



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Faktorer som påverkar livsstilsförändringar med hänsyn till följsamhet hos personer med diabetes mellitus

Litteraturstudie

Författare: Susanne Friis, Christelle Yumba

Handledare: Siv Wictorin Nilsson

Kandidatuppsats

Hösten 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Enligt WHO kommer diabetes mellitus bli den sjunde vanligaste dödsorsaken år 2030 och 90% av all diabetes är typ 2 som till stor del beror på livsstil och ärftlighet. Diabetes är en kronisk sjukdom men det finns mycket man kan göra för att optimera den egna hälsan och förebygga senkomplikationer och lidande längre fram. Sjuksköterskan är ofta en nyckelperson i dessa personers kontinuerliga vård och står inför ett flertal utmaningar att informera, utbilda och motivera till den egenvård som behövs för att klara sin diabetes. Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som kan påverka följsamhet av riktlinjer för personer med diabetes mellitus. Tio artiklar har analyserats och sammanställts. Resultatet av dessa visar på att de barriärer som oftast dyker upp är bristande stöd från omgivningen, bristande känslomässig hanterbarhet, kunskapsbrist och livssituation. De faktorer som kom fram som motiverare var stöd, trygghet i kunskap och känslomässig hanterbarhet.

Nyckelord

Diabetes Mellitus, Följsamhet, Livsstilsförändringar, Egenvård

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund.....	3
Diabetes Mellitus.....	3
Blodglukos.....	4
Följsamhet.....	6
Med perspektiv på individen.....	7
Syfte.....	7
Metod	8
Urval.....	8
Datainsamling	8
Tabell 1 Sökschema av databasen PubMed.....	10
Tabell 2 Sökschema av databasen Cinahl.....	11
Tabell 3 Sökschema av databasen PsychINFO.....	11
Data analys	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat.....	13
Barriärer	13
Brister i stöd från omgivningen	13
Bristande känslomässig hanterbarhet.....	14
Kunskapsbrist	15
Livssituation	15
Motiverare	16
Stöd.....	16
Trygghet ur kunskap	17
Känslomässig hanterbarhet (coping)	18
Diskussion.....	19
Diskussion av vald metod	19
Diskussion av framtaget resultat.....	21
Slutsats och kliniska implikationer	24
Författarnas arbetsfördelning.....	24
Referenser	25
Bilaga 1 (2) Litteraturmatris.....	28

Introduktion

Problemområde

World Health Organisation (WHO) räknar Diabetes Mellitus som en av vår tids största folksjukdomar som orsakar personligt lidande och stora kostnader inom vården. WHO förutspår att diabetes kommer bli den sjunde vanligaste dödsorsaken vid år 2030 och att 90% av all diabetes kommer att vara av typ 2, som till stor del beror på livsstil och ärftlighet (WHO, 2013). Enligt Pasterkamp (2013) finns det just nu över 240 miljoner människor i världen med diabetes. Då sjukdomen är kronisk efter debut och ofta progredierande innebär det mångfacetterade utmaningar för sjuksköterskan att kunna erbjuda information, utbildning, stöd och vård utifrån patientens egna förutsättningar enligt Moser, van der Bruggen, Widdershoven och Spreewenbergh (2008).

Diabetes är inte enbart en sjukdom med förhöjt blodsocker och där tillhörande symtom. Om en jämn plasmaglukosnivå inte eftersträvas och uppnås innebär det för individen hög risk för komplikationer så som ateroskleros, högt blodtryck, hjärtsjukdom samt skador i njurar, ögon ben och fötter (Ericson & Ericson, 2012). Detta ger förutom stort lidande för patienten en vidare effekt på kostnader inom vården i form av behandlingar och senkomplikationer som enligt Ryan, Jennings, Vittoria och Fedders (2013) lämnar utrymme för förbättringar som kan minimera risker för komplikationer och onödigt lidande och samtidigt minska kostnader om sjukdomen hanteras på ett bra sätt redan vid debut.

Förutom regelbundna kontroller och undersökningar är diabetes i den största delen ett kontinuum av egenvård. Egenvård av diabetes är så mycket mer än bara medicinsk följsamhet, det innefattar livsstilsförändringar som involverar mycket av patientens vardag som egna blodsockerkontroller, regelbunden motion, diet och fotvård (Ahn, Kim & Kim, 2005). Utan information och framförallt insikt sker ingen förändring, men med rätt information och uppföljning kan sjuksköterskan ha ett positivt inflytande på samtliga behovsområden enligt SBU (2009).

Denna studie har för avsikt att identifiera de olika faktorer som kan inverka på följsamheten, hos patienter med diabetes, till de hälsofrämjande råd de får för att klara sin egenvård.

Bakgrund

Vård och behandling ska utföras så långt det är möjligt i samråd med patienten enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Detta innebär en ständig avvägning samt kontinuerlig planering av upplägget av information. Målet är att uppnå optimala glukosvärden, men sjuksköterskan skall samtidigt verka för patientens upplevelse av bibehållen livskvalitet och autonomi (SBU, 2009).

Diabetes Mellitus

Det finns två typer av diabetes; typ 1 och typ 2. Båda två innebär kronisk hyperglykemi men de skiljer sig åt genom olika grader av insulinkänslighet i vävnaderna. Typ 1 är en autoimmun sjukdom som oftast debuterar innan 30 års ålder och innebär oftast total avsaknad av förmåga att producera insulin (Diabetesförbundet, 2011a). Typ 2 debuterar oftast senare och långsammare där kroppen fortfarande kan ha viss förmåga att producera insulin men insulinkänsligheten kan variera (Diabetesförbundet, 2011b). Något som ökat under grupperingen typ 2 är det så kallade metabola syndromet som innebär en störd glukosmetabolism, dyslipidemi samt högt blodtryck som alla tillsammans ökar riskerna för vidare komplikationer (Nyström & Nilsson, 2013). Enligt Läkemedelsboken (2011/2012) är det indikerat att intensifiera behandling av diabetes i kombination med livsstilsändringar för att kunna förminska risken för mikro-och makrovaskulära komplikationer och prioriteras högt i de nya Nationella riktlinjerna för diabetesvården (Socialstyrelsen, 2010).

Långvarig duration av diabetes är förknippat med ökad risk för komplikationer i form av mikro-och makrovaskulärt, neuropati och nefropati. Det innebär skador på ögon, njurar och nervsystem, och den ökade risken för ateroskleros i kroppens olika kärl medför stor risk för skador på hjärnans små blodkärl samt hjärtats kranskärl som leder till ett flertal hjärt-och

kärlsjukdomar enligt Agardh och Berne (2009). Även i Läkemedelsboken (2011/2012) finns det ett tydligt samband mellan sjukdomsduration och blodglukos och utvecklingen av retinopati, neuropati och nefropati. Vid diabetes kan man se ett starkt samband mellan hyperglykemi och en ökad risk för hjärt-och kärlsjukdomar och en klar ökning av risken ytterligare vid höga HbA1c-värden enligt Pasterkamp (2013).

