

PATIENTERS UPPLEVELSE AV TYP 2-DIABETES I VARDAGSLIVET

FÖRFATTARE	Mina Bahrini Helena Bergvall
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete
	HT 2007
OMFATTNING	15 p
HANDLEDARE	Magdalena Erichsen
EXAMINATOR	Ann Bengtson

Titel (svensk):	Patienters upplevelse av typ 2-diabetes i vardagslivet
Titel (engelsk):	The patient's experience of type 2 diabetes in daily life
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete/OM2240
Arbetets omfattning:	15 poäng
Sidantal:	23
Författare:	Mina Bahrini Helena Bergvall
Handledare:	Magdalena Erichsen
Examinator:	Ann Bengtson

SAMMANFATTNING

180 miljoner människor i världen beräknas ha typ 2-diabetes. I Sverige finns drygt 300 000 personer med diabetes varav 250 000 personer har typ 2-diabetes. Det gör diabetes till Sveriges 5:e största folksjukdom. Hälften av människorna med typ 2-diabetes i Sverige är över 65 år. Då diabetes kan vara symptomfri beräknar man att 1/3 av alla typ 2-diabetiker är oupptäckta. Typ 2-diabetes beror på nedsatt insulinkänslighet och nedsatt insulinsekretion och mottagligheten beror på både arv och miljö. Med vår moderna livsstil med ohälsosam mat och låg aktivitetsnivå ökar risken för att man utvecklar diabetes. Det bästa sättet att hålla en lämplig glukosnivå, som kan förhindra senkomplikationer, är genom livsstilsförändringar. De viktigaste förändringarna är att äta balanserad kost samt att motionera regelbundet. Neddragning av rökning och alkohol har också en positiv verkan vid diabetessjukdom.

Syftet med vårt arbete var att undersöka vad typ 2-diabetes innebar för personer som har diabetes samt beskriva hur de uttryckte de livsstilsförändringar som kunde hjälpa till att förbättra deras dagliga liv.

Kunskap om livsstilsförändringars påverkan vid diabetes fann vi genom att söka i databaserna PubMed och CINAHL. När vi läst igenom de artiklar vi ansåg vara av värde analyserade vi artiklarna induktivt och delade in texterna i underrubriker runt de gemensamma ord som framkommit.

Att få diabetes upplevdes inte lätt och hur man sedan handskades med sin diabetes skiljde sig mycket från person till person. Vissa egenskaper som engagemang, självdisciplin, motivation och villighet hjälpte patienterna att kunna leva med- och sköta sin diabetes. Olika strategier för att kunna sköta sin diabetes utarbetades. Att genomföra livsstilsförändringar var svårt och många misslyckades. Kostförändringar prioriterades framför motionsförändringar.

Det framgick av artiklarna att många av deltagarna tyckte informationen de fick från vården var för allmän och många uppgav att de önskade mer information. Råden som vården ger ska inte vara generella, informationen måste vara individuell.

Trots att patienterna ibland hade tillräcklig kunskap så ändrar de ändå inte sina livsstilsvanor. Det tydde på att motivationsbrist är lika viktigt att motarbeta som kunskapsbrist.

INNEHÅLL

	Sid
BAKGRUND	3
Introduktion	3
Livsstilsförändringar	6
Omvårdnadsteori	9
SYFTE	10
METOD	10
RESULTAT	11
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
REFERENSER	22
BILAGA 1	
Artikelsammanställning	23

BAKGRUND

Introduktion

Typ 2-diabetes är en kronisk sjukdom och det är den 5:e största folksjukdomen i Sverige (1). Att få diabetes innebär stora förändringar för individen på många områden både fysiskt, psykiskt och psykosocialt.

Som sjuksköterskor kommer vi att inom olika områden i vården träffa många patienter som har typ 2-diabetes. För att kunna hjälpa dem på bästa möjliga sätt valde vi att fördjupa oss i de livsstilsförändringar som patienter med typ 2-diabetes bör känna till. Detta för att kunna leva med sin sjukdom och ha ett normalt liv trots en långvarig sjukdom. Med tillräckliga kunskaper om sin sjukdom och att man lever efter dessa gör att man bättre kan hantera eventuella problem som uppstår. Som personal måste vi försöka få förståelse för vad det innebär att leva med en kronisk sjukdom och hur detta spelar in för varje enskild patients välbefinnande så att vi kan ge en god vård.

