



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Vuxnas erfarenheter av egenvård vid diabetes

En litteraturstudie

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*

FÖRFATTARE: *Joakim Jansson & Sinisa Jazic*

HANDLEDARE: *Malin Lindroth*

JÖNKÖPING 2016-04

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en av de största folksjukdomarna idag både i Sverige, och internationellt. Obehandlad leder den till olika allvarliga komplikationer som påverkar vardagen och inverkar på människans livskvalitet. För att minska lidande och förbättra hälsa och bibehålla livsglädje, är det viktigt att främja individens egenvårdsförmåga.

Syfte: Att beskriva vuxnas erfarenheter av egenvård vid diabetes.

Metod: En litteraturöversikt genomfördes där 10 artiklar som använde kvalitativ design granskades. För att analysera materialet användes Fribergs femstegsmodell.

Resultat: Fem återkommande teman framträdde: *Stöd från socialt nätverk och familj, Hantera sjukdomen, Kunskap och erfarenhet, Följsamhet till läkemedelsordinationer, och Livsstilsförändringar.*

Slutsats: Det finns olika hinder som står i vägen för egenvård. De flesta bottnar i oförståelse från omgivningen, dålig kontakt med sjukvården, och kulturella och traditionella skillnaden som förpliktigar till en viss livsföring. Arbete med att identifiera och analysera upplevelser av egen vård hos den vuxna befolkningen är ett ständigt pågående förbättringsprocess.

Nyckelord: Diabetes, Egenvård, Erfarenhet, Upplevelser

Experience of self-care among elderly with diabetes

Summary

Background: Type 2 diabetes is one of the most common diseases today both in Sweden and internationally. Untreated, it leads to various serious complications that affect everyday life and the quality of life. In order to reduce suffering, improve health and maintain the quality of life, it is important to promote individual self-care abilities.

Objective: To describe experiences among old people of self-care in diabetes.

Method: A literature review was used. Ten articles that used qualitative design was analyzed with Friberg's five-step model.

Results: Five themes were identified: Support from the social network and family, coping strategies, knowledge and experience, compliance to drug prescriptions, and lifestyle changes.

Conclusion: There are different obstacles to a successful self-care management. Most stem from lack of understanding from the environment, poor contact with health services, and cultural and traditional differences that commits to a certain way of life. The task to identify and analyze the experiences of self-care in the elderly population is an ongoing process of improvement.

Keywords: Diabetes, Elderly, Experience, Self-care, Understanding.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Diabetes påverkan i det dagliga livet.....	2
Egenvård.....	2
Personcentrerad omvårdnad.....	3
Orems egenvårdsteori.....	4
Syfte	5
Material och metod	5
Design.....	5
Urval och datainsamling.....	5
Dataanalys	6
Etiska överväganden	7
Resultat	7
Stöd från socialt nätverk och familj	7
Hantera sjukdomen.....	8
Kunskap	9
Följsamhet till läkemedelsordinationer	9
Livsstilsförändringar.....	10
Diskussion	10
Metoddiskussion.....	10
Resultatdiskussion	12
Förväntade kliniska implikationer	15
Slutsatser	16
Referenser	17
Bilagor	22
Bilaga 1	22
Bilaga 2	25
Bilaga 3	26

Inledning

Uppskattningsvis lider 5 % av Sveriges befolkning av diabetes. Den äldre befolkningen är överrepresenterad i denna grupp, 50 % av alla som har diabetes är över 65 år, och av dessa är 40 % över 70 år (Nationella diabetesregistret, 2014). Diabetes mellitus typ 2, som är den vanligaste formen bland den äldre befolkningen, sammanfaller ofta med övervikt och andra mindre gynnsamma förhållanden, exempelvis dålig kosthållning och för lite motion eller rökning (Eriksson & Eriksson, 2012). En väl avvägd insulinbehandling, och/eller anpassad kost, avvärjer i normala fall risken för akuta komplikationer som hypo/hyper-glykemi, diabeteskoma med ketoacidosis. I de flesta fall kan person med diabetes klara av sin vardag utan några större inskränkningar, utöver regelbundna blodsockermätningar och eventuella insulininjektioner. Till detta kommer dock risken för sena komplikationer (Eriksson & Eriksson, 2012).

Komplikationer av diabetes har stor inverkan på både livskvalitet och den dagliga aktiviteten, ADL. Följderna av nedsatt eller förlorad syn, till exempel, påverkar en persons möjlighet till självständighet och behov av stöd i högsta grad (Dahlin-Ivanoff & Sonn, 2004). Även svårsläkta sår på fötter och ben har naturligtvis en negativ effekt då dessa kan vara mycket smärtsamma och ibland kräva amputation (Tsai et al, 2015). Kostnaderna för detta är stora främst på personlig känslomässig nivå, men även på samhällsnivå med sjukhusvistelser och lång rehabilitering och bortfall i arbetstid (Vileikyte et al, 2005). Vid kroniska eller långvariga sjukdomsförlopp riskerar person med diabetes att känna sig överväldigad, och kan då misslyckas med att följa komplicerade och långsiktiga vårdplaner (Radhakrishnan, 2012). Patientutbildning är därför avgörande för att egenvård skall kunna fungera och personer med diabetes måste kunna kontrollera sin sjukdom snarare än att låta sig kontrolleras av den (Hollis, Glaister & Lapsley, 2014). En studie genomförd i USA visar att de som erhållit korrekt information gällande sin diabetes och lämpliga egenvårdsstrategier, hade avsevärt färre läkarbesök än kontrollgruppen (Micklethwaite, Brownson, O'Toole, & Kilpatrick, 2012). Ett sätt att stärka följsamhet till en långsiktig egenvårdsplanering och öka känslan av egenmakt (engelska: empowerment) är att individanpassa eller "skräddarsy" utbildningen. Informationen som är avsedd för en speciell person skall anpassas efter den personens egna förutsättningar (Radhakrishnan, 2012). Därför skall sjuksköterskan sträva efter att personanpassa både omvårdnad och information (Socialstyrelsen, 2015).

Bakgrund

Diabetes påverkan i det dagliga livet

Tillvaron påverkas på flera plan vid diabetes, till exempel socialt, emotionellt och fysiskt (Phillips, 2016). Detta oavsett om det gäller typ -1 eller typ-2. Skillnaden mellan tillstånden är att vid typ-1 diabetes upphör insulinproduktionen helt, medan vid diabetes typ-2 produceras insulin fortfarande men i otillräcklig mängd för kroppens behov ofta i kombination med perifer insulinresistens (Eriksson & Eriksson, 2012). Även med en väl reglerad diabetes ökar risken betydligt för medicinska komplikationer i någon form, även om dessa med hjälp av medicinering och väl skött egenvård kan minskas (Blair, 2016). Komplikationer som orsakas av diabetes kan även ha negativ inverkan på individens livskvalitet och upplevelse av hälsa. En vanlig komplikation är så kallad diabetesfot (engelska: diabetic foot), då epitelet försvinner och ger skador på både hud och underliggande vävnad såsom muskler och ben (Eriksson & Eriksson, 2012). Diabetesfot kommer av att flera effekter av långvarigt förhöjda blodsockerhalter samverkar. Sår, framför allt på ben och fötter är vanligt då den perifera cirkulationen minskar förmågan till sårhäkning i extremiteterna, samtidigt som känselbortfall minskar chanserna för personen att tidigt själv upptäcka begynnande sår som exempelvis skoskav. Smärta, vid exempelvis bensår, är dock inte den enda komplikationen som påverkar livskvaliteten hos en person med diabetes. Ofta finns flera komplikationer samtidigt som alla tillsammans eller var och en för sig har en negativ inverkan på den hälsorelaterade livskvaliteten (Bradbury & Price, 2011). Egenvården kan därför komma att spänna över mer än insulininjektioner, diet och motion, och även inkludera sårvård och omläggningar.