Blodglukos

Mätning av blodglukos spelar en central roll i egenvården hos personer med diabetes, både typ 1 och typ 2 enligt Läkemedelsboken (2011/2012). En studie av Kempf, Tankova och Martin (2013) har visat ett samband mellan frekvensen av egenmätta blodglukoskontroller och värdet på deras HbA1c. HbA1c är ett enkelt prov som tas ur venöst blod och visar det genomsnittliga värdet på blodglukos de senaste 4-6 veckorna. Hemoglobin finns i de röda blodkropparna i blodet som har en livstid på 120 dagar. Under hela denna tid binds kontinuerligt glukosmolekyler till hemoglobinet som alltså då kan visa ett genomsnittligt värde på plasmaglukosen två månader tillbaka (Agardh & Berne, 2009). Ett långvarigt hög HbA1c-nivå är starkt kopplat till utveckling av långsiktiga komplikationer (SBU, 2009). Provet är ett av de främsta redskapen som används av diabetessjuksköterskor när man har regelbundna kontroller och ligger ofta till grund i det efterföljande enskilda samtalet enligt Banerjee, Macdougall och Lakhdar (2011). För personer med typ 1 är det en viktig del vid intensiv behandling för att förebygga hypoglykemi, men har även visat positivt samband till lägre värden av HbA1c (ibid). Vid typ 2 diabetes ingår god glukoskontroll tillsammans med optimal lipid-och blodtryckskontroll för att kunna öka chanserna för ett bättre och längre liv (Agardh, 2010). Gemensamt för både typ 1 diabetes och typ 2 diabetes är att mikrovaskulära komplikationer och deras uppkomst är helt i proportion med glukosnivån enligt Nyström och Nilsson (2012).

Då det finns ett tydligt samband mellan genomsnittlig blodglukosnivå i form av HbA1c och diabeteskomplikationer rekommenderar man så kallad intensiv behandling av diabetes. Det innebär att man vill komma ner på så normala värden på blodglukos som möjligt. Har man typ 1 diabetes innebär det intensiv insulinbehandling och vid typ 2 diabetes används ett flertal olika läkemedel för att kunna ge intensiv glukossänkande behandling (SBU, 2010).

Egenvård

Egenvård är ett nyckelbegrepp för alla som fått diagnosen diabetes. Orem (2001) betonar med sin omvårdnadsteori att det finns många faktorer som påverkar individens förmåga till egenvård. Enligt Orem (2001) är egenvård målinriktade handlingar som man utför för sin egen del eller för andras del då anhöriga kan vara av beroende eller hjälplösa. Denna kapacitet som hon menar att individen har, är en förmåga att identifiera existerande egenvårdskrav och kunna ta egna beslut med hänsyn till dessa och även uppfylla dem. Besluten i sig påverkas av olika omgivande faktorer av både så kallad yttre och inre art. Det kan då handla om inre faktorer i form av beslutsångest, oerfarenhet och låg intellektuell förmåga och de yttre i form av brist på socialt stöd. Egenvården Orem (2001) beskriver blir en självklar faktor för de personer som fått diagnosen diabetes mellitus och i denna egenvård är personen själv den som sitter inne med de nödvändiga resurserna för bästa behandling.

Orem (2001) talar även om egenvårdsbrist i den bemärkelsen att om en persons förmåga till egenvård inte lyckas leva upp till de krav som ställs i en specifik situation uppstår ett omvårdnadsbehov som ska belysas vid eventuell bedömning.

I sjukvården finns sjuksköterskan som har en nyckelroll vid behandling av personer med diabetes och kan erbjuda stöd och utbildning. Orem (2001) benämner detta som ett omvårdnadssystem där sjuksköterskan går in och gör en bedömning av en persons egenvårdsförmåga för att sedan kunna tillrättalägga de eventuella brister som kan finnas för bästa egenvård. Det ligger i sjuksköterskans roll att kompensera för personens bristande egenvårdsförmåga samt att utveckla och utbilda för att möjliggöra optimal miljö för egenvård (ibid).

Enligt Orem (2001) delas sedan denna egenvårdsprocessen in i två faser: i den första bearbetas information och en bedömning görs och leder till initiativ till handling, i den andra delen kommer handlingarna i sig och dessa är knutna till det aktuella målet som är egenvårdsbehovet.

Egenvård i medicinsk benämning, för en person med diabetes, innebär frekventa blodglukoskontroller samt administrering och justering av insulindoser (Läkemedelsboken, 2011/2012). För att optimala värden ska uppnås förväntas personen också ha kunskap om motion, förändringar i diet, insikt i alkoholens påverkan, rökningens påverkan samt vikten av god fotvård enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetesvården (2010). Resultaten av att kontrollera alla dessa faktorer innebär ofta justeringar av medicinering samt insulindoser och ställer krav på personen att inte endast förstå *att*, utan även *hur* och *varför* dosen ska ändras (Parchman, Zeber & Palmer, 2010).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2005) förväntas sjuksköterskan ha förmåga att i dialog med person/närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling.

Följsamhet

Följsamhet är den svenska översättningen på adherence och compliance och innebär att givna direktiv i form av medicinska ordinationer och livsstilsförändringar har följts och vid bristande följsamhet har dessa bara delvis eller inte alls blivit utförda. Det kan i sin tur vara på grund av bristande motivation av mottagande part, men även på grund av så kallad bristande samsyn mellan hälso-och sjukvårdspersonal och vårdtagare när det gäller medel och mål (Agardh & Berne, 2009).

Enligt Läkemedelsboken (2011/2012) ska regelbundna kontroller hos läkare och diabetessköterskor innehålla individuell rådgivning och utbildning som är anpassad till patientens specifika behov och förutsättningar. Det innebär en komplex situation för den rådgivande sjuksköterskan att ge råd för livsstilsförändringar med utgångsläge i personens aktuella status, motivera till förändringar och bevara deras autonomi (Moser, van der Bruggen, Widdershoven, & Spreeuwenberg, 2008). Följsamhet bär med sig mer än bara goda effekter på det man väljer att fokusera på, det ger även en ökad patientsäkerhet enligt Socialstyrelsen (2010) eftersom brister i kommunikation mellan hälso-och sjukvårdspersonal kan innebära en patientsäkerhetsrisk. Vid bristande kommunikation kan en medicinsk ordination missuppfattas och en biverkning dyker oväntat upp istället för önskad effekt.

Kommunikation tar tid och behöver få tid då den hela tiden behöver fyllas på, upprepas och framför allt följas upp kontinuerligt och ansvaret för detta ligger med störst tyngd på hälso- och sjukvården för att inte äventyra den trygghet och sakkunnighet som ligger på deras ansvar (ibid). Denna sakkunnighet och trygghet förmedlas av ansvarig personal med hjälp av den kunskap de besitter på just det specialområde och utbildning de inskaffat enligt Ödegård (2010).

