



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Erfarenheter av egenvård hos personer med diabetes typ 2

En litteraturöversikt

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*

FÖRFATTARE: *Rana Aboutouk och Fredrik Forsberg*

HANDLEDARE: *Therese Karlsson*

JÖNKÖPING 2016-01



JÖNKÖPING UNIVERSITY

School of Health and Welfare

Experiences of self care among persons with Diabetes type 2

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*

FÖRFATTARE: *Rana Aboutouk och Fredrik Forsberg*

HANDLEDARE: *Therese Karlsson*

JÖNKÖPING 2016-01

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet personer med diabetes Mellitus Typ 2 (DMT2) växer snabbt i världen. Egenvård krävs för att bromsa progressionen av DMT2 och förhindra eller fördröja komplikationer. Många personer med DMT2 sköter emellertid inte sin egenvård enligt rekommendationer.

Syfte: Att beskriva erfarenheter av egenvård hos personer med DMT2.

Metod: Med hjälp av Fribergs femstegsmodell gjordes en litteraturöversikt av elva kvalitativa studier om erfarenheter av egenvård hos personer med DMT2.

Resultat: Att integrera egenvården i vardagen är en utmaning. Familjen och vårdpersonalen har en nyckelroll och kan utgöra såväl ett hinder som ett stöd för egenvården. Andra personer med diabetes upplevs som ett entydigt positivt stöd. Att acceptera sjukdomen är en förutsättning för att kunna bedriva egenvård. Brist på förståelse och okunskap kring DMT2 utgör ett hinder mot egenvård. Personliga mål och feedback är avgörande för motivationen.

Slutsatser: Socialt stöd, acceptans av sjukdomen, positiv feedback och individualiserad information upplevs underlätta egenvård.

Nyckelord: Egenvård, Diabetes Mellitus Typ 2, erfarenheter, kvalitativ

Summary

Background: The number of people diagnosed with Diabetes Mellitus Type 2 (DMT2) is increasing rapidly in the world. Self-care is required to slow the progression of the disease and to prevent or delay complications. Many people with DMT2 fail to perform their self-care according to recommendations.

Aim: To describe experiences of self-care among people with DMT2.

Method: By means of Friberg's five step model, a literature review was conducted of eleven qualitative studies about experiences of self-care among people with DMT2.

Result: Integrating self-care with daily life is a challenge. Family and health professionals have a key role and may hinder as well as facilitate self-care. Other persons with the disease are presented as unilaterally supportive. Accepting the disease is a prerequisite for performing self care. Lack of understanding and knowledge are obstacles to self-care. Individual goals and feedback are essential for motivation.

Conclusion: Social support, acceptance of the disease, positive feedback and individualized information results in improved self-care.

Keywords: Self-care, Diabetes Mellitus Type 2, experiences, qualitative

Innehållsförteckning

Inledning.....	I
Bakgrund.....	I
Diabetes mellitus typ 2.....	I
Omvårdnad.....	
.2	
Orems egenvårdsteori.....	2
Egenvård vid diabetes.....	3
Sjuksköterskans roll.....	4
Motiv till studien.....	5
Syfte.....	5
Material och metod.....	5
Design.....	5
Urval och datainsamling.....	6
Dataanalys.....	7
Etiska överväganden.....	8
Resultat.....	9
Stöd är viktigt vid egenvård.....	9
Egenvård kräver personliga förändringar.....	II
Egenvård förutsätter personliga resurser.....	I3
Diskussion.....	I4
Metoddiskussion.....	I
4	
Resultatdiskussion.....	
I6	
Förväntade kliniska implikationer.....	I9
Slutsatser.....	20
Referenser.....	2I
Bilagor.....	2
7	
Bilagor.....	27

Bilaga2	29
.....
Bilaga	32
.....

Inledning

Antalet personer med Diabetes Mellitus typ 2 (DMT2) ökar kraftigt i världen (WHO, 2016). DMT2 är en kronisk sjukdom som kräver livslång behandling och livsstilsanpassning (Rintala, Jaatinen, Paavilainen och Åstedt-Kurki, 2013). Obehandlad diabetes kan leda till svåra komplikationer, som kan förhindras eller fördröjas genom egenvård, t.ex. regelbunden fysisk aktivitet, hälsosam diet, rökstopp (Socialstyrelsen, 2014). Trots de dokumenterat goda effekterna av egenvården visar studier att den rekommenderade egenvården i många fall inte efterföljs (Mumu, Saleh, Ara, Afnan och Ali, 2014).

Bakgrund

Diabetes mellitus typ 2

Antalet personer med diabetes i världen har ökat från 108 miljoner 1980 till 422 miljoner 2014 (WHO, 2016). Siffran förväntas stiga till 642 miljon år 2040 (IDF, 2016). Antalet personer med diabetes i Sverige uppskattas år 2016 till 450 000 (Diabetesförbundet, 2016a). Majoriteten av dessa har DMT2 (Diabetesförbundet, 2016b). Genomsnittsåldern för att insjukna i DMT2 var i Sverige år 2014 52 år (NDR, 2014).

DMT2 är en kronisk sjukdom som beror på nedsatt insulinproduktion. Insulin är ett hormon som reglerar p-glukoshalten (plasmaglukoshalten) i kroppen. Sjukdomen kännetecknas av att p-glukoshalten är förhöjd p.g.a. brist på insulin eller insulinresistens, d.v.s. bristande förmåga hos cellerna att tillgodogöra sig insulin (IDF, 2016). Till riskfaktorerna för DMT2 hör övervikt, fetma, tobaksbruk, felaktiga matvanor, minskad fysisk aktivitet och etnicitet (ICN, 2016a). Vanliga symtom vid diabetes är ökad törst, viktninskning, trötthet, torra slemhinnor och stora urinvängder (IDF, 2016).

Förhöjda p-glukosvärden under lång tid leder till skador på blodkärl. Organ som drabbas är framför allt njurar (nefropati), ögon (retinopati), nerver (neuropati) och

hud. Andra sena komplikationer är hjärt- och kärlsjukdomar som kan orsaka förtidig död (Socialstyrelsen, 2014).

Omvårdnad

Konsensusbegrepp är övergripande begrepp som ramar in en vetenskaps intresseområden. Vårdvetenskapens konsensusbegrepp är människa, hälsa, världen och vårdandet. Dessa begrepp ska betraktas ur ett etiskt patientperspektiv, som innebär att individen alltid har tolkningsföreträde när det gäller den egna hälsan och ohälsan, vårdandet och livssituationen (Björck & Sandman, 2007).

Personcentrerad omvårdnad är ett internationellt etablerat begrepp som innebär att omvårdnaden ska utgå ifrån varje individs behov och resurser. Omvårdnaden bör utformas i samråd med individen och bygga på partnerskap mellan vårdare och individ (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Personcentrerad omvårdnad har i en studie visat sig leda till bättre egenvård (Poochikian-Sarkissian, Sidani, Ferguson-Pare och Doran, 2010). En studie har emellertid visat att sjuksköterskor upplever det personcentrerade arbetssättet upplevs som tidsödande (Boström et al, 2014).

Vårdpersonal ska visa respekt för individens självbestämmande och integritet. Individen ska vara delaktig i sin egen vård och få vara med och ta beslut så långt som möjligt (SFS, 1982:763).). Individer som medverkar till att sätta sina egna mål tillsammans med vårdgivare är mer motiverade, och bättre på att lösa problem självständigt, vilket är avgörande för en effektiv egenvård (Funnell & Anderson, 2004).

Orems egenvårdsteori

Orem (2001) definierar egenvård som alla aktiviteter individen utför för att upprätthålla sin hälsa och sitt välbefinnande. Människor betraktas som rationella varelser, som generellt har god kapacitet att ta ansvar för sin hälsa. Omvårdnad syftar till att underlätta för individen att självständigt utföra sin egenvård. Egenvård lärs in i ett socialt sammanhang, primärt inom ramen för familjen. Faktorer som påverkar egenvården är ålder, kön, utvecklingsstadium, kulturell och social tillhörighet.

