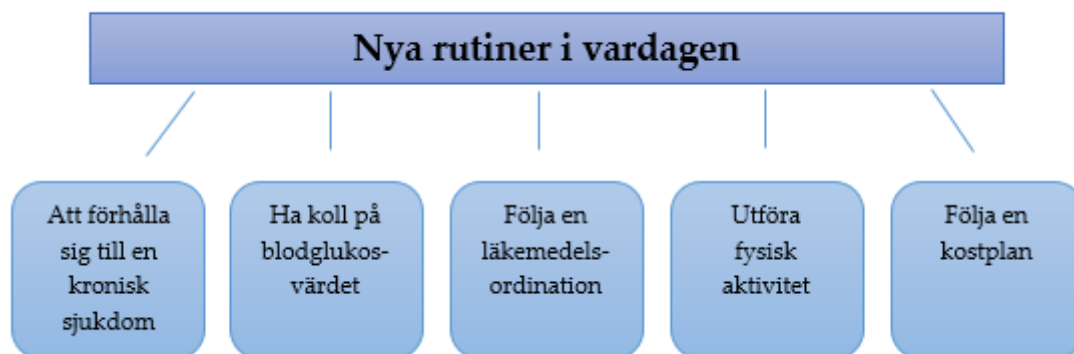
Etiska överväganden

Artiklar vilka inkluderades i arbetet var godkända av en etisk kommitté eller förde ett etiskt resonemang. För bedömning av artiklarnas etiska förhållningssätt utgick författarna från definitionen av Polit och Beck (2017, s. 139-142) som beskriver tre allmänna principer vilka står för etiskt förhållningssätt, välgörenhet, respekt för mänsklig värdighet och rättvisa. Välgörenhet innebär för deltagarna skydd mot fysisk samt psykisk skada och obehag. Respekt för mänsklig värdighet innebär rätt till självbestämmande och rätt till fullständig information. Rättvisa innebär rätt till rättvis behandling, integritet, anonymitet samt sekretessförfaranden.

Artiklarna har bearbetas och översättas från engelska till svenska med hjälp av lexikon för att kunna uppnå en rättvis översättning. Författarna har strävat efter ett objektiva förhållningssätt då förförståelse förekommer.

Resultat

Resultatet grundar sig på femton vetenskapliga artiklar, fjorton var av kvalitativ design och en var av kvantitativ design. Samtliga artiklar utgår från patientens perspektiv och är utförda i Bangladesh, Danmark, Italien, Korea, Nederländerna, Singapore, Storbritannien, Sverige, Taiwan, Tyskland och USA. Resultatet utmynnar i en huvudrubrik och fem underrubriker, se *Figur 1*.



Figur 1.

Översikt av resultatets huvudrubrik och underrubriker.

Nya rutiner i vardagen

Att förhålla sig till diabetes typ 2 (DT2) innebär för patienten vardaglig hantering av läkemedel, kost, fysiskt aktivitet och blodglukoskontroll, vilket kräver livsstilsförändringar. Detta kan i sin tur innebära att nya rutiner och vanor skapas.

Att förhålla sig till en kronisk sjukdom

Att ha kunskap om sjukdomen och hur den påverkar det dagliga livet samt att få stöd av sjukvården var förutsättningar för att kunna leva ett bra liv med DT2 (Graffigna, Barello, Libreri & Bosio 2014; Kneck, Fagerberg, Eriksson & Lundman, 2014). För att patienter skulle kunna tillämpa och anpassa hanteringen av sin egenvård till olika och nya situationer fanns ett behov av teoretisk kunskap, teknisk kunskap och praktisk kunskap (Svedbo Engström, Leksell, Johansson & Gudbjörnsdottir, 2016).

Patienter var medvetna om att DT2 är kronisk, dock ansåg de att sjukdomen inte var allvarlig och att sjukdomen hade en låg påverkan på det dagliga livet när egenvård utfördes (van Puffelen et al., 2015). Ett strukturerat liv försåg patienter med en funktionell vardag, att bli mer stödjande för sin egenvård ledde till en förändring av vanor, situationer och rutiner samt skapade det erfarenheter (Fritz, 2014; Thompson, 2014). Rutiner refererades enligt patienter specifika tider för medicinering och vanor som åtgärder de använde för att stabilisera sin blodglukos (Thompson, 2014). Trots vetskapen om vad egenvård innebär hade patienter svårigheter att underhålla rutiner och att införa det i sin vardag (Kneck et al., 2014). Egenvård blev mer bekant och en naturlig del av livet när patienter reflekterade över hur de anpassat sitt liv till DT2 (Kneck et al., 2014; Majeed-Ariss, Jackson, Knapp & Cheater, 2015; Svedbo Engström et al., 2016). Dålig egenvårdshantering ledde till diabeteskomplikationer, vilket skapade insikt hos patienter och de tog mer ansvar för sin egenvård (Bockwoldt et al., 2017).

De viktigaste och svåraste komponenterna för egenvård av DT2 var att förhålla sig till medicinering (Graffigna et al., 2014; Islam, Biswas, Bhuiyan, Mustafa & Islam, 2017; Kneck et al., 2014; Richardson, Willig, Agne & Cherrington, 2015; Svedbo Engström et al., 2016), fysisk aktivitet och kost (Graffigna et al., 2014; Islam et al., 2017; Kneck et al., 2014; Li, Drury & Taylor, 2013; Richardson et al., 2015; Svedbo Engström et al., 2016). Att lära sig av tidigare erfarenheter, anpassa sig till kosten och söka information underlättade patienters egenvårdshantering av DT2 (Li et al., 2013).