Historik

Sjukdomen Diabetes Mellitus beskrevs för redan 3500 år sedan. "Diabetes" betyder "rinna rakt igenom" (2) eller "ständigt rinna" (3) och anger att personen har uttalad törst och stora urinmängder (2). "Mellitus" kommer från doften på urinen och betyder honungssöt eftersom urinen från en person som har diabetes luktar sött. Sjukdomen diabetes ledde förr till döden efter en kort sjukdomsperiod (2).

År 1875 talades det för att det fanns två olika sorters diabetes. Dels en som fanns hos yngre underviktiga personer och dels en som uppträdde hos äldre överviktiga.

Man spårade diabetesproblemen till pankreas och 1921 upptäckte Banting och Best insulinet och kunde frilägga detta (4). Möjligheten att ge insulin från djur till människor uppstod (5). Då insulinet upptäcktes trodde man att man kunde bota patienternas diabetes. Dock uppstod komplikationer som t ex skador i små blodkärl och nerver. Efter 15-25 år med sjukdomen ledde detta till allvarliga komplikationer så som känselbortfall, kallbrand, hjärtinfarkt och ibland blindhet (2). I slutet av 1930-talet beskrev två engelska läkare skillnaden på typ 1- och typ 2-diabetes (6). Som av en slump upptäcktes 1942 att sulfonamid, en antibakteriell medicin, sänker blodsockret hos typ 2-diabetiker vilket ledde till att man idag kan tablettbehandla patienter med typ 2-diabetes (6). På 1960-talet fann man glukosspecifika metoder att definiera och diagnostisera diabetes. Tjugo år senare introducerade WHO de första riktlinjerna för diagnostik samt klassificering av diabetes (4). År 1998 sänkte man referensvärdet för fastglukos i Sverige baserat på förslag från de två expertgrupperna från WHO och National Diabetes Data Group (4).

Det Svenska Nationella Diabetesregistret har funnits sedan 1996 och finns till för att kvalitetssäkra diabetesvården i Sverige.

Epidemiologi

Man beräknar att ca 180 miljoner personer i världen idag har diabetes (1) och av dessa är ca 90 % typ 2-diabetes (4) vilket ger att det finns runt 162 miljoner personer i världen med typ 2-diabetes. Fortsätter ökningen av diabetes som tidigare räknar man med att det 2025 finns 300 miljoner människor i världen med typ 2-diabetes (4).

I Sverige har ca 250 000 personer typ 2-diabetes och av dessa är ungefär hälften över 65 år. Typ-2 diabetes kan vara symtomfri och man räknar med att 1/3 av alla personer med typ 2-diabetes är odiagnostiserade.

Under de senaste 30 åren har man skärpt kriterierna för typ 2-diabetes vilket gör att det idag krävs lägre blodsockernivå för att klassificeras som typ 2-diabetes än vad det gjorde tidigare (1). Lågutbildade personer och de med arbetaryrken har oftare typ 2-diabetes än övriga

personer i Sverige. Detta gäller främst män. Till skillnad från män spelar även psykosociala faktorer in vid kvinnornas prevalens för typ 2-diabetes (1).

Mottagligheten för typ 2-diabetes beror både på arv och på miljö (4). En viktig faktor vid typ 2-diabetes är ärftlighet. Risken för att barn och syskon också drabbas av typ 2-diabetes uppgår till 40 % (3,7). Tidigare trodde man att typ 2-diabetes var ett industrilandsproblem men de senaste åren har man kunnat visa på en hög prevalens av typ 2-diabetes i utvecklingsländer. Särskilt hög prevalens finns hos de populationer som migrerat från ett utvecklingsland till ett industriland. Indianerna i USA har en gen som hjälper dem överleva vid svältperioder, dessvärre leder den till obesitas när det inte är svält och detta ökar risken för typ 2-diabetes (4). Bland Pimaindianerna i USA utvecklar över 1/3 av populationen typ 2-diabetes under sin livstid (3).

