EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:33

Patientens upplevelse av en förändrad tillvaro efter diagnostisering av diabetes mellitus typ 2

Litteraturstudie

Elin Kristiansen
Wendy Guevarra Mäkelä

HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Patientens upplevelse av en förändrad tillvaro efter diagnostisering av diabetes mellitus typ 2
Författare:	Elin Kristiansen och Wendy Guevarra Mäkelä
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK14h
Handledare:	Maria Claesson
Examinator:	Lena Nordholm

Sammanfattning

Diabetes mellitus typ 2 är en kronisk sjukdom som innebär hyperglykemi orsakad av insulinresistens i kroppens vävnader. Långvarig hyperglykemi kan orsaka komplikationen angiopati vilket medför ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och metabolt syndrom. Sjukdomen utvecklas långsamt och påverkas av livsstil och arv. Behandlingen består till stor del av livsstilsförändringar hos patienten avseende kost och motion. Aktuell litteraturstudie syftar till att belysa patientens upplevelse av en förändrad tillvaro efter diagnostisering av diabetes mellitus typ 2. Studien är en litteraturstudie och är baserad på nio kvalitativa vårdvetenskapliga artiklar. Materialet har analyserats och tematiserats och presenteras i tre huvudteman med respektive subteman. Resultatet visar att patienten upplever en förändrad tillvaro efter att ha fått diagnosen. Vardagen upplevs begränsad av sjukdomen och för att hantera den nya tillvaron sjukdomen medför skapas ett behov av ny och ökad kunskap hos patienter. Behandlingen innefattar livsstilsförändringar vilket ofta har en negativ påverkan på tillvaron för patienten. I resultatet uppfattas en genomgående brist på patientcentrerad vård av hälso- och sjukvården vilket leder till lidande för patienten. Sjuksköterskan behöver anpassa stödet och informationen till varje patient och få patienten att känna sig delaktig i sin vård för att nå fram till patienten i sitt arbete. Preventiva hälsofrämjande åtgärder skulle gynna hållbar utveckling och folkhälsa.

Nyckelord*: diabetes typ 2, typ 2-diabetes, tillvaro, upplevelse, livsstilsförändringar, egenvård, patientperspektiv*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Diabetes mellitus typ 2 1

Etiologi 2

Behandling - egenvård 2

Kost 2

Motion 2

Förebyggande vård 2

Läkemedel 3

Livsvärld och den levda kroppen 3

Sjukdomslidande 3

Livslidande 3

Upplevelsen av att få diagnosen diabetes mellitus typ 2 4

PROBLEMFORMULERING 5

SYFTE 5

METOD 5

Datainsamling 5

Dataanalys 6

RESULTAT 6

Patientens upplevelse av nya förändringar i förhållande till sjukdom 7

En förändrad kropp 7

Sociala sammanhang 7

Patientens upplevelse av att integrera sjukdom i tillvaron 8

Behov av ny och ökad kunskap 8

Hantera sjukdom och vardag 9

Oro inför framtiden 11

Patientens upplevelse av att finna balans och ta kontroll över sin sjukdom 11

Motivation och autonomi 12

Välmående i sjukdom 13

DISKUSSION 13

Metoddiskussion 13

Resultatdiskussion 14

Hållbar utveckling och hälsofrämjande vård 15

SLUTSATSER 15

REFERENSER 17

BILAGA 1. 20

BILAGA 2. 21

INLEDNING

I Sverige har uppskattningsvis mellan 350 000–400 000 personer någon form av diabetes mellitus och i nio av tio fall är det diabetes mellitus typ 2 (DMT2). DMT2 påverkas till stor del av livsstilen hos den drabbade (Bendt 2016). DMT2 är en kronisk sjukdom, något som kan ta tid för den enskilde patienten att acceptera. Både patientens livsvärld och självbild kan förändras (Wiklund Gustin 2003, s. 49). Vissa patienter hamnar i kris efter diagnostisering (Bendt 2016) och det är viktigt att sjuksköterskan har den kunskap som krävs för att bemöta patienter på ett fullgott sätt. DMT2 är en allvarlig sjukdom vars påverkan på livet inte ska förringas. Eftersom DMT2 är en stor folkhälsosjukdom (WHO 2016, s. 6) vill vi som snart färdigutbildade sjuksköterskor fördjupa oss i hur sjukdomen erfars och hur denna patientgrupp kan stödjas. Det är vår upplevelse att sjukdomen ibland förringas inom vården. Vi har båda upplevt på praktikplatser att vårdpersonals attityd gentemot DMT2 kan uppfattas som att patienten ”dessutom/bara har ’lite diabetes’ vid sidan av”. Vi anser det här bekymmersamt eftersom DMT2 alltid är en aktuell pågående sjukdom för patienten.

BAKGRUND

Diabetes mellitus typ 2

Diabetes mellitus innebär kronisk hyperglykemi, förhöjd blodglukoshalt. Levern har till uppgift att reglera och bibehålla normal nivå av glukos (3,5–8,0 mmol/l) och kan både lagra glukos som glykogen och nybilda glukos från glykogen med hjälp av hormonet glukagon. Levern kan också bryta ner muskelvävnad och fettväv för att bilda glukos, något som vanligen görs vid fasta. Betacellerna i pankreas registrerar blodglukoskoncentrationen och reglerar frisättningen av insulin efter det. Glukoshalten i blodet ökar framför allt vid måltider och då frisätts insulin till blodet för att underlätta cellernas glukosupptag. Glukos är cellernas energi och främst fett-, lever- och muskelvävnad är starkt beroende av insulin för sitt glukosupptag. När betacellerna känner av att blodglukoskoncentrationen sjunker frisätts istället glukagon från pankreas alfaceller (Ericson & Ericson 2012, ss. 545–548).

Diagnosen DMT2 innebär att patientens hyperglykemi orsakas av att kroppens insulinberoende vävnader utvecklar en nedsatt känslighet för insulin och således får svårt att tillgodogöra sig glukos. Efter 10–15 år in i sjukdomsförloppet påverkas betacellernas insulinproduktion negativt vilket medför ytterligare insulinbrist (Ericson & Ericson 2012, ss. 549–551, 553). Långvarig hyperglykemi kan ge angiopati, kärlendotelskada, vilket är en allvarlig konsekvens av sjukdomen som medför ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och metabolt syndrom. Hypoglykemi, lågt blodsocker, innebär att mängden insulin i kroppen är för hög. Hypoglykemi kan orsakas av bland annat insulinbehandling och förskjutna måltider och kan leda till medvetslöshet (Ericson & Ericson 2012, s. 574, 579).

DMT2 debuterar i regel i vuxen ålder och utvecklas ofta långsamt. Då patienten väl diagnostiseras kan kroppens insulinresistens pågått och utvecklats under flera år. Vid tidpunkten för diagnostiseringen har symtom som ökad trötthet, miktion och törst börjat framträda vilket beror på en svikt av betacellerna.

Vanligen återstår cirka 50 % av de ursprungliga betacellerna vid diagnostisering. Ytterligare symtom av DMT2 är metabolisk acidos, muskeltrötthet, försämrad syn och viktminskning (Ericson & Ericson 2012, ss. 553, 550).

Etiologi

Sjukdomen upptäcks vanligen under en hälsokontroll (Diabetesförbundet 2016b). Den exakta bakomliggande orsaken till DMT2 är fortfarande oklar, men risken att utveckla sjukdomen beror till stor del på patientens livsstil och arv. Ohälsosamma matvanor i samband med för lite motion kan leda till övervikt vilket ökar risken för att utveckla insulinresistens och därmed DMT2. Stress och höga krav i vardagen gör att stresshormonet kortisol ökar i kroppen. Kortisol omvandlas till kortison i vävnaderna vilket resulterar i ökad bukfetma och minskad insulinkänslighet i muskelcellerna (Bendt 2016).

Behandling - egenvård

En normal koncentration av blodglukos betyder symtomfrihet vilket också minskar risken för komplikationer. De viktigaste verktygen för att hålla blodglukosen på en normal nivå vid DMT2 är motion, god kosthållning, perorala antidiabetika och insulin. Övervikt, rökning och större alkoholintag påverkar behandlingen negativt och bör motverkas (Ericson & Ericson 2012, ss. 557–561).

Kost

Anpassat energiintag och förbättrade matvanor är effektiva åtgärder för att hantera DMT2. De här åtgärderna kan i kombination med eventuell viktnedgång resultera i att den metabola kontrollen förbättras och att kroppens blodglukos stabiliseras. Således är kosten en väsentlig beståndsdel i diabetesbehandlingen (Petersson 2011, s. 9). Mindre än 35 % av energiintaget ska bestå av fett och bör främst tillfredsställas av fiberrika kolhydrater (Ericson & Ericson 2012, s. 557).