Ha koll på blodglukosvärdet

Blodglukosvärdet styrde deltagarnas egenvårdsbeteenden (Chen, Hung, Chen & Yeh, 2018; Svedbo Engström, 2016) och att mäta blodglukosen skapade ett engagemang, kunskap och bättre hantering av patienters egenvård (Chen et al., 2018; Majeed-Ariss et al., 2015; Thompson, 2014; Kneck et al., 2014). Hur frekvent patienterna valde att mäta glukoshalten varierade. Baserat på att patienterna lärde sig hur de mätte i relation till olika blodglukosnivåer, kunde de minska antalet glukosmätningar när de mätte bra och när de upplevde symtom på höga eller låga glukosvärden, mätte de blodglukosen mer frekvent (Chen et al., 2018; Thomson, 2014). När patienterna reflekterade över varför blodglukosen

skiftade mellan högt och lågt, skapades en möjlighet att undersöka skiftningarna och sätta det i relation till val av livsstil samt att därefter kunna justera sitt egenvårdsbeteende (Chen et al., 2018; Majeed-Ariss et al., 2015). Detta skapade förståelse, vilket var viktigt för att hantera liknande situationer framöver (Kneck et al., 2014).

Ett optimalt blodglukosvärde sågs som en indikation på en god egenvård, vilket motiverade patienter att fortsätta utföra blodglukosmätningar (Chen et al., 2018). Att blodglukosmätning inte utfördes kunde bero på rädsla för nålar (Bockwoldt, 2017; Chen et al., 2018; Li et al., 2013), obehag att sticka sig i fingret, hög kostnad av förbrukningsmaterial (Chen et al., 2018; Li et al., 2013) och dålig empati från vårdpersonal (Li et al., 2013).

Följa en läkemedelsordination

Att vara kronisk sjuk innebar för vissa patienter att hålla sig strikt till medicinering utan att ha en egen bestämmande roll över sin egenvård (Bernhard et al., 2017; Graffigna et al., 2014). Bristande kunskaper om det medicinska kravet och läkemedelsbiverkningar (Bernhard et al., 2017; Islam et al., 2017) gjorde det svårt för patienter att anpassa den medicinska behandlingen i sin vardag (Graffigna et al., 2014; Svedbo Engström et al., 2016). När de inte förstod motivering, struktur och vikten av följsamhet till den ordinerade behandlingen justerade patienter läkemedelsdosen utan att konsultera med sin läkare (Bernhard et al., 2017; Graffigna et al., 2014). Oro för eventuella biverkningar, utebliven effekt av läkemedlet, ekonomiska resurser (Islam et al., 2017; Joo & Lee, 2016) och stress i vardagen utmanade patienters egenvård av den medicinska behandlingen (Bernhard et al., 2017; Islam et al., 2017). Inadekvat kommunikation med vårdpersonal var också anledningar till justering av läkemedelsdosen. Kommunikationen med vårdpersonal upplevdes inadekvat under läkemedelskonsultationer på grund av tidsbrist hos sjukvårdspersonal, användning av medicinska termer och språkbarriärer (Bernhard et al., 2017).

Att skapa rutiner i vardagen underlättade för patienter att regelbundet ta sina läkemedel (Bockwoldt et al., 2017; Islam et al., 2017), dosetter och påminnelser underlättade också att ta läkemedel regelbundet. Att föra dagliga anteckningar när nya läkemedel ordinerats hjälpte patienter att utvärdera dess effekt, om läkemedlet förvärrade eller förbättrade

sjukdomssymtomen (Bernard et al., 2017). Internet var ett hjälpmedel vilket ansågs vara en tillgång till medicinrelaterad information om biverkningar, interaktioner, dosering eller nya läkemedel (Bernard et al., 2017; Joo & Lee, 2016).

Stöd från familj och vänner var värdefullt, de hjälpte patienter att organisera, planera och påminna om att följa riktlinjerna för den medicinska egenvården. Det gav även möjlighet för patienter att diskutera medicinrelaterade frågor och erfarenheter (Bernhard et al., 2017; Bockwoldt et al., 2017). För att få stöd och information om egenvård och medicinhantering vände sig patienter till patientgrupper. Att närvara i en patientgrupp gav en känsla av gemenskap och en trygg plats att diskutera medicinrelaterade frågor. Patienter blev inspirerad att engagera sig i beslut som rör sin behandling och de blev inspirerad att utveckla nya strategier för att hantera läkemedelsordinationen (Bernhard et al., 2017). Att följa riktlinjerna för medicinering av DT2 gav patienter hopp om att i framtiden inte behöva ta läkemedel relaterat till sjukdomen (Bockwoldt et al., 2017).

Utföra fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ansågs vara en komplex del av egenvårdshanteringen och blev sällan en del av vardagen, även då patienter hade vetskap om effekten av fysisk aktivitet. Bidragande faktorer till att träningen inte blev av var bland annat långa arbetsdagar, bristande motivation, trötthet, tidsbrist, brist på kunskap, brist på utrymme för att kunna genomföra fysisk aktivitet (Fritz, 2014; Graffigna et al., 2014; Islam et al., 2017; Kneck et al., 2014; Laursen, Frølich & Christensen, 2017; Richardson et al., 2015), fysiska begränsningar, smärtproblematik och engagemang för familjen (Li et al., 2013). Träning kunde värdesättas som en social interaktion, där patienter socialiserade sig med andra människor. Dock upplevde vissa obekvämligheter i att bära träningskläder och att svettas i närheten av andra människor, vilket medförde att de utförde den fysiska aktiviteten i avskildhet. Simning, pilates, cykling samt promenader ansågs roligt och utvecklade en förståelse för fysisk aktivitet och dess fördelar för hälsan (Laursen et al., 2017). För en balanserad livsstil var bland annat fysisk aktivitet en bidragande faktor (Kneck et al., 2014). Att utföra fysisk aktivitet gav patienter en känsla av kontroll över dem själv och över behandlingen av DT2 (($p < .05$) van Puffelen et al., 2015).