Klassificering av diabetes

För att ställa diagnosen diabetes ska man, under fasta, vid två undersökningar få ett blodglukosvärde som ligger på 6.1 mmol/l, eller över. Fastan ska pågå minst tolv timmar och behövs då blodsockret varierar mycket med måltiderna (8). Provet kan även mätas i plasmaglukos vid fasta och då ska värdet ligga på 7.0 mmol/l eller över för att det ska räknas som manifest diabetes. Blodglukos som är taget utan fasta och som ligger över 11 mmol/l är i sig tillräckligt för att kunna ställa diagnosen diabetes. Det finns även ett så kallat OGTT, oralt glukostoleranstest, som är en oral glukosbelastning. Då intar man 75 gram glukos på fastande mage och efter två timmar tar man ett kapillärt B-glukosprov. Om detta överstiger 11.1 mmol/l får man diabetes (4, 9).

För att kunna kontrollera glukosmängden över en längre tid tar man HbA_{1c}. Det bildas mer hemoglobin typ A_{1c} när blodsockret är förhöjt. Högt HbA_{1c} betyder att man haft högt blodglukos de senaste sju till nio veckorna (8). Idealiskt ska HbA_{1c} ligga mellan 5.5 - 6 % (9).

Symtom på typ 2-diabetes

Symtomen vid typ 2-diabetes är ofta svåra att diagnostisera i början av sjukdomen. Det faktum att många av de insjuknande är äldre gör att man kan blanda ihop symtomen från diabetessjukdomen med mycket annat. Till exempel behandlas patienterna oftare med fler mediciner där biverkningarna kan vara frekvent blåstömning och törst vilket kan försena upptäckten av typ 2-diabetes då det kan uppges samma symtom (10).

Symtom vid typ 2-diabetes kan vara:

- Klåda, utslag i ljumskar och slida
- Fördröjd sårhäkning
- Dimsyn
- Avtagande synskärpa
- Intermittenta förändringar i psykiskt och/eller fysiskt beteende
- Bröstmärtor
- Yrsel, huvudvärk
- Diarré, förstoppning, urinretention, urininkontinens och impotens
- Trötthet, ökat sömnbehov, generell dålig kondition (10).

Typ 2-diabetes

Man känner inte helt till de patofysiologiska förändringarna vid typ 2-diabetes men det utmärks av varierande grad av nedsatt insulinkänslighet och nedsatt insulinsekretion (4). Grundorsaken till utveckling av typ 2-diabetes anser de flesta beror på insulinresistens dvs dålig effekt av insulin på lever-, muskel-, och fettceller (9). I första hand innebär

insulinresistensen att rubbningar uppstår som leder till nedsatt glukostolerans, hyperinsulinemi, utmattning av betaceller och negativ påverkan på lipider och blodtryck (9). Till skillnad från typ 1-diabetes är det vanligare med typ 2-diabetes ju äldre man är. Oftast debuterar typ 2-diabetes efter 35 års ålder, men det kan förekomma ner i 20 års åldern, men då är personen ofta överviktig. Generellt är det vanligare, ca 70 % (10), att personer med typ 2-diabetes är överviktiga. Debuten kan vara smygande och utmärks ofta av enbart trötthet, men även här kan till exempel viktneđgång finnas (9).

Risikfaktorer vid typ 2-diabetes är:

- Ärftlighet
- Insulinresistans
- Försämrad insulinfrisättning
- Fetma, speciellt bukfetma
- Fysisk inaktivitet
- Låg födelsevikt
- Ålder
- Rökning
- Livsstil och stress
- Läkemedel (10).

Metabolt syndrom är något som förekommer hos patienter med typ 2-diabetes, dvs något av bukfetma, hypertoni, hyperlipidemi, gikt och/eller mikroalbuminuri (9).

Har personen tidigare haft graviditetsdiabetes eller höga b-glukosvärden i samband med stress kan detta senare i livet resultera i att man får typ 2-diabetes. Oftast är fastevärdena av b-glukos vid typ 2-diabetes jämna så det är lättare att ställa in en behandling än vid typ 1-diabetes. Typ 2-diabetes blir oftast bättre med livsstilsförändringar, rätt kost, mer regelbunden motion och rökstopp. Dessvärre har ca 20 % av patienterna med typ 2-diabetes komplikationer som hjärt-kärlsjukdom, mikroalbuminuri, retinopati och neuropati redan vid sjukdomsdebuten (9). Man uppskattar att ca 1/3 av alla personer med typ 2-diabetes i Sverige idag är odiagnostiserade (1).