Motion

Motion är mycket positivt vid DMT2-behandling. Fysisk aktivitet sänker serumlipiderna, blodtrycket och pulsen långsiktigt och stimulerar syreupptagning, cirkulation, kapillärutveckling och glukosupptaget i musklerna (Ericson & Ericson 2012, s. 561). Effekten på insulinkänslighet efter fysisk aktivitet i 30–40 min varar i upp till 48 h. Motion är även positivt ur en viktminskningsaspekt (Bendt 2016). Allmänna rekommendationen för personer över 18 år är minst 2½ timmes motion/vecka med minst måttlig intensitet (FYSS 2011).

Förebyggande vård

Ett förhöjt HbA1c (långtidsblodsocker) under lång tid kan försämra tandstatus, fötternas känslighet och skada de små blodkärlen i exempelvis näthinnan, vilket kan skada synen. Det är därför viktigt att patienten sköter sin sjukdom och om nödvändigt regelbundet besöker tandläkare och medicinsk fotterapeut. Patienter bör även se till att infinna sig för läkarbesök minst 1 gång per år (Bendt 2016).

Läkemedel

Perorala antidiabetika används när kost och motion inte är tillräckligt för att normalisera blodglukoskoncentrationen. Denna läkemedelsgrupp verkar genom att minska insulinresistens, hämma upptaget av glukos i tarmen eller öka insulinkänslighet hos insulinberoende vävnader. Insulinbehandling är ofta nödvändig i ett senare skede av sjukdomen (Ericson & Ericson 2012, s. 563, 566).

Livsvärld och den levda kroppen

Livsvärlden baseras på individens erfarenheter och är därmed unik och personlig för varje individ. Det är viktigt att inte misstolka livsvärlden som en egen existens, den är en del av människan. Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv anses kroppen vara ”levd”, ett subjekt med egna erfarenheter. Den levda kroppen innehåller individuella upplevelser, erfarenheter, känslor, tankar och minnen. Det gör att kroppen är meningsbärande, samtidigt som den är meningsskapande. Existentiella aspekter är sammanlänkande med varandra, vilket gör att kroppen inte kan åtskiljas från det själsliga, lika lite som tankar inte kan åtskiljas från känslor. Det gör att den levda kroppens psykiska, fysiska, andliga och existentiella delar existerar på samma gång. Genom att ta dessa aspekter i beaktning skapas ett helhetsperspektiv för att se hela människan (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 128, 129, 131–133).

Sjukdomslidande

När en patient drabbas av sjukdom kan det leda till ett lidande som i vårdvetenskaplig litteratur refereras till som ett sjukdomslidande. I begreppet sjukdomslidande omfattas såväl de fysiska aspekterna av sjukdomen som konsekvenserna i form av begränsningar som sjukdomen upplevs skapa (Wiklund Gustin 2003, s. 102). När patienten drabbas av sjukdom kan de vardagliga aktiviteterna påverkas negativt och begränsas eller bli omöjliga att genomföra. Det kan leda till att patienten inte längre känner sig tillfreds med sitt liv. Att inte kunna genomföra meningsfulla aktiviteter upplevs som en kvalitetsförsämring på hela tillvaron och känslan av att den egna personen begränsas kan upplevas vara ett hot mot den egna identiteten och dess värde (Wiklund Gustin 2003, ss. 102–104). Att få en diagnos kan betyda att patienten måste möta sjukdomens allvar och de livsstilsförändringar den förknippas med. Sjukdomslidandet är nära bundet till patientens förhållningssätt till livet och således också med livslidandet (Wiklund Gustin 2003, ss. 103, 104).

Livslidande

Livslidandet utvecklas ofta hos patienten då hen drabbas av sjukdom och är intimt kopplat till människans hela existens. Livslidandet berör hela patienten (Wiklund Gustin 2003, s. 108). När en patient utsätts för den förändring och det lidande som kan följa en kronisk sjukdom påverkar det inte bara patientens kropp, utan hela patientens existens. Kroppen är inte bara ett fysiskt organ, den är också ett liv och en förändring i kroppen innebär en förändring i livet (Dahlberg & Segesten 2010, s. 133). Hur patienten upplever sitt lidande beror på hur patientens verklighet erfars (Wiklund Gustin 2003, s. 102). Det krävs inga stora förändringar i patientens liv för att påverka hens upplevelse av hälsa och välbefinnande (Dahlberg & Segesten 2010, s. 61).

Livslidandet kopplas till patientens upplevelse av att inte kunna leva sitt liv som förväntas, både från patienten själv och från människor i patientens omgivning. Begreppet livslidande berör det centrala för patienten, exempelvis fritidsaktiviteter och lidandet som uppstår när dessa hindras, eller att inte kunna behålla sin arbetsuppgift på jobbet på grund av diagnosen (Wiklund Gustin 2003, ss. 108, 109).

Att diagnostiseras med en sjukdom kan starta existentiella tankar hos patienten (Wiklund Gustin 2003, s. 110). Tillvaron, som förut känts trygg och vanlig, upplevs skrämmande och overklig (Dahlberg & Segesten 2010, s. 61). Det kan väcka många tankar om livet; vad har jag gjort för att förtjäna det här, vem är jag? Risken är att lidandet bryter ner patienten om hen inte tar sig ur det destruktiva tankesättet (Wiklund Gustin 2003, ss. 109, 110).

Upplevelsen av att få diagnosen diabetes mellitus typ 2

Gazmararian, Ziemer och Barnes (2009) beskriver att många patienter upplevde chock när de fick beskedet att de hade DMT2. Det första året efter diagnostiseringen upplevdes suddigt och det var svårt att ta till sig all ny information. Enligt Crowe et al. (2016) var chocken mestadels kopplad till känslan av att drabbats av en allvarlig sjukdom. Sjukdomen blev ytterligare en börda patienter tvingades bära på. Upplevelsen av chock beskrevs även vara förknippad med patienters egna associationer om vilka riskfaktorer som leder till insjuknande av DMT2 och vad för typ av människor som löper större risk att få diagnosen. För många patienter var det overkligt, det var svårt att förstå att dem själva kunde drabbas och många upplevde skuld. Patienternas skuld var relaterad till deras livsstil, vilken de ansåg föranlett sjukdomen.

De faktorer patienter associerade med DMT2 var lathet, fetma och dåligt omhändertagande av den egna hälsan. Dessa associationer gjorde att diagnosen betraktades vara en rättvis följd av ett dåligt leverne. En del patienter upplevde skuld över att själva orsakat sjukdomen, likväl upplevde andra frustration och hjälplöshet eftersom de fick diagnosen trots att de levt “rätt” form av livsstil. Dessa patienter upplevde att det inte var mycket de kunde göra; trots att de hade levt ett korrekt liv var inte det en garanti mot att insjukna i DMT2 (Crowe et al. 2016). Gazmararian, Ziemer och Barnes (2009) skriver att patienter också kunde relatera sjukdomslindadet till arv, vikt och dåligt näringsintag.

Många patienter tog inte sin sjukdom på allvar utefter den information de fick vid läkarsamtal och den attityd läkare förmedlande angående DMT2. Läkare kunde uttrycka att DMT2 var en “mild” form av diabetes mellitus vilket resulterade i att allvaret i diagnosen bagatelliserades. För några patienter underlättade det att hantera sjukdomen genom att se den som en mild form eller tänka att det ’bara var typ 2’ (Crowe et al. 2016).

Kneck, Fagerberg, Eriksson och Lundman (2014) beskriver att en del patienter vid tidpunkten för diagnostisering visade komplikationer i form av grav synförlust eller neurogen smärta, och således redan haft sjukdomen under en längre tid. Den förändrade kroppen var inte längre pålitlig vilket patienter beskrev som en överraskning de var oförberedda på.

PROBLEMFORMULERING

DMT2 är en vanlig folkhälsosjukdom och berör en stor patientgrupp. Sjukdomens allvar och komplexitet kan leda till stora behov av stöttning, kunskap och vägledning till dessa individer, framförallt eftersom behandlingen till största del består av egenvård. För att kunna anpassa det individuella stödet till varje person är det viktigt att som sjuksköterska ha en god kunskap om hur det upplevs att få diagnosen DMT2 och hur det kan förändra livet. Först när sjuksköterskan har kunskap om hur patienten erfar sin diagnos kan hen hjälpa. Om patienten kan erbjudas rätt stöd och handledning finns en möjlighet att lindra patientens lidande. Vi vill undersöka hur patienter upplever sin förändrade tillvaro efter diagnostisering med DMT2. Hur förändras livet? Upplever patienter att sjukdomen hämmar dem i vardagen? Påverkas sociala relationer? Hur hanterar patienter den nya sjukdomen?

