



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Barriärer och förutsättningar för främjande av egenvård vid diabetes typ 2

En litteraturstudie

Författare: Cecilia Darud och Josefin Haskel

Handledare: Annica Sjöström Strand

Kandidatuppsats

Våren 2015

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

Barriärer och förutsättningar för främjande av egenvård vid diabetes typ 2

En litteraturstudie

Författare: Cecilia Darud och Josefin Haskel

Handledare: Annica Sjöström Strand

Kandidatuppsats

Våren 2015

Abstrakt

Diabetes typ 2 är en folksjukdom som ständigt ökar i världen där miljöfaktorer och levnadsvanor är de främsta bidragande orsakerna till sjukdomen. Syftet var att utifrån ett patientperspektiv identifiera barriärer och förutsättningar för sjuksköterskans främjande av egenvård. Litteraturstudien grundar sig på 10 kvalitativa intervjustudier. Teman som framkom utifrån barriärer i resultatet var individuella aspekter, kulturella aspekter, upplevd motivationsbrist, begränsad vårdkontakt. Förutsättningar som identifierades för egenvård var goda vårdrelationer, stöd från familjen samt patientens ansvarstagande. Genom att få en ökad förståelse för patienters upplevelser av barriärer och förutsättningar kan sjuksköterskan stödja och motivera till egenvård. Detta kan i sin tur leda till att patienterna blir mer ansvarstagande i sin sjukdom och motiveras till livsstilsförändringar för att upprätthålla en god hälsa.

Nyckelord

Barriärer, Diabetes typ 2, Egenvård, Förutsättningar, Vårdrelationer

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	2
Perspektiv och utgångspunkter	2
Egenvård	3
Egenvårdsbrist	3
Omvårdnadssystem	3
Patofysiologi	4
Symtom och diagnos	4
Komplikationer	5
Riktlinjer för diabetesvård	6
Sjuksköterskans roll i patientens egenvård	6
Att leva med diabetes typ 2	7
Syfte	8
Metod	8
Litteraturstudie	9
Urval	9
Datainsamling	9
Tabell sökschema CINAHL	10
Tabell sökschema Pubmed	11
Data analys	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Resultat	13
Barriärer för egenvård	13
Individuella aspekter	13
Kulturella aspekter	15
Upplevd motivationsbrist	16
Begränsad vårdkontakt	17
Förutsättningar för egenvård	18
Goda vårdrelationer	18
Stöd från familjen	19
Patientens ansvarstagande	20
Diskussion	21
Diskussion av vald metod	21
Diskussion av framtaget resultat	23
Slutsats och kliniska implikationer	26
Författarnas arbetsfördelning	27
Referenser	28

Introduktion

Problemområde

Insjuknandet i diabetes typ 2 är ett ökande folkhälsoproblem i Sverige och även globalt (World Health Organization, 2006). Enligt International Diabetes Federation (2014) visar uppgifter på att 387 miljoner människor har diabetes världen över, och det beräknas öka till 592 miljoner fram till år 2035. Ökningen av sjukdomen beror på ett antal olika faktorer såsom ärftliga anlag, miljöfaktorer samt levnadsvanor. Fysisk inaktivitet, övervikt och fetma ses som de främsta betydande orsakerna till insjuknandet av diabetes typ 2 (ibid).

Diabetes är en kronisk sjukdom som kräver livslång behandling vilket innebär förändrade levnadsvanor som kan vara en stor utmaning för den enskilde individen och sjuksköterskan (Skafjeld, Graue, 2013). Sjuksköterskans roll är att utbilda, motivera och aktivera patienten så att patienten tar ansvar för sin egenvård i behandlingen. Vidare krävs det engagemang och motivation från patienten för att behandlingsmålen ska uppnås (Bartol, 2012). Juul et.al (2012) beskriver att sjuksköterskans involvering vid diabetes typ 2 är förenad med en förbättrad kvalitet för att kunna hantera sin sjukdom (ibid). Enligt Pun, Coates och Benzie (2009) är det bara en tredjedel av patienter med diabetes typ 2 som följer behandlingsplanen. Därför är det viktigt att etablera en god vårdrelation där sjuksköterskan skapar förståelse och sätter individen i fokus för att kunna identifiera barriärer och förutsättningar ur ett patientperspektiv (ibid).

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Denna litteraturstudie kommer att utgå från Dorothea Orems teori om egenvård. I Kirkevold (2000) beskrivs att sjuksköterskans mål med omvårdnaden utifrån Orems egenvårdsteori är att hjälpa och stödja patienten till självständighet och egenvård. Orems egenvårdsteori delas in i tre delar, vilka är egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem (ibid). I Nationella riktlinjer för diabetesvård (2014) betonas att vårdteamet tillsammans med patienten ska sätta upp rimliga mål för behandling, och dessa mål ska baseras på patientens livskvalitet och risk

för att utveckla komplikationer som är förenade med diabetes typ 2. Det är därför av stor vikt att teamet sätter patientens förmåga till handling i första hand för att uppnå behandlingsmålen (ibid).

Egenvård

Dorothea Orem (2001) definierar egenvård som målinriktade individuella handlingar som syftar till att upprätthålla hälsa och välbefinnande i ett livscykelperspektiv. Egenvårdens mål är att genom kunskap och utveckling bevara och kontrollera sin hälsa och livskvalitet. Orem betonar även att egenvård är handlingar som utförs självständigt av patienten, för sin egen skull utifrån ett vårdsyfte.

Egenvårdsbrist

Egenvårdsbrist, som är den andra delen av Orem's egenvårdsteori, definieras som att egenvårdskapaciteten är mindre än egenvårdskravet. Detta leder till en obalans mellan vad patienten bör göra och vad patienten kan eller faktiskt kommer att göra. Detta är en indikator på att patienten är i behov av professionell hjälp och stöd i behandlingen för att motiveras och ta ansvar för sin sjukdom. Egenvårdsbristen kan bero på olika begränsningar som okunskap relaterat till tillstånd och sjukdom, samt begränsad förmåga att bedöma och utföra omvårdnadsåtgärder som ger resultat (Orem, 2001).

Omvårdnadssystem

Omvårdnadssystem som är den sista delen av egenvårdsteorin behandlar interaktionen och samspelet mellan patienten och vårdpersonalen. Omvårdnadssystem är indelat i tre stycken undergrupper vilka är omvårdnadssystem, hjälpstrategier och omvårdnadskapacitet. Syftet med omvårdnadssystem är att få patienten med en kronisk sjukdom att ta ansvar för sin behandling i det vardagliga livet. Orem har utvecklat olika strategier, så kallade hjälpmetoder vilket bland annat är att vägleda, stödja och utbilda patienten i sin sjukdom och omvårdnad men även försöka ge patienten en stimulerande och utvecklande miljö där denne motiveras till egenvård och ansvar. Omvårdnadskapacitet beskrivs som vilken utbildning och expertis sjukvårdspersonalen har och vad de kan erbjuda patienten som behöver stöd i sin egenvård. Detta handlar bland annat om sjuksköterskans attityder, kunskaper samt färdigheter för att kunna utöva en god omvårdnad (Orem, 2001).

Patienter med kroniska sjukdomar, bland annat diabetes typ 2 har ett ökat krav på att engagera sig och ta ansvar för sin egenvård för att bibehålla livskvalitet. I Gatlins (2014) studie framgår att patienter med diabetes typ 2 har svårigheter med egenvård gällande p-glukos nivåer, följa rekommenderade kostråd samt att fysiskt aktivera sig. Enligt Gatlin (2014) beror den bristfälliga egenvården på olika faktorer som låg socioekonomisk status, otillräcklig familjesupport, okunskap och brist på sjukvårdskontakter. Orem (2001) har även betonat grundläggande faktorer som påverkar egenvården vilka är ålder, kön, sociokulturella faktorer, miljö, familjesupport samt hälso-och sjukvårdssystemet. Dessa faktorer kan skilja sig avsevärt beroende på var i världen patienterna bor och vilka förutsättningar som finns att tillgå (ibid).

Patofysiologi

Diabetes mellitus typ 2 är en endokrin progressiv sjukdom som kännetecknas av högt plasmaglukos relaterat till nedsatt eller otillräcklig insulinproduktion. Vid diabetes typ 2 finns det en insulinbrist, vilket innebär att frisättningen av insulin är för låg i förhållande till behovet (WHO, 2006). Insulinbristen leder till en försämrad upptagning av glukos i kroppens alla vävnader vilket i sin tur leder till att en stor mängd glukos stannar kvar i blodet (Ericson & Ericson, 2013).