Följa en kostplan

Att leva med DT2 innebar en ändring av matvanor, mer proteiner, grönsaker, minskade portioner och att undvika kolhydrater (Thompson, 2014). Patienter förstod värdet av att följa en kostplan, trots det var följsamheten dålig då det ansågs besvärligt och svårt att äta täta måltider samt att minska portionerna (Islam et al., 2017). Ständig kontroll av kost och portionsstorlekar var tidskrävande, vilket upplevdes svårt och stressande (Joo & Lee, 2016). Åtgärder patienter vidtog i sin kost för att hantera DT2 var att äta mindre ris, dricka vatten istället för läsk, äta mindre friterad mat och äta annan mat än sina vänner (Li et al., 2013).

Förändringar och tillägg av vanor och rutiner kring kosten ansågs viktiga för egenvården, dock upplevde patienter svårigheter i att implementera det i sin vardag (Graffigna et al., 2014; Kneck et al., 2014; Richardson et al., 2015; Thompson, 2014) och att förstå motiveringen bakom den ordinerade kosten (Graffigna et al., 2014). Att inte förstå den givna informationen kring kosten påverkade patienterna negativt (Laursen et al., 2017), de fortsatte att äta som vanligt vilket resulterade i skiftande blodglukosvärden (Kneck et al., 2014; Laursen et al., 2017). De patienter vilka ansåg sig själv vara frisk hade lättare att förstå kostrekommendationerna och att införa det i sin vardag, till skillnad från de patienter vilka ansåg sig själv vara sjuk, trots att kosten ansågs vara viktig (Laursen et al., 2017).

Mat blev ofta ett beroende, specifika recept och konkreta exempel relaterat till den rekommenderade kosten efterfrågades (Graffigna et al., 2014). Matlagningskurser uppskattades då det gav kunskap och idéer för en hälsosam kost och patienter ansåg det som ett bra undervisningssätt (Laursen et al., 2017). Familjen stöttade patienter genom att ändra sin kost till den rekommenderade kosten av DT2 (Thompson, 2014), de stöttade också genom att tala om vad en lämplig kost innebar (Majeed-Ariss et al., 2015; Joo & Lee, 2016). När ohälsosam föda togs med hem av familjemedlemmar försvårades patientens strävan efter att äta en hälsosam kost (Li et al., 2013; Thompson, 2014). Stöd från andra (t.ex. familj och vänner) kunde upplevas som överväldigande, att alltid vara övervakad. Kommentarer om vad de ska äta och dricka ansågs upprörande och förnedrande, trots den goda avsikten. Att äta på restaurang, gå på fest och avsedda tider för måltider var kunskapsmässigt utmanade.

Detta medförde att patienter upplevde att deras liv var förstört och det förstörde relationen med andra människor samt skapade det ett undvikande för sociala aktiviteter och event (Svedbo Engström et al., 2016).

Diskussion

Metoddiskussion

Att åldersgränsen var vuxna över 18 år anses vara en styrka då diabetes typ 2 har kallats "vuxendiabetes" eller "åldersdiabetes" (Quittenbaum, 2007, s. 350). Enligt Regeringskansliet (2015) är alla människor under 18 år barn och föräldern har en plikt att se till att barnet får den omvårdnad som behövs, detta kan innebära hjälp och stöd med egenvården från föräldrarna. Det ansågs därmed rimligt att begränsa åldern från 18 år för att kunna undvika föräldrars erfarenheter och säkerställa att det är patienters erfarenheter som beskrivs. Artiklar vilka hade fokus i sjukhusmiljö exkluderades då en stor del av behandlingen sker i patientens vardag, tidsbegränsningen blev fem år med motivering att erfarenheter kan förändras beroende av förändrade behandlingsmetoder och nya läkemedel. Det uppmärksammades även att det fanns mycket material att inhämta de senaste fem åren, vilket tillförde aktuell forskning inom området ämne. I detta arbete var majoriteten av inkluderade artiklar av kvalitativ design, vilket är en styrka då kvalitativa artiklar enligt Segersten (2017, s. 107) innebär fördjupad förståelse av patienters upplevelser och erfarenheter samt motsvarar det arbetets syfte. Kvantitativ design innebär utredning av fenomen via mätningar (Polit & Beck, 2017, s. 741). Kvantitativ design omfattar en större mängd deltagare, vilket kan göra resultatet mer trovärdigt. Dock kan artikelförfattarens förbestämda svarsalternativ i frågeformulär försvåra för patienter att svara genuint då den upplevda erfarenheten inte finns med som svarsalternativ, vilket kan leda till felvärden och ett mindre trovärdigt resultat.

En svaghet av litteratursökningen var att endast en sökning utfördes i CINAHL och att litteratursökningar enbart utfördes i databaserna CINAHL och PubMed. Dock ansågs det att valda sökord och sökträffar resulterade i mycket bra artiklar och därmed var det inte nödvändigt att genomföra fler sökningar. Detta kan påverka resultatet negativt genom att

värdefull information försumrats samt kan det medföra att arbetets resultat blev "mindre trovärdigt". Det är även en styrka att dessa databaser användes då CINAHL är en omvårdnadsdatabas (Polit & Beck, 2017, s. 92) och PubMed en medicinsk databas (Polit & Beck, 2017, s. 94), vilka försåg med innehållsrik information relaterat till arbetets syfte. MeSh-termen "Activities of Daily Living" är en term vilket omfattar egenvård samt var det MeSh-termen för egenvård i databasen PubMed innan den ersattes med "self care". MeSh-termen "Activities of Daily Living" bidrog med ett mer omfattande sökresultat. Sökordet "patienters erfarenheter" benämns olika i CINAHL och i PubMed. Begreppet "patienters erfarenheter" jämfördes i ett dokument Mittuniversitetets bibliotek har på hemsidan för att få korrekt CINAHL Heading (patient attitudes) och MeSh-term (patient experience), vilket resulterade i artiklar vilka motsvarade arbetes syfte. Relevanta nyckelord sågs över i valda artiklar för att säkerställa att området omfattade en bredare sökning.