Egenvård är nödvändigt eftersom alla människor har egenvårdsbehov. Egenvårdsbehoven delas in i tre delar. Universella behov är sådana som alla människor alltid har. Två av dessa berör vikten av att ingå i ett socialt sammanhang. Utvecklingsmässiga behoven är sådana som skiljer sig mellan olika individer beroende på ålder och speciella tillstånd, såsom graviditet. Hälsorelaterade egenvårdsbehov är knutna till personer som drabbats av sjukdom. Hälsorelaterade behov handlar om att skaffa medicinsk hjälp, hantera följder av sjukdomen, utföra ordinerade medicinska åtgärder, lära sig att leva med sjukdom och acceptera att egenvård behövs och att omvårdnad kan krävas (Orem, 2001).

Egenvårdsbrist definieras som skillnaden mellan egenvårdskraven, d.v.s. allt som individen behöver göra för att upprätthålla sin hälsa, och egenvårdskapaciteten, d.v.s. allt som individen klarar av att göra för att tillgodose sina egenvårdsbehov.

Motivation beskrivs som en väsentlig del av egenvårdskapaciteten.

Egenvårdsbegränsning definieras som begränsningar i egenvårdskapaciteten, och består i begränsade kunskaper, begränsad förmåga att fatta beslut och begränsad förmåga att utföra ändamålsenliga handlingar (Orem, 2001).

Sjuksköterskans roll är att i samspel med individen kartlägga egenvårdsbehoven och identifiera egenvårdsbrist, och motivera till egenvård och öka egenvårdskapaciteten, genom undervisning. Familjen kan påverka egenvården i både positiv och negativ riktning. De anhöriga ska få hjälp av sjuksköterskan så att de kan bidra till egenvården (Orem, 2001).

Egenvård vid diabetes

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvården fastslår att omvårdnadsåtgärder ska erbjudas i form av stöd, råd och utbildning till individen, för att stärka egenvården (Socialstyrelsen, 2014). Idag är patientutbildning i egenvård en central och rutinmässig del i vården av diabetespatienter i Sverige (SBU, 2009).

Individen bör ha kunskap om sin sjukdom, till exempel om orsakerna till sina låga eller höga p-glukosvärden, för att undvika sena diabeteskomplikationer. Målet är att öka individens kunskap samt skapa följsamhet till egenvård hos den vårdsökande personen (Socialstyrelsen, 2014).

Personer med DMT2 kan bedriva en framgångsrik egenvård genom sju centrala egenvårdsbeteenden: äta hälsosamt, vara fysiskt aktiva, övervaka p-glukoshalten, följa medicinska ordinationer, lösa problem på ett effektivt sätt, uppvisa god copingförmåga och minimera riskbeteenden. Dessa beteenden minskar risken för diabeteskomplikationer och leder till förbättringar i livskvalitén. Med hjälp av egenvård kan diabetiker avsevärt förbättra sjukdomsprognosen, och det är därför viktigt att egenvård används i behandlingen av DMT2 (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2013)

För att personer med DMT2 ska kunna hantera sin sjukdom krävs självförtroende, motivation, kunskap och förmåga och det är viktigt att de får stöd för att klara egenvården (Bartol, 2012). Sjuksköterskor upplever att brist på motivation att ändra levnadsvanor är ett stort hinder mot egenvård (Jallinoja et al. 2007).

Empowerment är ett stödjande förhållningssätt, som används inom personcentrerad omvårdnad, och syftar till att hjälpa individen att upptäcka sina resurser och att ta ansvar för sin sjukdom. Vårdpersonalens kan använda empowerment som ett redskap för att hjälpa individen till välinformerade beslut, och genom undervisning och stöd underlätta för individen att nå sina mål och överkomma hinder på vägen dit (Funnell & Anderson, 2004). Diabetesvård som är inriktad på empowerment har visats leda till bättre genomförd egenvård (Hernandez-Tejada et al., 2012).

Familjen kan ge stöd och praktisk hjälp och studier har visat ett positivt samband mellan upplevt stöd från familjen och framgångsrik egenvård. Men familjen kan också upplevas som icke-stödjande och utgöra ett hinder för egenvård. DMT2 ställer stora krav på familjen, vilket kan leda till stress, konflikter och spänningar (Rintala et al., 2013; Rosland & Piette, 2010).

Sjuksköterskans roll

Omvårdnad innefattar enligt International Council of Nurses (ICN) främjande av autonomi och bedrivande av samverkande vård för personer i alla åldrar, grupper, familjer och samhällen. Omvårdnad omfattar vidare hälsopromotion, prevention av sjukdom och vård av personer som är sjuka, funktionshindrade och befinner sig i livets slutskede (ICN, 2016b).

Sjuksköterskan har ett helhetsansvar för omvårdnaden och har stor betydelse för individens upplevelse av vården. Sjuksköterskan har störst möjlighet till ett hälsofrämjande arbete vid det vardagliga mötet med individen. I hälsofrämjande omvårdnad eftersträvas ett salutogent förhållningssätt, där sjuksköterskan ser till det friska hos individen och uppmuntrar individen till en livsstil och levnadsvanor som främjar individens hälsa. Sjuksköterskan ska stödja och utveckla individens förmåga till egenvård, så att individen kan hantera de dagliga aktiviteterna så bra som möjligt (SSF, 2008).

Sjuksköterskan spelar en central roll för egenvården genom att utbilda, motivera och stärka självförtroendet hos personer med DMT2. Sjuksköterskan bör se till helheten i personens tillvaro där diabetessjukdomen endast utgör en del (Bartol, 2012).

Motiv till studien

Följsamhet till rekommenderad egenvård kan halvera risken för att drabbas av sena komplikationer och öka den upplevda hälsan och livskvaliteten (Gillies et al., 2007; Song, 2010). Många personer med DMT2 underlåter emellertid att utföra egenvård enligt rekommendation (Mumu et al, 2014; Hanco et al., 2007). En del personer med DMT2 känner skam över sjukdomen, och är rädda för att bli dömda pga känslan av sjukdomen är självförvållad (Ritholz, Beverly, Brooks, Abrahamson & Weinger, 2014; Oftedal, 2014). Motivet till denna studie är att öka förståelsen för svårigheterna kring egenvård, genom att beskriva vilka erfarenheter personer med DMT2 har av sin egenvård.

Syfte

Att beskriva erfarenheter av egenvård hos personer med DMT2.

Material och metod

Design

Studien har gjorts som en litteraturoversikt baserad på studier med kvalitativ ansats. Litteraturoversikter syftar till ge en överblick över ett avgränsat kunskapsfält med hjälp en sammanställning av vetenskapliga artiklar. Kvalitativa studier anses kunna

fånga människors erfarenheter av olika slag, och passar därför syftet (Forsberg & Wengström, 2015).

Urval och datainsamling

Data har inhämtats via sökning i databaserna CINAHL (Cumulative Index of Nursing) och MEDLINE, vilka innehåller vetenskapliga artiklar om omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2015). I CINAHL valdes avgränsningarna engelska, peer review och tidigast publiceringsår 2006. Peer review ökar möjligheten att hitta artiklar av god vetenskaplig kvalitet. I Medline valdes avgränsningarna engelska och tidigast publiceringsår 2006. Medline saknar funktionen peer review.

En första inledande sökning (bilaga 1) gjordes med sökordet *diabetes mellitus, type 2*, vilket gav närmare 90000 träffar totalt i bägge databaserna. P.g.a. den stora mängden träffar begränsades sökningen till sökorden *diabetes mellitus, type 2* och *self care*. Den gav närmare 3000 träffar. Fortfarande var antalet träffar för många för en systematisk genomgång, men för att få uppslag till den egentliga sökningen lästes rubrikerna till de första 76 artiklarna och 21 abstracts.