Egenvård

Med egenvård menas när någon inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd (Socialstyrelsen, 2013). Egenvård vid diabetes förknippas ofta med insulininjektioner (Phillips, 2016). Egenvården är dock betydligt mer omfattande och komplex. Regelbundna p-glukosmätningar, regelbundna och anpassade måltider, läkemedelshantering och följsamhet, motion och eventuellt förändrade alkohol- och

tobaksvanor, är bara några exempel på åtgärder som individen aktivt måste planera och genomföra (Song & Lipman, 2008). Mer specifika åtgärder förekommer också, relaterat till vanligt förekommande medicinska tillstånd som kan uppkomma till följd av sjukdomen. Egenvård bestående av regelbundna kontroller av fötter och skor är avgörande för att kunna motverka utveckling av så kallad diabetesfot (Smanioto, do Carmo Fernandez Lourenço Haddad & Rossaneis, 2014). Eftersom ben- och fotsår ofta är smärtsamma, påverkas i många fall sömnens kvalitet med insomni som följd. Detta i sin tur kan orsaka utmattning, minskad mobilitet och isolering med minskad förmåga till egenvård som följd (Obilor & Adejumo, 2015).

När det gäller egenvård, skriver Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2009), att utbildning för personer med diabetes har en central roll i vården. Utbildningen ska enligt samma rapport ingå som en rutinmässig del av omvårdnaden vid diabetessjukdom, alla ska efter sin förmåga ha rätt att påverka och medverka i sin egen vård. Personcentrerad omvårdnad kommer därför att användas som ett av nyckelbegreppen i denna studie.

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad har fått stor uppmärksamhet inom omvårdnaden, och studier pekar på att om det bedrivs korrekt, har det mätbara positiva hälsoeffekter både på personal och vårdsökande personer (Entwistle & Watt, 2013). Personcentrerad omvårdnad innebär att fokusera på de resurser varje person har, snarare än föreliggande sjukdomstillstånd eller funktionshinder och vad det innebär att vara människa i behov av vård (Ekman et al., 2011). Detta är viktigt inom omvårdnad vid diabetessjukdom, där det förväntas att vårdsökande personen ska stå i centrum, och att hen aktivt ska delta i alla beslut om vård av sin sjukdom (Edvardsson, 2012). I en stor enkätundersökning bland personer med diabetes gjord i Stockholm 2009, uppger en tredjedel att sjukvården inte ger tillräckligt med utbildning om diabetes. Även om majoriteten var nöjda med behandlingen i allmänhet, saknade de information och handledning om sjukdomen (SBU, 2009). Ett annat resultat från samma studie, visar att hälften av alla tillfrågade är medvetna om och tycker att de själva har det största ansvaret för skötsel av sin sjukdom. Detta understryker vikten av att kontinuerligt arbeta med utbildning när det gäller diabetes och dess komplikationer. Det långsiktiga

målet med utbildning ska vara att förbättra individens förmåga att själva reglera sina blodsockervärden. Insulindoserna ska inte ordineras rutinmässigt, utan utvärderas regelbundet, under aktivt medverkande av individen (Eriksson & Eriksson, 2012). Diabetessjuksköterskan ansvarar för utformning av en plan som utgår ifrån patientens behov, och sätter upp behandlingsmål angående kost motion, och andra relevanta faktorer (Eriksson & Eriksson, 2012). Som ytterligare ett exempel på hur viktigt det är att arbeta med professionellt stöd och utbildning i egenvård vid diabetes, kan nämnas resultat från en rapport från Nationella diabetesregistret, NDR (Cederholm et al., 2009). Här framgår att det registreras ett ökande antal vuxna diagnostiserade med diabetes typ 2 med obesitas eller rök- och spritvanor. Den livsstilen ökar kraftigt risken för eventuella komplikationer eller försämrad hälsosituation hos personerna med diabetes. Detta stödjer ökad utbildning och stöd i egenvård till personer som blivit sjuka i diabetes, för att minska risken till komplikationer (Cederholm et al., 2009)

Orems egenvårdsteori

Dorothea Orem skapade i början av 1970-talet en modell för egenvård. Orems egenvårdsteori erbjuder den vårdsökande personen möjlighet att ta ett eget ansvar och utföra åtgärder oberoende av sjukvårdspersonalen. Egenvård är, menar hon, en handling som personen själv tar initiativ till, och gör för sin egen skull. Hur lyckad handlingen blir beror på vilken förmåga personen har för att hantera sin hälsosituation. Egenvård är inte inbyggd och inlärd hos människan, utan behöver ständig inläring efter individuella behov (Orem, 1991). Kraven på egenvård och förmåga att utföra den kan stå i relation till varandra. Om förmågan är sämre, krävs omvårdnad. Bristande kunskaper leder till sämre egenvård, därför är det viktigt med att skapa en bra relation mellan patient och vårdpersonalen (Orem, 1991). Orem menar att egenvårdsåtgärderna kan delas in i tre system. Det första där vårdaren har full kontroll över åtgärderna, och där patienten inte har någon aktiv roll, t ex när den är utan medvetande. Det andra där patienten är delvis aktiv i beslutandet och genomförandet av åtgärderna och det tredje, stödjande och undervisande systemet, där patienten medverkar till fullo i alla beslut rörande hälsa och omvårdnadsåtgärder. Vid egenvård av diabetes är det främst det tredje systemet som är relevant.

Blivande sjuksköterskor har stort ansvar i att utbilda personer med diabetes att själva hålla kontroll över sitt blodsocker inklusive kontroll av födointaget och den eventuella administrering av insulindoser (Murata, Duckworth, Shah, Wendel, & Hoffman, 2004). Detta för att motverka risker för komplikationer, och minska onödigt lidande hos vårdsökande person (Smanioto, do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, & Rossaneis, 2014). Samhällsnyttan med minskat tryck på vårdinstitutioner och medföljande kostnad av detta, måste också beaktas (WHO, 2016).

Syfte

Att beskriva vuxnas erfarenheter av egenvård vid diabetessjukdom.

Material och metod

Design

En litteraturöversikt med fokus på den vuxna befolkningens erfarenheter av egenvård vid diabetes gjordes. En litteraturstudie innebär sökning och granskning av ett antal forskningsartiklar för att sammanställa och analysera ett resultat inom ett valt område, detta för att tolka och beskriva människors erfarenhet och tydliggöra det vitala i innehållet (Forsberg & Wengström, 2003). Då personers livsberättelser och beskrivning av erfarenheter var det som eftersöktes, har artiklarna som granskats använt kvalitativ metod. Vi hade ingen förutbestämd uppfattning om vilka fynd som kan tänkas framkomma och har granskat artiklarna förutsättningslöst, det vill säga med en induktiv ansats (Henricson, 2014).