Genetiska anlag för diabetes typ 2 samt en rad olika miljöfaktorer har en påvisbar betydelse för utveckling av sjukdomen. Faktorer som påverkar uppkomsten av diabetes typ 2 är livsstilsfaktorer som stillasittande livsstil, kostvanor samt övervikt (Ericson & Ericson, 2013). Genom att identifiera patienter i högriskgrupper och aktivt sätta in åtgärder kan komplikationer förebyggas genom livsstilsbehandling i form av ändrade kostvanor och ökad fysisk aktivitet hos patienter med nedsatt glukosintolerans (Skafjeld & Graue, 2013).

Symtom och diagnos

Symtomen för diabetes typ 2 utvecklas under en längre tid och är av smygande karaktär. Personer som utvecklar symtom för diabetes typ 2 kan under en lång period vara ovetandes om att de har sjukdomen då symtomen vanligen är diffusa. Detta innebär att sjukdomen ofta upptäcks i samband med en annan sjukdom eller på grund av mikro och makrovaskulära senkomplikationer. Förhöjda p-glukosvärden kan indikera på diabetes typ 2 som i sin tur kan konstateras i samband med blodprov eller urinprov. Urinvägsinfektioner eller klåda i

underlivet kan vara begynnande tecken i sjukdomsförloppet (Alvarsson, et.al, 2007). Symtomen för diabetes typ 2 är bl.a. ökade urinvolymer, ökad törst samt trötthet (IDF, 2014). American Diabetes Association (2010) definierar diabetes med hjälp av olika mätvärden. Plasmaglukos används vanligen för att diagnostisera diabetes och om glukosvärdet i plasman överstiger 7,0 mmol/l i fastevärde vid upprepade provtagningar är det en stark indikator på sjukdomen. Vid slumpmässiga plasmaglukostest är ett värde över 11,0 mmol/l en indikation på diabetes. Ett annat mätvärde som kan användas för att få en uppsikt över sjukdomen är Hb1Ac, vilket är ett långtidsglukosprov som visar på ett mått hur glukoshalten i blodet varit under en längre period, vanligtvis åtta till tio veckor. Detta får däremot inte användas som enda mätvärdet vid diagnostisering av diabetes. Vad som även bör beaktas vid diagnostisering är att glukosvärdet i blodet kan vara förhöjt på grund av stress eller en pågående infektion, och därför bör glukosvärdet tas vid upprepade tillfällen om det finns en misstanke om diabetes för att utreda vilken svårighetsgrad det är (ibid). Urin-glukos är ett annat sätt att diagnostisera diabetes, och med hjälp av ett urinprov testas glukoshalten i urinen. Om glukosvärdet överstiger njurtröskelvärdet som är cirka 8 mmol/l, är njurarnas förmåga att återresorbera glukos nedsatt, vilket i sin tur leder till att glukos läcker ut i urinen (Ericson & Ericson, 2013).

Komplikationer

Diabetes har en stor påverkan på alla centrala organ i kroppen (Haley & Richards, 2014). Enligt Cunningham & Noble (2014) leder odiagnostiserad diabetes till en förtidig död. Långvarig hyperglykemi hos patienter med diabetes typ 2 leder ofta till komplikationer, så kallade mikro och makrovaskulära senkomplikationer. Vid mikrovaskulära komplikationer drabbas de mindre blodkärlen i kroppen, bland annat njurarna, ögonen och perifera nerver. Vanligt förekommande hos patienter med diabetes typ 2 är förändringar i ögats näthinna, vilket innebär att det bildas små utbuktningar i blodkärlen. Även njurpåverkan är en vanlig komplikation hos patienter med diabetes typ 2. En indikator på nefropati är läckage av protein i urinen, så kallad mikroalbuminuri. Njurfunktionen försämras ytterligare av långvarig och okontrollerad hypertension som leder till kärlförändringar. Ytterligare en komplikation är neuropati som innebär förändringar i nerverna. Neuropati förekommer hos 70-90 procent av de patienter som har haft diabetes i mer än 40 år. Sensomotorisk neuropati är den vanligaste nervförändringen, vilket innebär nedsatt eller utesluten hudsensibilitet. Ett tecken på perifer neuropati kan vara en brinnande och stickande känsla i fötterna. Dessa nervförändringar kan även leda till att funktionerna i mag-tarmkanalen påverkas, till exempel förstoppning,

illamående och diarré (ibid). Riskfaktorer för mikrovaskulära komplikationer är sjukdomens varaktighet, metabol kontroll samt hypertoni (Skafjeld & Graue, 2013). Förändringar i de stora blodkärlen relaterat till hypertension leder till makrovaskulära komplikationer som förknippas med ateroskleros. Dessa komplikationer ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Både hjärtinfarkt och stroke är komplikationer som är relaterade till makrovaskulära komplikationer (Cunningham & Noble, 2014). Vidare är rökning, hypertoni och icke kontroll över lipider samt albuminuri viktiga riskfaktorer vid makrovaskulära sjukdomar (Skafjeld & Graue, 2013).

Riktlinjer för diabetesvård

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård (2014) berörs riktlinjer för vård av diabetes hos vuxna. Riktlinjerna innehåller rekommendationer som hälso- och sjukvården bör erbjuda patienter vid behandling av diabetes typ 2. Syftet med riktlinjerna och rekommendationerna är att höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården för att ge god vård och att öka livskvaliteten genom att sätta in rätt åtgärder. Riktlinjerna som är framtagna av Socialstyrelsen omfattar också planer för screening, prevention och levnadsvanor, glukoskontroll, hjärt- och kärlsjukdomar, omvårdnad, diabeteskomplikationer samt diabetes vid graviditet. Det betonas i riktlinjerna att motivation till fysisk aktivitet, kosthållning och rökstopp är grundläggande aspekter i diabetesvården. Det framgår i riktlinjerna för diabetesvård att patientutbildning i egenvård har en central roll i diabetesvården. Därför bör hälso- och sjukvården erbjuda gruppbaserad patientutbildning för att patienterna ska kunna nå behandlingsmål. All utbildning ska vara individanpassad där vårdpersonalen ska utgå från varje individs förutsättningar för egenvård. Målen ska även baseras på en bedömning av livskvalitet samt risken för diabeteskomplikationer (ibid). De nationella riktlinjerna stöds även av ADAs (2015) riktlinjer för diabetesvård. ADAs (2015) riktlinjer behandlar precis som Socialstyrelsens (2014) riktlinjer och rekommendationer om hälsosam livsstil som rör kost och motion, samt information och utbildning om riskfaktorer och komplikationer relaterat till sjukdomen.

Sjuksköterskans roll i patientens egenvård

I sjuksköterskans kompetensområde (Socialstyrelsen, 2005) beskrivs att sjuksköterskan har en viktig roll i att främja hälsa och förebygga hälsorisker samt motivera och informera patienten

till en förändrad livsstil. Det är viktigt att sjuksköterskan bedömer vilka resurser patienten har att tillgå och även att bedöma patientens förmåga att hantera sin sjukdom (ibid).

Robertson (2012) beskriver att patientens delaktighet i sin behandling är av hög prioritet vid diabetes typ 2. Hos diagnostiserade patienter med diabetes typ 2 är det viktigt att sjuksköterskan identifierar vilka hälsorisker som sjukdomen kan medföra. Det är således viktigt att behandling sätts in tidigt för att minska risken för senkomplikationer. Sjuksköterskan har en central roll i att stödja patienten och ge patienten grundläggande utbildning om sjukdomen samt om sjukdomsförloppet för att behandlingen ska bli framgångsrik. En individanpassad behandling samt systematiskt stöd i behandlingen är viktigt för att hjälpa patienter att förändra samt upprätthålla livsstilsförändringar (ibid).