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att belysa patientens upplevelse av en förändrad tillvaro efter diagnostisering av DMT2.

METOD

I den här studien gjordes en litteraturöversikt där en överblick av forskning inom det relevanta området skapades. Efter det sammanställdes den forskning som fanns relevant för det valda problemområdet (Friberg 2012b, ss. 133, 135). Kvalitativa vårdvetenskapliga artiklar och relevant litteratur stod till grund för att söka information. Den här metoden ansågs mest lämplig för studien eftersom studien fokuserar på att undersöka patienters upplevelse. Den aktuella forskningen användes för att skapa kunskap och fördjupad förståelse kring det valda problemet.

Datainsamling

Datainsamlingen påbörjades med en litteratursökning anpassad utifrån det aktuella syftet. Utgångsläget var att använda databaserna Cinahl och SweMed+. Dock valdes SweMed+ bort eftersom den gav ett lågt antal sökträffar. Istället användes Summon utöver Cinahl, vilket inte var planerat från början.

I artikelsökningen använde författarna begränsningar som till exempel peer reviewed och en tidsgräns på max 10 år gamla artiklar, se bilaga 1. Det gjordes för att begränsa urvalet eftersom författarna fick ett stort urval vid artikelsökningarna. Sökorden begränsades i somliga sökningar till att matcha titeln för att skapa specifika artikelträffar. Det medförde att ytterligare två artiklar påträffades, vilka var relevanta för studien. I en sökning begränsades urvalet till att enbart ge resultat från specifika tidskrifter. Artikelsökningen genomfördes fyra gånger; 2017-01-28, 2017-03-09 – 2017-03-10 och 2017-03-14. I studien inkluderades totalt 9 stycken artiklar.

Efter insamling av relevanta artiklar och litteratur gjordes en litteraturavgränsning för att bedöma litteraturens kvalité och undersöka om litteraturen besvarade syftet för den aktuella studien. Fribergs (2012a, s. 126) exempel på frågor att beakta vid granskning av en kvalitativ studie användes för att bedöma kvalitén på de valda artiklarna.

Sökord
Under de 4 tillfällen artiklar söktes var sökorden likartade och användes i olika kombinationer då författarna var förvissade om vilken sorts litteratur de önskade. För att söka artiklar användes sökorden i olika kombinationer och i hela meningar (sökorden begränsade till titeln). Sökorden kombinerades även med meningar.

Sökningen genomfördes med engelska sökord och meningar för att ge ytterligare bredd till artikelträffarna. Följande sökord användes: *type 2 diabetic, experiences * 2, diabetic patient, self-care, perception, type 2 diabetes, self-management, living.* Följande meningar användes: *learning to live with diabetes * 2, living with type 2 diabetes experience,*

Dataanalys

Efter litteraturavgränsningen användes en översiktstabell, se bilaga 2. Den skapades för att lättare skapa en överblick över vald litteratur (Friberg 2012c, ss. 44–46, 2012b, s. 140). Artiklarna analyserades och därefter markerades alla stycken som var relevanta för litteraturstudien. En sammanställning av varje studies resultat skapades för att få en bättre överblick. Stycken som hade likheter sammanfogades i arbetskategorier, exempelvis ”lärande” och ”socialt”. Dessa stycken klipptes sedan ut till ett eget dokument och översattes till svenska då artiklarna ursprungligen var på engelska. Presentationen av resultaten skapades enligt huvudteman och subteman, se tabell 1 nedan.

RESULTAT

Resultatet presenteras i tre huvudteman med respektive subteman, se tabell 1:

Tabell 1.

HUVUDTEMAN		
Patientens upplevelse av nya förändringar i förhållande till sjukdom	**Patientens upplevelse av att integrera sjukdom i tillvaron**	**Patientens upplevelse av att finna balans och ta kontroll över sin sjukdom**
SUBTEMAN		
En förändrad kropp	Behov av ny och ökad kunskap	Motivation och autonomi
Sociala sammanhang	Hantera sjukdom och vardag	Välmående i sjukdom
	Oro inför framtiden	

Patientens upplevelse av nya förändringar i förhållande till sjukdom

DMT2 innebär en förändrad upplevelse av livet. Kroppen får en ny innebörd och måste beaktas på ett annat sätt än tidigare. Det nya förhållningssättet påverkar patienters sociala sammanhang negativt och sjukdomen upplevs som ett hinder.

En förändrad kropp

Patienter beskrev att den förändrade kroppen medförde hinder i det dagliga livet. Besvärliga känslor uppkom, exempelvis frustration när kroppens reaktioner var svåra att tolka. Att erkänna för sig själv att kroppen var sårbar och opålitlig resulterade i ett ökat behov av förståelse för hur ett förändrat liv hanteras (Kneck, Eriksson, Lundman & Fagerberg 2016). Det var av yttersta vikt att acceptera den nya situationen och samtidigt anpassa sig till den förändrade kroppens nya förutsättningar (Kneck et al. 2014). När okända symtom uppkom, eller när blodglukos visade oförutsägbara värden uppstod känslan av osäkerhet (Kneck et al. 2016).

Patienter såg sig själva som förändrade personer (Kneck et al. 2014). Från att vara välbekant blev kroppen plötsligt en obekant aktör som var tvungen att beaktas på olika sätt till skillnad från tidigare och den intog en mer central position i vardagen (Kneck, Klang & Fagerberg 2011). Patienter upplevde det både utmanande och skrämmande att ständigt uppleva sig själva och kroppen som främmande. Det var naturligt att jämföra den nuvarande kroppen mot tidigare (Kneck et al. 2016).

Kneck, Klang och Fagerberg (2012) beskriver att patienter växlade mellan att vilja separera sjukdomen från jaget och att integrera den i sin varelse. När sjukdomen integrerades medförde det att personen förändrades; sjukdom involverades i kroppen och livet vilket skapade ett nytt sätt att existera. Generellt upplevdes livet enklare när sjukdomen blev en del av det nya jaget. När sjukdomen inte var integrerad i den levda kroppen upplevde patienter att det uppstod en kamp mellan synen på kroppen, jaget och livssituationen.

Patienter i Gazmararian, Ziemer och Barnes (2009) studie berättade att användning av insulin inte bara var en olägenhet i vardagen, utan medicinen symboliserade också ett tecken på att kroppen inte fungerade som den skulle. Enligt Kneck et al. (2014) förstod patienter att vardagen förväntades förändras som en konsekvens av sjukdomen, men också för att det var det enda alternativet för att upprätthålla optimal glukosnivå.

Sociala sammanhang

Enligt Carolan, Holman och Ferrari (2014) var familjens roll för patienter genomgående uppenbar i fråga om stöd, motivering, uppmuntran och stundtals när det gällde att guida patienter till hälsosamma val. Livskamrater och partners var ett viktigt stöd för att uppnå välmående (Kneck et al. 2016).

Patienter kunde vara bekymrade över hur deras sjukdom påverkade familjen och relationen till dem.

De krav egenvården av DMT2 medförde tog tid från gamla föräldrar som behövde hjälp och barn som behövde tid (Carolan, Holman & Ferrari 2014). Patienter yttrade vikten av att ha goda relationer med vänner och familj (Oftedal, Bjørg & Bru 2010).

Patienter kunde uttrycka erfarenheter av att ingå i sociala grupper som problematiska, trots att de värdesatte att tillhöra ett sammanhang (Oftedal, Bjørg & Bru 2010). Enligt Carolan, Holman och Ferrari (2014) hade dietrestriktionerna som sjukdomens behandling medförde en påverkan på det sociala livet. Impulsivitet angående mat och sociala utflykter var svårt för patienter då de inte längre kunde äta oberoende och fritt. En del patienter kände att det nya förhållningssättet till mat berövade dem på det sociala sammanhanget. Även i studien av Gazmararian, Ziemer och Barnes (2009) uttryckte patienter att det sociala nätverket var klart kompromissat på grund av sjukdomen.

Rutiner som normalt sett utgjorde en trygghet i vardagen kunde inte bibehållas under sociala situationer vilket gjorde dem oförutsägbara. Att patienters förmåga att delta i sociala tillställningar förändrats på grund av sjukdomen innebar en känsla av att vara annorlunda. Att vilja leva vardagen som vanligt och samtidigt känna ett behov av trygghet kopplat till stabila rutiner var två oförenliga behov som bildade en kontradiktion (Kneck et al. 2016). I ett senare skede när patienter levt med sin diagnos en tid kunde de uppleva ett ökat förtroende från människor gällande den egna förmågan att hantera sin sjukdom. Samtidigt som patienter uppskattade att behandlas som vanligt och inte separat, kunde det också upplevas frustrerande när människor runt omkring glömde av sjukdomens tids- och energikrävande aspekt (Kneck, Klang & Fagerberg 2012).