Med perspektiv på individen

Livsstilsförändringar innebär ofta många nya utmaningar för personen det gäller och det behövs en insikt av svagheter samt en förmåga att lyfta fram existerande styrkor. Det handlar alltså att ta fram och använda sig av de resurser individen redan besitter, något som är centralt i så kallad personcentrerad vård enligt Hörnsten (2012). Ord i sig har en inneslående kraft i sin betydelse och tolkning, därför är det noga med vilka ord och benämningar som används. Till exempel kan det vara bra att tänka på att benämna en *person* med diabetes och inte en *patient* med diabetes då ordet patient i hög grad betonar sjukdomen och förminskar personen bakom och dess erfarenheter och behov. Det talas fortfarande om patientcentrerad vård men börjar gå över mer mot personcentrerad vård för att visa på behovet av samarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal och vårdtagare där en plan ska upprättas tillsammans med och efter specifika behov och önskemål av personen i fråga. Exempel på detta är att upprätta en vårdplan utifrån personens egen sjukberättelse där sedan olika delmål sätts upp med strategier för att kunna uppnås samt kontinuerlig uppföljning. Att sätta personen med behov i centrum och med medbestämmanderätt har visat sig ha goda resultat med hänsyn till följsamhet och leder till bättre egenvård och samarbete till hälso- och sjukvårdspersonal (ibid).

Syfte

Syftet var att belysa faktorer som kan påverka följsamhet av riktlinjer för personer med diabetes mellitus.

Metod

Metoden var en litteraturstudie som utförs för att tydliggöra aktuell forskning genom att vetenskapliga studier söks och sammanställs (Backman, 2008). Därigenom samlas den aktuella forskningen på det valda ämnet och även eventuella brister kan sökas (Polit & Beck, 2010).

Urval

En litteratursökning genomfördes genom att söka 8-10 vetenskapliga artiklar bestående av utförda studier på ämnet diabetes och följsamhet. De vetenskapliga artiklar valda för denna litteraturstudie markeras med * i referenslistan. En första sökning gjordes med utvalda ord efter nedbrytning av rubriken och översattes till så kallade MeSH-termer. Detta för att säkra användning av medicinska termer (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Följande sökord har använts; Diabetes Mellitus, patient compliance, medication adherence, nurse, Hemoglobin A, Glycosylated. Artiklarna har sökts i PubMed som är samlingsdatabas för artiklar från MEDLINE där de flesta artiklarna som valdes härstammar från. Sökningar gjordes även i CINAHL och psychINFO. MEDLINE är en databas som innehåller vetenskapliga artiklar som täcker medicin, omvårdnad och odontologi, CINAHL täcker omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi och psychINFO innehåller artiklar främst inom psykologi men även medicin, omvårdnad, psykiatri och sociologi (Forsberg & Wengström, 2008). Begränsningar som valts ut är språk; engelska, artiklar från 2008-2013 för att säkra användning av den senaste forskningen. Exklusionskriterier var studier gällande barn samt grav psykiatrisk diagnos.

Datansamling

En sökning utfördes på varje ord eller term var och en för sig och såg vad det gav, efter det gjordes en sökning med termerna tillsammans och i olika kombinationer. Sedan granskades och kontrollerades resultatet för att se om detta hade avgränsat oss tillräckligt/för mycket (Friberg, 2012). Sökningen gjordes i PubMed (Tabell 1), Cinahl (Tabell 2) och PsyckINFO (Tabell 3). Kombinationer gjordes som gav ett mindre urval där ett flertal abstrakt kunde läsas

och bedömas. Ett andra urval kunde göras där ca 10 artiklar valdes för genomläsning, varefter ett flertal inte höll valda kriterier. Stor tyngd lades på att finna artiklar som sökt och funnit ett flertal påverkande faktorer med fokus på följsamhet hos patienter med diabetes för att ett flertal teman ska kunna bildas. För att få översikt har de sedan sammanställts i en matris (Bilaga 1).

Valda artiklar har sedan gått igenom kvalitetsgranskning för att kunna gradera deras kvalitetsgrad med hjälp av protokoll från Willman et al. (2011). Separata bedömningar utfördes för kvalitativ respektive kvantitativ studie. Ett flertal av valda artiklar hade använt sig av båda, så kallad mixed-method, och då fanns att mallen för kvalitativ granskning var den som passade bäst för dessa.

Då granskning utförts gavs 1 poäng för varje positivt svar och 0 poäng för varje negativt svar. Detta räknades sedan ihop och delades med den totala poängen som kan fås för att få reda på procentsatsen av givna svar. Följande gradering gjordes efter uträkning; 80-100% Grad 1, 70-79% Grad 2, 60-69% Grad 3 och <60% Grad 4 (Willman et al., 2011).

Tabell 1 Sökschema av databasen PubMed

Sökning	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2
#1	"Diabetes Mellitus"[Mesh]	298015		
#2	"Nurses"[Mesh]	68375		
#3	"Patient Compliance"[Mesh]	50064		
#4	"Medication Adherence"[Mesh]	5750		
#5	"Guideline Adherence"	18894		
#6	"Hemoglobin A, Glycosylated"[Mesh]	20890		
#7	"Barriärs "	28395		
#8	"Glycemic control"	6502		
#9	"Factors"	733481		
#10	"Self-care"[Mesh]	9499		
#11	"Self-management"	42768		
#12	#1 AND #2	668	10	0
#13	#1 AND #2 Filters: published in the last 5 years	163	3	0
#14	#1 AND #4 AND #6	86	9	2
#15	#1 AND #2 AND #3	9	3	0
#16	#6 AND #1 AND #2 AND #3	1	1	0
#17	#1 AND #5	295	5	1
#18	#1 AND #7	542	9	1
#19	#8 AND #9	1839	12	1
#20	#1 AND #10	2331	4	1
#21	#8 AND #11	421	3	1
#22	#7 AND #10	374	5	1

Tabell 2 Sökschema av databasen Cinahl

Sökning	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2
#1	"Diabetes Mellitus"	59758		
#2	"Patient Compliance"	15661		
#3	"Medication Adherence"	2154		
#4	"Nurses"	218299		
#5	"Hemoglobin A"	7304		
#6	"Glycosated Hemoglobin"	6277		
#7	S1 AND S2 AND S6	262	0	0
#8	S1 AND S3	220	3	1
#9	S1 AND S3 AND S4	5	0	0
#10	S1 AND S3 AND S6	52	2	0
#11	S1 AND S2 AND S4 AND S6	17	0	0

Tabell 3 Sökschema av databasen PsychINFO

Sökning	Sökord	Resultat	Urval 1	Urval 2
#1	Diabetes AND Nursing	1524	8	0
#2	Diabetes AND Nursing AND Adherence	104	5	1

Data analys

Artiklarna lästes noggrant igenom flera gånger där bland annat gemensamma begrepp som överensstämde med syftet till denna litteraturstudie eftersöktes. Även likheter och skillnader mellan de valda artiklarna granskades i enlighet med integrerad analys av Polit och Beck (2006). Då bearbetning skett sågs ett mönster av blivande grupper, undergrupper och teman. Med hjälp av Friberg (2012) har analysen av data skett i tre steg: Steg ett innebar att de studier som blivit slutgiltigt utvalda har lästs igenom flera gånger för att med säkerhet ta in både helheter men också specifika detaljer till varje studie. I steg två har studierna granskats med hänsyn till att finna likheter och skillnader både i teoretiska utgångspunkter, metod, analysätt, syften och resultat. Steg tre innebar att skapa rubriker som blir till nya teman för

denna litteraturstudie och sammanställde de likheter och skillnader som kommit fram för redovisning i resultatet (ibid).