Bartols (2012) beskriver att sjuksköterskan har en nyckelroll i att öka patientens förmåga till att hantera och stödja individen till att ta ansvar för sin sjukdom. För en framgångsrik behandling krävs det att patienten förstår och blir delaktig i sina behandlingsmål. Sjuksköterskan ska involvera patienten i sin sjukdom och ge kunskap om hur glukoskontroller kan upprätthålla långvarig hälsa. Genom att sjuksköterskan informerar om effekten av medicinering/behandling samt att erbjuda praktisk vägledning kan patienten få en större förståelse kring vikten av att ta ansvar för sin egenvård. Ett verktyg som sjuksköterskan kan använda sig av är motiverande samtal. Detta verktyg är en process där sjuksköterskan med hjälp av lyhördhet och empati utforskar patientens motivation och hjälper patienten till livsstilsförändring. Med livsstilsförändring avses framförallt kost, fysisk aktivitet och viktminskning. Genom att etablera en relation mellan patient och sjuksköterska kan patientens beteende förändras genom att sjuksköterskan erbjuder patienten stöd i behandlingen. För att behandlingen ska ge effekt är det av stor vikt att sjuksköterskan har en klar bild över patientens mål och även de förutsättningar samt barriärer som finns för att uppnå målen (ibid).

Att leva med diabetes typ 2

Skafjeld och Graue (2013) beskriver att det kan innebära en stor omställning för individen att diagnostiseras med en kronisk sjukdom, vilket kan leda till långvariga livsstilsförändringar och olika behandlingsmetoder. Detta kan påverka patientens följsamhet och motivation till behandling. Hur kroniskt sjuka patienter hanterar sin sjukdom kan bero på olika faktorer som ex. tillgång till resurser, stöd från omgivningen och vårdpersonal, information, erfarenhet av sjukdomen, samt attityder till sjukdom och behandling. Den kroniska sjukdomen kan påverka

patientens livskvalitet och integritet. Att leva med diabetes kräver inte bara kontroll över p-glukos. Den sociala aspekten är också viktig att beakta vid diabetes då sjukdomen kan påverka relationen med andra människor ex. med familj, vänner och omvårdnadspersonal. Diabetes kan även definieras med utgångspunkt i ett personligt perspektiv där definitionen lägger vikt vid patientens upplevelser kring att vara diagnostiserad med en kronisk sjukdom utifrån den enskilde individen (ibid).

Skafjeld & Graue (2013) betonar att vuxna patienter med diabetes typ 2 kan uppleva lägre psykologiskt välbefinnande med depression och ångest i jämförelse med befolkningen utan kronisk sjukdom. Att leva med en kronisk sjukdom innefattar en del utmaningar som patienten ställs inför. Utmaningar som kan uppstå vid en kronisk sjukdom som diabetes är bl.a. att förebygga eller att leva med social isolering, följa behandling, att anpassa sig till förändringar i sjukdomen samt att hantera eventuella psykologiska problem (ibid).

Bartol (2012) betonar att sjuksköterskan ska se till hela patienten och inte bara sjukdomen i patienten när behandlingsmål sätts. Även fast hantering och utbildning ligger till grund för diabetesvården är det viktigt att beakta att diabetes bara är en aspekt av patientens liv. Studien visade på att faktorer som arbete, familj och livsstil är viktiga vid behandlingsmetoder för att skapa så goda förutsättningar och resultat som möjligt.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att utifrån patienters upplevelser identifiera barriärer och förutsättningar för sjuksköterskans främjande av egenvård vid diabetes typ 2

Metod

Litteraturstudie

En litteraturstudie är en studie där litteraturen bygger på vetenskapligt underlag.

Litteraturstudier avser att formulera en avgränsande och specificerande fråga och att utifrån denna utföra en litteratursökning av studiens undersökningsfråga. I litteraturstudien ska en kritisk granskning ske för att fastställa kvalitén på de vetenskapliga artiklarna samt avslutningsvis genomföra en analys av litteraturen genom insamlad data (Kristensson, 2014).

Det finns idag forskning om diabetes typ 2 och patienters upplevelser av barriärer och förutsättningar för patienternas egenvård. Därför kommer denna litteraturstudie sammanställa tidigare studier som redogjort för patienters upplevelser av barriärer och förutsättningar för egenvård av diabetes typ 2 att presenteras.

Urval

I litteraturstudien har en systematisk litteratursökning genomförts i hälso- och sjukvårdsdatabaserna CINAHL och Pubmed (Willman, Stoltz, Bahtsevani, 2011).

Vetenskapliga artiklar har sökts i ovannämnda referensdatabaser med utgångspunkt för både kvalitativa och kvantitativa studier.

Inklusionskriterier utifrån urval av artiklar är att publicering av artiklar inte är äldre än 10 år, det vill säga år 2005-2015. Andra inklusionskriterier som har använts är vuxna med diabetes typ 2. Exklusionskriterier för urvalet av artiklar är barn och studier som enbart behandlar diabetes typ 1. Titlarna i artiklarna har kontrollerats och läsning av abstrakt har genomförts. Vidare har relevanta artiklar granskats utifrån bilaga H i Willman et al, (2011) för att säkerhetsställa kvaliteten utifrån olika kvalitetskriterier.

Datainsamling

Insamlad data har granskats noga utifrån bilaga H från Willman et al, (2011). Enligt Willman et al, (2011) kan studiers kvalitet fastställas med hjälp av olika grader som grundar sig på procentsatser utifrån bilagorna. I det kvalitativa granskningsprotokollet finns det 14 frågor där svarsalternativen är "JA", "NEJ" eller "VET EJ". Vid varje "JA" gavs ett poäng, "NEJ" noll poäng och "VET EJ" exkluderades. Poängsumman omvandlades sedan till procentsats där 100 % visar på högsta kvalitet. Studier som fick 80-100 %, även benämnt grad 1, ansågs hålla

mycket hög kvalitet och 70-79 %, grad 2, var medelhög kvalitet. Samtliga valda studier i resultatet har en grad 1 eller grad 2 kvalitet. Studier som inte uppnått kvalitetsgranskningen har exkluderas från resultatet. Kvalitetsgranskningen resulterade i två artiklar med medelhög kvalitet samt åtta av mycket hög kvalitet. Studier som ingår i resultatet är markerat med * i referenslistan.

Sökorden i denna litteraturstudie som är relevanta utifrån det valda ämnesområdet är diabetes type 2, barriers, facilitators, self-care, patient, experience, self-management, adherence och diabetes specialist nurse.

Tabell sökschema CINAHL

#	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
#1	Diabetes	10 years	37245				
	type 2						
#2	Patient	10 years	400384				
#3	Self care	10 years	46109				
#4	Adherence	10 years	23004				
#5	Facilitators	10 years	2956				
#6	Barriers	10 years	23698				
#7	Experience	10 Years	32746				
	#1 AND #2	10 years	33	33	9	4	3
	AND #4	All Adult					
	AND #6						
	#1 AND #2	10 years	60	25	7	2	2
	AND #3	All adult					
	AND #7						
	#1 AND #2	10 years	18	13	9	5	4
	AND #5	All adult					
	AND #6						

Tabell sökschema Pubmed

#	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Använda artiklar
#1	Diabetes specialist nurse	10 years	225				
#2	Diabetes type 2	10 years	60377				
#3	Self-management	10 yeras	84142				
#4	Patient	10 years	2326647				
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	10 years	21	12	5	1	1

Data analys

Induktiv ansats ligger till grund för analysen av den insamlade datan. Induktiv ansats kan förklaras genom att forskaren samlar in information och genom ett öppet sinne tolkar innehållet ur de valda studierna (Polit & Beck, 2013). Integrerad analys har använts efter granskning av artiklarna. Integrerad analys är en metod för sammanställning av resultatet i en litteraturstudie. Med denna analys är det möjligt att presentera resultatet på ett väldisponerat och lättförståeligt sätt. En noggrann genomläsning av de valda studierna har skett ett flertal gånger som gav en klar bild av artiklarnas helhet. Utifrån artiklarnas helhet skedde en djupgående läsning för att finna likheter och skillnader i studiernas resultat. Därefter genomfördes en sammanställning av varje studies resultat för att få en klar överblick över det som skulle analyseras. Vidare skapades övergripande teman över de likheter och skillnader som identifierats i studierna. Analysen har sedan presenterats utifrån de övergripande teman

som författarna identifierat. Analysen resulterade i två stycken huvudteman och sju stycken subteman (Kristensson, 2014).

Forskningsetiska avvägningar

Inom forskning är det viktigt att forskarna har ett etiskt förhållningssätt. Forskningsetik handlar till stor del om att respektera och ta ansvar för de personer som involveras i studien. Information som forskarna samlar in ska användas på ett korrekt sätt, samt att hänsyn ska tas till deltagarnas välbefinnande och integritet (Kristensson, 2014). I denna litteraturstudie har författarna tagit hänsyn till och haft det etiska förhållningssättet i åtanke hela processen.