I den egentliga sökningen (bilaga 1) användes sökorden *diabetes mellitus, type 2, self care, qualitative, focus group, narrative, interview, grounded theory, experienc**, *percep**, *attitude**, *view**, *perspective**. Sökorden kombinerades med hjälp av de booleska kombinationerna AND och OR. För att fånga in artiklar som huvudsakligen handlade om DMT2 och egenvård användes fältordet MM (Exact Major Subject Headings).

Inklusionskriterier var artiklar som ansågs stämma överens med valt syfte och som helt eller delvis baseras på studier över deltagare som fyllt 45. Anledningen till detta ålderskriterium är att DMT2 vanligen debuterar efter 45.

Exklusionskriterier var artiklar som saknar etiskt godkännande, som innehåller mixade metoder (kvalitativa och kvantitativa) och sekundäranalyser. För att begränsa antalet artiklar exkluderades även studier av etniska grupper, eftersom författarna ansåg att sådana studier skulle vara mindre överförbara, då skillnader i egenvård skulle kunna förklaras av de etniska gruppernas särdrag. Även artiklar som tilldelats ämnesorden *practitioner patient relationship* exkluderades, eftersom författarna

bedömde att de sannolikt har fokus på individens relation till läkaren. I CINAHL kallas ämnesorden CINAHL-headings och i MEDLINE kallas de MESH. Ämnesorden är koder som beskriver vad artiklarna handlar om (Forsberg & Wengström, 2015).

Den egentliga sökningen på Medline genomfördes den 6 november 2016 och gav 136 artiklar. Efter genomläsning av rubriker och ämnesord återstod 42 artiklar som motsvarade kriterierna och verkade intressanta. Abstracten till dessa genomlästes, och 10 artiklar valdes för genomläsning. Två valdes bort eftersom den ena saknade etiskt godkännande och den andra var en sekundäranalys. Kvar fanns 8 artiklar.

Sökningen på CINAHL genomfördes 7 november och gav 91 träffar. Efter genomläsning av rubrik och ämnesorden kvarstod 31 artiklar, som motsvarade kriterierna och verkade intressanta. Abstracten till dessa lästes igenom, varav 8 valdes för genomläsning. Av dessa var 5 artiklar dubletter. Kvar stod 3 artiklar från CINAHL.

De elva artiklarna från CINAHL och MEDLINE granskades enligt Hälsohögskolans granskningsprotokoll (Se bilaga 2). Samtliga artiklar fick 4 av 4 poäng i del 1, vilket är en förutsättning för att gå vidare till del 2. I del 2 fick 10 av 11 artiklar 7 av 8 poäng, och en fick 8 av 8 poäng (bilaga 3). Författarna bedömde att artiklar som fick minst 7 poäng hade hög vetenskaplig kvalitet.

Dataanalys

Artiklarna analyserades utifrån Fribergs femstegsmodell (Friberg, 2012). Först arbetade författarna oberoende av varandra. Artiklarna lästes i sin helhet igenom flera gånger i syfte att få en översikt och känsla för innehållet och resultatet i relation till syftet. Sedan färgmarkerade författarna nyckelfyndet i varje studies resultatdel utifrån likheter och skillnader. Därefter kopierades meningarna från artiklarna över till ett worddokument, och sammanställdes som underkategorier. Sedan diskuterade författarna sina respektive underkategorier och därefter skapade författarna gemensamt de slutliga underkategorierna. En diskussion fördes kring likheter och skillnader mellan underkategorierna, och utifrån detta skapades huvudkategorierna.

Artiklarna analyserades induktivt, vilket innebär att materialet studerades förutsättningslöst, utan förutbestämda kategorier (Forsberg & Wengström, 2015).

Etiska överväganden

Forskningsetik grundar sig på fyra etiska principer, autonomiprincipen, godhetsprincipen, icke-skada principen och rättviseprincipen. Etiska principer finns för att skydda individer som ingår i studier mot att utnyttjas, skadas eller såras (Kjellström, 2012). För att säkerställa att dessa principer respekteras har vi till litteraturöversikten endast använt artiklar som granskats och godkänts av en etisk kommitté. De valda artiklarna har genomlästs och bearbetats enskilt och gemensamt för att undvika feltolkningar. Författarna har varit noggranna i referenshanteringen och redovisat material och metod på ett öppet sätt, så att andra kan kontrollera den vetenskapliga halten i arbetet. Tendentiöst material som stöder en viss åsikt, har undvikits, till förmån för objektivitet. Fortlöpande diskussioner har förts kring tolkningarna av de analyserade texterna och bakgrundsartiklarna, för att uppnå trohet mot källorna.

Båda författarna hade erfarenhet inom ämnet innan litteraturöversikten påbörjades genom livserfarenheter, så därför har författarna fortlöpande reflekterat över förförståelsen kring ämnet för att minska risken för dess påverkan på resultatet (Forsberg & Wengström, 2015).

Resultat

Resultatet redovisas i form av tre huvudkategorier: *Stöd är viktigt vid egenvård*, *Egenvård kräver personliga förändringar* och *Egenvård förutsätter fysiska resurser*. Till huvudkategorierna har kopplats ett antal underkategorier, enligt figur 1:

Figur 1. Indelning av kategorier.



Stöd är viktigt vid egenvård

Huvudkategorin *Stöd är viktigt vid egenvård* beskriver vilken betydelse andra människor har för deltagarnas egenvård. Fyra underkategorier identifierades: *Att få stöd från vårdpersonal*, *Att få stöd från familj*, *Att få stöd från personer med DMT2*, och *Att få stöd från allmänheten*.

Att få stöd från vårdpersonal

Goda relationer till vårdpersonalen underlättade egenvården. När vårdpersonalen tog sig tid och var uppmuntrande, lyssnande, engagerade och visade respekt stimulerades deltagarna att själva bli mer samarbetsvilliga och aktiva i sin egenvård (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Shen et al., 2013; Furler et al, 2008; Mathew et al, 2012; Oftedal, Karlsen och Bru, 2010; Booth et al, 2013). Vårdpersonal som var stressig, nonchalant, fördomsfull mot övervikt och äldre, okunnig och svårtillgänglig,

påverkade egenvården negativt, t.ex. genom att deltagarna valde att avstå från vårdbesök eller blev ovilliga att genomföra rekommenderade förändringar (Henderson et al, 2014; Wellard, Sheree & King, 2008; Shen et al., 2013;).

Flera studier visade att information från vårdpersonalen inte var individanpassad, att information gavs i för stora mängder, och att det var svårt att ta till sig informationen, och därmed försvårades egenvården (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Henderson et al, 2014; Booth et al, 2013; Carolan, Holman & Ferrari, 2015). Istället efterfrågades konkreta, praktiska, enkla och individanpassade instruktioner och informationer, t.ex. när det gällde dietplan och p-glukosmätning (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Booth et al, 2013; Carolan, Holman & Ferrari, 2015; Shen et al., 2013; Henderson et al, 2014). Ett positivt exempel på individanpassad information är den konkreta hjälp en kvinna fick med att hälsoanpassa sin favoritmat. Vårdpersonalen utgick i detta fall från den mat kvinnan åt (Shen et al., 2013). Svårbegripliga dietplaner, rankades som det största hindret, enligt deltagarna i en studie (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006).

Långa köer till vården, byten av vårdpersonal, begränsad tid med vårdpersonal och bristande samordning mellan vårdinstanser nämndes också som hinder för egenvården (Henderson et al, 2012)

Att få stöd från familj

Familjen, särskilt maken och i mindre grad maken, lyftes fram som ett stöd för egenvården. Familjen gav uppmuntran, praktiskt och moraliskt stöd, tröst, sällskap, t.ex. vid fysiska aktiviteter och vårdbesök, och hjälp att övervaka egenvården (Wellard, Sheree & King, 2008; Carolan, Holman & Ferrari, 2015; Shen et al., 2013; Chiu-Chu et al, 2007; Mathew et al, 2012; Booth et al, 2013).