Efter att ha läst de utvalda artiklarna i flera omgångar kunde vissa teman utläsas. Två huvudgrupper bildades med rubrikerna Barriärer och Motiverare från innehållet av studierna. Från dessa utformades sedan vissa undergrupper med mer specificitet och fördjupning i sina beskrivningar (Polit & Beck, 2008).

Forskningsetiska avvägningar

I en studie ska hänsyn tas till de fyra grundläggande etiska principerna under sitt forskningsprojekt som är respekt för personer, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvis principen. Information och blankett för möjlighet till samtycke ska ges. Information skall vara realistisk och komplett samt på ett språk som är lätt för deltagarna att förstå och känna sig bekvämt och får chans till frivilligt samtycke till att delta. Informationen ska innehålla projektets syfte, uppläggning med beskrivning av alla moment och metoder som ingår, den förväntade nyttan av projektet samt noggrann precisering av vad medverkan innebär för att kunna minimera risker för skada eller obehag för de medverkande och att det är frivilligt och det går att avbryta. Informationen ska vara både skriftlig och muntlig (Medicinska forskningsrådet [MFR], 2000).

Vid kvalitetsgranskningen läggs vikt på att kontrollera att utförda studier varit uppe för bedömning i forskningsetiska nämnder. Litteraturstudien kommer även presentera alla resultat som stöder och inte stöder hypotesen då annat vore oetiskt (Forsberg & Wengstöm 2008). Objektivitet har eftersträvat för att sakligt framföra framkomna resultat utan egna värderingar (Polit & Beck, 2008).

Resultat

Resultatet redovisas under rubrikerna: Barriärer och Motiverare: Barriärer delas in i följande: Brister i stöd från omgivningen, Bristande känslomässig hanterbarhet, Kunskapsbrist samt Livssituation Motiverare delas in i följande: Stöd, Trygghet ur kunskap och Känslomässig hanterbarhet (coping).

Barriärer

Brister i stöd från omgivningen

Personer med diabetes upplevde ofta att de blev motarbetade i sin egenvård kring sjukdomen av sin omgivning, framför allt av den närmsta familjen enligt Daly, Hartz, Xu, Levy, James, Merchant och Garrett (2008), Hilliard, Wu, Rausch, Dolan och Hood (2012) och Mayberry och Osborn (2012). Det kunde innebära att de saknade känslomässigt stöd som uttrycktes med exempel från studien av Mayberry och Osborn (2012) där flera deltagare rapporterat att partnern inte alls deltar i några av momenten till egenvård.

Konflikter relaterade till sjukdomen kunde även uppstå kring olika moment i egenvården som upplevdes av omgivningen som störande moment och påverkade därmed personens val i sin egenvård. Känslan av att inte bli hjälpt hade en effekt av känslomässig stress som genererade ett undvikande beteende och resulterade i sämre glukoskontroll (Hilliard et al., 2012; Mayberry & Osborn, 2012). Inte bara den omedelbara familjen, utan även andra i omgivningen påverkade de känslomässiga faktorerna så som vänner, kollegor och hälso-och sjukvårdspersonal. En part som hade stark påverkan, var den aktiva vårdgivaren i form av närmsta anhörig eller behandlande läkare eller sjuksköterska (Daly et al., 2008; Hilliard et al., 2012; Mayberry & Osborn, 2012).

Förutom det uteblivna känslomässiga stödet som hade en negativ effekt, fanns det praktiska moment som rent av motarbetades eller saboterades. Till exempel klagade ett flertal på att den närmast anhöriga saboterade deras försök till att hålla goda matvanor (Brewer-Lowry, Arcury, Bell, och Quandt, 2010; Mayberry & Osborn, 2012). Problematik som nämndes var att den

som lagade maten också handlade den och hade full kontroll samt kontinuerligt tillförde frestelser och erbjöd söt och onyttig mat. Liknande situation var vid besök hos släkt och vänner där inga osötade alternativ erbjöds. Ett flertal personer med diabetes beskrev att de talat om för den närmaste omgivningen om sin situation men upplevde ändå gång på gång att det inte fanns något spår av justering för deras behov (Mayberry & Osborn, 2012).

Bristande känslomässig hanterbarhet

I flera av studierna uttrycktes faktorer av känslomässig art som spelade stor roll i deras egenvård av diabetes (Brewer-Lowry et al., 2010; Daly et al., 2009; Hilliard et al., 2012; Khan, Lasker, & Chowdhury, 2011; Lin & Wang, 2011; Ridge, Treasure, Forbes, Thomas & Ismail, 2011). Deltagarna uttryckte att de fann det svårt att hålla motivationen igång och det kunde te sig som bristande engagemang, förnekelse av sjukdom och negativ attityd till de olika momenten i sin egenvård (Daly et al., 2009; Hilliard et al., 2012; Khan et al., 2011; Ridge et al., 2011).

Det fanns känslor så som uttryckt frustration, hopplöshet, lågt humör och skuld-känslor (Daly et al., 2009; Ridge et al., 2011). Exempel på det som uttrycktes i studien av Ridge et al. (2011) var bland annat en ilska över att överhuvudtaget fått diabetes och att vara tvungen att lyda under den samt en känsla av hopplöshet då de upplevde att de verkligen ansträngt sig utan att riktigt uppnå de resultat som förväntats av både de själva och av hälso- och sjukvård.

De känslor som hade störst inverkan var de som gav sig uttryck i påvisbara symtom och diagnos av depression i studierna av Daly et al. (2009), Hilliard et al. (2012) och Ridge et al. (2011). I studien av Hilliard et al. (2012) fick ungdomar fylla i ett frågeformulär för skattning av depressiva symtom som sedan visade sig ha stark korrelation med undergrupper till dålig följsamhet. Ridge et al. (2011) använde sig av tekniken motivational interviewing där deltagarna själva fick fritt ta upp det de upplevde som barriärer till sin egenvård och där uttryckte över hälften av deltagarna att känslor av ångest spelade en stor roll. För att söka efter samband mellan olika egenvårdsbeteenden och olika upplevda barriärer gjorde Daly et al. (2009) korstester mellan dem för att få fram mer specifika förhållanden mellan de alla. Ett tydligt samband av brister i egenvården sågs mellan depressiva symtom och samtliga av de

fyra valda momenten till egenvård (ta ordinerad medicin, matråd, regelbunden motion och mäta blodglukos) där HbA1c var ett mått för optimalt resultat.

Kunskapsbrist

Kunskapsbrist var både en faktor som nämndes av deltagare själva i studien av Ridge et al. (2011) samt mätt med hjälp av frågeformulär i studien av Khan et al. (2011) och även korstestat med följsamhetsfaktorer i Daly et al. (2009). I studien av Khan et al. (2011) kunde man se flera nyanser av bristande kunskap som gav sig uttryck i ren förnekelse om att diabetes var ett problem, att det man gjorde ändå inte fungerade och ren brist i kunskap om diabetes. Studien av Ridge et al. (2011) använde motivational interview och ställde öppna frågor om påverkande faktorer till livsstilsändringar och där uttrycktes att flera upplevde att de hade viss inneliggande kunskap som påverkade dem men att de efter ett tag ansåg att denna kunskap behövde förnyas, förbättras och fyllas på för att anpassas till deras ständigt skiftande situation.