Helsingforsdeklarationen är ett internationellt styrdokument som riktas mot medicinsk forskning där människor är involverade. Deklarationen syftar bland annat till att patientens autonomi, integritet och rätt till information beaktas. Vidare betonas det att minska risken att patienter utsätts för såväl fysiska som psykiska skador (World Medical Associations, 2013). Inom forskningsetik finns det fyra stycken centrala principer som är viktiga att beakta i forskning. Dessa principer är autonomiprincipen, inte skada-principen, rättvisepincipen och nyttoprincipen. I autonomiprincipen framgår det att forskningen ska ske med ett respektfullt sätt gentemot personens autonomi samt att personen när som helst kan välja att avbryta studien. Vidare har personen som ska ingå i studien rätt till att få korrekt information om hur studien ska genomföras. Inte skada-principen innebär att risken för skador ska minskas och även att skydda personerna genom sekretesslagstiftning. I rättvisepincipen betonas att alla deltagare i studien ska bli rättvist behandlade och medverkan ska vara på lika villkor. Den fjärde och sista principen ska forskaren alltid ha i åtanke att överväga vilka risker som kan komma att uppstå (Kristensson, 2014).

Resultatet i litteraturstudien grundar sig på tio studier varav sex är godkända av etiska kommittéer. Vidare förs det etiska resonemang i resterande fyra artiklar. De artiklar som inte är godkända av etiska kommittéer har ändå ett väl beskrivet etiskt resonemang som tydligt utgår från de fyra forskningsetiska principerna; autonomi, inte skada, rättvisepincipen och nyttoprincipen.

Resultat

Analysen av framtaget material resulterade i två huvudteman, vilka är barriärer och förutsättningar för egenvård av diabetes. Subteman som identifierades utifrån barriärer var; individuella aspekter, kulturella aspekter, upplevd motivationsbrist och begränsad vårdkontakt. Utifrån förutsättningar har följande subteman identifierats; goda vårdrelationer, stöd från familjen samt patientens ansvarstagande.

Tema	Subtema
Barriärer för egenvård	Individuella aspekter
	Kulturella aspekter
	Upplevd motivationsbrist
	Begränsad vårdkontakt
Förutsättningar för egenvård	Goda vårdrelationer
	Stöd från familjen
	Patientens ansvarstagande

Barriärer för egenvård

Individuella aspekter

Flertalet studier (Boström et al, 2013; Carolan et al, 2014; Janes et al, 2013; Song et al, 2010) visade att patienter med diabetes typ 2 upplever en rädsla för sjukdomen. Janes, Titchener, Pere, Pere och Senior (2013) genomförde en kvalitativ undersökning i Nya Zeeland där 15 vuxna med diabetes typ 2 deltog i studien. Syftet var att få en bättre förståelse för barriärer gällande glukoskontroller utifrån patientens perspektiv. I studien framkom att patienterna med

diabetes typ 2 upplevde rädsla för att förlora kontroll i sina liv och vad sjukdomen i framtiden kunde medföra. Det framkom att patienterna upplevde skuld, både för att ha drabbats av diabetes typ 2 och även för att inte ha kontroll över sjukdomen. Patienterna beskrev att de upplevde en skam över att injicera insulin bland andra människor och de ville inte att andra skulle ha vetskap om att de hade diagnosen då de var rädda för vad andra skulle tycka. I en australiensisk kvalitativ studie av Carolan, Holman och Ferrari (2014) deltog 22 vuxna i åldern 40-70 år, med diabetes mellitus typ 2, där fokus var att utforska patienter med diabetes typ 2s erfarenheter och orosmoment med låg sociokulturell status. Flertalet av deltagarna upplevde stress samt ovisshet när de diagnostiserades med diabetes typ 2. I studien som genomfördes framkom också att patienterna uttryckte en rädsla för vilka komplikationer sjukdomen kunde medföra i framtiden (ibid). I Boström, Isaksson, Lundman, Graneheim och Hörnstens (2013) svenska kvalitativa undersökning med 44 patienter och 10 diabetessjuksköterskor där syftet var att belysa interaktionen mellan diabetessjuksköterskor och patienter med diabetes typ 2 under gruppmöten, framkom också att patienterna i studien upplevde rädsla för komplikationer.

Ritholz, Beverly, Brooks, Abrahamson och Weinger (2014) genomförde en kvalitativ studie i USA, där fokus låg på att utforska uppfattningar av barriärer och förutsättningar för kommunikation om egenvård av diabetes under medicinska möten. I studien deltog 34 patienter med diabetes typ 2 och 19 läkare. Patienterna i studien upplevde barriärer för att diskutera egenvårdsbeteende i de medicinska mötena med läkare. Barriärer som uppstod under de medicinska mötena i studien utifrån patienten, var att prata om sina svårigheter för att utöva egenvård. Patienterna beskrev att de var rädda för att bli dömda eller att känna skam i mötet med läkarna (ibid).

Ekonomiska kostnader gällande läkemedel, kost och fysisk aktivitet var barriärer som påverkade patienternas följsamhet till behandling (Carbone et al, 2007). I föreliggande studie som genomfördes i USA av Carbone et al, (2007) var finansiella begränsningar ett gemensamt problem bland deltagarna. Detta var ett hinder för att få tillgång till adekvat läkemedelsbehandling och en hälsosam kost (ibid). I Nagelkerk et als, (2006) studie upplevde patienterna också ekonomiska begränsningar som medförde att de inte kunde medverka i gruppmöten.

Kulturella aspekter

I flera studier (Carolan et al, 2014; Shen et al, 2013; Song et al, 2010) upplevde patienterna med diabetes typ 2 att kulturella faktorer var barriärer som försvårade deras möjligheter tillgång att utföra egenvård. Song, Lee och Shim (2010) genomförde en kvalitativ undersökning i Korea med 24 vuxna deltagare med diabetes typ 2 där syftet var att identifiera barriärer och förutsättningar till följsamhet av egenvård hos äldre vuxna med diabetes typ 2 i Korea. Patienterna upplevde restriktioner relaterade till specifika kulturella faktorer och kulturella normer. En specifik kulturell aspekt var klimatet som bidrog till svårigheter att utföra fysisk aktivitet utomhus under vintern. Detta medförde att det bara var några få som utförde fysisk aktivitet utomhus. Ytterligare en barriär som patienterna upplevde var att vara fysiskt aktiva, vilket berodde på tidsbrist samt att de äldre med diabetes typ 2 tog hand om sina barnbarn då deras egna barn arbetade. Att stå emot alkohol vid socialt umgänge upplevdes också som en kulturell barriär som försvårade deras egenvård samt att kunna sköta sin sjukdom (ibid).

Deltagarna i Carolan et als, (2014) studie beskrev att de upplevde oro för att deras sjukdom skulle påverka familjen negativt och även att de inte ville vara en börda för familjen. Några av deltagarna i studien upplevde även att deras relation med familjen påverkades av deras sjukdom. Detta eftersom de inte hade lika mycket tid att umgås med familjen då de var i behov av läkarbesök och att sköta sin egenvård.

Shen, Edwards, Courtney, Mcdowell och Wei (2013) undersökte barriärer och förutsättningar vid hantering av diabetes för äldre invånare och professionell vårdpersonal i Kina. Studien genomfördes kvalitativt och deltagarna i undersökningen var patienter över 60 år med diabetes typ 2 samt vårdpersonal med minst ett års arbetslivserfarenhet. I Shen et als, (2014) studie var det flera av deltagarna som inte hade tillit till medicinsk behandling. Deltagarna var medvetna om effekten av rekommenderat läkemedel men föredrog örtte eller andra kinesiska traditionella alternativa läkemedel. Vidare beskrev deltagarna kosten som en kulturell barriär. Patienterna med diabetes typ 2 ville inte förändra sina kostvanor då de var vana att äta en viss sorts mat samt att de inte ville utsätta resten av familjen för en annan kost. Upplevda svårigheter med att förändra sin kost framgick även i en amerikansk kvalitativ studie gjord av Nagelkerk, Reick och Meengs (2006) där 24 vuxna med diabetes typ 2 deltog. Syftet med studien var att beskriva patienters upplevda barriärer och effektiva strategier för egenvård vid

diabetes typ 2. I denna studie framkom att kosten var en barriär för att sköta sin egenvård då patienterna hade bristande förståelse och kunskap gällande kosten (ibid).