Urval och datainsamling

Inklusions- och exklusionskriterier

Vetenskapliga artiklar som fokuserade på män och kvinnor över 18 år med erfarenhet av egenvård vid både diabetes mellitus typ-2 och diabetes mellitus typ-1, söktes. Detta för att egenvården vid diabetes typ-2 bedömdes vara likartad med den vid diabetes typ-1.

Exklusionkriterier

Reviewartiklar användes i inledning och bakgrund. I resultatet användes bara originalartiklar. Även artiklar skrivna före år 2006 uteslöts, då ett aktuellt underlag var av intresse.

Sökningsförfarande

En pilotsökning gjordes för att kontrollera sökordens relevans.

Sökning utfördes på tillgängliga databaser med vetenskapliga artiklar relevanta för ämnet: PubMed, CINAHL, SweMed+. Sökningarna i CINAHL gjordes vid tre separata tillfällen. Tillräckligt stort resultat hittades på CINAHL (se bilaga 2) varför ytterligare sökningar på andra databaser inte togs med. Flertalet av artiklarna som framkom vid sökning på PubMed och SweMed+ dök även upp i CINAHL. Sökord som användes var: *diabetes*, *self care*, *experience*. Peer reviewed kryssades i som val och tidsintervallet ställdes till 2006 och framåt. Målet var att hitta minst 10 artiklar av hög kvalitet som beskrev det aktuella ämnet. Tio artiklar valdes ut från sökresultatet, efter granskning. Granskningen gjordes efter Jönköpings högskolas mall (se bilaga 1), resultatartiklarna bedömdes på samtliga punkter, de artiklar som inte kom att ingå i resultatet kunde i vissa fall exkluderas innan hela granskningsprotokollet genomgåtts. De utvalda artiklarna redovisades i en artikelmatris (se bilaga 3). I ett fall kom en artikel med mixad metod fram vid sökning, där exkluderades den kvantitativa delen, då den inte speglar personers subjektiva upplevelser (Forsberg & Wengström, 2003).

Dataanalys

Vi valde att utgå från en kvalitativ analysmetod enligt Fribergs femstegsmodell (Friberg, 2006). I steg ett granskades artiklar för att se resultat och kvalitet och för att få en känsla av sammanhang. Abstracten lästes först, sedan granskades resultatet, varpå artikeln lästes i sin helhet för att få en bättre bild av innehållet. I steg två eftersöktes meningsbärande enheter i resultatdelen av artiklarna. Resultatet från varje studie sammanfattades separat för en bättre överblick. I steg tre genomlästes resultaten igen för att säkerställa att sammanfattningarna var korrekta. I steg fyra

identifierades mönster och teman, och dessa skrevs ner i en punktlista som färgkodades efter innehåll och listades under den tillhörande artikeln. Liknande ord och fraser lades samman. De färgkodade grupperna jämfördes sedan för att hitta likheter och skillnader. Ur resultatartiklarna identifierades återkommande teman. Från dessa skapades fem kategorier: Stöd från socialt nätverk och familj; Hantera sjukdomen; Kunskap; Följsamhet till läkemedelsordinationer och Livsstilsförändringar. Det femte steget utgjordes av själva skrivprocessen där kategorierna fick en innebörd (Friberg, 2006). De fem kategorier som utkristalliserades, gavs då en definierad innebörd. Bilden som framkom av artikelsammanställningen var komplex eftersom många spridda erfarenheter framkom. Som ett exempel på hur en kategori skapades, så samlades upplevelser som behandlade hantering vardagen genom till exempel religion eller traditioner under en kategori: Hantera sjukdomen.

Etiska överväganden

Då en litteraturöversikt ska genomföras krävs det inget etiskt tillstånd. Dock ska alla artiklar som bearbetas vara etiskt granskade. Resultatet ska återges objektivt utan några värderingar (Polit & Beck, 2008). En vetenskaplig artikel skall uppfylla vissa krav och utformas enligt vissa bestämda regler (Friberg, 2006). Artiklarna som används i studien har granskats av publicerande tidskrift för att säkerställa att de lever upp till god forskningsetisk standard. Inga artiklar kom att exkluderas på grund av brister i uppfyllandet av etiska kriterier, alla artiklar var godkända av etisk kommitté.

Resultat

Etnicitet, social situation, trosuppfattningar, matkultur och inte minst kön gjorde resultatet mångfasetterat. Erfarenheterna gällande egenvård kretsade ofta kring vad som fick egenvården och vardagen att fungera bättre och vad som behövde anpassas för att uppnå önskade resultat.

Stöd från socialt nätverk och familj

Vid egenvård av diabetes framkommer erfarenheter av att familj och vänner upplevs vara en stor resurs för den drabbade, men även i vissa fall en barriär.

Vikten av att ha stöd från sina närstående, både gällande hushållssysslor, känslomässig uppbackning och ekonomiskt stöd framkom tydligt (Li, Drury & Taylor, 2013; Lin, Anderson, Hagerty & Lee, 2008; Lundberg, & Thrakul, 2011; Murphy, Casey, Dinneen, Lawton & Brown, 2011; Sakraida & Robinson, 2012; Shen, Edwards, Courtney, McDowell & Wei, 2013; Wellard, Rennie & King, 2008). Även hjälp från stödgrupper eller personer med samma sjukdomstillstånd togs upp som en viktig resurs (Lin et al., 2011). Vad som kunde upplevas som negativt för egenvården var att ha erfarenhet av, eller bevittnat sjukdomsförloppet eller till och med dödsfall hos anhörig eller bekant, i diabetessjukdom eller komplikationer till diabetes (Sakraida & Robinson, 2012). Sjukdomen och påverkan på livssituation upplevdes i vissa fall påverka relation till make/maka eller sambo, negativt. Ibland upplevdes relationen som ett hinder snarare än en resurs (Murphy et al., 2011).

Hantera sjukdomen

Personer med diabetessjukdom beskriver erfarenheter av hur de hanterar och integrerar sjukdomen i vardagen, detta i form av praktiska insatser och även psykologiska förberedelser och försvarsmekanismer.

Vikten av att skapa sig en individuell strategi för att hantera sin sjukdom framkommer. Deltagarna tog själva fram verktyg och strategier, som prövades, utvärderades och integrerades i vardagen, om de befanns effektiva (Lin et al., 2011). Exempelvis insikten att det är individen själv som bestämmer vilken typ av mat som skall lagas och ätas. Äldre uttryckte oftast sina mål och motivationer i mer vardagliga termer som att kunna sköta sin vård självständigt eller att kunna fortsätta gå, snarare är medicinska termer (Gorawara-Bhat, Huang, & Chin, 2008). Religion anges som en viktig faktor vid egenvård vid diabetessjukdom. Vissa personer med diabetes uttrycker sin tro på högre makter som ger dem vägvisning hur de ska göra för att behålla sin livskvalitet, och samtidigt hålla sjukdomen under kontroll (Carbone, Rosal, Torres, Goins & Bermudez, 2007).