En del familjer upplevdes visa liten förståelse för egenvårdsbehoven eller sakna kunskap kring sjukdomen (Booth et al, 2013; Shen et al., 2013). Kvinnor uppgav att deras egenvårdsbehov var lågt prioriterade i familjen och av männen (Booth et al, 2013; Mathew et al, 2012). Männen uttalade sig däremot aldrig negativt om makarna, utan betonade tvärtom ett starkt stöd från dem (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Furler et al, 2008; Mathew et al, 2012).

Att få stöd från andra personer med DMT2

Andra personer med DMT2 omtalas också uteslutande som ett stöd. Genom dem fick deltagarna praktiska tips och uppmuntran. Sinsemellan kunde personerna med DMT2 utbyta erfarenheter kring egenvården i samband med t.ex. grupputbildningar och gemensamma aktiviteter, och en känsla av identifikation och gemenskap uppstod (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Henderson et al, 2014; Shen et al., 2013; Chiu-Chu et al, 2007).

Att få stöd från allmänheten

Attityder i samhället kan försvåra egenvården. Ett exempel är synen på övervikt. Missnöje med den egna kroppen p.g.a. övervikt, kunde leda till en ovilja att gå till gymmet för att slippa visa upp sig bland vältränade människor (Ofstedal, Karlsen och Bru, 2010). Det framkom att det var jobbigt och pinsamt att behöva avstå från erbjuden mat, och en känsla att vara dömd p.g.a. dieten (Wellard, Sheree & King, 2008). En del män avstod från att tillämpa egenvård i sociala situationer, och valde att istället isolera sig (Mathew et al, 2012).

Det nämndes att det saknas kunskap om diabetes och egenvård i samhället, och att det finns fördomar mot sjukdomen (Wellard, Sheree & King, 2008). Som kontrast kan nämnas studien från Kina där det lyftes fram att medborgare visade intresse för personer med diabetes och hjälpte till med vardagsaker, vilket stärkte egenvården (Shen et al., 2013).

Egenvård kräver personliga förändringar

Huvudkategorin *Egenvård kräver personliga förändringar* fokuserar på deltagarnas egna resurser och begränsningar i samband med egenvården. Tre underkategorier har identifierats: *Att acceptera sjukdomen*, *Att ändra vanor* och *Att hitta motivation*.

Att acceptera sjukdomen

Den första tiden efter insjuknandet i DMT2 förekom negativa känslor, vilket kunde leda till passivitet (Henderson et al, 2012). Så småningom accepterades sjukdomen vilket ledde till en mer aktiv egenvård. (Mathew et al, 2012; Carolan, Holman & Ferrari, 2015; Tanenbaum et al., 2015). Deltagare vars egenvård var framgångsrik

tänkte på sig själva som normala, och inte som diabetiker (Tanenbaum et al., 2015). Deltagare som var rädda för att betraktas som onormala pga sjukdomen, drog sig däremot för att bedriva egenvård i sociala miljöer, för att undvika social stigmatisering (Ofstedal et al, 2009). En skillnad mellan könen var att kvinnor hade lättare för att utnyttja socialt stöd i sitt egenvårdsarbete, eftersom de var mer öppna med sin diabetes genom att internalisera sjukdomen i den egna identiteten, medan männen var benägna att dölja sjukdomen (Mathew et al, 2012).

Att ha en positiv attityd till livet och acceptera sjukdomen ansågs underlätta egenvården (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Chiu-Chu et al, 2007). Några deltagare beskrev känslan av att ha utvecklat en mer hälsosam livsstil och att livet blivit bättre sedan de fått sjukdomen (Tanenbaum et al., 2015; Carolan, Holman & Ferrari, 2015).

Att ändra vanor

Egenvård kräver en omläggning av livsstilen. I resultatet framkom att det var svårt att ändra på vanor, speciellt för äldre personer (Booth et al, 2013). Ett utmärkande drag för personer som bedrev framgångsrik egenvård var att de förändrade vanorna stegvis (Tanenbaum et al, 2015).

Att ändra matvanor beskrevs som särskilt svårt (Chiu-Chu et al, 2007). Det upplevdes besvärligt att behöva följa måltiderna (Booth et al, 2013). Att behöva äta annan mat än familjen, vännerna och arbetskamraterna upplevdes också som ett problem. (Carolan, Holman & Ferrari, 2015; Booth et al, 2013; Chiu-Chu et al, 2007; Mathew et al, 2012; Ofstedal, Karlsen och Bru, 2010; Shen et al., 2013) Det är lätt att göra avsteg från dietplanen eftersom det finns så mycket lättillgänglig onyttig mat (Furler et al, 2008; Carolan, Holman & Ferrari, 2015; Chiu-Chu et al, 2007). Att inte få äta som vanligt kunde till och med leda till depression (Carolan, Holman & Ferrari, 2015; Mathew et al, 2012). Särskilt kvinnor hade svårt att ändra matvanor. En annan utmaning som beskrevs var att komma ihåg medicineringen (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006).

Deltagare berättar att de så småningom hittade strategier för att integrera egenvården i vardagen (Chiu-Chu et al, 2007). Ett sätt var att koppla egenvården till rutiner, exempelvis att koppla p-glukosmätning till olika situationer såsom

tandborstning. Att förvandla egenvården till en vana beskrevs som energibesparande (Tanenbaum et al, 2015).

Att hitta motivation

Att få leva ett långt friskt liv, att få se barnbarnen växa upp, att ha livskvalitet efter pensioneringen är exempel på önskemål som sporrade deltagarna. Mer kortsiktiga mål var att gå ned i vikt, att kunna fortsätta jobba, att slippa börja medicinera och istället hålla diabetesen under kontroll med hjälp av kostbehandling (Ofstedal, Karlsen och Bru, 2010). Resultatet visar att rädsla för framtida komplikationer var en faktor som motiverade till egenvård (Booth et al, 2013).

Känslan av att egenvården fungerade motiverade till fortsatta ansträngningar. Fysisk träning, hälsosam mat och viktreduktion gav en känsla av välmående, som deltagare vill återuppleva (Ofstedal, Karlsen och Bru, 2010). Feedback som bekräftade att egenvården fungerade minskade rädslan för framtida komplikationer och motiverade till fortsatt egenvård (Tanenbaum et al., 2015). Känslan av att kunna kontrollera sjukdomen ledde till att deltagare ville lära sig mer om sjukdomen (Furler et al, 2008; Tanenbaum et al., 2015). En framgångsrik egenvård utvecklades i takt med att deltagarna lärde sig tolka kroppssignaler och förstå sambanden mellan kost, aktivitet och p-glukosnivå (Chiu-Chu et al, 2007; Mathew et al, 2012; Tanenbaum et al, 2015).

Bristande framgång gällande exempelvis p-glukoskontrollen, och sjukdomsprogression, trots följsamhet till den rekommenderade egenvården, ledde å andra sidan till att motivationen för egenvård minskade (Booth et al, 2013).

Egenvård förutsätter fysiska resurser

Huvudkategorin *Egenvård förutsätter fysiska resurser* fokuserar på deltagarnas begränsningar i samband med egenvården. Två underkategorier har identifierats: *Att ha ekonomiska förutsättningar* och *Att ha fysiska förutsättningar*.

Att ha ekonomiska förutsättningar

Medicin, specialskor, fotvård, dietist, livsmedel, läkarbesök och p-glukosutrustning angavs som exempel på kostsamma utgifter, som deltagarna inte hade råd med (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Shen et al., 2013; Henderson et al, 2014; Wellard, Sheree & King, 2008).

Att ha fysiska förutsättningar

Flera deltagare hade andra sjukdomar, t.ex. artrit, och hade svårt att utföra fysisk aktivitet, och en del kände att orken inte räckte till (Booth et al, 2013; Oftedal, Karlsen och Bru, 2010).

Fysisk tillgång till egenvårdsresurser beskrevs också som viktigt. Långa avstånd till lämpliga livsmedelsbutiker och brist på lämpliga promenadområden, nämndes som exempel (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Henderson et al, 2014; Booth et al, 2013). Hälsosam mat upplevdes av några deltagare inte heller vara lättillgänglig (Carolan, Holman & Ferrari, 2015).