Upplevd motivationsbrist

Flertalet studier beskriver att patienter med diabetes typ 2 upplevde olika faktorer som påverkade deras motivation för att sköta sin egenvård i sjukdomen (Carbone et al, 2007; Carolan et al, 2014; Casey et al, 2010; Nagelkerk et al, 2006; Song et al, 2010). I studien av Song et al, (2010) betonade patienterna faktorer som medförde motivationsbrist, däribland brist på självdisciplin samt liten förståelse av egenvård. Patienterna hade bristande självdisciplin gällande livsstilsförändringar som omfattade kost och fysisk aktivitet. Deltagarna i studien var medvetna om att det var viktigt att förändra sina livsstilsvanor men hade inte tillräckligt med insikt till förändring. Vidare var förståelse av egenvård för diabetes typ 2 liten efter slutförandet av diabetesutbildningsprogrammet som genomfördes i föreliggande studie. Det framkom att patienterna visade brist på adekvat förståelse för vikten av egenvård samt korrekt sätt att utföra egenvård (ibid). Detta styrks av Casey, De Civita och Dasgupta (2010) som genomfört en kvalitativ intervjustudie i Kanada med 16 deltagare där syftet var att bedöma barriärer och förutsättningar i ett övervakat träningsprogram och dess följsamhet till fortsatt fysisk aktivitet efter programmets avslut. I föreliggande studie framkom att patienterna hade svårigheter med förändringar gällande fysisk aktivitet. Deltagarna i studien upplevde att det var svårt att övergå från ett bevakat träningsprogram till vanliga gym utan att ha professionell hjälp att tillgå. Patienterna ville inte inse att deras hälsoproblem var relaterade till diabetes typ 2 samt att de hade ursäkten för att inte delta i den fysiska aktiviteten, vilket påverkade deras motivation till egenvård (ibid).

En del patienter hade svårt att hitta motivationen till att följa behandlingsmål och många upplevde särskilt kosten som en stor utmaning. Deltagarna i studien hade erfarenheter av att restriktionerna kring kosten begränsade deras sociala liv (Carolan et al, 2014). I Nagelkerk et als, (2006) studie upplevde patienterna svårigheter med kosten då de hade brist på förståelse och kunskap för att förändra sin kost enligt en specifik kostplan.

Carbone, Rosal, Torres, Goins och Bermudez (2007) genomförde en kvalitativ studie med 37 patienter och 15 vårdgivare där syftet var att undersöka alternativ till en förbättrad egenvård vid diabetes typ 2. En orsak till brist på motivation kring att sköta sin egenvård av diabetes typ 2 var svårigheter och begränsade möjligheter, framförallt gällande förändring av sina

livsstilsvanor. Deltagarna ansåg framförallt att det var svårt att förändra familjens vanor (ibid).

Nagelkerk et al, (2006) och Carbone et al, (2007) beskriver att patienterna med diabetes typ 2 upplevde brister i glukoskontroll. Deltagarna i ovannämnda studier hade en känsla av frustration när de inte lyckades uppnå goda resultat vid glukosvärde (ibid). Vidare upplevde patienterna även motivationsbrist när de inte uppfyllde målen med egenvård gällande kost och fysisk aktivitet, vilket medförde att de inte var tillräckligt motiverade för att förändra sina livsstilsvanor (Carbone et al, 2007). Barriär relaterat till intag av läkemedel var att patienterna upplevde svårigheter med att fullfölja den medicinska behandlingen och hade även brist på kunskap kring läkemedelsbiverkningar, vilket resulterade i bristande motivation (Nagelkerk et al, 2006). Vidare var hypoglykemi skrämmande för patienterna och vissa undvek att injicera insulin för att de inte hade några symtom vid lågt blodsocker vilket innebar att de inte uppfattade allvaret i sjukdomen. För många av patienterna var det inte själva sjukdomen som orsakade symtom utan det var behandlingen. De upplevde att läkemedel mot diabetes typ 2 fick dem att må sämre även fast de var medvetna om att medicinsk behandling kunde bidra till ett längre liv (Janes et al, 2013).

I flera studier (Carbone et al, 2007; Casey et al, 2010; Nagelkerk et al, 2006) var tidsbrist en barriär som gjorde det svårt för patienterna med diabetes typ 2 att hinna sköta sin egenvård. Vidare var tidsbrist en aspekt som medförde att patienterna tappade motivationen till att fullfölja sin egenvård i ett längre perspektiv. I studien av Casey et al, (2010) framgår att patienterna upplevde brist på tid som påverkade deras fysiska aktivitet. Patienterna hade svårigheter att få ihop deras träning med bland annat familj och arbete vilket utgjorde en barriär för att fullfölja egenvård (ibid). Patienterna identifierade tidsbrist som en barriär inom ramen för deras arbetsmiljö samt att de kände att de inte hade tillräckligt med tid för att äta regelbundna måltider vilket påverkade deras egenvård. Patienterna upplevde sjukdomen som ett heltidsjobb och att den hade en stor påverkan på det dagliga livet (Carbone et al, 2007).

Begränsad vårdkontakt

I flertalet studier framkom att begränsad vårdkontakt mellan patient och sjukvårdspersonal var en barriär, där brist på information och brist på kunskap var centrala delar som begränsade deras möjligheter att sköta sin egenvård på ett adekvat sätt (Nagelkerk et al, 2006; Shen et al, 2013). I Shen et als, (2013) studie framkom att patienterna inte fick rätt information och den

information som de erhöill upplevde de som förvirrande. De hade svårt för att prata med sjukvårdspersonal i en sjukvårdsmiljö då de upplevde personalen som stressad samt att patienterna kände sig ifrågasatta och dömda av personalen (ibid). Shen et als, (2013) studie om brist på information styrks av Nagelkerk et als, (2006) studie om patienters uppfattningar om barriärer för att sköta sin egenvård på ett optimalt sätt. I Nagelkerk et als (2006) studie beskrev patienterna att de hade brist på förståelse och kunskap om information kring egenvård. De upplevde att omvårdnadsplanen för deras sjukdom inte var individanpassad. Många patienter med diabetes typ 2 bytte sjukvårdspersonal detta för att ha någon som lyssnade på deras behov och utförde justeringar i deras omvårdnadsplan samt gav enkla och specifika instruktioner för att underlätta deras egenvård (ibid).

Förutsättningar för egenvård

Goda vårdrelationer

I flera studier framkom vikten av att ha en god vårdrelation som grundar sig på respekt och lyhördhet (Boström et al, 2014; Carbone et al, 2007; Edwall, et al, 2008; Ritholz et al, 2014; Shen, et al, 2013). I Boström et als, (2013) studie betonas interaktionens betydelse för att främja egenvård hos patienter med diabetes. Genom att ha en öppen dialog och skapa en relation där parterna delar varandras erfarenheter och upplevelser om patientens förmåga till egenvård skapas ett team mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan ska vara engagerad i patienten och tillsammans sätter de upp gemensamma behandlingsmål där patientens kapacitet och förutsättningar är i fokus (ibid).

Boström et als (2013) studie om att skapa en god vårdrelation styrks av Ritholz et als, (2014) studie om patienters uppfattningar om barriärer och förutsättningar för kommunikation av egenvård om diabetes under vårdmöten. I Ritholz et als, (2014) beskrevs vikten av att diskutera sitt egenvårdsbeteende i en atmosfär som präglades av tillit och acceptans i vårdmötena. Vidare upplevde patienterna att vårdpersonalens icke-dömande acceptans minskade patientens skam och rädsla för att bli dömda, och detta medförde en mer öppen kommunikation om egenvård. Patienterna noterade även att läkarna under mötet inte skulle kritisera eller anklaga dem för deras beteende, utan de förväntade sig att det skulle vara en bra atmosfär med ärlig och öppen kommunikation. Patienterna upplevde att deras förutsättningar för egenvård och behandlingsmål förbättrades avsevärt om det skedde i en öppen kommunikation (ibid).

Edwall, Hellström, Öhrn och Danielsson (2008) intervjuade 20 patienter med diabetes i Sverige. Studiens vars syfte var att belysa erfarenheterna av regelbundna möten med diabetessjuksköterska. Det framkom i studien att regelbundna träffar med diabetessjuksköterskan hjälpte dem med motivationen och hanteringen av egenvården. Regelbundna träffar är en grundläggande aspekt som tidigare har bekräftats av Ritholz et al, (2014) och Boström et al, (2013). Enligt Edwall et als (2008) behöver patienterna bli bekräftade och respekterade som unika individer. Genom att bli bekräftad anser Edwall et al, (2008) att det blev enklare för patienterna att ta sig genom det vardagliga livet. Det framgick även i studien att med hjälp av diabetessjuksköterskans stöd utvecklades en vilja hos patienterna att ansvara för sin egenvård vilket medförde en ökad livskvalitet med minskade hälsorisker (ibid).