Daly et al. (2009) visade att bristande kunskap om diabetes hade en direkt påverkan på egenvårdsbeteenden i form av att följa ordinationer, matråd, motion och mätning av blodglukos som i sin tur påverkade deras HbA1c-värden.

Livssituation

Flera av studierna visade att deltagarna upplevde att livet kom i vägen för att implementera de nödvändiga ändringarna som krävdes för att leva med diabetes (Brewer-Lowry et al., 2010; Chlebowy, Hood, & LaJoie, 2010; Daly et al., 2009; Khan et al., 2011; Ridge et al., 2011). En kvinna uttryckte i studien av Chlebowy et al. (2010) att hon upplevde att för varje timme gick 15 minuter till hantering av hennes diabetes.

I studien av Khan et al. (2011) nämndes att man inte förnyat sina recept och därmed har medicinen och/eller insulinet tagit slut och man har då inte kunnat följa ordinationen. Även

biverkningar så som hypoglykemi och viktökning spelade in vid följsamhet av medicinsk ordination. Chlebowy et al. (2010), Daly et al. (2009) och Khan et al. (2011), fann att tidsbrist i tillvaron var en betydande faktor. Det var både i fritiden och i yrkeslivet de hade svårt att få ihop tid för egenvårdsbeteenden så som blodglukostestning, tid till återbesök och även att ta sitt insulin.

Enligt Ridge et al. (2011) var livsnjutning en påverkande faktor till bristande följsamhet flertalet deltagare kände att om de skulle följa de livsstilsändringar som rekommenderas så skulle det inverka och minska deras livskvalitet och sociala samliv. En kvinna från studien beskrev att hon inte fann motivation till att helt eliminera allt vad njutning heter. Hon menade att god mat och att få ta en god öl till maten var det som gav njutning och livskvalitet så vad skulle livet vara utan det.

Motiverare

Stöd

En stor gemensam faktor som sågs genomgående hos ett flertal studier var stöd från familjemedlemmar, både av emotionell form så väl som direkt hjälp (Chlebowy et al., 2010; Daly et al., 2009; Mayberry & Osborn, 2012; Ridge et al., 2011; van der Wulp, de Leeuw, Gorter & Rutten, 2012). Samtliga studier visar att stöd från familjemedlemmar ger en positiv effekt på följsamhet hos personer med diabetes och deras egenvård och följaktligen även på deras HbA1C-värden. I studierna av Chlebowy et al. (2010), Mayberry och Osborn (2012) och Ridge et al. (2011) är det främst ett emotionellt stöd i form av uppbackning kring de moment som associeras vid egenvård samt hjälp med påminnelser om dessa. Mayberry och Osborn (2012) fann även värdefulla moment som familjemedlemmar erbjöd så som hjälp med matlagning, motion, blodglukosmätning och skjuts för återbesöken.

Stöd kunde även komma från andra håll än den omedelbara familjen till exempel från vänner och stödgrupper enligt Chlebowy et al. (2010) och Ridge et al. (2011) där deltagarna uttryckte att stöd kom i form av uppbackning, råd och gruppaktivitet med samtal samt fysisk aktivitet. Ett flertal deltagare i studien av Chlebowy et al. (2010) uttryckte att de fann tröst i att se att

det fanns likasinnade som hade samma svårigheter som de själva och att de fann stöd hos varandra samt kompletterade varandras kunskap.

Chlebowy et al. (2010) och Ridge et al. (2011) fann att stöd i form av kunskap och utbildning kunde komma framför allt från stödgrupper och hälso-och sjukvårdspersonal och gav en trygghet i egenvård och visade god effekt på HbA1c. För att detta stöd skulle vara effektivt var det viktigt med tillgängligheten, att kunna nå en person från stödgruppen eller en sjuksköterska på mottagningen för stöd och råd. Daly et al. (2009) visade även att det inte endast var tillgängligheten till hälso-och sjukvårdspersonal som spelade roll utan att det var också av stor vikt att det var en god relation mellan hälso-och sjukvårdspersonal och vårdtagare. En kvinna från studien av Ridge et al. (2011) uttryckte sin upplevelse av stöd från både grupp och sjuksköterska som väldigt positiv då de hade ett behov för en klapp på axeln från någon som kunde se innebörden av de ansträngningar de utfört och införlivat i sin egenvård.

Trygghet ur kunskap

Brewer-Lowry et al. (2010), Chlebowy et al. (2010), Daly et al. (2009), Lin och Wang (2011), Ridge et al. (2011), Smalls et al. (2012) och van der Wulp et al. (2012) visade alla i någon form att kunskap om diabetes skapade en känsla av trygghet och självständighet som vidare gav erfarenheter och ledde till rutiner. Utbildning från en person med expertkunskap inom området diabetes visade sig i samtliga ovannämnda studier ha en signifikant inverkan på följsamhet till givna råd för egenvård. Resultatet i Chlebowy et al. (2010) visade att om man vet mer presterar man mer. Denna expertkunskap fanns hos specialistutbildade sjuksköterskor i studierna av Brewer-Lowry et al. (2010), Chlebowy et al. (2010), Daly et al. (2009), Ridge et al. (2011), och Smalls et al. (2012) medan i studien av van der Wulp et al. (2012) kom kunskapen från en annan person med diabetes som blivit utvald av sjuksköterska att agera som stödperson. Daly et al. (2009) och van der Wulp et al. (2012) fann att med kunskap uttryckte deltagarna att de fick en känsla av större självständighet och upplevdes som positivt i deras egenvård. Med en grundläggande kunskap om diabetes kunde sedan ytterligare kunskap och insikt byggas på som baserades på erfarenhet enligt Chlebowy et al. (2010) och Lin och Wang (2011). Denna erfarenhet ger sedan enligt Brewer-Lowry et al. (2010),

Chlebowy et al. (2010) och Daly et al. (2009) en rutin som underlättar följsamheten i den vardagliga egenvården.

Känslomässig hanterbarhet (coping)

Coping/hanterbarhet var en känslomässig faktor som var gemensam i flera av studierna och visade sig på olika sätt (Lin & Wang, 2011; Ridge et al., 2011; Smalls et al., 2012; van der Wulp, 2012). I studien av van der Wulp et al. (2012) kunde man se att de som hade låga resultat på frågeformulär om psykisk välmående i början av studien ökade dessa resultat avsevärt efter stöttning i form av en annan person med diabetes och förbättrade därmed deras känslomässiga hantering.

I studien av Ridge et al. (2011) kom faktorer fram som skapade två underrubriker; motiverare och coping. Motiverare sågs som faktorer som gav ökad motivation till att sköta sin egenvård till diabetes. Exempel på sådana var stöd från andra, kunna se positivt resultat, känsla av förbättring och att man kunde undvika komplikationer. Bland annat uttrycktes att vid insikt att risker fanns för komplikationer och hur man kunde undvika dessa så gav det motivation att sköta sin egenvård bättre.