Många patienter kände rädsla och bestörtning och antydde att det fanns en förtröstan och lugnande inverkan i att veta att de inte var ensamma om det. Att samtala i grupp var hälsofrämjande (Gazmararian, Ziemer & Barnes 2009). Möjligheten att känna andra som var drabbade av sjukdom gav patienter exempel på hur de skulle klara av att hantera sin sjukdom (Crowe et al. 2016).

Patientens upplevelse av att integrera sjukdom i tillvaron

Den förändrade tillvaron utlöser ett behov av ny kunskap för att kunna hantera DMT2. Brist på kunskap upplevs som en sårbarhet medan ökad kunskap utlöser en känsla av säkerhet. Lärandeprocessen för varje patient är individuell liksom tillvägagångssättet för att hantera sjukdomen. Patienter upplever en rädsla över framtida komplikationer relaterade till sjukdomen och hur de ska komma att påverka tillvaron.

Behov av ny och ökad kunskap

I patienters sjukdomssituation upplevdes kunskap vara ett kraftfullt instrument för att kunna leva sitt liv så självständigt som möjligt. Kunskap hämtades på olika sätt. I en studie framkom att frågor en patient, eller andra i patientens omgivning ställde, kunde avslöja en brist på vetskap vilket startade en process att finna svaret och således utöka den egna kunskapen. Ny vetskap erhölls också från reflektion och erfarenhet (Kneck, Klang & Fagerberg 2011).

Patienter uttryckte att ett behov av inlärning utlöstes när vardagen hindrades på grund av ens egen och/eller andras insufficiens. Brist på väsentliga kunskaper och en önskan att vara kapabel till att handla annorlunda upplevdes frustrerande (Kneck et al. 2016). Enligt Kneck, Klang och Fagerberg (2012) kunde krävande situationer ha positiv inverkan på patienter då de gav möjlighet att reflektera annorlunda eller att lära sig på ett nytt sätt. Detta kunde ge patienter ökad kunskap och som en följd av det, en ökad känsla av säkerhet. För en del patienter var medveten exponering av sig själv i nya situationer en medveten strategi för lärande (Kneck et al. 2014). Enligt Kneck, Klang och Fagerberg (2012) kunde krävande situationer dock även ha en negativ inverkan när patienter inte kunde förstå och hantera den aktuella situationen, vilket istället gav en känsla av sårbarhet.

Patienter som upplevde att de hade ringa erfarenhet gällande sin sjukdom fick känslan av att de hade få handlingsalternativ i situationer, till exempel gällande stabilisering av blodglukosnivån vilket initialt hade högsta prioritet. I ett senare skede av inlärningsprocessen kunde en förändring i patienters inställning mot det egna blodglukoset skönjas och blodglukosnivåerna kunde få stå tillbaka för något annat, exempelvis välmående. Förändringar gällande både insikt och förståelse framkom bland annat när erfarenheter delades med andra och när patienter själva sökte upp information. Ökad information hjälpte patienter att hantera sjukdomen i vardagen och att förstå kroppens signaler, dock kunde behovet av att hela tiden vilja veta mer och att styra sin vardag inverka negativt på hälsan (Kneck et al. 2014). Även att återuppleva situationer man tidigare erfarit var viktigt för lärandet. Att framkalla minnet från tidigare erfarenheter för att förstå hur liknande situationer skulle undvikas eller hanteras framöver var en ständig övning för patienter (Kneck et al. 2016). Enligt Kneck, Klang och Fagerberg (2011) uppfattades självupplevelse vara kärnan i den lärande utvecklingen.

Hos patienter fanns en önskan att få ny kunskap, dock innebar ny kunskap att de tidigare kunskaperna behövde revideras och att deltagarna kände ett behov av att få de nya kunskaperna bekräftade. Information som patienter uppfattade vara inkorrekt eller irrelevant kunde istället ignoreras. När sjukvårdspersonal gav råd som inte kändes passande kunde det skapa en misstro mot vården (Kneck, Klang & Fagerberg 2011). I patienters läroprocess ingick upplevelsen av att befinna sig i ett sårbart tillstånd när de inte kunde ta hand om sig själva och således stå i en beroendesituation till andra (Kneck, Klang & Fagerberg 2012).

Hantera sjukdom och vardag

Att diagnostiseras innebar att individens behov förändrades och att nya behov upptäcktes, både känslomässiga och fysiska. I den nya situationen skapades ett krav på att behärska en situation och agera “här och nu” och vid samma tillfälle hålla framtiden i åtanke (Kneck et al. 2016). I situationer där sjukdomen behövde beaktas uppstod tillfällen för att pröva nya metoder och därefter utvärdera, eller “fortsätta med strömmen” och se hur det utspelade sig (Kneck, Klang & Fagerberg 2011). Det var viktigt att prioritera och att förstå konsekvenserna av val som gjordes. Patienter uttryckte att förändringar genomfördes för att skapa ett önskvärt liv framöver (Kneck et al. 2016).

Planering var viktigt för att kunna ta bra beslut i vardagen (Kneck et al. 2014). Ett ytterligare verktyg för patienters beslutsfattande var reflektion, både generellt om de nya förhållandena i livet och om saker de erfarit tidigare. Reflektion kunde också utlösas när kroppen visade överraskande tecken eller blodglukosnivåer (Kneck, Klang & Fagerberg 2011). Att lära sig om sin kropp gav nya insikter (Kneck et al. 2014).

Att hantera sin sjukdom och ta ansvar för egenvård kunde upplevas svårt. Livsstilsförändringar krävde resurser och motivation för att verkställas och det var ibland svårt att praktiskt genomföra moment som inhämtats under exempelvis undervisning i sjukdomslära. Patienter kunde uppleva sig låsta i vardagliga ting, exempelvis mat. Att behöva se till att ha mat förberedd eller att behöva äta anpassad kost på regelbundna tider upplevdes svårt och besvärligt. Vissa patienter kunde känna en sorg över att ha förlorat njutning för mat (Carolan, Holman & Ferrari 2014).

I en del patientfall upplevde patienter att arbete och behandling inte var kompatibelt (Oftedal, Karlsen & Bru 2010). En patient berättade att hen inte hade möjlighet att arbeta som lastbilsförare vid behandling med insulin, vilket skulle ha påverkat hela familjen som hen försörjde. Hantering av insulin kunde försvåras av exempelvis nattskiftsjobb och skapa en känsla av nedstämdhet. En patient uttryckte att den viktigaste delen i hanteringen av sjukdomen var att ta kontroll över sitt eget liv. Patienter betonade värdet av att ha stark disciplin för att klara av att upprätthålla egenvård (Gazmararian, Ziemer & Barnes 2009).

Enligt Malpass, Andrews och Turner (2009) använde patienter sig av fysisk aktivitet för att hålla sig i form och för att de visste hur viktig motion var för att kontrollera och sänka glukosnivåer. De flesta patienter i studien såg förändringar i aktivitet och kost som nödvändiga och gynnsamma. Det fanns också en förståelse om att en kombination av både kost och motion behövdes för att nå ett bra resultat.

Deltagarna i studien av Kneck, Klang och Fagerberg (2012) uttryckte värdet av att uppleva både kontroll och frihet i vardagen, dock upplevdes det svårt att balansera dessa två. Deltagarna uppgav att de var lyhörda för kroppens signaler, samtidigt kunde de välja att även ignorera dem. Patienter värderade sin rätt att tacka nej till behandling och göra oberoende val (Oftedal, Karlsen & Bru 2010).

Att hitta balans innebar att ständigt ställa sig själv frågan vad som var viktigast för en själv och vad som var genomförbart i en specifik situation. Sjukdomen beskrevs vara prioriterad i vardagliga sammanhang, dock förekom det att sjukdomen prioriterades bort när något annat ansågs vara mer angeläget (Kneck, Klang & Fagerberg 2012). När vardagen blev kaotisk fick till exempel blodglukosnivåerna stå tillbaka (Kneck et al. 2014). Det förekom att patienter medvetet valde att hålla en hög blodglukosnivå för att avlägsna symtom på lågt blodglukos i samband med bilfärder eller alkoholkonsumtion (Kneck, Klang & Fagerberg 2012).