Kunskap

Kunskaper, förkunskaper och tidigare erfarenheter av diabetes framträder som viktiga för egenvården. I många fall kom informationen inte från vårdpersonal utan från vänner och bekantskapskrets.

Kunskap om sin sjukdom nämns som en av de viktigaste faktorerna för att kunna sköta sin diabetes. I flera fall var den ursprungliga kunskapsnivån gällande diabetes mycket inskränkt. Den kunskap som fanns var ofta mycket varierande i tillförlitlighet (Matthews, Peden & Rowles, 2009). Personer med diabetes uppgav flera källor till information gällande sin sjukdom. Vissa kunskaper fick sökas av patienten själv, med osäkerhet gällande informationens tillförlitlighet som följd (Shen et al., 2013). Information gavs även av omvårdnadspersonal, där i vissa fall tillkortakommanden i individanpassningen utgjorde hinder (Shen et al., 2013). Kunskap om diabetes, dess orsak och påverkan på hälsa i övrigt var ibland mycket begränsad, eller grundad på religiös tro och vidskepelse. Tron på att det går att själva göra nåt åt sjukdomen, var följaktligen liten eller frånvarande (Carbone et al., 2007). Relationen till vårdpersonal togs upp som viktig i vilken utsträckning patienterna själva kunde eller ville acceptera sin diagnos (Wellard et al., 2008).

Följsamhet till läkemedelsordinationer

Följsamheten till vårdpersonals ordinationer påverkas av en persons hela livssituation då medicinering och eventuella livsstilsförändringar ligger på individens ansvar och till stor del sker utan direkt hjälp av vården.

De artiklar som härrör från Asien hade ett tydligt gemensamt drag. Detta var att en stor bidragande faktor till följsamhet var en misstro till västerländsk medicin kombinerat med en lång tradition av användning av naturläkemedel (Shen et al., 2013; Lin et al., 2008; Lundberg, & Thrakul, 2011). Tidsbrist och förväntningar från familj gällande hushållsarbete, upplevs också i vissa fall, inverka negativt på möjligheterna till egenvård (Shen et al., 2013; Lin et al., 2008). Relation och förtroende för vårdpersonal och ordinerande läkare hade även betydelse för vilka beslut individen fattade gällande sin egenvård, och även i vilken utsträckning läkemedelsordinationer

efterlevdes (Wellard et al., 2008). Rent praktiska detaljer som framkom var att mediciner som skulle tas under dagen iordningställdes på morgonen, för att inte glömmas bort (Lin et al., 2008).

Livsstilsförändringar

Att leva med diabetes för med sig erfarenheter av nödvändiga förändringar och inskränkningar på individens levnadsvanor. Dessa spänner över allt från mat, dryck och tobaksvanor till motion och socialt umgänge.

Förändringar i dieten upplevdes orsaka den största enskilda förändringen av vardagen. Olust vid sociala tillställningar då personer med diabetes blivit tvungna att avböja vissa maträtter, återkom. Även en känsla av att bli utpekad av andra och behöva förklara/försvara val av hälsosammare kostalternativ (Wellard et al., 2008). Av de som fått kostrådgivning uppgavs att råden till en början följdes. Dock gjorde den, upplevt negativa inverkan på livskvaliteten detta medförde, att följsamheten efter tid avtog (Matthews et al., 2009). Flera av deltagarna upplevde att inskränkningarna på levnadssättet, förde med sig en större stress än tanken på själva sjukdomen (Gorawara-Bhat et al., 2008). Kvinnornas centrala roll i matlagning hemma anges som ett hinder till att följa rekommendationer. Kvinnorna ville inte förstöra övriga

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med litteraturstudien var att ge en bild av erfarenheter som personer med diabetes mellitus har av egenvård. Vad som kan ses som resurser eller hinder, vilka mål som sattes upp. Därför valdes en kvalitativ litteraturgranskning som metod för studien. Det finns många fördelar med att göra en litteraturöversikt, till exempel att rådande kunskapsnivå gällande ämnet för studien kan beskrivas på ett översiktligt sätt (Friberg, 2006). Tidigare erfarenheter inom vårddyrket gjorde att viss förförståelse för ämnet fanns och att vissa av de funna resultaten var förväntade. Dock eftersöktes inga särskilda erfarenheter vid artikelgranskningen. Förkunskaper och erfarenhet gällande

forskningsarbete var vid studiens början begränsad. Många arbetsmetoder och moment gjordes för första gången. Detta ledde till mycket extra och dubbelarbete, men ökade samtidigt förståelsen för forskningsprocessen. Vår bedömning är att kvaliteten inte blivit lidande på grund av ovannämnda, men mer tid gick åt till bland annat artikelsökning, än vad som var först planerat.

Själva sökprocessen definierades till stor del av "trial and error". Detta för att de sökord som användes, och hur dessa kombinerades, prövades fram snarare än planerades fram. Den enda booleska operatören som användes vid sökningarna var AND. Detta för att fler operatörer inte behövdes för att fokusera sökresultatet ytterligare (Forsberg & Wengström, 2003). När ett, för tidsramen storleksmässigt hanterligt, sökresultat uppnåddes, fick flera annars passande artiklar plockas bort enbart på grund av att de var skrivna på exempelvis Mandarin eller Spanska. Ett viktigt kriterium för resultatartiklarna var att det skulle finnas en tydlig sammanfattning där där det gick att läsa om artiklarna var relevanta för valt syfte (Forsberg & Wengström, 2003). Artiklar som inte levde upp till våra krav i sammanfattningen förkastades i de flesta fall olästa. Inga artiklar uteslöts på grund av etiska brister, då alla var granskade och godkända av etiska kommittéer i sina respektive ursprungsländer.

Vid kvalitetssäkring används ofta granskningsmallar med olika frågor som besvaras och bedöms enligt skalan: hög, medel eller låg kvalitet (Forsberg & Wengström, 2003). Jönköpings Högskolas granskningsmall användes vid kvalitetssäkringen i denna studie (se bilaga 1). Kvalitetsgranskningen gjordes individuellt av samtliga artiklar och diskuterades efteråt i syfte att jämföra fynden. Detta kan stärka studiens trovärdighet. För att få bättre överblick över materialet, gjordes i samband med kvalitetsgranskningen en matris över de artiklar som skulle komma att ingå i resultatet. Matrisen innehöll: Författare; Titel; Publikationsår; Syfte; Design; Deltagare; Resultat och Värdering (se bilaga 3). Samtliga utvalda artiklar är kvalitativa originalarbeten då personliga upplevelser och erfarenheter var det som var relevant för studiens syfte.