Analysprocessen anses som en styrka då inkluderade artiklar har gemensamt bearbetats flera gånger. Det fördes diskussioner om den insamlade datan var relevant för litteraturöversiktens syfte. Diskussioner om beslut vilka togs under analysprocessen resulterade i ett väl bearbetat resultat. En svaghet av analysprocessen var att artiklarnas resultatdel översattes från engelska till svenska, trots en varsam översättning kan det förekommit feltolkning av meningsfull data. Några artiklar är mer återkommande i litteraturöversiktens resultat än andra, detta beror på att det under analysprocessen uppmärksammades att valda artiklar var mycket innehållsrik med relevant information, vilket anses vara en styrka då artikelförfattarna har utfört beskrivande studier om patienters erfarenheter.

Åldersspannet på deltagarna i valda artiklar har möjligen påverkat resultatet i artiklarna beroende på vart i livet deltagarna befinner sig, uppskattningsvis var deltagarnas medelålder mellan 50-60 år. Deltagare i 60-årsåldern kan vara pensionerade, vilket kan betyda att de har mer tid i vardagen att utföra sin egenvård. Deltagare i 50-årsåldern har troligen ett arbete och eventuellt en familj där barn bor hemma, det kan innebära olika upplevelser och erfarenheter. Dock är det en styrka att få med de varierande åldrarna för att få ett perspektiv på hur olika stadier i livet kan påverka egenvårdshanteringen.

Resultatdiskussion

I föreliggande litteraturöversikt beskrivs patienters erfarenheter av egenvård vid diabetes typ 2 (DT2). Utifrån resultatet framkom tre huvudfynd vilka var att patienter upplevde brist på kunskap om egenvård, det var svårt att utveckla stödjande rutiner och vanor av egenvård samt var stöd från familj och vänner både underlättande och ett hinder för utförandet av egenvård.

I föreliggande resultat framkom det att patienter hade bristfällig kunskap om DT2 och att de inte förstod innebörden av egenvård vid DT2. Patienter upplevde därmed att bristande kunskap och förståelse var ett hinder i den dagliga egenvårdshantering. Enligt Herre, Graue, Kolltveit och Gjengedal (2016) samt Persell et al. (2004) är det nödvändigt att patienter har kunskap om vad egenvård vid DT2 innebär. Detta kan återkopplas till omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem (1995, s.201-202) beskrivning av hälsorelaterade egenvårdsbehov, Orem anser att individer med hälsoproblematik har behov av kunskap om sin sjukdom och dess konsekvenser för den egna utvecklingen. Individen behöver även ha kunskap om hur konsekvenserna kan hanteras och trots sjukdomen lära sig att leva samt finna en livsstil som stödjer den egna utvecklingen. Herre et al. (2016) beskriver vidare att när patienter hade bättre kunskap om egenvård, förbättrades utförandet av egenvårdsåtgärder. Kunskap bidrog även med en känsla av trygghet i den vardagliga egenvårdshantering. Detta motsäger Gambling och Long (2010) som i sin studie anser att trots patienters vetskap om hur viktigt det är för dem att utföra egenvård för att främja hälsan, skedde ingen förbättring i egenvårdshantering.

Sjukdomen DT2 innebär för patienten stora förändringar och nya behov. Nya förändringar och behov innebär ett nytt sätt att leva, vilket i sin tur innebär att ny kunskap måste inhämtas. Kunskap ger patienter möjlighet att ta beslut, beslut vilka främjar en god hälsa och välbefinnande. Kunskap ger patienten makt att utöva egenvård på egna villkor och kunskap ökar patientens förmåga att tillgodose egenvårdsbehoven, patientutbildning är därmed en

viktig roll i sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Detta stärker Orem (1995, s. 19-20) som beskriver att undervisning är ett viktigt hjälpmedel för individer i behov av kunskap eller specifika kompetenser. Att undervisa i syftet att stödja patienten kräver att sjuksköterskan har en fördjupad förståelse om vad patienten behöver lära sig. Patientutbildning kan utföras individuellt eller i grupp under omständigheter vilka anses effektivisera egenvårdsaktiviteter. Vidare beskriver Orem (1995, s.116, 19) att det är av stor betydelse att sjuksköterskan som utövar omvårdnaden har kunskap om vilka behov som finns i relation till patientens egenvårdsmål, egenvårdskapacitet och hälsotillstånd. Sjuksköterskan måste vara tålmodig och anpassa undervisningsmetoder efter patientens egenvårdsförmåga, omgivningsfaktorer samt resurser, vilka kan ha betydelse för patientens egenvård.

Resultatet visar även att patienter upplevde svårigheter i att anpassa utförandet av egenvård i vardagen, därmed var det väsentligt för patienter att utveckla strategier såsom rutiner och vanor för att underlätta den dagliga egenvårdshanteringen. Rasmussen, Terkildsen Maindal, Livingston, Dunning & Lorentzen (2016) styrker detta och menar att egenvård var lättare att hantera när livet var strukturerat och förutsägbart, dock upplevde patienter svårigheter när de behövde ändra egenvårdsrutiner relaterat till livsförändringar. Livsförändringar bidrog till att patienter anpassade rutiner efter egenvårdshanteringen och det skapade en osäkerhet i utförandet av egenvården. Zisberg, Young, Schepp och Zysberg (2007) beskriver att rutiner hos patienter med en kronisk sjukdom kan bidra till en förbättring i utförandet av egenvård. Rutiner är svåra att förändra och stora förändringar kan utmana patienter att upprätthålla rutiner för förbättrad hälsa. Rutiner kan även bevara patienters funktionella status när de möter stora livsförändringar, som att få en kronisk sjukdom.