Metoddiskussion

Vid litteratursökningen användes databaserna CINAHL och MEDLINE. Att använda fler databaser stärker trovärdigheten, eftersom fler relevanta studier kan hittas. (Henricson, 2012).

Den slutliga sökningen, som redovisas i bilagan, gav 227 träffar totalt i båda databaserna. Alla rubriker och ämnesord genomlästes och därefter lästes abstracten till artiklarna vars rubriker och ämnesord passade syftet och motsvarade kriterierna. En fördel med tillvägagångssättet är att det möjliggör en snabb överblick över ett stort antal artiklar. Nackdelen är att rubrikerna, ämnesorden och abstracten kan vara missvisande. Det är inte säkert att rubrikerna, ämnesorden och abstracten fångar innehållet i artikeln på ett korrekt sätt, och därför kan relevanta artiklar ha undgått sökningen.

Författarna valde att inte ta med studier som fokuserade på etniska grupper. Lämpligheten i detta exklusionskriterium kan diskuteras. Med tanke på att DMT2 är

överrepresenterat hos etniska minoriteter, och den omfattande invandringen till Sverige, skulle det ha varit intressant att studera etniska grupper, men på grund av det stora materialet, var vi tvungna att göra begränsningar.

Olika kulturer har ändå representerats genom att studierna utförts i Taiwan, Kina, Australien, Storbritannien, USA, Norge och Canada. Detta är fördelaktigt, eftersom det möjliggjorde en bred förståelse för erfarenheter kring egenvård. Överförbarheten är dock begränsad då litteraturöversikten baseras på småskaliga, kvalitativa studier.

För att säkerställa den vetenskapliga kvaliteten hos de 11 artiklar som återstod efter den slutliga sökningen skedde en granskning utifrån Hälsohögskolans granskningsprotokoll (Bilaga 2). Författarna utförde granskningen oberoende av varandra, och diskuterade sina bedömningar i efterhand. Då samsyn uppnåddes kring artiklarnas vetenskapliga kvalitet, ger det trovärdighet åt bedömningen (Henricson, 2012).

I litteraturöversikten inkluderades elva kvalitativa artiklar, vilket författarna bedömde vara tillräckligt, eftersom syftet med kvalitativ forskning inte är att generalisera utan att öka förståelsen för det valda ämnet.

Vetenskaplig litteratur blir snabbt inaktuell, och författarna resonerade att 10 år var en rimlig gräns för åldern på de analyserade artiklarna (Östlundh, 2012). Några av bakgrundsartiklarna är något äldre, och dessa valdes för att de ansågs särskilt intressanta, eller då motsvarande nyare artiklar inte kunde hittas.

Fortlöpande diskussioner kring förförståelsen har förts under processens gång för att öka trovärdigheten kring tolkningen och presentationen av resultatet. Att reflektera över förförståelsen ökar trovärdigheten i litteraturöversikten (Henricson, 2012).

Fribergs femstegsmodell användes vid dataanalysen. Eftersom författarna inte tidigare gjort kvalitativa litteraturöversikter, passade modellen bra, då den är lätt att förstå. Vid de första genomläsningarna av artiklarna och indelningen i underkategorier arbetade författarna oberoende av varandra, för att sedan föra en diskussion kring underkategorierna. Syftet med den gemensamma diskussionen var att hitta nya perspektiv på materialet. Bedömningarna, som gjordes individuellt, överensstämde huvudsakligen med varandra, men i vissa fall kunde de identifierade

fynden placeras i olika kategorier. I de fall oenighet rådde fördes en diskussion tills samförstånd uppnåddes, vilket ökar trovärdigheten i litteraturöversikten.

Litteraturöversiktens trovärdighet styrks vidare av att fynden överensstämmer med tidigare forskning, vilket visas i resultatdiskussionen (Henricson, 2012).

Att redovisa bristande språkkunskaper är ett etiskt krav (Kjellström, 2012). Med tanke på artiklarna var skrivna på engelska, och att detta språk inte är författarnas modersmål, hölls diskussioner kring betydelsen av ord och meningar, som upplevdes svåra att förstå. Även om författarna känner sig övertygade om att ha uppfattat texterna i artiklarna på ett korrekt sätt, går det inte att utesluta att enskilda ord och meningar har feltolkats. Speciellt gäller detta citaten i texterna, där deltagarna naturligt nog använder talspråk, som kan ha varierande innebörd i olika länder.

Resultatdiskussion

Egenvård hos personer med DMT2 beskrivs som krävande, och många deltagare hade svårt att följa egenvårdsrekommendationerna. Svårigheterna att bedriva egenvård vid DMT2 har tidigare beskrivits i en rad studier (Mumu et al., 2014; Hanco et al., 2007). Orem (2001) betonar att förmågan att genomföra egenvård skiljer sig beroende på exempelvis kön, ålder, personlig mognad och social och kulturell bakgrund. Orem (2001) syn på egenvård överensstämmer med den personcentrerade omvårdnaden, genom att fokusera på individens egna behov och resurser, och vikten av göra individen delaktig och ta ansvar för sin egenvård. Genom empowerment kan sjuksköterskan hjälpa individen att hitta och utveckla sina egna resurser.

Resultatet visar att i de fall personerna med DMT2 upplever att de fått socialt stöd och förståelse har det underlättat deras egenvård, medan brist på socialt stöd och förståelse lett till svårigheter att följa egenvårdsrekommendationerna. Att det sociala sammanhanget är betydelsefullt för egenvården, är något som betonas av Orem (2001).

Deltagare betonade vikten av att ha en bra relation till vårdpersonalen. Som vårdgivare är det viktigt att ta sig tid, visa empati, för att deltagarna ska känna sig

bekräftade och villiga att samarbeta. Att lyssnande, engagerad och respektfull vårdpersonal främjar egenvården, har framkommit i en tidigare studie (Anderson-Loftin & Moneyham, 2000). Rygg, Rise, Lomundal, Solberg & Steinsbekk (2010) har visat att vårdpersonal som stressar kan leda till att individen missar grundläggande information.

En vanlig synpunkt var att information från vårdpersonalen gavs i för stora mängder, och att den inte var tillräckligt konkret, vilket gjorde att den kändes överväldigande och svårhanterlig. Dunbar-Jacob (2007) har tidigare visat att en förutsättning för att individen ska kunna tillägna sig förmedlad kunskap är att den utgår ifrån den enskilde individens förutsättningar. Enligt Orem (2001) är kunskap en viktig del av egenvårdskapaciteten, och bristande kunskap är en form av egenvårdsbegränsning. En av sjuksköterskans uppgifter att identifiera den vårdsökande personens behov och utifrån det tillsammans med individen utforma egenvården (Orem, 2001).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård (Socialstyrelsen, 2014) fastslås att vårdtagarna ska få individanpassad information och vård. Ett stort antal av deltagarna i de studier vi analyserade kom från socialt och ekonomiskt eftersatta områden, vilket troligen ytterligare ökar behovet av praktisk och lätthanterlig information. Enligt Alexander, Uz, Hinton, Williams & Jones (2008) bör information till personer med låg utbildningsnivå vara enkel, konkret och gärna innefatta bilder som illustrerar egenvårdsåtgärderna.

En framträdande synpunkt var familjens avgörande betydelse för egenvården. Deltagare beskrev att de kände stort stöd från familjen i form av uppmuntran, tröst, påminnelser och praktisk hjälp. McEwen, Rentfro & Vincent (2009) har tidigare pekat på att upplevt stöd från familjen resulterar i bättre egenvård hos personer med diabetes.

Familjen beskrevs dock även som ett hinder för egenvården. Detta fynd styrks av Albarran, Ballesteros, Morales & Ortega (2006), som beskriver familjemedlemmar som visar liten förståelse för egenvården, och har svårt att acceptera att de ska behöva ändra sina vanor för att hjälpa personen i familjen med diabetes. Enligt Orem (2001) är brist på familjestöd en egenvårdsbegränsning. Orem (2001) menar att sjuksköterskan ska hjälpa familjen att stödja den enskilde i sin egenvård.