Inga begränsningar till de framsökta artiklarna med avseende till geografiskt ursprung, användes. Detta för att personliga erfarenheter av egenvård vid diabetes, svarar mot syftet även om skillnader över kulturella och geografiska gränser finns. Den geografiska spridningen har istället setts som en styrka, då det givit ett bredare

underlag med ökad förståelse för kulturella olikheter som resultat. I de fallen likheter påträffats har det bidragit till en ökad trovärdighet. Resultatartiklarna var fördelade geografiskt enligt följande: USA, Kina, Thailand, Singapore, Vietnam, Australien och Sverige.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva vuxna personers erfarenheter av egenvård vid diabetessjukdom. I resultatet framkom var fem olika teman som på olika sätt belyser upplevda erfarenheter vid egenvård av diabetes. Dessa fem teman var: *Stöd från socialt nätverk och familj; Hantera sjukdomen; Kunskap; Följsamhet till läkemedelsordinationer och Livsstilsförändringar.*

Erfarenheterna gällande målsättningar för egenvård är mer åldersspecifika då de i flera fall kretsar kring autonomitet och förmågan att gå. Erfarenheter gällande livsstilsförändringar skulle säkert skilja sig mer åt om erfarenheter från exempelvis barn och vuxna jämfördes, då stora delar av fynden kretsar kring diet och matlagning. De erfarenheter som beskrivits kan i flera fall överföras på andra patientgrupper, då flera kroniska sjukdomstillstånd kräver likartade livsstilsförändringar och återkommande läkarbesök, exempelvis vid hjärtsvikt (Falk, Ekman, Anderson, Fu & Granger, B. 2013).

Huvudansvaret för egenvården ligger på den enskilde individen. Viktiga beslut som ska tas angående individens hälsa bör göras av individen själv, och inte av vårdpersonalen (Jallinoja et al., 2007). Ett ansvar som kan väga tungt i flera avseenden, då det till exempel kan leda till försämrad livskvalitet, social isolering, vilket framkommer i resultatet. Egenvården har även en avgörande betydelse för att kunna bromsa sjukdomens negativa konsekvenser, då obehandlad diabetes får svårare komplikationer tidigare (Micklethwaite, et al., 2012). För att kunna reglera blodsockernivåer krävs ibland medicinering. Detta sker vanligast i tablettform eller via subkutan injektion. För att kunna uppnå önskat resultat av behandling krävs att individen följer rekommendationer från sin vårdgivare (Marin, Risso, Sbatella & Haag, 2015).

Diabetes har även stora ekonomiska följder globalt, då det beräknas att 422 miljoner vuxna världen över lider av sjukdomen (WHO, 2016). De ekonomiska konsekvenserna har även stor inverkan på individuell nivå, med ökade kostnader för läkemedel och vård (Rodbard, Green, Fo, & Grandy, 2010). Bilden som framkom i resultatet var att en person som insjuknat i diabetes kommer att tvingas göra förändringar i sin livsföring. Förändringar som individen själv ansvarar för att i många fall både planera, bekosta, utföra och följa upp. Att bedriva en lyckad egenvård har många svårigheter och kräver mycket stöd och hjälp från omgivningen. Brist på stöd från närmaste omgivningen visade sig ha negativa konsekvenser på följsamhet vid läkemedelsbehandlad diabetes, något som också framkommit i en studie där erfarenheter av att skapa och upprätthålla en anpassad diet undersöktes (Gutschall, Onega & Wright, 2011). Resultatet visar vidare att behovet av stöd inte alltid kunde tillgodoses av den närmaste familjen, vilket påverkade egenvården. Speciellt i fallen då kvinnan i familjen var den drabbade. Familjen var snarare ett upphov till dåligt samvete och känslomässig stress, speciellt då relationen till make/maka förändrades på grund av sjukdomen. Det stöd som upplevdes som positivt för egenvården var stöd från stödgrupper eller personer som befann sig i samma situation. Vårdpersonal måste därför vara medvetna om att personer som diagnostiserats med diabetes kan komma att behöva mer stöd än vad det existerande sociala nätverket kan erbjuda. Därför är det viktigt att en god relation mellan vårdsökande person och vårdpersonal säkerställs tidigt. Då en god relation finns, kan en effektiv planering för egenvårdens mål upprättas (Polonsky, 2002).

Personcentrerad omvårdnad kan vara ett bra förhållningssätt vid diabetesbehandling. Vårdsökande person måste vara, och känna sig delaktig i alla beslut som rör egenvården. Risken om patienten inte känner sig delaktig i beslut är en minskad följsamhet till planering och att sjukdomen, till exempel genom dåligt reglerade blodsockervärden, förvärras (Edwardsson, 2012). Enligt Dorothea Orem (1991) är egenvård en handling som behöver ständig inläring efter individuella behov. Även om långsiktig planering och långsiktig strategi ofta hamnar på specialiserad vårdpersonal som diabetessjuksköterskor, måste alla sjuksköterskor som kan komma i kontakt med dessa patienter, ha en grundläggande förståelse för de behov som finns (Orem, 1991). Egenvårdnsåtgärderna kan delas i tre system, där det tredje och viktigaste, är stödjande och undervisande och där patienten fullt medverkar i alla beslut som fattas

rörande sin hälsa (Orem, 1991). I resultatet framkommer att detta är viktigt då patienten själv behöver utveckla sina metoder för att hantera sin diabetes. Sjuksköterskans roll bör vara vägledande och stödjande och hjälpa vårdsökande person att sätta upp rimliga mål för sin behandling. I de fallen målen är för högt satta av patienten, kan delmål användas för att inte ett misslyckande att uppnå huvudmålet skall upplevas alltför nedslående. Sjuksköterskan har ansvar för att stödja och främja de resurserna som finns hos individen, och på så sätt höja kompetensen hos dem, så de kan ta ansvar för sina liv (Berglund, 2015). Med stöd i föreliggande litteraturöversikt bör patienter uppmuntras att berätta hur de själva tidigare har hanterat sin sjukdom, vilka strategier som de funnit effektiva. Genom diskussion mellan sjuksköterska och vårdsökande person tas lämpliga egenvårdsåtgärder fram.

All information och patientutbildning skall individanpassas efter patientens kunskapsnivå (Socialstyrelsen, 2015). Sjuksköterskan har ett stort ansvar att skaffa sig en uppfattning om vårdsökande persons behov och förmåga att ta till sig information. Genom samtal kan patienten redogöra för den information de redan besitter och var den informationen har införskaffats. Källan till informationen som nämns av patienten bör bekräftas som tillförlitlig om den skall ligga som grund till omvårdnadsåtgärder (Matthews, Peden & Rowles, 2009; Shen et al., 2013).

Resultatet visar att kunskapsnivån hos personer med diabetes har central betydelse för kvaliteten på egenvården och att kunskapsläget gällande diabetes initialt var lågt. Detta är något som även framkommit vid andra sjukdomstillstånd och kan ha lika stora negativa effekter. En svensk litteraturstudie från 2013 (Falk et al., 2013) visar på en initialt låg kunskap bland personer med hjärtsvikt. Vikten av kunskap tas också upp i en amerikansk studie där faktorer som påverkar en individs förmåga till egenvård utreds (Song & Lipman, 2008). Vikten av att kunna mäta sin blodsockernivå korrekt poängteras, liksom behovet av att känna igen och korrekt tolka andra symtom som kan förekomma. Förmågan att göra detta påverkas i hög grad av livserfarenheter, utbildningsnivå och kulturella skillnader.