Det är svårt att skapa nya vanor och rutiner och utan stöttning från andra människor är det svårt att finna motivation. För att vi som sjuksköterskor ska kunna hjälpa patienten bör vi ta reda på varför svårigheter uppstår och därefter tillsammans med patienten komma fram till underlättande faktorer, vilka stödjer utveckling och säkerhet i utförandet av egenvården. Orem (1995, s. 108) menar att det utvecklingsmässiga behovet behöver anpassning och underhållning i den utvecklande fasen av livscykeln. Vidare menar Orem (1995, s. 196-197)

att utveckling av egenvård är svårt för patienten, därför ska sjuksköterskan förse och bibehålla fysiska levnadsförhållanden och sociala anpassningar för att skapa välbefinnande och säkerhet. Orem (1995, s. 15) beskriver också att sjuksköterskan ska hjälpa patienter att bemästra begränsningar i det dagliga livet.

Resultatet visar att närstående stöttade patienter genom att bland annat motivera och påminna dem att upprätthålla en god egenvård. Dock kunde konflikter mellan familjen och patienten bli ett hinder i patientens utförande av egenvård, detta styrker Mayberry & Osborne (2012) som menar att när familjen gav stöd i hanteringen av kost, träning och läkemedel förbättrades egenvården. Familjemedlemmars medvetenhet om patientens diabetesrelaterade behov underlättade för patienten att utföra egenvård. När familjemedlemmarna inte stöttade patienter att utföra sin egenvård uppstod en frustration och när familjen försökte att hjälpa till med egenvårdshanteringen skapades en konflikt. I en studie av Zala, Rützi, Arampatzis och Spichiger (2017) undersöktes erfarenheter av patienter med en kronisk njursjukdom och deras familjemedlemmar. I studien framkom det att familjen tillsammans anpassade hushållssysslorna efter patientens nuvarande hälsotillstånd samt hittade patienten och familjen gemensamma sätt att anpassa sig till sjukdomen och dess innebörd.

Familjemedlemmar lever tillsammans och det sociala samspelet avspeglar sig på varandra, att en konflikt uppstår är därför oundvikligt. När en familjemedlem drabbas av en sjukdom ger det en möjlighet för resterande familjemedlemmar att leva ett sundare liv och det skapar en gemenskap inom familjen. Sjuksköterskan hjälper inte bara patienten, familjen blir också en del av patientens omvårdnad. Därmed har sjuksköterskan möjlighet att påverka patientens hälsa genom att involvera familjen i omvårdnaden av DT2, detta kan ge familjemedlemmar bättre förutsättningar i att stödja patientens vardagliga hantering av egenvård. Orem (1995, s. 14, 172-173) menar att egenvård är en mänsklig reglerande funktion individen själv måste utföra eller med hjälp av anhöriga för att upprätthålla livet. Familjen lever tillsammans och hjälper varandra och när en sjukdom uppstår inom familjen utvecklar de metoder för att kompensera begränsningar patienten har under vissa tillfällen. Egenvård varierar inom familjer och sociala utvecklingar samt funktioner behövs för att patienten ska

underhålla sin egenvård. Vidare beskriver Orem (1995, s. 155, 311) att sjuksköterskan måste ha korrekt information om patienten samt veta förhållanden och förutsättningar för att kunna bestämma vad som bör utföras. Sjuksköterskan har även ett ansvar för att patienten har möjlighet att få stöd i sin utveckling av egenvård.

Slutsats

I Resultatet framkom det att patienter saknar kunskap om hur de bör förhålla sig till egenvård. Egenvård är en viktig komponent i behandlingen av diabetes typ 2 och med god egenvård kan komplikationer relaterade till sjukdomen undvikas. Det är av stor vikt att patienten får information och stöd från sjuksköterskan i hanteringen av egenvården för att optimera hälsan.

DT2 ökar i världen och sjuksköterskan kommer att vårda patienter som har sjukdomen, vilket innebär att sjuksköterskan måste ha kunskap om patienters erfarenheter av egenvård för att kunna stötta och vägleda på ett optimalt sätt. När sjuksköterskan är medveten om vanligt förekommande hinder eller svårigheter, kan hon eller han anpassa utbildningsstrategier efter varje patient och dennes förutsättningar. Det är även viktigt att patientens närstående får kunskap om sjukdomen, där kan sjuksköterskan uppmuntra patienten att inkludera närstående i utbildningar om sjukdomen eller att patienten själv informerar närstående om riktlinjer för en god egenvård. Det är även viktigt att närstående har vetskap om svårigheterna i att upprätthålla en god egenvård, för att de på bästa möjliga sätt ska kunna bidra med motiverande stöd till patienten.

Egenvård och livsstilsförändringar upplevs svår att genomföra, därför bör framtida studier fokusera på underlättande faktorer vilka hjälper patienter att upprätthålla en god egenvård genom livsstilsförändringar, samt kan det underlätta för sjuksköterskan att skapa förutsättningar för patienten efter dennes individuella behov och möjligheter. Denna litteraturöversikt kan bidra både patienter och den verksamma sjuksköterskan med kunskap och förståelse hur det är att leva med DT2.

Referenser

* De artiklar vilka är med i resultatet

Bassuk, S. S., & Manson, J. E. (2005). Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *J Appl Physiol*, 99(3), 1193–1204. doi:10.1152/japplphysiol.00160.2005.

* Bernhard, G., Ose, D., Baudendistel, I., Seidling, H. M., Stütze, M., Szecsenyi, J., Wensing, M., & Mahler, C. (2017). Understanding challenges, strategies, and the role of support networks in medication self-management among patients with type 2 diabetes: A qualitative study. *Diabetes Educator*, 43(2), 190–205. doi:10.1177/0145721717697243

Blomqvist, K., Gardsten, C., Rask, M., Larsson, Å., Lindberg, A., & Olsson, G. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19/20), 3666–3678. doi:10.1111/jocn.14330

* Bockwoldt, D., Quinn, L., Staffileno, B. A., Coke, L., Hamilton, R., Fogg, L., & Calvin, D. (2017). Understanding experiences of diabetes medications among african americans living with type 2 diabetes. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(4), 363–371. doi:10.1177/1043659616651674

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Graneheim, U. H., & Hörnsten, Å. (2013). Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. *Patient Education & Counseling*, 94(2), 187–192. doi: 10.1016/j.pec.2013.10.010