Kvinnor med diabetes kunde uppleva en konflikt mellan familjeplikerna och egenvården. Kvinnor beskriver att maken inte var stödjande, och att de kände en press på sig att anpassa sig efter makens och övriga familjens behov. Männerna hade däremot en tendens att se makarna som ett stöd för egenvården.

I motsats till familjen, som beskrevs både som stöttande och hindrande, lyftes andra personer med diabetes entydigt fram som ett stöd för egenvården. Andra personer med diabetes gav en möjlighet till gemenskap och identifikation och av dem kunde deltagarna få tips och idéer kring egenvården. Att ha stöd från personer med samma diagnos har visat sig leda till bättre kontroll av p-glukoshalten hos personer med DMT2 (Qi et al., 2015).

Det saknas ofta förståelse för egenvården på arbetsplatserna. Detta kan resultera i såväl att egenvården förhindras, som en olustkänsla hos personen med DMT2 över att inte bli respekterad. Brist på förståelse för egenvårdsbehovet hos diabetiker på arbetsplatser har tidigare beskrivits av Fukunaga, Uehara & Tom (2011).

Attityder från allmänheten kan förhindra egenvården. Deltagare beskrev att de avstod från att gå till gymmet, p.g.a. att de skäms för sina kroppar. Andra kände sig dömda p.g.a. att de måste äta speciell mat. En intressant genusskillnad framkom i en studie som visade att kvinnor var öppna med sin sjukdom och därmed fick större tillgång till socialt stöd. Männerna var däremot mer benägna att dölja sjukdomen, med följd att det blev svårt för dem att bedriva egenvård utanför hemmet.

Att drabbas av DMT2 innebär att livsstilen måste läggas om. Att ändra på vanor, speciellt när det gäller kosten, beskrivs som komplicerat. Svårigheten att följa dietråden har lyfts fram i en rad tidigare studier. Stiles (2011) visar att trots att personer med DMT2 har kunskap om lämplig diet, väljer de ändå att inte följa rekommendationen, pga. bristande motivation. Svårigheten att inte ge efter för matfrestelser och sötsug, har tidigare beskrivits av Utz et al. (2006). Macaden & Clarke (2006) visar att det är svårt att följa dietråden, speciellt vid sociala tillställningar, pga. av oviljan att bli exponerad som annorlunda. Vikten av att ha ett stöttande socialt nätverk när det gäller kostvanorna beskrivs av Schiøtz, Bøgelund, Almdal, Jensen & Willaing (2011).

En förutsättning för en effektiv egenvård är acceptans av sjukdomen. Deltagare beskriver att sjukdomen inledningsvis fyllde dem med negativa känslor. Det framkom

en känsla av uppgivenhet, och en uppfattning att komplikationer var oundvikliga. Enligt Orem (2001) är det viktigt att acceptera sin sjukdom. Degazon & Parker (2007) har beskrivit att personer med DMT2 har större chans att lyckas genomföra livsstilsförändringar om de accepterar sin sjukdom.

Resultatanalysen stödjer Orem's uppfattning att bristande motivation leder till begränsningar i egenvårdskapaciteten (Orem, 2001). Enligt Jallinoja et al. (2007) uppfattar sjuksköterskor att brist på motivation utgör ett större hinder för egenvården än brist på kunskap.

Feedback är en viktig faktor för motivationen. Genom feedbacken lärde sig deltagarna att förstå sambanden mellan exempelvis t.ex. kost och fysisk aktivitet och p-glukosnivå. Att få bekräftat att egenvården fungerade upplevdes leda till ökad livskvalitet och till ökade ansträngningar att sköta egenvården. Deltagare uppgav till och med att de fått ett bättre och mer hälsosamt liv sedan de lärt sig kontrollera sjukdomen.

I vissa fall saknades dock motivation för egenvården. Detta gällde deltagare som följde den rekommenderade egenvården och samtidigt upplevde att sjukdomen förvärrades, eller att p-glukosnivåerna inte var tillfredsställande. Edwall, Danielson & Öhrn (2010) har tidigare visat att personer som utfört rekommenderad egenvård, men inte uppnått behandlingsmålen, känt sig misslyckade och haft behov av stöd för att kunna fortsätta med egenvården.

Ekonomiska begränsningar gjorde att deltagare ej ansåg sig ha råd med utgifter förknippade med egenvårdsaktiviteter. Beverly, Wray, Chiu, & Weinger (2011) har i en tidigare studie visat att ekonomiska begränsningar kan leda till att egenvården försummas.

Förväntade kliniska implikationer

Litteraturoversikten bidrar med utökad kunskap om vilka erfarenheter personer med DMT2 har av sin egenvård. Det är viktigt att sjuksköterskan förstår att egenvård kräver mycket av såväl den enskilde som omgivningen och sjukvården, och vad det är hos personerna med DMT2 som gör att de lyckas eller inte. Sjuksköterskan bör bekräfta individen och hitta de resurser som individen har för att skapa hälsa.

Sjuksköterskan bör också inse att personer har olika behov och förutsättningar för lärande. Därför är det viktigt med individanpassad information.

Litteraturoversikten visar på vikten av att tillämpa personcentrerad omvårdnad, d.v.s. individanpassa vården och involvera det sociala nätverket kring personen med DMT2, och därigenom skapa förutsättningar för en bättre egenvård.

Slutsatser

Egenvård hos personer med DMT2 är krävande. Negativa känslor är vanliga i början av sjukdomen, vilket kan leda till passivitet och förnekelse. Att acceptera sjukdomen är ett första nödvändigt steg. Att ändra vanor är svårt, och det är en utmaning att integrera egenvårdsarbetet i de vardagliga rutinerna. Feedback som bekräftar att egenvården ger resultat är motiverande. Socialt stöd underlättar egenvård. Familjen beskrivs vanligen som ett stöd, men det förekommer också att familjen visar liten förståelse och kunskap kring sjukdomen. Vårdpersonal beskrivs å ena sidan som engagerad, lyssnande och respektfull, å andra sidan som stressig, fördomsfull och okunnig. Information från vårdpersonal är ofta inte individanpassad, vilket gör den svårtillgänglig. Andra personer med DMT2 beskrivs som ett entydigt positivt stöd. Allmänheten har fördomar mot diabetes, vilket leder till att egenvården i offentliga miljöer blir problematisk. Egenvård underlättas av att vården är personcentrerad, där vårdpersonalen ser helheten kring personen med DMT2, och inser vikten av individanpassning och de sociala relationernas betydelse.

Referenser

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), 191-199.

Alexander, G.K, Uz, S.W., Hinton, I., Williams, I. & Jones R. (2008). Culture Brokerage Strategies in Diabetes. *Public Health Nursing*, Vol.25, No.5, 461-470.

Anderson-Loftin, W., & Moneyham, L. (2000). Long-term disease needs of southern African Americans with diabetes. *The Diabetes Educator*, 26, (5), 821-832.

Bartol, T. (2012). Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: Role of the nurse practitioner. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 24270-276.

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.

Björck M & Sandman L (2007). Vårdrelation. Ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *Vård i Norden* 4/2007. Publ. No. 86 Vol. 27 No. 4, 14–19

* Booth, A. O., Lowis, C., Dean, M., Hunter, S. J., & McKinley, M. C. (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), 293-306.

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Lehuluante, A., & Hörnsten, Å. (2014). Patient-centred care in type 2 diabetes - an altered professional role for diabetes specialist nurses. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 28(4), 675-682.

*Carolan, M., Holman, J., & Ferrari, M. (2015). Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(7-8), 1011-1023.

Degazon, C. E., & Parker, V. G. (2007). Coping and psychosocial adaptation to Type 2 diabetes in older Blacks born in the Southern US and the Caribbean. *Research In Nursing & Health*, 30(2), 151-163.