Under coping nämndes att om man kunde uppnå acceptans av sjukdomens närvaro var det av godo samt när undvikande beteende fanns av automatik var detta också något som upplevdes positivt (Ridge et al., 2011).

I studien av Smalls et al. (2012) undersöktes specifika samband mellan två känslomässiga hanteringssätt och deras direkta inverkan på olika egenvårdsbeteenden. Det ena benämndes känslomässigt processarbete (Emotional Processing - EP) och innebar att aktivt hantera känslor som uppstår, utan att reagera med bedrövelse. Det andra var känslomässigt uttryck (Emotional Expression - EE) som speglade aktiva försök till verbala och icke-verbala förmedlingar av känslor. Båda dessa har att göra med hur en person med diabetes känslomässigt kan uttrycka det de känner och därmed hantera dessa känslor, ta kontroll över dem och genom att mästra dessa lättare adaptera de livsstilsförändringar nödvändiga och de känslor som uppstår. De två olika nyanserna av coping visade sig ha olika påverkningsområden vad gällde egenvård för personer med diabetes. Smalls et al. (2012) fann

att förmåga att hantera moment med hjälp av EP gav goda resultat i att ta ordinerad medicin, diabeteskunskap, matvanor, motion, testning av blodglukos och fotvård medan EE hade god effekt på matvanor, motion, testning av blodglukos och fotvård.

Även i studien av Lin och Wang (2011) testades specifika förbestämda faktorer och dess inverkan på olika moment till egenvård vid diabetes. De fann att de som hade god uthållighet visade hög följsamhet till testning av blodglukos och till motion, god kunskap om kaloriinnehåll underlättade till goda matvanor och att känna till fördelarna som kom med motion visade samband till bra motionsvanor.

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att kunna sammanställa och tydliggöra aktuell forskning på det valda ämnet valdes att göra en litteraturstudie, anpassad till den tidsram som existerade. En litteraturstudie väljs att utföras när man vill skapa en överblick på ett speciellt område och skapa en sammanställning av aktuell forskning enligt Friberg (2012).

Samtliga valda databaser gav ett stort urval av artiklar till valt ämne. Då detta är ett område där mycket forskning hela tiden pågår lades en tidsbegränsning in för att säkra att den senaste forskningen kom fram.

Ingen begränsning gjordes till typ 1 eller typ 2 diabetes då diabetes i det stora hela handlar om att kunna hålla goda blodglukosnivåer och anpassad livsstil oavsett vilken typ diabetes man blivit diagnostiserad med (Agardh & Berne, 2009). I exklusionen gjordes begränsning på ungdomar under 15 år då de har andra faktorer som står utan deras egen påverkan då de inte har samma bestämmanderätt som en vuxen. Även studier som hade inkluderat grava psykiatriska diagnoser valdes bort då det kan ha stor inverkan utöver de vardagliga problemen med diabetes och övriga faktorer till följsamhet. De fyra artiklar som använt sig av mixed-

method analyserades med hjälp av protokoll för kvalitativ analys då det var den som passade bäst vid granskning (Polit & Beck, 2010).

Valda artiklar blev graderade efter kvalitetsbedömning enligt Willman et al. (2011) där alla höll den högsta graden av validitet utom en som erhöll grad II som var näst högst. Trots vår strävan att hålla högsta validitetsnivå kom den ändå med då den ansågs svara väldigt väl till studiens syfte. Fördelar artikeln hade var att den hade ett tydligt beskrivet syfte samt högt deltagarantal, nackdelen var att den inte hade en tydlig beskrivning av analysen.

Studien bestod av artiklar av både kvalitativ, kvantitativ och mixed-method då vi ansåg att kombinationen av de alla gav en bra beskrivning på det valda ämnet då vi fick med både resultat mätt i siffror samt personnära beskrivningar från deras egna upplevelser och egna ord. Fördelningen av studier var tre kvalitativa, tre kvantitativa och fyra mixed-method

Även skillnader i ursprungsländer fanns: sex studier var från USA, två från Storbritannien, en från Nederländerna och en från Taiwan. Ämnet valt förekommer i alla delar av världen vilket gjorde att vi inte begränsade oss till enbart en viss del av världen. Skillnader finns dock i förekomst, socioekonomiska förhållanden samt samhällsekonomiska faktorer som inte är applicerbart i Sverige.

En av studierna fokuserade på ungdomar och gav ett resultat med flera likheter i faktorer som påverkar deras följsamhet till de andra studierna men innehöll även vissa skillnader då faktorer som involverade de närmsta anhöriga var de som märktes starkast. Det fanns även en studie som enbart hade deltagare som hade åldern 65+ och hade därmed framför allt en faktor som hade signifikans som inte fanns med mer än i denna: närvaro av en vårdare i form av hemtjänst hos vissa av deltagarna. En studie använde sig helt av deltagare som var African American, detta på grund av att det är en grupp som i USA, där den utfördes, som har högre prevalens än övriga i befolkningen enligt American Diabetes Association (2011). De gick inte in på kulturella skillnader utan gick in för att finna existerande barriärer och motiverare så därför anses resultatet applicerbart.

Diskussion av framtaget resultat

Egenvård beskrivs väl av Orem (2001) och att dess mål och syfte framför allt går ut på att genom handling främja normal mänsklig funktion, utveckling och hälsa. Hon talar även om att dessa egenvårdshandlingar är intentionella och strävar mot ett bestämt mål och är en generell målsättning som bör innehas. Därvid måste egenvårdsbehoven vara identifierade och tas till vara på innan dessa kan transkriberas till en persons egenvårdshandlingar (ibid). Detta stöds i en studie av French, Wade och Farmer (2012) där man funnit att en persons syn på sin egen förmåga till egenvård är minst lika viktig att gå in på som deras syn på att leva med en kronisk sjukdom och kan spela stor roll vid en sjuksköterskas möte med en person med diabetes. Agardh och Berne (2009) beskriver egenvård som en kunskap som ska erhållas genom att erbjudas kontinuerlig utbildning och handledning för att med hjälp av denna kunna göra ibland komplicerade överväganden och beslut i sin sjukdom. Vidare ligger det i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att ta vara på personens kunskaper och erfarenheter samt att kunna identifiera och bedöma dessa resurser för att främja god egenvård (Socialstyrelsen, 2005). Denna beskrivning av egenvård syns även i studierna av Chlebowy et al. (2010), Daly et al. (2009), Khan et al. (2011), Lin och Wang (2011), Mayberry och Osborn (2012), Ridge et al. (2011) och Smalls et al. (2012). För att säkra att perspektivet hela tiden ligger på individnivå är det av vikt att främja en personcentrerad vård där personen står i centrum och involveras i alla vårdbeslut så långt det är möjligt enligt Hörnsten (2013).