Patienter talade om att de förlitade sig på kroppens symtom och tecken, eftersom de förstod att kroppen var basen för all beslutsfattande. Patienter upplevde att de själva visste bäst om sitt hälsotillstånd. Genom att var lyhörda och använda sig utav kroppen upplevde patienter ett allmänt tillstånd av att ”må bra”.

Att ta hand om jaget resulterade i ett omhändertagande av sjukdomen (Kneck et al. 2016). Även patienter i Kneck, Klang och Fagerbergs (2012) studie påpekade att de val som förbättrade individens hälsa även hade en positiv inverkan på sjukdomen. I en studie av Carolan, Holman och Ferrari (2014) uttryckte ett fåtal patienter att de kände tacksamhet över att ha blivit diagnostiserade och att de såg den nya diagnosen som en möjlighet för att förbättra hälsan och livet.

Patienter upplevde att beslutsfattande kunde vara problematiskt när de var osäkra på valen som förekom eller dess följder. Kravet på att handla och ta beslut utan hänsyn till otillräcklig information, samt oförenliga behov och önskningar, var betungande, även om alternativet att inte göra något existerade och var en valmöjlighet (Kneck et al. 2016). I studien av Kneck, Klang och Fagerberg (2011) upplevde patienter hälso- och sjukvården som trygg och tillförlitlig vid osäkerhet, om vårdpersonalen uppfattades vara patientfokuserad och tillgänglig.

För att förstå kroppens reaktioner ansågs glukosmätaren vara ett värdefullt verktyg (Kneck et al. 2016). Genom att mäta blodglukosvärdet upplevdes en känsla av frihet. Parallellt så blev glukosmätaren ett hinder för kroppens egna signaler, det blev svårt att sätta tillit till kroppen (Kneck, Klang & Fagerberg 2012). I en studie av Kneck, Klang och Fagerberg (2011) ansågs glukosmätaren vara ett redskap vars uppgift var att ge inblick i hur kroppen fungerade. Det medförde att deltagarna upplevde en känsla av kontroll och säkerhet. Glukosmätning var även ett sätt att bekräfta de kroppsliga signalerna.

Oro inför framtiden

Patienter kunde känna oro över tillvaron och de kunde ifrågasätta deras egna förmågor att hantera livet (Kneck et al. 2016). Enligt Carolan, Holman och Ferrari (2014) handlade livet med DMT2 på ett emotionellt plan om att hantera sjukdomens osynliga men potentiellt dödliga påverkan. Sjukdomens “osynliga” smygande komplikationer fick patienter att känna osäkerhet och rädsla inför framtiden och ytterligare komplikationer. DMT2’s kroniska natur erfors känslomässigt betungande och en del patienter kände svårigheter att hantera faktumet. De refererade till sjukdomen som den “osynliga” eller “tysta” sjukdomen.

Patienter betonade värdet av ett fullgott liv utan komplikationer. Det fanns en stark önskan om att undvika behandling med läkemedel så länge som möjligt (Malpass, Andrews & Turner 2009).

Patientens upplevelse av att finna balans och ta kontroll över sin sjukdom

Patienter värdesätter rätten till att göra egna val och strävar efter att uppnå en balans i tillvaron. Enligt patienter är det viktigt att prioritera sig själv i sjukdomen och att leva ’här och nu’, även om det innebär att sjukdomen ibland åsidosätts. Livsstilsförändringar kräver motivation vilket patienter finner på olika sätt.

Motivation och autonomi

Patienter uttryckte olika sätt att motivera sig på och hade olika aspekter i livet som motiverade dem. Enligt Malpass, Andrews och Turner (2009) var fysisk aktivitet en källa till motivation för en del patienter. Fysisk aktivitet ansågs av dessa förbättra både fysisk och psykiska hälsa, vilket motiverade till fortsatt egenvård och en ökad grad av hälsosamt födointag. Enligt deras studie kan det vara fördelaktigt att framhäva synen av fysisk aktivitet som ett verktyg för att upprätthålla låga blodglukosnivåer, snarare än att fokusera enbart på viktminskning.

Att få information om fysisk aktivitet och kost tillsammans motiverade patienter till en strategisk användning av fysisk aktivitet. Att uppmuntras till livsstilsförändringar anträffande både kost och motion samtidigt kunde dock vara för mycket förändring på en gång för individen att ta in och för en del patienter kunde det bli en källa till frustration. Somliga patienter uppfattade att förändringar i kost och motion motsade varandra, till exempel att en ökad fysisk aktivitet ökade aptiten samtidigt som portionsstorleken minskades. Det kan vara en fördel att bygga upp självförtroendet hos patienter gradvis genom att guida dem till att bemästra en färdighet i taget, speciellt i fall där patienter saknar socialt umgänge och/eller lider av psykisk ohälsa (Malpass, Andrews & Turner 2009).

En del patienter motiverades till egenvård genom en stark önskan att undvika att börja på medicinering eller att öka medicineringen. Det fanns en uppfattning om att när medicinering väl inleddes/ökades, hade sjukdomens svårighetsgrad ökat och livet var över. Patienter kunde också motiveras till egenvård och att hålla sig friska i och med en önskan att se barn och barnbarn växa upp (Oftedal, Karlsen & Bru 2010).

Patienter kunde även se den nya tillvaron som något positivt, en anledning att genomföra livsstilsförändringar, främja egenvård och lära sig nya saker om kroppen. Trots den förändring en diagnos innebar och att växlande blodglukosnivåer var en svårighet kunde den nya situationen rentav uppfattas spännande. En del patienter kände missnöje med tidigare livsstilar och upplevde därför livsstilsförändringarna behandlingen medförde som positiva (Kneck et al. 2014).

Familjen kunde övergripligt vara en motivationskälla på två olika sätt. De hade en funktion i att främja patienters egenvård genom att övervaka, uppmuntra och anmärka på patienters uppförande. De var också en grund för motivering hos patienter eftersom patienterna hade en önskan om att leva livet till fullo och vara närvarande i framtida händelser som exempelvis bröllop och därför strävade efter att ta hand om sig själva. Det fanns också en önskan från patienters sida att inte vara eller bli en börda för anhöriga och närstående (Carolan, Holman & Ferrari 2014).

Enligt Carolan, Holman och Ferraris (2014) studie var merparten av patienterna tydligt införstådda med att det låg på dem själva att ansvara för egenvård och därav minska komplikationer. Det personliga ansvaret över den egna sjukdomen var krävande och i takt med att patienter axlade åtagandet att behandla sjukdomen väcktes känslor av isolering och ensamhet.

Välmående i sjukdom

Kneck et al. (2014) beskriver att det var viktigt att tillåta sig själv att fokusera på de egna behoven och inte bara leva utefter sjukdomens villkor. Kneck, Klang och Fagerberg (2011) berättar att patienter uttryckte hur viktigt det var att vara lyhörd gentemot kroppens signaler och prioritera vad som var viktigt för en själv. Trots att faktorer i ens vardag kunde utgöra hinder i att prioritera sig själv uttryckte patienter att det var ett tydligt mål att sträva efter. Enligt Kneck et al. (2014) fanns behovet av att leva 'här och nu' bland patienter. Genom att stundvis släppa kontrollen över att bibehålla en gynnsam blodglukosnivå kunde patienter känna sig mindre låsta i sjukdomen.

Malpass, Andrews och Turner (2009) beskriver att en patient i deras studie hade gjort betydande kostförändringar vilket resulterade i viktnedgång. Det medförde att hen upplevde sig mer hälsosam, vilket hade gett hen förmågan att på egen hand utföra aktiviteter. Hälsosam kost hade varit motiverande, men även ohälsosam kost motiverade patienter till ökad aktivitet. En patient uttryckte att om hen hade ätit onyttig mat blev hen mer benägen att träna. Flera patienter använde sig utav fysisk aktivitet för att balansera upp nöjen och "fusk" i deras egenvård. Exempelvis uttryckte en patient att hen försökte följa kostrekommendationerna men hade en passion för alkohol och att äta ute, två faktorer som var väsentliga för hens relationer. För att upprätthålla dessa laster utan att påverkas negativt gick patienten och tränade lite hårdare nästa dag.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Från start var tanken att inkludera kvantitativa artiklar i materialet men författarna valde senare att avstå från kvantitativa artiklar på grund av brist på relevanta artiklar. Majoriteten av de kvantitativa artiklar som hittades hade en medicinsk inriktning. En del av artiklarna som använts i den här litteraturstudien har sökts i databasen Summon på Högskolan i Borås hemsida. Högskolan Borås ändrade sitt biblioteks databas från Summon till Primo efter att den här studiens artikelsökning genomförts.