Sjuksköterskan måste vara medveten om att vissa kulturer sätter stark tro till huskurer och högre makter. Respekt skall alltid vissas för den enskilde individens rätt till exempelvis religiös tro, dock måste den information som ges till patienten vara evidensbaserad, även om den står i direkt motsats till patientens egen övertygelse. Att

använda evidensbaserad omvårdnad i praktiken, betyder att sjuksköterska tillämpar och integrerar de bästa vetenskapligt bevisade omvårdnadsåtgärder, och detta i samråd med patienten (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). I resultatet framkom att egenvårdsförmågan kan påverkas då personer har en stark tilltro till traditionella läkemedel, en djupt rotad misstro till västerländsk läkekonst. Detta var också det enda fallet som erfarenheterna som framkom i resultatet skilde sig åt med avseende till geografiskt ursprung. Detta kan inverka negativt på följsamheten till läkares ordinationer. Därför är det viktigt att skapa en atmosfär av tilltro mellan vårdpersonal och vårdsökande person, så att vårdgivarens eventuella rekommendationer inte avfärdas.

En stor del av egenvården vid diabetes handlar om att reglera sina blodsockernivåer. Detta görs med medicinering i tablettform, insulinbehandling subkutant men främst genom en anpassad kosthållning. Mat och måltider är av stor social vikt, inte bara i hemmet, utan även i jobbet och vid högtider. De förändringar som en diabetiker tvingas göra medför ofta negativa konsekvenser som kan upplevas stigmatiserande (Fukunaga, 2012). Resultatet visar att olust över att behöva förklara sina kostval och dess orsaker för kollegor och ytligt bekanta, ofta förekommer. Mat och födointag är för de flesta också kopplade till njutning och glädje, vilket gör att känslan av försämrad livskvalitet blir så påtaglig att den överskuggar tanken på själva sjukdomen. Brist på självdisciplin tas ofta upp vid misslyckande att hålla sig till ordinerad diet. Dock framkommer av resultatet att många människor lägger stor vikt på måltider och hur plågsamt det kan vara att tvingas bryta de traditioner som kopplats till just måltider.

Förväntade kliniska implikationer

Resultatet av sammanställningen kan ligga till grund för ökad förståelse för vikten av personcentrerat förhållningssätt i omvårdnadsarbetet med personer med diabetes. Denna förståelse kan leda till att sjuksköterskan kan bidra till en bättre omvårdnad och ökat stöd till egenvård.

Slutsatser

Denna studie ger en överblick i erfarenheter av egenvård bland vuxna personer med diabetes, allt från hinder de stöter på, till lyckade erfarenheter av bland annat möten med vårdpersonalen. Slutsatsen är att negativa erfarenheter är i majoritet, och att detta leder till stora svårigheter i de drabbades dagliga livsföring. De mest utmärkande faktorer som påverkar, är brist för förståelse från närmaste omgivningen (familjen), brist på tilltro för kulturellt främmande medicinska rekommendationer, och motvilja för föreslagna förändringar av livsvanor. Studien har använt sig av flera internationella artiklar, och det ger en bild av vilka faktorer som påverkar möjligheter till lyckad egenvård i många folkgrupper i världen. Det är viktigt att som sjuksköterska känna till hur individer från en viss folkgrupp upplever sin sjukdom, detta för att kunna erbjuda kvalitet i omvårdnad. I modern vård är det nödvändigt att vårdpersonalen har kunskaper om mellankulturell omvårdnad. En slutsats är att det krävs fortsatt forskning i beskrivna problem, för att ännu bättre kunna förstå källor till de negativa upplevelser som beskrivs i artiklarna. Vidare fördjupningar gällande skillnader i olika åldersgrupper som exempelvis barns och unga vuxnas, erfarenheter av egenvård, skulle vara intressant. Det blir ett ständigt pågående förbättringsarbete, men det är nödvändigt för att vårdpersonalen skulle kunna säkra kvalitet i omvårdnaden av personer med diabetes.

Referenser

Artiklar märkta med ** inkluderades i studiens resultat

- Berglund, M. (2015). Att lära sig stödja patienters lärande. Berglund, M & Ekebergh, M, (Red), *Reflektion i lärande och vård: en utmaning för sjuksköterskan* (s. 187-198). Lund: Studentlitteratur
- Blair, M. (2016). Diabetes Mellitus Review. *Urologic Nursing*, 36(1), 27-36 10p. doi:10.7257/1053-816X.2016.36.1.27
- Bradbury, S. E., & E Price, P. (2011). Diabetic foot ulcer pain: The hidden burden (Part two). *EWMA Journal*, 11(2), 25-37 13p.
- **Carbone, E., Rosal, M., Torres, M., Goins, K., & Bermudez, O. (2007). Diabetes self-management: Perspectives of Latino patients and their health care providers. *Patient Education & Counseling*, 66(2), 202-210 9p.
- Cederholm, J., Nilsson, P. M., Eliasson, B., Eeg-Olofsson, K., Zethelius, B., & Gudbjörnsdottir, S. (2009). Samband mellan riskfaktorer och komplikationer vid diabetes. Rapport efter 13 år med Nationella diabetesregistret (NDR). *Läkartidningen*, 106(42), 2684-9. <http://www.lakartidningen.se/o7engine.php?articleId=12933>
- Dahlin-Ivanoff, S., & Sonn, U. (2004). Use of assistive devices in daily activities among 85-year-olds living at home focusing especially on the visually impaired. *Disability & Rehabilitation*, 26(24), 1423-1430 8p.
- Edvardsson, D. (2012) Personcentrerad omvårdnad- definition, mätskalor och hälsoeffekter. Edvardsson, D, (Red), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s. 29-37). Lund: Studentlitteratur.
- Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *American Journal Of Bioethics*, 13(8), 29-39 11p. doi:10.1080/15265161.2013.802060
- Ekman, I, Swedberg, K., Taft, C., et al. (2012). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4): 248-251.
- Eriksson, E. & Eriksson, T. (2012). *Medicinska Sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB

- Falk, H., Ekman, I, Anderson, R, Fu, M, & Granger, B. (2013). Older Patients Experiences of Heart Failure- An Integrative Literature Review. *Journal Of Nursing Scholarship*, 45(3), 247-255 9p. doi;10,1111/jnu.12025
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm Natur och Kultur.
- Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 105- 114). Lund: Studentlitteratur.
- Fukunaga L., Uehara, D. & Tom, T. (2012). Perceptions of diabetes, barriers to disease management, and service needs: a focus group study of working adults with diabetes in Hawaii. *Care management*, 18(4), 8-12
- **Gorawara-Bhat, R., Huang, E., & Chin, M. (2008). Communicating with older diabetes patients: self-management and social comparison. *Patient Education & Counseling*, 72(3), 411-417 7p.
- Gutschall, M., Onega, L. & Wright, W. (2011). Patients perspectives about dietary maintenance in type 2 diabetes. *Topics in clinical nutrition*, 26 (3), 180-189
- Henricson, M. (2014). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. Priebe, G, & Catharina L, (Red) *Vetenskaplig teori och metod-från ide till examination inom omvårdnad* (s. 31-53). Lund: Studentlitteratur
- Hollis, M., Glaister, K., & Lapsley, J. A. (2014). Do practice nurses have the knowledge to provide diabetes self-management education?. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 46(2), 234-241 8p. doi:10.5172/conu.2014.46.2.234
- 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.
- **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 9p. doi:10.5172/conu.2013.45.2.188