Kunskap var ett stort grundläggande behov och önskemål och hade markant påverkan på följsamhet. De som ansågs inte besitta den kunskap nödvändig för att klara adekvat egenvård för sin diabetes visade sämre resultat på de flesta av moment som inräknas till egenvården (Brewer-Lowry et al., 2010; Chlebowy et al., 2010; Daly et al., 2009; Khan et al., 2011; Lin & Wang, 2011; Ridge et al., 2011; Smalls et al., 2012; van der Wulp et al., 2012). Enligt Polonsky (2002) är kunskap om diabetes en nödvändig grund för att kunna uppnå god egenvård och vidare även god glukoskontroll, men enbart kunskap är inte tillräckligt. Det är viktigt att ansvarig sjuksköterska tar reda på var personen med diabetes befinner sig kunskapsmässigt och utgår därifrån då meningen med utbildningen är att i dialog med personen med diabetes ska kunna erbjuda stöd och vägledning för att sedan ge resultat med optimal delaktighet i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2005). Studierna av Brewer-

Lowry et al. (2010), Chlebowy et al. (2010), Daly et al. (2009), Lin och Wang (2011), Ridge et al. (2011), Smalls et al. (2012) van der Wulp et al. (2012) visade att kunskap om diabetes var det som mest inverkade på följsamheten till egenvård i det att den gav påvisbara effekter på HbA1C. Vid bristande grundläggande kunskap sågs sämre värden på blodglukosen och ju bättre och ju mer kunskap man hade desto bättre kunde personerna hantera och utvecklas i sin situation med diabetes och upplevde därmed större frihet och trygghet kring sin situation (ibid). Även i studien av Bartol (2012) sågs att sjuksköterskan spelar en viktig roll i att utbilda och informera personer med diabetes och att det har stor inverkan på deras egenvård, dock inte utan att även söka att inspirera och motivera. I studien av Ahola och Groop (2012) där de har sökt det som kan ha inverkan på följsamhet fann de att kunskap spelar en nyckelroll till hur egenvård och rekommendationer följs. Även om det har visats i SBU (2009) att bäst effekt på HbA1c, ökad kunskap och följsamhet uppnås genom utbildning i grupper är detta inte något som erbjuds på särskilt många ställen i landet. Vi anser att detta är något som ska tas upp och sträva mot förändring samt kontinuerlig vidareutbildning för sjuksköterskor för undervisning i grupp.

Stort behov av stöd uttrycktes i flera olika former. Detta stöd kunde komma från närmast anhöriga, vänner och kollegor samt hälso-och sjukvårdspersonal (Chlebowy et al., 2010; Daly et al., 2008; Hilliard et al., 2012; Mayberry och Osborn 2012; Ridge et al., 2011; van der Wulp et al., 2012). Oavsett var det kom från hade dess närvaro en positiv verkan på följsamhet och vidare på blodglukoskontroll. Stöd kan komma från olika håll och i olika former. För optimal delaktighet och att säkra personcentrerad vård görs en överenskommelse med personen och gärna tillsammans med anhöriga som innebär aktiv delaktighet i planering och genomförande av egenvården (Hörnsten, 2013). Då egenvård kräver tid och regelbundenhet i vardagen enligt Agardh och Berne (2009) ställer det inte enbart krav på personen i sig med diabetes utan även på de som finns runt om så som närmaste anhöriga, släkt, vänner och kollegor.

När stöd från omgivningen brister kan det antingen vara att den inte finns när den behövs eller att den till och med kan bli för mycket och leda till konflikter eller rent av sabotage (Polonsky, 2002). En av de viktigaste källorna för detta stöd kommer från hälso-och sjukvårdspersonal enligt Ahola och Groop (2012). Det är därför viktigt att sätta personen med behov i centrum och i största möjliga mån göras delaktig i alla vårdbeslut för att främja god egenvård och ett framtida gott samarbete med hälso-och sjukvårdspersonal (Hörnsten, 2012).

Att bilda grupper med personer som är i samma situation med diabetes skulle kunna ge goda möjligheter att erbjuda utbildning från en sjuksköterska men även ge medlemmarna möjlighet att stötta varandra och utbyta erfarenheter. Det skulle även kunna vara ett bra forum där man vid tillfälle kan bjuda in närstående för deltagande där de kan informeras, inspireras och få konkreta råd för stödjande aktiviteter.

Att leva med diabetes innebär ett flertal justeringar på livsstilen och ställer stora krav på personen med diabetes och kan i sig innebära en stressfaktor enligt Willaing, Rogvi, Bøgelund, Almdal och Schiøtz (2013). Ur dessa moment som är egenvård kommer reaktioner av olika slag och på olika tidpunkter, stressande eller ej och det är ur dessa reaktioner vi skapar strategier för att kunna hantera dem (coping). Studierna av Brewer-Lowry et al. (2010), Daly et al. (2009), Hilliard et al. (2012), Khan et al. (2011), Lin och Wang (2011), Ridge et al. (2011), Smalls et al. (2012) och van der Wulp et al. (2012) fann att hur en person reagerar påverkar deras följsamhet samt hur de hanterar olika hinder som dyker upp på vägen. Alla skaffar sig olika strategier för att hantera olika situationer i livet och dessa i sin tur fungerar olika bra med tanke på vad man vill åstadkomma. Ett bra exempel på detta är studien av Smalls et al. (2012) där de tittat på två sätt att hantera situationer som kan ha en stressande inverkan: EE som innebär att man försöker aktivt spegla de verbala och icke verbala försök att förmedla känslor, samt EP som är aktiva försök att hantera känslorna utan stressåverkan. En förenkling av dessa skulle vara att det första är enbart en känslomässig reaktion på något medan den andra är att reaktionen blir till en handling och inte enbart en känslomässig respons. Det visade sig att de som hade en naturlig reaktion av EP klarade bättre av att hantera de eventuella motgångar och bakslag som kunde dyka upp med deras diabetes och gjorde dem bättre rustade för följsamhet till de riktlinjer som finns till regelbunden egenvård (ibid). För att på bästa sätt identifiera dessa mentala hinder kan det vara bra att inkludera en person som har adekvat specialistutbildning för att ta till vara på de mentala styrkor och överför dem till handlingar.

Att hantera känslor kan till slut bli så svårt att man talar om depression som dels kan orsakas av att leva med diabetes men även som komorbiditet och kan då göra situationen ännu svårare att klara av sin egenvård eller vardagen över huvud taget enligt Daly et al. (2009), Hilliard et al. (2012) och Ridge et al. (2011). Även Ahola och Groop (2012) fann att flera studier visar på ett samband mellan depressiva symtom och dålig följsamhet (utom en studie som inte kunde visa på något samband) och alla dess delmoment. Enligt Polonsky (2002) kan detta till

slut bilda en nedåtgående spiral där högt blodglukos under en längre tid, resulterat av dålig egenvård, vidare fördjupar depressionen och så vidare. Även Agardh och Berne (2009) tar upp att depression minskar både motivation och förmåga till egenvård och resulterar i sämre glukoskontroll och dålig frekvens på återbesök hos hälso-och sjukvården. Då detta är något som är ganska vanligt förekommande och har en förödande effekt på personen och deras förmåga att föra god egenvård samt generellt ger sämre livskvalitet borde detta vara något man kontinuerligt tittar efter och eventuellt skapar en rutin för att fånga upp symtom på depression i ett tidigt skede.