Artiklarnas syfte valdes att skrivas tvåspråkigt i artikelöversikten, se Bilaga 2. Eftersom studien författades på svenska valde författarna att även översätta artiklarnas syfte till svenska. Det engelska syftet för varje artikel behölls för att bevara innebörden av det engelska syftet då flera engelska ord saknar svensk motsvarighet. I några av artikelsökningarna begränsades sökningen till enbart titeln eller till specifika tidskrifter. Författarna använde olika metoder i sökningarna för att hitta relevanta artiklar, till exempel försökte författarna avgränsa sökningen för att få fram specifika titlar och/eller avgränsa sökningen till vårdvetenskapliga tidskrifter. Det gjordes för att sökningen ibland gav resultat som inte motsvarade studiens syfte.

Författarna är medvetna om att en del av artiklarna som förekommer i studiens resultat är författade av samma personer, till exempel förekommer författaren Klang tillsammans med andra författare i 4 av 9 artiklar. Det är kanske inte så förvånande då ämnet för den här studien är smalt. Det är möjligt att det här hade kunnat undvikas genom att genomföra sökningen på ett annorlunda sätt med exempelvis andra sökord.

Vi är medvetna om att det kan innebära att dessa 4 artiklar kan vara präglade av ett visst synsätt. I två av artiklarna förekommer patienter med både diabetes mellitus typ 1 (DMT1) och DMT2. Dessa två grupper skiljs dock inte åt i de nämnda artiklarnas resultat. Vi har valt att inkludera dessa artiklar trots att det inte enbart innehåller patientgruppen DMT2 då patienternas sjukdom i artiklarnas resultat presenteras under sjukdomens gruppnamn diabetes, och således bör vara applicerbart på båda sjukdomsgrupper.

Resultatdiskussion

I vår litteraturstudie kan vi se att patienter som diagnostiserats med DMT2 upplever betydande livsstilsförändringar. Det är inte bara den enskilde patienten som drabbas utan också patientens familj och det sociala umgänget, vilket patienter upplever negativt. Likaså erfar patienter omställningar vad gäller kost och motion på grund av egenvårdsbehandlingen vilket även det kan upplevas svårt. Att få diagnosen DMT2 startar ett starkt behov av ökad kunskap hos patienter. De vill kunna hantera sin sjukdom och för att göra det krävs kunskap, som patienter tar till sig på individuella sätt. Med kunskapen kommer ett nytt ansvar för det som krävs för sjukdomens behandling och då måste patienter finna kraften att hålla motivationen och balansen uppe. Vi uppfattar att patienter som fått diagnosen DMT2 upplever ett flertal känslor. Den förändring en kronisk sjukdom innebär är en livsomställning, kroppen är plötsligt förändrad (Kneck 2015, ss. 20, 21). Patienter behöver få vara sorgsna över deras situation (Wiklund Gustin 2003 s. 177).

Patienter upplevde att sjukdomen hämmade deras sociala förmåga. I vårt resultat är vår uppfattning att kost verkade ha störst påverkan på patienters liv efter diagnostisering och vara en källa till upplevelsen av att vara begränsad socialt. Att möjligheterna att vara spontan minskades och att alltid behöva planera i förväg när något skulle göras upplevdes också hindra det sociala livet. Vi upplever att det här var en källa till lidande hos patienter. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 77, 79) styrker att en människa som hindras från att delta i ett sammanhang troligen inte kan uppleva hälsa. Enligt dem har en person som känner gemenskap också möjlighet att vara enskilt stark. Studien av Oftedal, Karlsen och Bru (2010) visar att patienter ser fördelar med att utföra aktiviteter i gemenskap. Vi anser det därför vara djupt olyckligt att så många patienter känner att sjukdomen hämmar dem från ett socialt sammanhang. Vi finner det också beklagligt att just kost har en såpass negativ effekt på tillvaron eftersom kost är en mycket viktig del i egenvården och kanske kan det finnas ett behov här av ytterligare forskning om kostens negativa påverkan. Ett fåtal patienter upplevde den nya tillvaron och de livsstilsförändringar den medförde som en positiv inverkan på livet. Det anser vi visar att vårdaren inte ska möta patienten med förförståelse utan vara öppen för patientens livsvärld.

Det var svårt för patienter att börja behandlingsprocessen för att hantera sin sjukdom. Att vårda sin sjukdom krävde kunskap och lärandet var en process i sig själv. Vi uppfattar genom vårt resultat att lärandet är individualiserat för varje patient. Lärandeprocessen kopplas samman med självupplevelse vilket också styrks av Wiklund Gustin (2003, s. 151) som menar att lärande handlar om förståelse, att komma till en insikt och ta till sig information, men också att göra den till sin egen.

Vår studie visade att patienter hade funnit olika källor till motivation för den personliga utvecklingen och lärandet. Det är vår uppfattning från vårdmiljöer att sjuksköterskans roll innehåller en stor del undervisning. Vi anser att vårt resultat belyser att inlärningsprocessen måste anpassas till varje patient. Vi upplever att kunskap är basen för hantering av sjukdomen och därav bör det vara viktigt för sjuksköterskan att ha kunskap om olika lärosätt för att stödja patienterna på bästa sätt.

Enligt Wiklund Gustin (2003, s. 82) är det en del av hälsoprocessen att försonas med sitt lidande. När vi läser vårt resultat upplever vi att det skulle kunna finnas en genomgående brist på stöd och information. Det sociala lidandet, lidandet i samband med hantering, lärande och vad gäller behandling som vi upplever hos patienter i vårt resultat hade möjligen kunnat lindras om patienter hade fått ett mer individanpassat stöd av vården. Förslagsvis vårdande samtal för att patienten ska känna sig betydelsefull och sedd i sin existentiella kontext (Wiklund Gustin 2003, s. 170). Dahlberg och Segesten (2010, ss. 186–187) beskriver att vårdare ska erbjuda stöd till patienten för att denne skall ha förmågan att hjälpa sig själv. Enligt Wiklund Gustin (2003, s. 163) måste förslag om förändring vara anknutna till patientens livsvärld och ideal. Vi anser att vårt resultat styrker vikten av att ha en patientcentrerad vård där vårdaren värnar om patientperspektivet. Det här vill vi lyfta med vår studie.

Hållbar utveckling och hälsofrämjande vård

DMT2 blir vanligare över hela världen (Diabetesförbundet 2016b) och enligt International Diabetes Federation (2015) hade 415 miljoner vuxna DMT2 år 2015. I Sverige räknas var tredje person med DMT2 vara oupptäckt (Diabetesförbundet 2016a). Den globala kostnaden under 2015 uppskattades vara 673–1,197 miljarder United States dollar (USD) för behandling samt preventiva åtgärder för att förhindra komplikationer relaterat till diabetes mellitus. Kostnaderna beräknas stiga (International Diabetes Federation 2015, s. 58).

Genom att ha ett hälsofrämjande förhållningssätt och vårda preventivt kan sjuksköterskan motverka och förebygga sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening 2008, s. 4). Ett hälsofrämjande arbetssätt hos sjuksköterskan främjar alla tre dimensioner i hållbar utveckling (Pellmer, Wramner & Wramner 2012, s. 207). Vi upplever att det allmänt behövs informeras om DMT2 och dess riskfaktorer för att försöka uppnå en större kunskap hos befolkningen. Det här med tanke på att siffrorna över antalet diagnostiserade stiger och med dem kostnaderna för samhället. Både samhällets ekonomi och individen gynnas av att medvetenheten kring DMT2 ökar. Sjuksköterskan hälsofrämjande arbete i vården av redan drabbade individer kan minska risken för komplikationer och upprätthålla hälsa.

SLUTSATSER

Vi har gjort följande slutsatser utifrån vårt resultat:

- Patienter upplever en mycket förändrad tillvaro efter att ha fått diagnosen DMT2. Att diagnostiseras med en kronisk sjukdom kan vara chockartat och att plötsligt vara beroende av andra kan vara en omställning.