Braun, C. A., & Anderson, C. M. (Red.). (2012). *Patofysiologi: Om hur förändringar i kroppens funktioner påverkar vår hälsa*. (L, Holmer & G, Grip, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 2007)

* Chen, C., Hung, L., Chen, Y., & Yeh, M. C. (2018). Perspectives of patients with non-insulin-treated type 2 diabetes on self-monitoring of blood glucose: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7/8), 1673–1683. doi:10.1111/jocn.14227

Diabetesförbundet. (2017). *Om Diabetes: Lär dig om diabetes*. Hämtad 16 oktober 2018, från Diabetesförbundet, <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/>

Folkhälsomyndigheten. (2013). *Fysisk aktivitet: Definitioner*. Hämtad 11 oktober, 2018, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/definitioner/>

Franklin, M., Lewis, S., Willis, K., Bourke-Taylor, H., & Smith, L. (2018). Patients' and

- healthcare professionals' perceptions of self-management support interactions: Systematic review and qualitative synthesis. *Chronic Illness*, 14 (2), 79-103. doi: 10-1177/1742395317710082
- Freeman, K., Hanlon, M., Denslow, S., & Hooper, V. (2018). Patient engagement in type 2 diabetes: A collaborative community health initiative. *Diabetes Educator*, 44(4), 395–404. doi:10.1177/0145721718784262
- Friberg, F. (2017a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade* (s. 141-152). Lund: Studentlitteratur
- Friberg, F. (2017b). Bilaga 3- Granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 187-188). Lund: Studentlitteratur
- * Fritz, H. (2014). The influence of daily routines on engaging in diabetes self-management. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(3), 232–240. doi:10.3109/11038128.2013.868033
- Gambling, T. & Long, A. F. (2010). The realisation of patient-centred care during a 3-year proactive telephone counselling self-care intervention for diabetes. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 219-226. doi:10.1016/j.pec.2009.11.007
- * Graffigna, G., Barello, S., Libreri, C., & Bosio, C. A. (2014). How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: implications for clinical practice. *BMC Public Health*, 14(1), 1698–1721. doi:10.1186/1471-2458-14-648
- Hawley, J. A., & Lessard, S. J. (2008). Exercise training-induced improvements in insulin action. *Acta Physiologica*, 192(1), 127–135. doi: 10.1111/j.1748-1716.01783.x
- Herre, A. J., Graue, M., Kolltveit, B-C. H., & Gjengedal, E. (2016). Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition – a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 382-390. doi:10.1111/scs.1226
- Holt, P. (2014). Blood glucose monitoring in diabetes. *Nursing Standard*, 28(27), 52–58. doi:10.7748/ns2014.03.28.27.52.e650
- * Islam, S. M. S., Biswas, T., Bhuiyan, F. A., Mustafa, K., & Islam, A. (2017). Patients' perspective of disease and medication adherence for type 2 diabetes in an urban area in Bangladesh: A qualitative study. *BMC Research Notes*, 10(1), 1-8. doi:10.1186/s13104-017-2454-7
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: A qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 41(11), 41-47. doi: 10.1186/1471-2296-11-4

- Jenssen, T & Berg, J. P. (2014). Läkemedel vid diabetes mellitus och sjukdomar i endokrina organ. I H, Nordeng & O, Spigset (Red.), *Farmakologi och läkemedelsanvändning* (s. 271-287). Lund: Studentlitteratur
- * Joo, J. Y., & Lee, H. (2016). Barriers to and facilitators of diabetes self-management with elderly Korean-American immigrants. *International Nursing Review*, 63(2), 277–284. doi:10.1111/inr.12260
- * Kneck, Å., Fagerberg, I., Eriksson, L. E., & Lundman, B. (2014). Living with diabetes- development of learning patterns over a 3-year period. *Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 1-9. doi:10.3402/qhw.v9.24375
- * Laursen, D. H., Frølich, A., & Christensen, U. (2017). Patients' perception of disease and experience with type 2 diabetes patient education in Denmark. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 1039–1047. doi:10.1111/scs.12429
- * Li, J., Drury, V., & Taylor, B. (2013). "Diabetes is nothing": The experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes. *Contemporary nurse: A journal for the Australian nursing profession*, 45(2), 188–196. doi:10.5172/conu.2013.45.2.188
- * Majeed-Ariss, R., Jackson, C., Knapp, P., & Cheater, F. M. (2015). British-Pakistani women's perspectives of diabetes self-management: The role of identity. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2571–2580. doi:10.1111/jocn.12865
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), 1239-1245. doi:10.2337/dc11-2103
- Mellor, D. (2012). A review of the current nutritional guidelines for diabetes. *Practice Nursing*, 23(5), 234–240. Hämtad från databasen CINAHL.
- Nationalencyklopedin. (u.å.a). Blodsocker. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 11 oktober, 2018, från <https://www.ne.se/>
- Nationalencyklopedin. (u.å.b). Kost. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 27 oktober, 2018, från <https://www.ne.se/>
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.
- Persell, S. D., Keating, N. L., Landrum, M. B., Landon, B. E., Ayanian, J. Z., Borbas, C., & Guadagnoli, E. (2004). Relationship of diabetes-specific knowledge to self-management activities, ambulatory preventive care, and metabolic outcomes. *Preventive Medicine*, 39(4), 746-752. doi:10.1016/j.ypmed.2004.02.045
- Pham, L., & Ziegert, K. (2016). Ways of promoting health to patients with diabetes