Enligt Carbone et als, (2007) var det viktigt att bli bekräftad av sjukvårdspersonal gällande egenvården. Bekräftelsen från sjukvårdspersonal kunde bestå av strategier som behandlade kost, träning och hantering av läkemedel. Med hjälp av dessa olika strategier kunde patienterna tillsammans med sjukvårdspersonal sätta upp mål. Målen kunde sedan användas för uppföljningar relaterat till patientens egenvård. Patienterna i studien hade även egna strategier för att bevara sin hälsa, och något som var gemensamt för ett flertal som deltog i studien var att de gick på gruppträffar som fokuserade på främjandet av egenvård. Nagelkerk et als, (2006) belyser också grupputbildningar i sin studie som en god förutsättning för egenvård. Grupputbildningarna fokuserade på att utbilda patienterna i sin sjukdom och sjukdomsprocessen. Deltagarna involverades mycket i utbildningstillfällena och fick diskutera sina upplevelser, känslor och rädslor för sjukdomen. Detta uppskattades av deltagarna då de utbytte erfarenheter och fick inspiration av varandra till att motiveras till egenvård (ibid).

Stöd från familjen

Stöd från familjen var enligt (Nagelkerk et al, 2006; Carbone et al, 2007; Shen et al, 2013; Song et al, 2009) en viktig förutsättning för patienters förmåga och motivation till egenvård. Carbone et al, (2007) betonar att familjens stöd och involvering i patientens situation var en stark indikator till patientens vilja och motivation till egenvård av sjukdomen. I studien framgick även att familjens involvering i patientens sjukdom ledde till en gemensam styrka för familjen där de tillsammans mötte utmaningar. Vidare framgick det i Song et al, (2009) och Nagelkerk et al, (2006) att stödet från familjen framförallt handlade om att följa kostråd och motivera till fysisk aktivitet. En förutsättning för att följa kostråden var att planera och

förbereda måltider för att få en bättre överblick över kosten, vilket familjemedlemmar ofta hjälptes åt med. Shen et al, (2013) betonar att familjen inte bara stöder personen med kostråd och aktivitet utan även kostnader för läkemedel och hemsysslor för att få det vardagliga livet att gå ihop. I Carolan et als, (2014) framgick det att familjen försökte motivera familjemedlemmen med diabetes att följa kostråden och utföra fysisk aktivitet för att minimera riskerna för komplikationer samt att förlänga livet. Något som motiverade deltagarna i studien till att upprätthålla hälsan var att de inte ville att deras barn skulle se dem kämpa eller påverkas negativt av sjukdomen. Vidare var även framtida familjehändelser som till exempel bröllop samt att se sina barnbarn växa upp något som motiverade till att upprätthålla egenvården (ibid).

Song et al, (2009) beskriver även att familjemedlemmar påminner och uppmanar dem till att fullfölja den medicinska behandlingen genom att regelbundet mäta glukosvärde och ta sina tabletter. Enligt Nagelkerk et al, (2006) upplevde även patienterna med diabetes att det var betydelsefullt och uppskattat när anhöriga var delaktiga i utbildningar om sjukdomen och egenvård av diabetes.

Patientens ansvarstagande

En förutsättning för att patienter med diabetes skulle kunna ta ansvar för sin egenvård var att de fick kontinuerlig undervisning och stöd från sjukvårdspersonal (Boström et al, 2014; Edwall et al, 2008; Song et al, 2009) Enligt Song et al, (2009) måste patienterna med diabetes ta kontroll över sitt egna liv och få en förståelse för hur viktiga deras dagliga beslut om livsstilsförändringar är för att bibehålla hälsa. Däremot kan det vara en stor utmaning för patienterna med diabetes att förändra tidigare vanor och anpassa sig till en ny livsstil som stödjer behandlingsmålen.

Boström et al, (2014) och Edwall et al (2008) betonar även att en förutsättning för att få patienterna ansvarstagande och självständiga är att få dem engagerade och delaktiga i behandlingsplanen. När patienterna blir delaktiga i sin egenvård finner de enklare lösningar på sina problem, och kommer med egna förslag på alternativa behandlingsstrategier för att upprätthålla hälsa och egenvård (Boström et al, 2014). Samarbetet mellan patienter och diabetessjuksköterskan var enligt Edwall et al (2008) en viktig del i strävan att hjälpa patienter med att känna sig säkra med sin egenvård samt ansvarstagandet för sjukdomen under en längre tid. Patienterna blev mer självständiga när de fått kunskap att känna igen

sjukdomsprocessen i det vardagliga livet. Däremot var det meningsfullt för patienterna att ha en kontinuerlig kontakt med diabetessjuksköterskan för att få stöd i att fatta rätt beslut angående val i det vardagliga livet. I studien fastställdes att diabetessjuksköterskan hjälper patienterna att ta kontrollen över situationer som uppstår i det vardagliga livet.

En patient i Edwall et al (2009) studie beskrev också känslan av säkerhet och att kunna ta kontroll över sin egen kropp när symtom på lågt blocksocker uppstod, och vilka åtgärder som krävdes för att balansera blodsockret igen. Uppfattningen av att ha kontroll över sin sjukdom skapade en känsla av självständighet hos patienterna vilket ledde till att de kände sig mindre beroende av diabetessjuksköterskan (ibid).

Diskussion

Diskussion av vald metod

I litteraturstudien har en systematisk litteratursökning genomförts i databaserna CINAHL och PubMed. Sökningen har genomförts med hjälp av fritext samt kombinerade sökord för att hitta studier som matchade syftet. CINAHL var den databas som gav flest träffar på sökningarna relaterat till sökorden. Olika kombinationer av sökord testades och vid flertalet sökningar återkom samma studier, vilket författarna tolkade som att sökorden var relevanta. Detta sågs som en styrka då sökorden kombinerades på olika sätt men ändå gav samma utfall. Sökprocessen har underlättats då det finns ett stort antal studier kopplat till diabetes typ 2, dock har valda studier som blivit relevanta valts ut med noggrannhet som svarade på syftet. Däremot kan det finnas en risk att vissa studier kan ha missats på grund av sökbegränsningarna och inte tillräckligt noggrant genomgångna abstrakt. Missvisande abstrakt och rubriker kan också ha medfört att relevanta studier sorterats bort i urvalsprocessen. En svårighet i sökprocessen var att formulera ord som endast har den innebörden som sökningen eftersträvar. Friberg (2012) menar att det finns en risk att synonymmer, beskrivande eller abstrakta ord kan leda till att sökningen får fel fokus och frångår syftet. En annan svaghet kan vara att det inte finns engelska termer som motsvarar svenska begrepp som används inom omvårdnadsforskning, vilket kan leda till syftningsfel.

Inklusionskriterierna i urvalet som användes i sökningarna var att studierna inte skulle vara äldre än 10 år, det vill säga att de skulle vara publicerade mellan år 2005-2015. Detta var av betydelse för att få aktuella studier inom området eftersom det är ett forskningsintensivt område. Friberg (2012) betonar att det är viktigt med avgränsningar i sökningen för att hitta fokus som svarat på syftet. Vidare har de valda studierna fokuserat på vuxna, 19 år och uppåt. Därför har studier som innefattar barn med diabetes exkluderats för att få ett snävare perspektiv på upplevelser av egenvård. Däremot är det viktigt att beakta att patienters upplevelse av egenvård kan skilja sig beroende på ålder. Därför hade eventuellt urvalet kunnat snävas ner ytterligare till vuxna mellan 19 och 44 år.

Litteratursökningen resulterade efter urvalsprocessen i 10 kvalitativa studier som har kvalitetsgranskats enligt Bilaga H (Willman et al, 2011) för att sammanställas till ett resultat. Kvantitativa studier användes inte då sökningen inte resulterade i några kvantitativa studier som svarade på syftet. Detta kan bero på att studiens syfte utgår från patientens upplevelser vilket resulterade i ett flertal kvalitativa intervjustudier. En svaghet är att resultatet inte grundar sig på några kvantitativa studier. Detta kan ha resulterat i att det saknas ett helhetsperspektiv som är grundat på fler antal deltagare med diabetes typ 2. Däremot är det i kvantitativa studier svårare att dra slutsatser utifrån patienters upplevelser, vilket kan påverka resultatet.