- **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 9p.
- **Lundberg, P. C., & Thrakul, S. (2011). Diabetes type 2 self-management among Thai Muslim women. *Journal Of Nursing & Healthcare Of Chronic Illnesses*, 3(1), 52-60 9p. doi:10.1111/j.1752-9824.2011.01079.x
- Marin, G. H., Risso, P., Sbatella, D., & Haag, G. (2015). Treatment adherence by personalizing the drug dispensing for diabetic patients in social vulnerable situation. *Quality In Primary Care*, 23(2), 93-96 4p.
- **Matthews, S., Peden, A., & Rowles, G. (2009). Patient-provider communication: understanding diabetes management among adult females. *Patient Education & Counseling*, 76(1), 31-37 7p. doi:10.1016/j.pec.2008.11.022
- Micklethwaite, A., Brownson, C. A., O'Toole, M. L., & Kilpatrick, K. E. (2012). The Business Case for a Diabetes Self-Management Intervention in a Community General Hospital. *Population Health Management*, 15(4), 230-235 6p. doi:10.1089/pop.2011.0051
- Murata, G., Duckworth, W., Shah, J., Wendel, C., & Hoffman, R. (2004). Factors affecting hypoglycemia awareness in insulin-treated type 2 diabetes: the Diabetes Outcomes in Veterans Study (DOVES). *Diabetes Research & Clinical Practice*, 65(1), 61-67 7p.
- **Murphy, K., Casey, D., Dinneen, S., Lawton, J., & Brown, F. (2011). Participants' perceptions of the factors that influence Diabetes Self-Management Following a Structured Education (DAFNE) programme. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(9/10), 1282-1292 11p. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03564.x
- Nationella Diabetesregistret (2014). *Årsrapport 2014 års resultat*. Hämtad 2016-04-14 från: http://www.diabetes.se/PageFiles/1251/Arssrapport_NDR_2014.pdf
- Obilor, H. N. & Adejumo, P .O. (2015)Assessment of diabetic foot ulcer-related pain and its relationship to quality of life. *Wound Practice & Research*, 23(3), 124-131 8p.
- Orem, Dorothea E. (1991). *Nursing concepts of practice*. 4th ed. St Louis: Mosby-Year Book.
- Phillips, A. (2016). Supporting patients with type 1 diabetes. *British Journal Of Nursing*, 25(6), 330-334 5p.

Polit, D., Beck, T.C. (2008) *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th Edition. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

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

Radhakrishnan, K. (2012). The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(3), 496-510 15p. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05860.x

Rodbard, H., Green, A., Fox, K., & Grandy, S. (2010). Impact of type 2 diabetes mellitus on prescription medication burden and out-of-pocket healthcare expenses. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 87(3), 360-365 6p. doi:10.1016/j.diabres.2009.11.021

**Sakraida, T. J., & Robinson, M. V. (2012). Mental Health and Relational Self-Management Experiences of Patients with Type 2 Diabetes and Stage 3 Chronic Kidney Disease. *Issues In Mental Health Nursing*, 33(11), 786-796 11p. doi:10.3109/01612840.2012.713446

SBU. (2009). Patientutbildning vid diabetes. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2009. SBU-rapport nr 195. ISBN 978-91-85413-30-0.

**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 9p. doi:10.1111/ijn.12114

Smanioto, F. N., do Carmo Fernandez Lourenço Haddad, M., & Rossaneis, M. A. (2014). Self-care into the risk factors in diabetic foot ulceration: cross-sectional study. *Online Brazilian Journal Of Nursing*, 13(3), 343-352 10p.

Socialstyrelsen.(2013) *Egenvård*. Hämtad 2016-04-08 från: <https://www.socialstyrelsen.se/aldre/aldreshalsa/egenvard>

Socialstyrelsen.(2015) *Nationella riktlinjer för diabetesvård - Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2015-12-14 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19689/2015-2-3.pdf>

Song, M., & Lipman, T. (2008). Concept analysis: self-monitoring in type 2 diabetes mellitus. *International Journal Of Nursing Studies*, 45(11), 1700-1710 11p.

- Tsai, F., Lan, Y., Muo, C., Yang, Y., Sung, F., Chen, R., & ... Morisky, D. E. (2015). Subsequent ischemic events associated with lower extremity amputations in patients with type 2 diabetes: A population-based cohort study. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 107(1), 85-93 9p. doi:10.1016/j.diabres.2014.09.017
- Vileikyte, L., Leventhal, H., Gonzales, J., Peyrot, M., Rubin, R., Ulbrecht, J., & ... Boulton, A. (2005). Diabetic peripheral neuropathy and depressive symptoms: the association revisited. *Diabetes Care*, 28(10), 2378-2383 6p.
- **Wellard, S., Rennie, S., & King, R. (2008). Perceptions of people with type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 29(2), 218-226 9p. doi:10.5172/conu.673.29.2.218
- WHO (2016). *Global Report on Diabetes*. [Elektronisk].
Tillgänglig:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf
[2016-04-08]
- Willman, A & Stoltz, P & Bahtsevani C (2011) *Evidensbaserad omvårdnad, En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund : Studentlitteartur AB

Bilagor

Bilaga 1

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?
(Kvalitativt syfte – kvalitativt metod) Ja Nej

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

Skär 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

Bilaga 2

Sökmatrix

Databas: CINAHL

Sökord	Antal träffar	Läst titlar	Lästa abstract	Inkluderade artiklar
1 diabetes AND self care	4661	0	0	0
2 diabetes AND self care AND experience	450	0	0	0
3 age 65+	144	4	0	0
3 age 65+, peer reviewed	137	30	0	0
3 age 65+, peer reviewed, 2000-	124	124	36	10