- and chronic kidney disease from a nursing perspective in Vietnam: A phenomenographic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, (11), 1-11. doi:10.3402/qhw.v11.30722
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Quittenbaum, S. (2007) Diabetes. I N, Grefberg & L-G, Johansson (Red.), *Medicinboken: Vård av patienter med invärtes sjukdomar* (s. 347-390). Stockholm: Liber
- Rasmussen, B., Terkildsen Maindal, H., Livingston, P., Dunning, T., & Lorentzen, V. (2016). Psychosocial factors impacting on life transitions among young adults with type 2 diabetes: An australian - danish qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 320–329. doi:10.1111/scs.12248.
- Regeringskansliet. (2015). *Föräldrar och barn*. Hämtad 26 oktober, 2018, Regeringskansliet, <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/familjeratt/foraldrar-och-barn/>
- * Richardson, B., Willig, A., Agne, A., & Cherrington, A. (2015). Diabetes connect: African american women's perceptions of the community health worker model for diabetes care. *Journal of Community Health*, 40(5), 905–911. doi: 10.1007/s10900-015-0011-7
- Segersten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examenarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105-108). Lund: Studentlitteratur
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 9 oktober, 2018, från Sveriges Riksdag, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30
- Snowling, N. J., & Hopkins, W. G. (2006). Effects of different modes of exercise training on glucose control and risk factors for complications in type 2 diabetic patients: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 29(11), 2518 – 2527. doi:10.2337/dc06-1317
- Socialstyrelsen. (2012). *Egenvård*. Hämtad 11 oktober, 2018, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/aldreshalsa/egenvard>
- Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för diabetesvård: Stöd för styrning och ledning* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20633/2017-5-31.pdf>
- * Svedbo Engström, M., Leksell, J., Johansson, U-B., & Gudbjörnsdottir, S. (2016). What is important for you? A qualitative interview study of living with diabetes and experiences of diabetes care to establish a basis for a tailored patient-reported outcome measure for the swedish national diabetes register. *BMJ Open*, 6(3), 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2015-010249

- Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm: Socialstyrelsen. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- * Thompson, M. (2014). Occupations, habits, and routines: Perspectives from persons with diabetes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 153–160. doi:10.3109/11038128.2013.851278
- Umpierre, D., Ribeiro, P. A., Kramer, C. K., Leitão, C. B., Zucatti, A. T. N., Azevedo, M. J., Gross, J. L., Ribeiro, J. P., & Schaan, B. D. (2011). Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 305(17), 1790-1799. doi:10.1001/jama.2011.576
- * van Puffelen, A. L., Heijmans, M. J. W. M., Rijken, M., Rutten, G. E. H. M., Nijpels, G., & Schellevis, F. G. (2015). Illness perceptions and self-care behaviours in the first years of living with type 2 diabetes; does the presence of complications matter? *Psychology & Health*, 30(11), 1274–1287. doi:10.1080/08870446.2015.1045511
- World Health Organization. (2017). *Diabetes*. Hämtad 16 oktober 2018, från World Health Organization, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Wu, Y., Ding, Y., Tanaka, Y., & Zhang, W. (2014). Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention. *International Journal of Medical Sciences*, 11(11), 1185-1200. doi:10.7150/ijms.10001
- Zala, P., Rütli, G., Arampatzis, S., & Spichiger, E. (2017). Experiences of patients with chronic kidney disease and their family members in an advanced practice nurse-led counseling service. *Nephrology Nursing Journal*, 44(6), 521-530, 543. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Zisberg, A., Young, H. M., Schepp, K., & Zysberg, L. (2007). A concept analysis: Relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 442-453. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04103.x
- Östenson, C-G. (2010). Epidemiologi vid typ 2-diabetes och metabola syndromet. I C-D. Arardh & C. Berne (Red.), *Diabetes: Fjärde upplagan* (s. 95-101). Stockholm: Liber.

Bilagor

Bilaga 1.

Fribergs kvalitetsgranskningsmall av kvalitativa respektive kvantitativa studier.

Frågor vid granskning av kvalitativa studier.

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?

Frågor vid granskning av kvantitativa studier.

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, till exempel vad gäller generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?

Bilaga 2.

Översikt av inkluderade artiklar.

<i>Författare (Årtal) Land</i>	<i>Studiens syfte</i>	<i>Typ av studie</i>	<i>Deltagare (bortfall)</i>	<i>Datainsamling Analys</i>	<i>Huvudresultat</i>	<i>Kvalitet</i>
Bernhard, Ose, Baudendistel, Seidling, Stütze, Szecsenyi, Wensing & Mahler (2017) Tyskland	Undersöka utmaningarna och strategierna hos patienter med typ 2 diabetes vad gäller daglig hantering av deras läkemedels hantering med inriktning på rollen av deras stöttande nätverk	Kvalitativ	25	Semistrukturerade intervjuer i fokusgrupper Innehållsanalys	Att vara kronisk sjuk innebär att vara tvungen till att hålla fast vid sin medicinering utan att ha något beslutsfattande val över sin egenvård.	Hög
Bockwoldt, Quinn, Staffileno, Coke, Hamilton, Fogg, Calvin (2017) USA	Beskriva de levda erfarenheterna hos afrikanska amerikaner i åldrarna 35-59 år och hur de anpassar sig till receptbelagda läkemedel för diabetes typ 2 och att identifiera faktorer som påverkar anpassningen	Kvalitativ deskriptiv	15	Semistrukturerade intervjuer Tematisk analys	Hälsofrämjande egenvårdssbeteenden karakteriserades av deltagare som accepterade ansvaret för diabeteshantering och medicinering.	Hög
Chen, Hung, Cen & Yeh (2018) Taiwan	Utforska erfarenheter vid egenkontroll av blodsocker bland patienter med diabetes typ 2 som inte är insulinbehandlade	Kvalitativ, deskriptiv fenomenologisk	16	Semistrukturerade intervjuer Fenomenologisk analys	Blodglukosmätningar uppmanade patienter att engagera sig mer i sin egenvård och det	Hög