- Behandlingen för DMT2 innebär förändringar i kost, motion och livsstil för patienter. Patienter kan påverkas negativt av dessa livsstilsförändringar och uppleva sig begränsade i tillvaron. Framför allt det sociala sammanhanget upplevs hämmat. En minoritet av patienter som diagnostiseras upplever diagnosen och de förändringar den medför positivt.
- DMT2 utlöser ett behov av ny kunskap hos patienter. Kunskap upplevs viktigt av patienter för att ha möjlighet att hantera sjukdomen i vardagen och ger patienter en känsla av säkerhet. Att få diagnosen innebär starten på en inlärningsprocess och lärandet är individuellt. Patienten behöver patientcentrerad handledning av hälso- och sjukvården.
- Det är viktigt för patienter att finna en balans i tillvaron och att själva få bestämma över sin tillvaro och sjukdom.
- Sjuksköterskan behöver anpassa stödet och informationen för att nå fram till varje patient och få patienten att känna sig delaktig i sin vård. Patienter som inte genomgår behandling eller tar sjukdomen på allvar kommer att drabbas av komplikationer vilket drabbar samhället både ekonomiskt och ur ett folkhälsoperspektiv.
- Genom att få ny och större kunskap för hur tillvaron kan erfaras av patienter efter diagnostisering kan förhoppningsvis sjuksköterskan få en ökad förståelse för vikten av ett patientperspektiv i vårdandet.
- Vi ser ett behov av ytterligare forskning om kostens påverkan på patientens tillvaro.

REFERENSER

Bendt, A. (2016). *Diabetes typ 2*. https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-2/ [2017-03-16+17]

Carolan, M., Holman, J. & Ferrari, M. (2014). Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing,* 24(7-8), ss. 1011-1023. DOI: 10.1111/jocn.12724

Crowe, M., Whitehead, L., Bugge, C., Carlyle, D., Carter, J. & Maskill, V. (2016). Living with suboptimal glycaemic control: the experiences of Type 2 diabetes diagnosis and education. *Journal of Advanced Nursing,* 73(3), ss. 612-621. DOI: 10.1111/jan.13145

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis.* Stockholm: Natur och kultur.

Diabetesförbundet (2016a). *Diabetes i siffror*. https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/diabetes-i-siffror/ [2017-03-15]

Diabetesförbundet (2016b). *Typ 2-diabetes.* https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/typer/typ-2/ [2017-03-16]

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar.* 4. Uppl., Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (2012a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg, F (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 121–132.

Friberg, F. (2012b). Att göra en litteraturöversikt. I Friberg, F (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 133–143.

Friberg, F. (2012c). Tankeprocessen under examensarbetet. I Friberg, F (red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 37–46.

FYSS (2011). *Allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet*. http://www.fyss.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/ [2017-06-05]

Gazmararian, J. A., Ziemer, D. C. & Barnes, C. (2009). Perception of Barriers to Self-care Management Among Diabetic Patients. *The Diabetes Educator,* 25(5), ss. 778-788. DOI: 10.1177/0145721709338527

International Diabetes Federation. (2015). http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures [2017-03-15]

International Diabetes Federation. (2015). *Diabetes atlas.* Bryssel: International Diabetes Federation. http://www.diabetesatlas.org

Kneck, Å. (2015). Lärandet i livet med långvarig sjukdom. I Klang Söderkvist, B (red.) *Patientundervisning.* 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 17–39.

Kneck, Å., Eriksson, L. E., Lundman, B. & Fagerberg, I. (2016) Encumbered by vulnerability and temporality – the meanings of trigger situations when learning to live with diabetes. *Journal of Clinical Nursing,* 25(19-20), ss. 2874-2883. DOI: 10.1111/jocn.13339

Kneck, Å., Fagerberg, I., Eriksson, L.E. & Lundman, B. (2014). Living with diabetes - Development of learning patterns over a 3-year period. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being,* 9(1), ss. 1-12. DOI: 10.3402/qhw.v9.24375

Kneck, Å., Klang, B. & Fagerberg, I. (2012). Learning to live with diabetes – integrating an illness or objectifying a disease. *Journal of Advanced Nursing,* 68(11), ss. 2486-2495. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.05947.x

Kneck, Å., Klang, B. & Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), ss. 558- 566. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x

Malpass, A., Andrews R. & Turner, K. M. (2009). Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study. *Patient Education and Counseling,* 74(2), ss. 258-263. DOI: 10.1016/j.pec.2008.08.018

Oftedal, B., Karlsen, B. & Bru, E. (2010). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing,* 19(17-18), ss. 2548-2556. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x

Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Petersson, A. (2011). *Kost vid diabetes: En vägledning till hälso- och sjukvården.* Stockholm: Socialstyrelsen. http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18471/2011-11-7.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/halsoframjande-arbete-publikationer/strategi.for.sjukskoterskans.halsoframjande.arbete.pdf

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur

World Health Organisation. (2016). *Global report on diabetes.* Geneva: World Health Organisation.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1
[2017-03-18+2017-05-04]

BILAGA 1.

Databassökningar

Databas	Sökord	Antal träffar	Begräsningar	Urval
Cinahl	Learning to live with diabetes	106	Jan 2007-jan 2017, peer reviewed	1
Cinahl	Learning to live with diabetes	5	Sökord begränsas till titeln, jan 2007-jan 2017, peer reviewed	2
Cinahl	Type 2 diabetic, experiences	26	Jan 2007-jan 2017, peer reviewed, Journal of Clinical Nursing, Journal of Advanced Nursing, International Journal of Nursing Studies, International Journal of Nursing Practice, Nursing Standard	2
Cinahl	Type 2 diabetes, self-management, living	9	Juli 2007-juli 2017, peer reviewed	1
Cinahl	Diabetic patients, self-care, perception	54	Juli 2007-juli 2017, peer reviewed	1
Summon	Living with type 2 diabetes, experience	66136	Peer reviewed	2

BILAGA 2.

Artikelöversikt

Författare **Årtal** **Titel** **Tidskrift**	**Syfte**	**Metod och urval**	**Resultat**
Författare: Kneck, Å., Eriksson, L-E,. Lundman, B., Fagerberg, I. **Årtal:** 2016 **Titel:** Encumbered by vulnerability and temporality – the meanings of trigger situations when learning to live with diabetes **Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing	To illuminate the meaning of trigger situations experienced in everyday life when learning to live with diabetes. Att belysa innebörden av utlösande situationer som upplevdes i vardagen i samband med att lära sig leva med diabetes.	**Metod:** Studien utgick från livsvärldsperspektiv och författarna använde en fenomenologisk hermeneutisk metod inspirerad av filosofen Paul Ricoeur för att översätta de transkriberade intervjuerna. **Urval:** Patienterna rekryterades från en endokrinologisk avdelning och alla var nydiagnostiserade. 13 patienter; 4 kvinnor och 9 män deltog i samtliga intervjuer.	Patienter upplevde efter diagnostisering av DMT2 att kroppen hade förändrats. Kroppen var inte längre familjär och patienter upplevde att det var svårt att hantera vardagliga situationer. Det gjorde att patienter hade ett behov av att förstå hur de skulle hantera ett förändrat liv. Hinder i vardagen vilka skapades utav sjukdomen och den förändrade kroppen skapade utlösande situationer.
Författare: Kneck, Å., Klang, B., Fagerberg, I. **Årtal:** 2012 **Titel:** Learning to live with diabetes – integrating an illness or objectifying	To illuminate the meaning of 'learning to live with diabetes' 3 years after being diagnosed. Att belysa innebörden av 'att lära sig leva med diabetes' 3 år efter diagnostisering.	**Metod:** Kvalitativ studie där livsvärldsperspektiv användes. Författarna intervjuade deltagarna, därefter analyserades data med hjälp av en fenomenologisk hermeneutisk metod. **Urval:** Patienterna rekryterades från en endokrinologisk	**Resultat**: Patienter upplevde att det var viktigt att balansera frihet och kontroll i livet med diabetes, emellertid var det svårt att upprätthålla balansen. Patienter förstod att kroppen var basen för allt besluttagande och

a disease **Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing (JAN)		avdelning och ett selektivt stickprov användes för att uppnå maximal variation. 13 patienter deltog varav 4 var kvinnor och 9 var män.	de lyssnade på kroppens signaler, samtidigt kunde de ignorera dem ifall något annat behövde prioriteras.
Författare: Kneck, Å., Klang, B., Fagerberg, I. **Årtal:** 2011 **Titel:** Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus **Tidskrift:** Scandinavian Journal of Caring Sciences	To reach an understanding of how learning to live with diabetes is experienced in the first 2 months after diagnosis. Att få en förståelse för hur upplevelsen av att lära sig leva med diabetes är under de första två månaderna efter diagnostisering.	**Metod:** Longitudinell kvalitativ tolkande beskrivande design användes. Författarna intervjuade deltagarna. **Urval:** Patienterna rekryterades från endokrinologisk avdelning, selektivt stickprov användes. 13 patienter varav 4 var kvinnor och 9 var män.	Det dagliga livet upplevdes förändrat hos patienter. En ny verklighet med livsstilsförändringar och nya prioriteringar tvingades på patienterna. Kroppen fick en mer aktiv roll i vardagen vilket patienter behövde ta mer hänsyn till. Genom att pröva olika lösningar, söka information eller ”going with the flow” fick patienter ny kunskap och erfarenheter om sin sjukdom.
Författare: Carolan, M., Holman, J., Ferrari, M. **Årtal:** 2014 **Titel:** Experiences of diabetes self-management: a focus group study among Australians with type 2	To explore the experiences and concerns of individuals with type 2 diabetes mellitus, in a predominantly low socio-economic setting. Att utforska upplevelser och oro hos individer med DMT2 i en dominerande låg socioekonomisk bakgrund.	**Metod:** En utforskande kvalitativ design. Författare använde sig utav fyra undersökningsgrupper med 4 - 8 individer i en grupp. Öppna frågor ställdes. Materialet transkriberades ordagrant och deltagarna avidentifierades. **Urval:** Deltagarna fick veta om studien genom rekryteringsannonser	Patienter upplevde att leva med diabetes var socialt, emotionellt och fysiskt krävande. Diabetes påverkade inte bara patienter utan även deras familjer. Närståendes roll i att ge stöd och uppmuntran var väsentlig för att främja egenvården. Fyra teman identifierades;