Bilaga 3

Artikelmatris

Titel, författare och publiceringsår	Syfte	Design	Deltagare	Resultat	Värdering
Carbone et al. (2007). Diabetes self management: Perspectives of Latino patients and their health care providers. <i>Patient Education & Counseling</i>	Beskriva upplevelser av diabetes för att kunna skraddarsy egenvårdsinformation åt personer med latinamerikanskt ursprung	Kvalitativ design baserad på intervjuer med fyra fokusgrupper.	37 vuxna och äldre personer åldrar 30-79 år diagnostiserade med diabetes med latinamerikanskt ursprung	Man hittade stora luckor i kunskap gällande sjukdomen och dess orsaker. Också många negativa attityder gällande egenvård.	Problemet beskrivs tydligt i bakgrunden, designen är lämplig för syftet. Resultatet presenteras på ett tydligt sätt. Etiskt granskad. PR granskad
Govarara-Bhat, R., Huang, E., & Chin, M. (2008). Communicating with older diabetes patients: self management and social comparison. <i>Patient Education & Counseling</i> , 72(3), 411-417 7p.	Att undersöka de äldre patienternas egna mål vad gäller hälsa, faktorer som påverkar dessa mål, och egenvårdsmetoder de praktiserar.	Kvalitativ design Innehållsanalys av audioinspelade semistrukturerade intervjuer.	28 patienter från USA, äldre än 65 år som lider av diabetes typ2	Patienternas största önskemål är att behålla självständighet, och kunna utföra dagliga aktiviteter utan hinder.	Problemet välbeskrivet i bakgrunden. Relevant syfte. Metod och syfte hör till. Datainsamling och analys väl beskriven. Etiskt ställningstagande finns, PR-granskad.
Li, J., Drury, V., & Taylor, B. (2013). 'Diabetes is nothing': The experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes. <i>Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession</i> , 45(2), 188-196 9p. doi:10.5172/conu.2013.45.2.188	Att beskriva, genom kvalitativa metoder, erfarenheter, och strategier de äldre singaporianska kvinnor använder för att behandla sin typ-2 två diabetes.	Kvalitativ studie, innehållsanalys av 10 semistrukturerade intervjuer.	10 singaporianska kvinnor i åldrarna 60-69 år.	Tre teman identifierades i analysen: 1 Att leva med diabetes; 2 Att hantera diabetes och 3 Egenvård vid diabetes.	Problematik beskriven, intressant ämne, Syfte relevant, likadant val av design och metod Diskussion av huvudfynd beskriven Etiskt ställningstagande finns. . PR granskad
Lin, C., Anderson, R., Hagerty, B., & Lee, B. (2008). Diabetes self management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type-2 diabetes. <i>Journal Of Nursing & Healthcare Of Chronic Illnesses</i> , 17(1), 34-42 9p.	Syftet med denna studie var att förstå och dokumentera Perspektivet de taiwanesiska patienter med typ 2-diabetes har om processerna och strategierna som används för att själv hantera sin kroniska tillstånd	Kvalitativ studie baserad på intervjuer, och följande innehållsanalys	41 äldre personer från Taiwan, som har diabetes typ 2 i åldrarna 42-81 år.	Tre olika teman framkom och tio olika subkategorier. För att kunna hjälpa människorna med deras ohälsa, är det viktigt att förstå deras kulturella särdrag, och deras egen syn på sjukdomen	Problemet välbeskrivet i bakgrunden. Relevant syfte. Metod och syfte hör till. Datainsamling och analysval beskriven. Resultat och metod diskussion välbeskrivna. Etisk ställningstagande finns . PR granskad
Lundberg, P. C., & Thrakul, S. (2011). Diabetes type 2 self-management among Thai Muslim women. <i>Journal Of Nursing & Healthcare Of Chronic Illnesses</i> , 3(1), 52-60 9p. doi:10.1111/j.1752-9824.2011.01079.x . PC & Thrakul, S (2011) Thailand	Att undersöka och beskriva de muslimska kvinnornas egenvård av diabetes typ 2.	Kvalitativ studie baserad på intervjuer.	29 Thailandska muslimska kvinnor ålder 65 till 80 år	Fyra olika teman framkom efter analysen, viktigast att ta hänsyn till religiös tro vid kommunikation och behandling.	Bakgrunden uppger väl om problematiken. Syftet är relevant till metod. Datainsamlingen omfattande och välbeskriven. Etiska ställningstagande finns PR granskad
Matthews, S., Peden, A., & Rowles, G (2009). Patient-provider communication: understanding diabetes management among adult females. <i>Patient Education & Counseling</i> , 76(1), 31-37 7p. doi 10.1016/j.pec.2008.11.022	Att beskriva hur vuxna kvinnor hanterar sin diabetes. Rekommendationer för att maximera följsamhet och optimera kommunikation mellan vårdtagare och personal	Utforskande deskriptiv kvalitativ design baserade på djupintervjuer.	5 kvinnor diagnostiserade med diabetes i åldrarna 50-85 år.	Tre teman framkom som påverkade följsamheten: Kommunikation med sjukvård, kunskap om diabetes och konsekvenser av dåligt reglerade glukosnivåer	Frågeställningen framgår i bakgrunden. Syftet är relevant till vald metod. Etiskt granskad och godkänd.
Murphy, K., Casey, D., Dinneen, S., Lawton, J., & Brown, F. (2011). Participants' perceptions of the factors that influence Diabetes Self Management Following a Structured Education (DAFNE) programme. <i>Journal Of Clinical Nursing</i> , 20(9/10), 1282-1292 11p. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03564.x	Att förstå deltagarna i DAFNE-programmets upplevelser och faktorer som påverkade deras följsamhet till uppsatta riktlinjer	Kvalitativ studie med intervjuer	40 deltagare intervjuades i åldrarna 20-70 år.	Fem huvudkategorier skapades: kunskap, stöd, motivation, förändrade relationer och empowerment,	Frågeställning och bakgrund relevant till syftet. Godkänd av etisk kommitté
Sakraida, T. J., & Robinson, M. V. (2012). Mental Health and Relational Self-Management Experiences of Patients with Type 2 Diabetes and Stage 3 Chronic Kidney Disease. <i>Issues In Mental Health Nursing</i> , 33(11), 786-796 11p. doi:10.3109/01612840.2012.713446	Beskriva variationer i transition och upplevelser av egenvård.	Både kvalitativ och kvantitativ metod användes.	6 personer diagnostiserade med diabetes, varav majoriteten var pensionärer.	Två huvudkategorier skapades gällande mental hälsa och relationer i förhållande till förmåga till egenvård	Metod passar frågeställning. Tydligt presenterat resultat. Underlaget består av relativt få deltagare. Etiskt godkänd, PR-granskad
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. <i>International Journal Of Nursing Practice</i> , 19(6), 627-635 9p. doi:10.1111/ijn.12114	Utforska upplevda hinder för diabetes typ 2 egenvård, för både äldre samhällsinvånare och vårdpersonal i Kina	Kvalitativ design. Innehållsanalys av inspelade intervjuer.	17 personer med diabetes äldre än 60 år.	Resultaten visar att 6 hinder identifierades: motviljan mot västerländsk medicin , förväntade roller i familjen, kulturhinder, brist på informationskällor, brister i kommunikation mellan vård personal och patienter, avsaknad av hemnära insatser.	Datainsamlingen omfattande och välbeskriven. Etiska ställningstagande finns. . PR granskad
Wellard, S., Rennie, S., & King, R. (2008). Perceptions of people with type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. <i>Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession</i> , 29(2), 218-226 9p. doi:10.5172/conu.673.29.2.218	Att undersöka hinder och frågeställningar människor med diabetes typ två har upplevt vid egenvård, samt tillgång till service från regionala myndigheter.	Kvalitativ studie baserad på intervjuer och efterföljande innehållsanalys.	Fyra individer bosatta i Victoria community, diagnostiserade med diabetes typ 2 i åldrarna 55-65 år.	Fyra domanta teman identifierades: Kommunalt baserade tjänster, Familjerelationer, Mat som social bindningsfaktor, Strategier för att hjälpa andra	Problemet välbeskrivet i bakgrunden. Relevant syfte. Metod och syfte hör till. Resultat och metod diskussioner utförliga och relevanta Etiskt ställningstagande finns . PR granskad