hjälpte dem att anpassa sina vanor.						
Fritz (2014) USA	Utforska och beskriva hur struktureringen av dagliga rutiner påverkar integrationen av egenvården i det dagliga livet.	Kvalitativ	10	Intervjuer, fotografier tagna av deltagarna, foto-elicitation samt dagböcker Data analyserades individuellt och i grupp enligt fyra parametrar	Att ändra rutiner var komplicerat och det var inte enkelt för patienter att skapa tid för det. Förändringsprocessen började när patienterna blev medvetna om de rutiner som var problematiska kring egenvården av sin diabetes.	Hög
Graffigna, Barello, Libreri & Bosio (2014) Italien	Identifiera, utforska och förklara typ-2 diabetes patienters attityder och erfarenheter i hanteringen av sin egen vård i det dagliga livet.	Kvalitativ, narrativ	29	Djupgående intervjuer och dagböcker Innehållsanalys	Patienter rapporterade bristande kunskap relaterat till deras hälsotillstånd och behandling, vilket försvårade integrering till behandling och livsstilsförändringar i deras dagliga liv.	Hög
Islam, Biswas, Bhuiyan, Mustafa & Islam (2017) Bangladesh	Undersöka patienters perspektiv av typ 2 diabetes och följsamheten till behandling i ett tätortsområde i bangladesh.	Kvalitativ	12	Semistrukturerade intervjuer Kvalitativ innehållsanalys	Hantering av kost, medicinering och motion är viktiga komponenter vid egenvård. Patienter	Medel

noterade att diet och medicin kan minska blodsockret, trots det uteblev den dagliga motionen.

Joo & Lee (2016) Korea	Undersöka hinder och underlättande av egenvården av diabetes bland första generationen koreanska-amerikanska äldre invandrare med diabetes typ 2 i mellanvästra USA	Kvalitativ, deskriptiv	23	Individuella intervjuer Innehållsanalys	Deltagarna identifierade tre områden de kände att de förlorat kontroll över: Kost, viktkontroll samt begränsad förmåga att utföra fysiska aktiviteter.	Medel
Kneck, Fagerberg, Eriksson & Lundman (2014) Sverige	Identifiera mönster i att lära sig leva med diabetes, från att nyligen blivit diagnostiserad, och över en treårsperiod	Kvalitativ, longitudinell	16(3)	Intervjuer vid olika tillfällen under en tre års period Kvalitativ innehållsanalys	De flesta av deltagarna upplevde att med tiden var de mer kapabla att hantera sin diabetes. Resterande deltagare upplevde att lära sig hantera och leva med diabetes blev allt svårare under sjukdomsperioden.	Hög
Laursen, Frølich & Christensen (2017) Danmark	Utforska skillnader i hur personer med diabetes upplever diabetesrelaterad patientutbildning program	Kvalitativ	11	Djupgående intervjuer Tematisk analys	Generellt upplevde hälsosamma deltagare att det var enkelt att förstå riktlinjerna för diet och fysisk aktivitet, och att verkställa förändringarna i det vardagliga livet.	Medel

Li, Drury & Taylor (2013) Singapore	Förstå erfarenheter och sätt att hantera coping av äldre singapore-kinesiska kvinnor med diabetes typ 2.	Kvalitativ, deskriptiv	10	Semistrukturerade intervjuer Tematisk analys	I synnerhet beskrev deltagarna svårigheter med att hantera kost, motion och viktproblem i samband med hanteringen av sjukdomen.	Medel
Majeed-Ariss, Jackson, Knapp & Cheater (2015) Storbritannien	Utforska effekterna av diabetes typ 2 på Brittisk-Pakistanska kvinnors identitet och dess relation till egenvård.	Kvalitativ, utforskande	15	Semistrukturerade intervjuer Tematisk analys	De flesta patienter reflekterade över hur de anpassat sig till sin diabetes och hur deras egenvård förbättrades när de blev mer bekanta och bättre anpassad till att leva med sin sjukdom.	Medel
Richardson, Willig, Agne & Cherrington (2015) USA	Undersöka möjliga fördelar såväl som risker med ett programstöd skapat av hälsoarbetare för diabetiker, ur ett perspektiv från afrikanska amerikanska kvinnor som lever med typ 2-diabetes i Jefferson County, Alabama	Kvalitativ	25	Frågor över telefon och gruppdiskussioner Kvalitativ innehållsanalys	Deltagarna kände igen viktiga aspekter av egenvård vid diabetes (kost, motion, mediciner och egenkontroll) men upplevde svårigheter att genomföra upplägget, särskilt kosten.	Hög
Svedbo Engström, Leksell, Johansson & Gudbjörnsdottir (2016) Sverige	Att beskriva viktiga aspekter i livet för vuxna individer med diabetes.	Kvalitativ, intervjustudie	29	Semistrukturerade intervjuer Innehållsanalys	Varierande blodglukosnivåer upplevdes som hinder för dagliga aktiviteter som fysisk aktivitet, arbete och utbildning.	Hög

<p>Thompson (2014) USA</p>	<p>Utforska erfarenheter hos individer med diabetes vad gäller deras naturliga hantering av sin diabetes</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>8</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer och foto elicitation Korsanalys</p>	<p>Alla patienter gjorde livsstilsförändringar i rutiner av mat, träning och medicinering. Utveckling av nya vanor och rutiner framkom som grundläggande i hanteringen av deras diabetes.</p>	<p>Medel</p>
<p>van Puffelen, Heijmans, Rijken, Rutten, Nijpels & Schellevis (2015) Nederländerna</p>	<p>Att bedöma sjukdomsuppfattningar, egenvårdsbeteenden och deras förhållanden hos nyligen diagnostiserade patienter med typ 2 diabetes mellitus (T2DM) med och utan diabetesrelaterade komplikationer.</p>	<p>Kvantitativ, tvärsnittundersökning</p>	<p>195(3)</p>	<p>Frågeformulär Linjär regressionsanalys</p>	<p>Generellt utfördes egenvård mer frekvent av patienter med diabeteskomplikationer. Patienter uppfattade sin sjukdom som kronisk men inte särskilt allvarlig, med låg inverkan på sitt dagliga liv och väl kontrollerbar med egenvård.</p>	<p>Medel</p>