Utifrån kvalitetsgranskningen har använda artiklar i resultatet uppnått en mycket god eller en medelhög kvalitet. De artiklar som uppnådde en medelhög kvalitet var användbara i resultatet då de svarade bra på syftet. Anledningen till att artiklarna inte höll en mycket god kvalitet var för att den presenterade metoddelen inte uppnådde alla kvalitetskriterier enligt Bilaga H av Willman et al, (2011). Några funna artiklar exkluderades i resultatet då författarna ansåg att studierna inte höll tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet eller svarade på syftet.

Studierna som presenteras i resultatet har en internationell prägel. Studierna är från Australien, Kanada, Kina, Korea, Nya Zeeland, Sverige och USA. Eftersom studierna är genomförda globalt kan det beaktas att resultatet kan skilja sig beroende på olika kulturella aspekter samt att diabetesvården i olika länder har varierande resurser att erbjuda. Däremot kan spridningen på studierna även ses som en styrka då det ger ett mer internationellt perspektiv på upplevelser av barriärer och förutsättningar för egenvård. Svensk sjuksköterskeförening (2010) betonar vikten av ett globalt perspektiv på forskning för att få

ett alltmer internationaliserat kunskapsunderlag inom vård och omsorg. Det globala perspektivet har en stor betydelse inom omvårdnaden för att tillgodose patienterna med bästa möjliga vård oberoende av etnicitet, ålder och kön. Den internationella forskningen leder även till en ökad förståelse och kunskap om ohälsa samt kulturella skillnader inom hälsa och sjukvård (ibid).

Diskussion av framtaget resultat

I resultatet framkom det att flertalet studier identifierade barriärer utifrån ett patientperspektiv i att sköta sin egenvård. Barriärer gällande egenvård var bland annat individuella aspekter där det framgick att patienter med diabetes typ 2 upplevde en rädsla för sjukdomen och vilka komplikationer som sjukdomen i framtiden kunde medföra (Boström et al, 2013; Carolan et al, 2014; Janes et al, 2013 Song et al, 2010). Bartol (2012) menar att sjuksköterskan har en central roll i att utbilda patienten om sjukdomen och vilka komplikationer som kan uppstå vid misskött behandling. Orem (2001) lägger stor vikt kring vad patienten själv kan utföra för att upprätthålla hälsa och betonar att egenvården utförs av patienten själv i syfte att bevara sitt välbefinnande. För att patienten ska kunna utföra omvårdnadsåtgärder för att upprätthålla hälsa är det av stor vikt att patienten får den kunskap som denne är i behov av (ibid). Sjuksköterskan har en betydelsefull roll i att möta patienten där den befinner sig och att informera om sjukdomsförlopp samt om egenvårdens betydelse. Det är därför viktigt att sjuksköterskan involverar patienten i behandlingen. Detta kan medföra att patienten får en förbättrad förståelse för sjukdomen och även att patienten får en ökad medvetenhet om egenvårdens betydelse.

Motivationsbrist upplevdes som en barriär för att utföra egenvård och de aspekter som tydliggjordes i resultatet var framförallt bristande självdisciplin gällande livsstilsförändringar samt liten förståelse för egenvården (Nagelkerk et al, 2006; Carolan et al, 2014; Carbone et al, 2007; Casey et al, 2010; Song et al, 2010). Det är viktigt att identifiera de patienter som upplever brist på motivation, och följa upp dem för att kunna sätta in individanpassade åtgärder. Vidare är det viktigt att sjuksköterskan ger ett systematiskt stöd i behandlingen för att patienten ska bibehålla motivationen under ett längre tidsperspektiv. Socialstyrelsen (2005) betonar också att sjuksköterskan ska bedöma vilka resurser patienten har att tillgå i ett tidigt skede av sjukdomen och därefter sätta upp rimliga mål för att patienten ska upprätthålla motivationen. Orem (2001) menar att egenvårdsbrist kan upplevas av patienten i sin egenvård.

Då egenvårdsbristen kan bero på okunskap samt begränsningar kring utförandet av omvårdnadsåtgärder är det viktigt att sjuksköterskan erbjuder stöd i patientens behandling (ibid). Detta kan sjuksköterskan möjliggöra genom att erbjuda patienten motiverande samtal som kan öka patientens motivation till att förändra sina livsstilsvanor (Bartols, 2012). Eijk-Hustings, Daemen, Schaper och Vrijhoef (2011) beskriver att motiverande samtal används för att locka fram beteendeförändringar och kan hjälpa patienter att identifiera deras attityder relaterat till deras hälsa. Detta samtal möjliggör att patientens upplevda barriärer utforskas tillsammans med sjuksköterskan, för att sedan hitta strategier till en förändring (ibid).

Vidare framgick det i resultatet att patienterna upplevde att det var viktigt att bli bekräftade och inte dömda av sjuksköterskan (Ritholz et al, 2014), vilket ledde till att patienterna upplevde en förbättrad självbild och blev mer ansvarstagande i sin egenvård (Boström et al, 2013; Edwall et al, 2007). Grupputbildningar som behandlingsmetod är även en strategi för motivation av egenvård som stöds av Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesvård (2014). Grupputbildning som behandlingsmetod framgick också i Nagelkerk et als, (2006) som meningsfull för patienterna. Därför är det viktigt att sjukvårdspersonalen erbjuder gruppbaserad patientundervisning för att nå behandlingsmål. Denna behandlingsmetod kan gynna patienterna då de kan utbyta erfarenheter och upplevelser med andra patienter som befinner sig i samma situation. Vidare kan patienterna få en känsla av samhörighet när de möter andra patienter med samma sjukdom. Detta kan leda till att de inte känner sig isolerade i sin sjukdom.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård (2014) samt i American Diabetes Association (2015) framgår att fysisk aktivitet och kost är grundläggande aspekter för egenvård hos patienter med diabetes typ 2. Orem (2001) beskriver att professionell hjälp kan vara till stor nytta om patientens egenvårdskrav överstiger dennes kapacitet för egenvård. Familjen, socioekonomisk status och miljön kan vara aspekter som kan begränsa patientens förmåga till egenvård (ibid). Både fysiska aktiviteter och bra kost är viktiga faktorer för att upprätthålla hälsa vid diabetes typ 2. Det är viktigt att patienten har möjlighet att få stöd av en sjuksköterska för att få en bättre insikt över vilka resurser det finns att tillgå. Patientens socioekonomiska status och miljön den lever i bör beaktas i konsultationen av behandlingsstrategier. Däremot är det viktigt att patienterna är informerade och medvetna om att fysisk aktivitet nödvändigtvis inte behöver kosta mycket. Exempelvis kan sjuksköterskan föreslå vardagsmotion, det vill säga promenader utomhus samt att cykla till och från arbetet

istället för att ta bilen. Förslagsvis kan de patienter som deltar i grupputbildningar tillsammans ta initiativ till att utföra fysiska aktiviteter i grupp. Detta kan främja patienternas motivation till aktivitet samt stärka deras självförtroende i egenvården.

Resultatet visade också i Shen et al, (2013) och Carbone et al, (2007) studier att patienterna inte ville påverka och förändra familjens vanor och rutiner negativt. Detta upplevdes därför som en svårighet för att kunna följa behandlingsmål gentemot rekommenderad kosthållning. Wilkinson, Whitehead & Ritchies (2014) studie styrker även svårigheterna med att ändra sina kostvanor relaterat till kulturella traditioner (ibid). Däremot framkom det (Carbone et al, 2007; Carolan et al, 2014; Shen et al, 2013; Song et al, 2010) att familjen var ett stort stöd för patienten med diabetes, för att klara av de utmaningar som fanns i det vardagliga livet (ibid). Studierna har visat på att familjen hade en stor betydelse i patientens vardagliga liv med strävan efter att bibehålla livskvalitet genom kost och fysisk aktivitet. Familjen kan vara ett stöd genom att påminna om regelbundna måltider och medicinering. Vidare kan familjen motionera tillsammans samt planera och laga hälsosamma måltider ihop. Sjuksköterskan har en viktig roll i patientens liv genom att motivera till en hälsosam livsstil samt att främja hälsa (Socialstyrelsen, 2005). Det är därför viktigt att bygga upp en god vårdrelation, som bygger på förtroende, där behandlingsmål sätts tillsammans utifrån patientens önskemål och förutsättningar.