Slutsats och kliniska implikationer

Sjuksköterskan har ett stort ansvar i främjandet av egenvård hos en person med diabetes och innebär ett flertal utmaningar. Problembilden att för att kunna lyckas med att inspirera och motivera till god egenvård och god livskvalitet är mångfacetterad. Denna studie skall kunna vara en hjälp med att tidigt identifiera barriärer som dyker upp och därmed lättare kunna hantera dem samtidigt som man kan använda de motiverare man vet har positiv effekt till att lyfta fram personens egen styrka och förmåga till egenvård. Vidare skulle denna studie kunna användas att bygga vidare på med en empirisk studie där man använder ett team i en gruppmiljö och tittar på vilken effekt det har på följsamhet.

Författarnas arbetsfördelning

Arbetet har utförts med samsyn hela vägen utan uppdelning av någon part. Först söktes artiklar tillsammans vid en dataskärm för att sedan läsa alla valda artiklar noggrant var för sig och med gemensam kraft analyserades och sammanställdes resultatet av detta.

Referenser

- Agardh, C-D. (2010). *Typ 2-diabetes*. Stockholm: Liber AB.
- Agardh, C-D. & Berne, C. (2009). *Diabetes*. Stockholm: Liber AB.
- Ahn, S., Kim, H. & Kim, N. (2005). Impact of Nurse Short Message Service Intervention for Patients With Diabetes. *J Nurs Care Qual*, Vol. 21, No. 3, 2006, 266-271.
- Ahola, A. J. & Groop, P-H. (2012). Barriers to self-management of diabetes. *Diabetic Medicine* 30, 413–420 (2013).
- American Diabetes Association (2011). *Diabetes statistics*. Hämtad 8 oktober, 2013 från <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/>
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Banerjee, M., Macdougall, M. & Lakhdar, A.F. (2011). Impact of a single one-to-one education session on glycemic control in patients with diabetes. *Journal of diabetes*, 4 (2012) 186-190.
- 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* 24 (2012) 270–276.
- *Brewer-Lowry, A.N., Arcury, T.A., Bell, R.A. & Quandt, S.A. (2010). Differentiating approaches to diabetes self-management of multi-ethnic rural older adults at the extremes of glycemic control. *The gerontologist*, Vol. 50, No. 5, 657-667.
- *Chlebowy, D. O., Hood, S. & LaJoie, A.S. (2010). Facilitators and barriers to self-management of type 2 diabetes among urban african american adults: focus group findings. *The diabetes educator*, 2010 36: 897.
- *Daly, J.M., Hartz, A.J., Xu, Y., Levy, B.T., James, P.A., Merchant, M.L. & Garrett, R.E. (2008). An assessment of attitudes, behaviors, and outcomes of patients with type 2 diabetes. *Journal of the american board of family medicine*, 2009; 22: 280-90.
- Diabetesförbundet. Om diabetes/Typ 1-diabetes. (2011a). Hämtad 16 september, 2013, från <http://www.diabetes.se/sv/Diabetes1/Om-diabetes/Typ-1-diabetes/>
- Diabetesförbundet. Om diabetes/Typ 2-diabetes. (2011b). Hämtad 16 september, 2013, från <http://www.diabetes.se/sv/Diabetes1/Om-diabetes/Typ-2-diabetes/>
- Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning / Christina Forsberg och Yvonne Wengström. Stockholm.

French, D.P., Wade, A. N. & Farmer, A.J. (2012). Predicting self-care behaviours of patients with type 2 diabetes: The importance of beliefs about behaviour, not just beliefs about illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 74 (2013) 327–333.

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2., uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Hilliard, M.E., Wu, Y.P., Rausch, J., Dolan, L.M. & Hood, K.K. (2012). Predictors of deteriorations in diabetes management and control in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of adolescent health*, 52 (2013) 28-34.

Hörnsten, Å. (2012). *Vårdhandboken: Personcentrerad vård*.

Kempf, K., Tankova, T. & Martin, S. (2013). ROSSO-in-praxi-international: Long-term effects of self-monitoring of blood glucose on glucometabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus not treated with insulin. *Diabetes technology and therapeutics*, Volume 15, Number 1, 2013.

*Khan, H., Lasker, S.S. & Chowdhury, T.A. (2011). Exploring reasons for very poor glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Primary care diabetes*, 5 (2011) 251-255.

*Lin, S. P. & Wang, M.J. (2012). Strategic management of behavioural change in type 2 diabetic patients. *Public health*, 126 (2012) 18-24.

Läkemedelsboken (2011/2012).

*Mayberry, L.S. & Osborn, C.Y. (2012). Family support, medication adherence and glycaemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 35: 1239-1245, 2012.

Medicinska forskningsrådet (MFR), 2000 (Borås : Centraltr.) *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning : forskningsetisk policy och organisation i Sverige / Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik. (2000)*. Stockholm

Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G. & Spreeuwenberg, C. (2008). Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC public health*, 2008, 8:91.

Nyström, F.H. & Nilsson, P.M. (2012) *Diabetes och metabola syndromet*. Lund: Studentlitteratur.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice, sixth edition*. St. Louis: Mosby.

Parchman, P.L., Zeber, J.E. & Palmer, R.F. (2010). Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: A STARNet Study. *Annals of family medicine*, 2010; 8: 410-417.

Pasterkamp, G. (2013). Methods of accelerated atherosclerosis in diabetic patients. *Education in heart*, 2013;99:743–749.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essential of nursing research – appraising evidence for nursing practise*. Philadelphia PA : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, cop. 7:e uppl.

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

*Ridge, K., Treasure, J., Forbes, A., Thomas, S. & Ismail, K. (2011). Themes elicited during motivational interviewing to improve glycaemic control in adults with type 1 diabetes mellitus. *Diabetic medicine*, 29, 148-152 (2012).

Ryan, J.G., Jennings, T., Vittoria, I. & Fedders, M. (2013). Short and long-term outcomes from a multisession diabetes education program targeting low-income minority patients: a six-month follow up. *Clinical therapeutics*, 2013; 35: A43-A53.

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

*Smalls, B.L., Walker, R.J., Hernandez-Tejada, M.A., Campbell, J.A., Davis, K.S. & Egede, L. E. (2011). Associations between coping, diabetes knowledge, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *General hospital psychiatry*, 34 (2012) 385-389.

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (2005) Hämtad 21 september, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvården. (2010). Hämtad 20 september, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvarden>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

WHO (2013). Diabetes. Hämtad den 10 oktober, 2013, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>

Willaing, I., a Rogvi, S., Bøgelund, M., Almdal, T. & Schiøtz, M. (2013). Recall of HbA1c and self-management behaviours, patient activation, perception of care and diabetes distress in type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 30, e139–e142 (2013).

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

*van der Wulp, I., de Leeuw, J. R. J., Gorter, K. J. & Rutten, G. E. H. M. (2012). Effectiveness of peer-led self-management coaching for patients recently diagnosed with type 2 diabetes mellitus in primary care: a randomized controlled trial. *Diabetic medicine*, 29, e390–e397 (2012).

Ödegård, S. (2010). Patientsäkerhet och diabetes. *FoU Välfärd*. Rapport 2010:1

Analysartiklar är markerade med * framför.