Diabetesförbundet (2016a); "Diabetes i siffror"; Hämtad 2016-11-09 från <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diabetes-i-siffror/>

Diabetesförbundet (2016b); "Typ 2 Diabetes"; Hämtad 2016-11-09 från <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/typer/typ-2>

Dunbar-Jacob, J. (2007). Models for Changing Patient Behavior – Creating successful self-care plans. *American Journal of Nursing*, 107, (6), 20-25

Edwall, L., Danielson, E., & Öhrn, I. (2010). The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(2), 341-348.

Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård* (s. 69-92). Stockholm: Liber

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4.uppl.). Stockholm: Natur & Kultur

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl.) (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB

Funnell, M.M. & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes* 2004 Jul; 22(3): 123-127.

Fukunaga, L. L., Uehara, D. L., & Tom, T. (2011). Perceptions of diabetes, barriers to disease management, and service needs: a focus group study of working adults with diabetes in Hawaii. *Preventing Chronic Disease*, 8(2), A32.

Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127.

* Furler, J., Walker, C., Blackberry, I., Dunning, T., Sulaiman, N., Dunbar, J., & ... Young, D. (2008). The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. *BMC Health Services Research*, 8214.

Gillies, C. L., Abrams, K. R., Lambert, P. C., Cooper, N. J., Sutton, A. J., Hsu, R. T., & Khunti, K. (2007). Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 334(7588), 299.

Hankó, B., Kázmér, M., Kumli, P., Hrágyel, Z., Samu, A., Vincze, Z., & Zelkó, R. (2007). Self-reported medication and lifestyle adherence in Hungarian patients with Type 2 diabetes. *Pharmacy World & Science: PWS*, 29(2), 58-66.

*Henderson, J., Wilson, C., Roberts, L., Munt, R., & Crotty, M. (2014). Social barriers to Type 2 diabetes self-management: the role of capital. *Nursing Inquiry*, 21(4), 336-345.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl.). (s. 472-474). Lund: Studentlitteratur AB.

Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Walker, R. J., Smalls, B. L., Davis, K. S., & Egede, L. E. (2012). Diabetes empowerment, medication adherence and self-care

behaviors in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14(7), 630-634.

IDF (2016); "Diabetes – facts and figures"; hämtad 2016-11-09; <http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures>

ICN (2016a). Risk factors. Hämtad 2016-12-12 från <http://www.idf.org/about-diabetes/risk-factors>

ICN (2016b). Definition of Nursing. Hämtad 2016-12-12 från <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 25(4), 244-249.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idè till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

*Lin, C., Anderson, R., Hagerty, B., & Lee, B. (2008). Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes. *Journal Of Nursing & Healthcare Of Chronic Illnesses*, 17(1), 34-42.

Macaden, L., & Clarke, C. L. (2006). Risk perception among older South Asian people in the UK with type 2 diabetes. *International Journal Of Older People Nursing*, 1(3), 177-181.

*Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M., & Barata, P. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 13 (1), 122-133.

McEwen, M., Rentfro, A., & Vincent, D. (2009). Diabetes care in the U.S.-Mexico border region. *Nurse Practitioner*, 34(3), 14-21.

Mumu, S. J., Saleh, F., Ara, F., Afnan, F., & Ali, L. (2014). Non-adherence to life-style modification and its factors among type 2 diabetic patients. *Indian Journal Of Public Health*, 58(1), 40-44.

*Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal Of Advanced Nursing* [serial online]. April 2006;54(2):151-158.

NDR (2014). Nationella Diabetesregistret Årsrapport 2014 års resultat. https://www.ndr.nu/pdfs/Arssrapport_NDR_2014.pdf

Oftedal, B. (2014). Perceived support from family and friends among adults with type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*, 11(2), 43-48.

*Ofstedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2548-2556.

Orem, D. (2001); Self-care deficit nursing theory. *Concepts of practice* (6:e upplagan). St. Louis: Mosby.

Poochikian-Sarkissian, S., Sidani, S., Ferguson-Pare, M., & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal Of Neuroscience Nursing*, 32(4), 14-21.

Qi, L., Liu, Q., Qi, X., Wu, N., Tang, W., & Xiong, H. (2015). Effectiveness of peer support for improving glycaemic control in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*, 15471.

Rintala, T., Jaatinen, P., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2013). Interrelation Between Adult Persons With Diabetes and Their Family: A Systematic Review of the Literature. *Journal Of Family Nursing*, 19(1), 3-28.

Ritholz, M. D., Beverly, E. A., Brooks, K. M., Abrahamson, M. J., & Weinger, K. (2014). Barriers and facilitators to self-care communication during medical appointments in the United States for adults with type 2 diabetes. *Chronic Illness*, 10(4), 303-313.

Rosland, A., & Piette, J. D. (2010). Emerging models for mobilizing family support for chronic disease management: a structured review. *Chronic Illness*, 6(1), 7-21.

Rygg, L. Ø., Rise, M. B., Lomundal, B., Solberg, H. S., & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 38(8), 788-793.

SBU (2009). *Patientutbildning vid diabetes. En systematisk litteraturöversikt.*

Hämtad 2016-12-12 från

http://www.sbu.se/contentassets/cea67d2c011443a4a914556566fb08do/patientutbildning_vid_diabetes_fulltext.pdf

SBU (2014). Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf

Schiøtz, M. L., Bøgelund, M., Almdal, T., Jensen, B. B., & Willaing, I. (2012). Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal Of The British Diabetic Association*, 29(5), 654-661.

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

SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 160909 från:http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal Of Diabetes And Metabolic Disorders*, 12(1), 14.

Socialstyrelsen (2014). *Nationella riktlinjer för diabetesvård: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2016-09-17 från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19470/2014-6-19.pdf>

Song, M. (2010). Diabetes mellitus and the importance of self-care. *The Journal Of Cardiovascular Nursing*, 25(2), 93-98.

Stiles, E. (2011). Promoting health literacy in patients with diabetes. *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, 26(8), 35-40.

SSF (2008). Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN: s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 19 november , 2016 från

http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

*Tanenbaum, M. L., Leventhal, H., Breland, J. Y., Yu, J., Walker, E. A., & Gonzalez, J. S. (2015). Successful self-management among non-insulin-treated adults with Type 2 diabetes: a self-regulation perspective. *Diabetic Medicine: A Journal Of The British Diabetic Association*, 32(11),

*Wellard, S. J., Rennie, S., & King, R. (2008). Perceptions of people with Type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. *Contemporary Nurse*, 29(2), 218-226.

Utz, S. W., Steeves, R. H., Wenzel, J., Hinton, I., Jones, R. A., Andrews, D., & ... Oliver, M. N. (2006). "Working hard with it": self-management of type 2 diabetes by rural African Americans. *Family & Community Health*, 29(3), 195-205.

WHO (2016); "Diabetes factsheet"; Hämtad 2016-12-12 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I Friberg, F. (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2. uppl.) (s. 74). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga 1

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa rubriker	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Artiklar kvar efter kvalitetsgranskning
CINAHL	diabetes mellitus, type 2	19709	0	0	0	0
CINAHL	diabetes mellitus, type 2 AND Self care	1167	43	12	0	0
CINAHL	MM "Diabetes Mellitus, Type 2" AND MM "Self care" AND experienc * OR percept* OR attitude* OR view* OR perspective* AND qualitative OR "focus group" OR narrative	91	91	31	3	3

	OR interview OR "grounded theory"					
Medline	diabetes mellitus, type 2	66425	0	0	0	0
Medline	diabetes mellitus, type 2 AND Self care	1768	33	9	0	0
Medline	MM "Diabetes Mellitus, Type 2" AND MM "Self care" AND experienc * OR percept* OR attitude* OR view* OR perspective* AND "qualitative" OR "focus group" OR "narrative" OR "interview" OR "grounded theory"	136	136	42	10	8

Bilaga 2

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel:

Författare: _____

Årtal: _____

Tidskrift: _____

Del I.

Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning? Ja Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet? Ja Nej

Är syftet relevant till ert examensarbete? Ja Nej

Är urvalet beskrivet? Ja Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II

Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod? Ja Nej

Hänger metod och syfte ihop? Ja Nej

(Kvalitativt syfte – kvalitativt metod)

Beskrivs datainsamlingen? Ja Nej

Beskrivs dataanalysen? Ja Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ställningstagande? Ja Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen? Ja Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?
Ja Nej

Skер återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen? Ja Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....
.....
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....
.....
.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....
.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign:

**Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i
Jönköping/henr**

Bilaga 3

Författare	Publikationsår, Land, Databas	Titel	Syfte	Metod, Analys	Antal Delta-gare	Huvudfynd	Kvalitet utifrån Hälsohögskolans granskningsprotokoll
Tanenbaum ML, Leventhal H, Breland JY, Yu J, Walker EA, Gonzalez HS	2015, USA, Medline	Successful self-management among non-insulin-treated adults with Type 2 diabetes: a self-regulation perspective	Att utforska betydelsen av SMBG (Self Monitoring of Blood Glucose) vid egenvård hos personer med DMT2 (Diabetes Mellitus Typ 2).	Djupintervjuer. Grounded theory innehållsanalys.	14	SMBG kan vara ett effektivt verktyg vid egenvård för icke-insulinbehandlade personer med DMT2, om SMBG kombineras med tillräcklig undervisning.	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8
Carolan M, Holman J, Ferrari M	2015, Australien, Medline	Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes	Syftet var att undersöka erfarenheter (av egenvård) hos personer med DMT2 från ett område med låg socio-ekonomisk status.	Fokusgrupper. Tematisk innehållsanalys.	22	Egenvård av diabetes är emotionellt, fysiskt och socialt krävande. Stöttning från familjen är viktigt.	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8
Booth AO, Lewis C, Dean M, Hunter SJ, McKinley MC	2013, Storbritannien, Medline	Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals..	Syftet var att utforska åsikter hos patienter som nyligen fått diagnosen DMT2, gällande egenvård kring diet och fysisk aktivitet, och jämföra dem med vårdpersonalens åsikter.	Fokusgrupper. Djupintervjuer. Tematisk innehållsanalys.	16	Sex huvudtyper av hinder mot egenvård framkom: Svårt att ändra på väletablerade vanor, negativ uppfattning av nya eller rekommenderade behandlingar, hinder relaterade till sociala omständigheter, brist på kunskap och förståelse, brist på motivation och hinder relaterade till livsstilsförändringar.	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8
Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, Barata P	2012, Kanada, Medline	Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: qualitative analysis	Syftet var att förstå skillnader mellan olika sätt att hantera egenvård av DMT2, och förstå vilka hinder och utmaningar som personer med DMT2 ställs inför.	Fokusgrupper, intervjuer. Tematisk innehållsanalys.	35	Kvinnor var mer benägna att berätta om sin sjukdom, och integrerade egenvården i det dagliga livet. Män var mer obenäpna att berätta för vänner och familj om sin diabetes, och var mindre observanta på	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8

						<p>egenvården i sociala miljöer. Men fokuserade på praktiska aspekter av SMBG och experimenterade med olika aspekter av egenvården för att minska sitt beroende av mediciner, medan kvinnor fokuserade på affektiva komponenter av SMBG. Kvinnor avstod från förbjuden mat, medan många män begränsade sitt intag av ohälsosam föda, förutom i sociala situationer. Kvinnor använde socialt interaktiva resurser, såsom utbildningsprogram och stödgrupper, medan männen förlitade sig på självinläring, samt uttryckte önskemål om mer vägledning för att navigera inom hälsovårdsorganisationen.</p>	
Nagelkerk J, Reick K, Meengs L	2006, USA, Medline	Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management	Syftet var att utforska upplevda hinder mot egenvård och effektiva strategier för egenvård hos personer med DMT2.	Fokusgrupper. Kvalitativ innehållsanalys.	24	<p>Deltagarna rapporterade brist på kunskap om diet och brist på förståelse för vårdplanen, och hjälplöshet och frustration pga brist på glykemisk kontroll och fortsatt sjukdomsprogression trots följsamhet. Effektiva strategier var samarbetsinriktad relation till vårdgivare, att ha positiv attityd som var gynnsamt för lärande, och att ha tillgång till en person som kan stödja, ge uppmuntran och ställa krav.</p>	<p>Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 8/8</p>

Furler J, Walker C, Blackberr I, Dunning T, Sulaima N, Dunbar J, Best J, Young D	2008, Australien, Medline	The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes	Syftet var att utforska uppfattningar hos personer med DMT2 om deras egenvårdsstrategier och hur dessa kan stärkas av relationer med vårdpersonalen.	Fokusgrupper. Kvalitativ innehållsanalys.	50	Egenvårdsstrategierna hos personer med DMT2 påverkas av emotionell kontext som är nära kopplat till kultur. Den emotionella kontexten styr också vilken hjälp som patienterna önskar av vårdpersonalen.	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8
Wellard, SJ, Sheree R, King R	2008, Australien, Medline	Perceptions of people with type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services	Att utforska problem som upplevts av personer med DMT2 i samband med egenvård.	Semi-strukturerade djupintervjuer. Kvalitativ innehållsanalys.	4	Deltagarna rapporterade svårigheter att få tillgång till kvalitetsvård, och att vårdpersonal inte tog hänsyn till patienternas färdigheter och kunskaper beträffande egenvård. Vidare rapporterades att dieten påverkade familjerelationerna och att patienterna upplevde social stigmatisering.	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8
Oftedal B, Karlsen B, Bru E	2010, Norge, Medline	Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes	Att identifiera livsvärden hos vuxna med DMT2 och beskriva deras erfarenheter av hur livsvärden påverkar självreglerande beteenden	Kvalitativ design. Semi-strukturerade intervjuer. Fokusgrupper	21	Sex teman identifierades: behålla hälsa, en känsla av kroppsligt välbefinnande, behålla en positiv kroppsbild, självbestämmande, behålla förmågan att arbeta och goda relationer. Resultaten visar att livsvärden har stort inflytande över självreglerande beteenden.	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8
Chiu- Chu L, Anderson RM, Hagerty BM, Lee B	2007, Taiwan, CINAHL	Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes	Syftet var att förstå egenvårdsstrategierna hos taiwanesiska patienter med DMT2.	Intervjuer, fokus-grupp. Tematisk innehållsanalys.	41	Upplevelser som rapporterades var att DMT2 är en stigmatiserande sjukdom, oro över ärftlighet, hopp om att alternativ terapi kan hjälpa. Vidare rapporterades utmaningar gällande dieten, psykologiska barriärer, att identifiera kroppssignaler och att lära sig leva med sjukdomen. Stöd från familjen och andra	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8

						diabetiker lyftes fram som en viktig gynnsam faktor.	
Shen H, Edwards H, Courtney M, McDowell J, Wei J	2013, Kina, CINAHL	Barriers and facilitators to diabetes self-management: Perspectives of older community dwellers and health professionals in China.	Syftet var att utforska faktorer som kan underlätta och hindra egenvård hos personer med DMT2.	Fokusgrupper. Tematisk innehållsanalys.	17	Sex hinder identifierades: negativ attityd mot västerländsk medicin, förväntningar från familjen, matkultur, brist på tillförlitlig information, brist på kommunikation med vårdpersonal, och ekonomi. Underlättande faktorer var stöd från jämlikar, god relation till vårdpersonal, enkla och praktiska instruktioner, och en gynnsam samhällsmiljö.	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8
Henderson J, Wilson C, Roberts L, Munt R, Crotty M	2014, Australien, CINAHL	Social barriers to Type 2 diabetes self-management: the role of capital	Syftet är att genom att använda Bourdieus begrepp habitus och kapital visa på strukturella skillnader vid egenvård hos personer med DMT2.	Semi-strukturerade intervjuer, kvalitativ data-analys.	28	Många deltagare rapporterade tillräckligt kulturellt kapital för att kunna få tillgång till och utvärdera hälsoinformation, men saknade i många fall ekonomiskt och socialt kapital i form av stödjande nätverk som gynnar hälsan.	Del 1: 4/4 Uppfylld Del 2: 7/8