Studierna i resultatet är både av internationell och nationell karaktär vilket innebär att barriärer och förutsättningar upplevs olika från patient till patient. Exempelvis framkom det i Shen et al (2014) studie att flertalet deltagare hade misstro till den medicinska behandlingen för diabetes och föredrog alternativa läkemedel. Detta kan bero på bristfällig information från sjukvårdspersonal vilket kan leda till misstro för behandlingen. Däremot hade deltagarna i studier från västvärlden ett stort förtroende till behandlingen av diabetes, även den medicinska. En förutsättning för tillit till behandling beror enligt studierna (Boström et al, 2013; Edwall et al, 2007) på en god vårdrelation mellan patienter och sjuksköterska. Genom att sjuksköterskan informerar om vilken medicinsk behandling som finns att tillgå och vilka effekter denna har kan detta leda till att patienten får en ökad förståelse i att hantera sin sjukdom (ibid). Vidare betonas även i Wilkinson et al, (2014) studie att en förutsättning för optimal egenvård var att patienterna hade en god förståelse för sjukdomen och hade redskapen till att utföra egenvård, samt att följa sin medicinering.

Orem (2001) belyser att interaktionen mellan patienter och sjuksköterskor är viktigt i diabetesvården. Det finns olika strategier och hjälpmetoder som sjuksköterskan bör använda sig av i mötet med patienter med diabetes. Dessa strategier är att vägleda, informera, stödja patienterna i sin egenvård samt att erbjuda en stimulerande miljö. En annan förutsättning och resurs för att främja egenvård hos patienter med diabetes är att ha utbildade sjuksköterskor som har speciell expertis inom diabetesvård (ibid). Däremot är det viktigt att beakta att resurserna för att främja egenvård hos patienter med diabetes skiljer sig mycket åt i världen.

Slutsats och kliniska implikationer

Studiens betydelse var att identifiera patienters upplevelser av barriärer och förutsättningar för egenvård. Barriärer som framkom i resultatet var framförallt motivationsbrist, kulturella aspekter och begränsad vårdkontakt. För att kunna främja egenvården framkom sjuksköterskans viktiga roll i patienternas vardagliga liv i strävan att främja egenvård vid diabetes typ 2. Sjuksköterskan kan med hjälp av olika strategier motivera och informera patienterna till att bli ansvarstagande för sin sjukdom och egenvård för att upprätthålla livskvalitet samt förebygga komplikationer. En viktig förutsättning för främjandet av egenvård som framgick i litteraturstudien var motiverande samtal och gruppbaseade utbildningar där erfarenheter utbyttes och ingen blev ifrågasatt eller dömd för sin sjukdom. Vidare har det visat sig att det är av stor vikt att sjuksköterskan är engagerad och besitter en specialistutbildning inom diabetes för att kunna stödja patienter på bästa möjliga vis. Vi anser att det är viktigt att identifiera patienter som har diagnostiserats med diabetes typ 2 i ett tidigt skede för att undvika komplikationer. Dessutom är det betydelsefullt att både utifrån ett patientperspektiv och sjukvården att regelbundet ha uppföljning för att stödja och motivera patienterna för att bibehålla välbefinnande.

För att gå vidare med denna studie hade det varit intressant att utföra en empirisk studie där sjuksköterskor intervjuas om deras upplevelser av barriärer och förutsättningar för att främja egenvård hos patienter. Detta tror vi kan leda till en större förståelse och ett bredare perspektiv inom diabetesvården.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna har under arbetets gång varit lika delaktiga och fördelat arbetet jämnt.

Artikelsökning skedde delvis individuellt men författarna granskade och valde ut de relevanta artiklarna gemensamt efter första urvalet. Alla artiklar har sedan lästs och bearbetats av båda författarna. Resultat och diskussion har författarna arbetat fram gemensamt. Genomgående under processen har författarna haft ett bra samarbete med kontinuerlig feedback till varandra.

Referenser

Alvarsson, M. Brismar, K. Viklund, G. Örtqvist, E. Östenson, G-C. (2007). *Diabetes*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press

American Diabetes Association (2010) Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 33

American Diabetes Association (2015) Standards of medical care in diabetes - 2015. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, vol 38

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, 270-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00722.x>

*Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Graneheim, U., Hörnsten, Å (2013) Interaction between diabetes specialist nurses and patients during group sessions about self-management in type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling* 94, 187-192

*Carbone, E., Rosal, M., Torres, M., Goins, K., Bermudez, O (2007) Diabetes self-management: perspectives of Latino patients and their health providers. *Patient Education and Counseling* 66, 202-210

*Carolan, M., Holman, J., Ferrari, M (2014) Experience of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing* 24, 1011-1023

*Casey, D., De Civita, M., Dasgupta, K (2010) Original Article: Education and Psychological Aspects Understanding physical activity facilitators and barriers during and following a supervised exercise programme in Type 2 diabetes: a qualitative study. *Diabetic Medicine* 27, 79-84

Cunningham, P. Noble, H. (2014) Type 2 Diabetes: A case study. *Nursing Standard*. 29 (5): 37-43

*Edwall, L-L., Hellström, A-L., Öhrn, I., Danielsson, E. (2008) The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing* 17, 722-781

Eijk-Hustings, Y., Daemen, L., Schaper, N., Vrijhoef, H (2011) Implementation of Motivational Interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education and Counseling* 84 (1), 10-15. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.016

Ericson, E. & Ericson, T. (2013). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (4., rev. och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur

Gatlin, P (2014) The role of executive function between severity of type 2 diabetes and self-care. *Dependent-care & Nursing* 21-01

Haley, N. Richards, M. (2014) Diabetes: the past the present and the challenging future. *MLO: Medical Laboratory Observer* 47 (5): 8-15

Holm, L.E (2014). *Nationella riktlinjer för diabetesvård*. Hämtad 17 oktober, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19470/2014-6-19.pdf>

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 6th edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2014. Hämtad den 27 april 2015: <http://www.idf.org/diabetesatlas>

*Janes, R., Titchener, J., Pere, J., Pere, R., Senior, J (2013) Understanding barriers to glycaemic control from the patient's perspective. *Journal of Primary Health Care* 5 (2), 114-122

Juul, L. Terkildsen Maindal, H. Frydenberg, M. Kolding Kristensen, J. Sandbaek, A. (2012) Quality of type 2 diabetes management in general practice is associated with involvement of general practice nurses. *Primary Care Diabetes* 6 (3): 221-8. <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.pcd.2012.04.001>

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. (2., [omarb. och utvidgade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur

Lindholm, B. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 9 oktober, 2014, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

*Nagelkerk, J., Reick, K., Meengs, L (2006) Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing* 54 (2), 151-158. <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1365-2648.2006.03799.x>

Orem, D.E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6. ed.) St. Louis, Mo.: Mosby

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th ed.) Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins

Pun, S., Coates, V., Benzie, I (2009) Barriers to the self-care of type 2 diabetes from both patient's and providers' perspectives: literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* 1, 4-19

*Ritholz, M-D., Beverly, E-A., Brooks, K-M., Abrahamson, M-J., Weinger, K (2014) Barriers and facilitators to self-care communication during medical appointments in the

United States for adults with type 2 diabetes. *Chronic Illness* 10 (4), 303-313.
<http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1177/1742395314525647>

Robertson, C. (2012). The role of the nurse practitioner in the diagnosis and early management of type 2 diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 24, 225-233. <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1745-7599.2012.00719.x>

*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, 627-635

Skafjeld, A. & Graue, M. (red.) (2013). *Diabetes: förebyggande arbete, behandling och uppföljning*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Song, M., Lee, M., Shim B (2009) Barriers to and facilitators of self-management adherence in Korean older adults with type 2 diabetes. *International Journal of Older People Nursing* 5, 211-218. <http://dx.doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1748-3743.2009.00189.x>

Svensk sjuksköterskeförening (2010) *Strategier för forskning inom omvårdnad*. Hämtad 13 maj, 2015, från Svensk sjuksköterskeförening,
<http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/forskning-och-utveckling-publikationer/strategi.for.forskning.inom.omvardnad.pdf>

Wilkinson, A., Whitehead, L., Ritchie, L (2014) Factors influencing the ability to self-management diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies* 51(1):111-122

World Health Organization. (2006) *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia*. Hämtad 20 oktober, 2014, från World Health Organization,
http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf

World Medical Associations. (2013) *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for Medical research involving human subjects*. Hämtad 24 oktober, 2014, från Sveriges läkarförbund, <http://www.slf.se/Pages/48496/Helsingforsdeklarationen.pdf>