diabetes **Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing		postade över olika vårdinrättningar, tidningar och sociala medier. 22 patienter deltog varav 10 var män och 12 var kvinnor.	’personlig resa’, ’arbetet med att hantera diabetes’, ’åtkomst till tjänster och resurser’ och ’diabetes den tysta sjukdomen’.
Författare: Oftedal, B., Karlsen, B., Bru, E. **Årtal:** 2010 **Titel:** Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes **Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing	Identify life values in adults with type 2 diabetes and to describe their experiences of how these values may influence self-regulation behaviours. Att identifiera livsvärderingar hos vuxna med DMT2 och att beskriva deras upplevelser om hur dessa värderingar har för inflytande på deras självreglering.	**Metod:** En beskrivande/utforskande kvalitativ studie där undersökningsgrupper användes för datainsamling. **Urval:** Deltagarna rekryterades via centrum för hantering och undervisning, lokala diabetesförbund och genom allmänläkare. 19 patienter varav 12 var män och 7 var kvinnor deltog i studien.	Resultatet visar att livsvärden har en stor påverkan på patienters egenvård, både på ett positivt samt negativt sätt. Livsvärden som exempelvis att leva ett långt hälsosamt liv, se barn och barnbarn växa upp och leva ett liv utan medicinering var några faktorer som motiverade patienter till att leva mer hälsosamt. Det sociala upplevdes vara ett viktigt livsvärde, samtidigt så kunde det vara svårt att ingå i en social grupp där diabetes satte gränser, vilket medförde att patienter inte kunde leva och vara som alla andra.
Författare: Crowe, M., Whitehead, L., Bugge, C., Carlyle, D., Carter, J., Maskill, V.	To explore the experiences of diagnosis and education for people living with type 2 diabetes who have sub-optimal glycaemic control.	**Metod:** En kvalitativ studie där randomiserad kontrollerad studie (RCT) användes. Författarna använde sig utav semistrukturerade intervjuer för att samla in data. Därefter	**Resultat:** Studiens resultat visade att majoriteten av deltagarna var chockade över diagnosen och att patienter upplevde att

Årtal: 2016 **Titel:** Living with sub-optimal glycaemic control: the experiences of Type 2 diabetes diagnoses and education **Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing (JAN)	Att utforska upplevelsen av diagnostisering och utbildning för folk som lever med DMT2 och inte har optimal glukoskontroll	användes tematisk analys för att analysera data. **Urval:** Deltagarna rekryterades genom annonser, 30 patienter deltog i studien varav 19 var män och 11 var kvinnor.	diagnostiseringen var en form av anklagan på deras livsstil. Patienter hade fått intrycket av vården att deras diabetes var en mild form. De upplevde även att information om egenvård inte var användbart i deras situation.
Författare: Gazmararian , J-A., Ziemer, D-C., Barnes, C. **Årtal:** 2009 **Titel:** Perception of Barriers to Self-care Management Among Diabetic Patients **Tidskrift:** The Diabetes Educator	To explore the individual, educational and system barriers that limit low-income diabetes patients' ability to achieve optimal diabetes self-management Att utforska individuella, utbildningsmässiga och systemmässiga hinder som begränsar låginkomsttagarpatienter med diabetes att uppnå optimal diabetes-egenvård.	**Metod:** En kvalitativ studie där undersökningsgrupper intervjuades. Tre undersökningsgrupper med 8–10 patienter/grupp bildades där varje grupp representerade nya patienter, återkommande patienter och de patienter som inte regelbundet gick till kliniken. **Urval:** Patienterna rekryterades genom annonser uppsatta på en diabeteskliniken Diabetes Clinic of the Grady Health System och de som inte regelbundet gick till kliniken identifierades via klinikens databas och kontaktades via telefon. Totalt 35 patienter deltog i studien.	**Resultat:** Studien visar att den emotionella skadan från att diagnostiseras och förändra livsstilen skapade en individuell barriär mot optimal egenvård. Barriärer för lärande identifierades av att inte veta risker och konsekvenser av sina asymtomatiska tillstånd. Slutligen visade studien även brister i systemet som orsakade en barriär för optimal egenvård. Patienter upplevde bland annat behov utav mer uppföljningar, kurser och undervisning i medicin och kost.

Författare: Malpass, A., Andrews, R., Turner, K-M. **Årtal:** 2009 **Titel:** Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study **Tidskrift:** Patient Education and Counseling	To explore patients newly diagnosed with type 2 diabetes mellitus experience of making single (diet) or multiple (diet and physical activity) in order to (1) assess whether patients experienced increases in physical activity as supporting or hindering dietary changes and vice versa, and (2) whether patients found making multiple lifestyle changes counterproductive or beneficial. Att utforska nydiagnostiserade patienter med DMT2 upplevelser av att göra en (kost) eller flera (kost och fysisk aktivitet) för att (1) kunna bedöma om patienter upplever ökad fysisk aktivitet som ett stöd eller hinder i koständringar och vice versa och (2) huruvida patienter som har gjort flera livsstilsförändringar upplevde det kontraproduktivt eller till en fördel.	**Metod:** En kvalitativ studie där intervju gjordes på 30 patienter som hade deltagit i en randomiserad kontrollerad studie vars syfte var att se vad effekten av kost och fysisk aktivitet hade på DMT2. **Urval:** Patienter i åldern mellan 30 – 80 år som blivit diagnostiserade med DMT2 under de senaste 6 månaderna. Patienterna rekryterades till studien genom allmänläkares verksamheter i sydvästra England.	**Resultat:** Studiens resultat tyder på att tillhandahållandet av information om kost och fysisk aktivitet tillsammans uppmuntrar patienter att använda fysisk aktivitet på strategiska sätt i sin egenvård och att de flesta patienter finner livsstilsförändringar välgörande.
Författare: Kneck, Å., Fagerberg, I., Eriksson, L-E., Lundman, B. **Årtal:** 2014 **Titel:**	To identify patterns in learning when living with diabetes, from recently being diagnosed and over a 3-year period. Identifiera mönster i lärandet när man lever	**Metod**: En longitudinell kvalitativ studiedesign användes. Kvalitativ innehållsanalys användes. Patienterna intervjuades vid 3 olika tillfällen efter att ha blivit diagnostiserade	**Resultat:** 5 huvudmönster för lärande identifierades. Två av mönstren (I och II) karaktäriserades av att gradvis bli bekväm i att leva med sin diabetes,

Living with diabetes – Development of learning patterns over a 3-year period **Tidskrift:** International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	med diabetes, från att nyligen blivit diagnostiserad och över en 3-årsperiod.	med diabetes mellitus: Mellan första och andra månaden, efter 1 år och efter 3 år. Vid alla intervjutillfällen användes samma frågor. **Urval**: Patienterna rekryterades från en endokrinologisk avdelning vid ett svenskt universitetssjukhus. 13 patienter rekryterades: 4 kvinnor och 9 män; 5 med DMT1 och 8 med DMT2. Inklusionskriterier var att patienterna hade blivit diagnostiserade med diabetes mellitus inom de föregående 1–2 månaderna, var äldre än 18 år och svensktalande.	medan det för ett mönster (IV) blev gradvis svårare att leva med diabetes. Mönster V ansåg att ett liv med diabetes enbart gjorde en begränsad påverkan på livet som helhet, medan mönster III upplevde en konstant hantering av sjukdomsrelaterade hinder. De olika läromönstren i studien visade gemensamma och olika sätt för patienter att lära sig och använda olika lärostrategier vid olika tidpunkter.