Andra specifika typer av diabetes

Man kan även få diabetes på grund av till exempel pankreassjukdomar, hormonella rubbningar, läkemedelsframkallad diabetes och diabetes beroende på andra genetiska sjukdomar. MODY, Maturity Onset Diabetes of the Young är en genetisk defekt på betacellerna (4). LADA, Latent Autoimmune Diabetes in the Adult är en diabetessort som utvecklas långsamt. Många kan ha LADA i månader, ibland år utan att veta om det. Efter några år brukar personer med LADA utveckla ett insulinberoende (10).

Graviditetsdiabetes förekommer vid 1-2 % av alla graviditeter. Under tillväxten av fostret och moderkakan ökar insulinbehovet drastiskt och om modern inte kan öka sin insulinproduktion tillräckligt leder det till förhöjda blodglukosvärden och diabetes under graviditeten. Efter förlossningen försvinner oftast deras diabetes men risken för att drabbas av typ 2-diabetes senare i livet ökar om man haft graviditetsdiabetes (9).

Senkomplikationer

Komplikationer kan uppkomma när man har haft diabetes under en längre tid.

Retinopati är ett samlingsnamn på förändringar i näthinnan i ögat. Det kan vara allt från enstaka blödningar och utbuktningar på blodkärl till multipla blödningar. För personer under 65 års ålder är diabetesretinopati vanligaste orsaken till blindhet i Sverige (4).

Nefropati eller njursvikt, är den allvarligaste senkomplikationen till långvarig diabetes. Den ökade dödligheten vid diabetes är främst kopplad till nefropati. I början av njursvikten uppkommer proteinuri och blodtrycket brukar öka till över 145/90 mm Hg. Den viktigaste behandlingen är att sänka blodtrycket, målvärdet är 130/80 mm Hg eller under. Obehandlad nefropati leder ofta till övervätskning (4).

Hjärt-kärlsjukdomar och då främst vänsterkammarsvikt och koronarsjukdomar förekommer (4). Diabetes drabbar de stora kärlen med risk för slaganfall, hjärtinfarkt och kallbrand i benen, vilket kan leda till amputation (11).

Neuropati betyder nervsjukdom/nervlidande och den neuropati som förekommer vid diabetes är vanligast perifer polyneuropati och den ger symtom som känselbortfall, stickningar och domningar, smärtor, fotsår och ökad hudkänslighet (4).

Hypoglykemi

Symtom vid hypoglykemi kan uppkomma när blodglukosen understiger 3 mmol/l (3) men det varierar från person till person. Man kan få hypoglykemi om man får för stor dos insulin eller om man svälter. Vid lätt hypoglykemi får man vad som kallas för en "insulinkänning". Det kännetecknas av hjärtklappning, svettning samt kall och blek hud. Allt detta beror på ökad aktivitet i sympatikus. Blir glukostillförseln till hjärnan för dålig kan man förlora medvetandet och drabbas av kramper. Längre tids hypoglykemi kan leda till obotliga hjärnskador (8).

Mål med diabetesbehandling

Övergripande mål för behandling vid diabetes är att förhindra akuta och långsiktiga komplikationer och att behålla en hög livskvalitet (11). För att kunna uppnå detta är det viktigt att patienten får god kunskap om sin sjukdom så att han/hon själv kan fatta rationella beslut om sin fortsatta behandling (11). De kortsiktiga målen är mycket individuella och berör saker som vilken nivå blodsocker som patienten och framförallt vårdpersonalen anser vara godtagbar. På lite längre sikt är målen att förebygga uppkomst av till exempel ögonbottenförändringar, njurskada och nervskador i fötterna. Långsiktiga mål är att minska uppkomsten av blindhet, njursvikt, amputationer och hjärtkärlsjukdomar (11).

Livsstilsförändringar

För att patientens egenvård ska kunna fungera i praktiken förutsätter det att kunskapen och informationen som patienten med diabetes önskar och behöver är individuellt anpassad efter var och ens resurser och förutsättningar samt att informationen finns lättgänglig (2).

Kost

Kosten har en stor betydelse vid diabetes mellitus. Med en rätt sammansatt kost kan man minska blodglukos nivåerna och därmed kan man minska intaget farmaka och även minska riskerna för senkomplikationer såsom förhöjt blodtryck, rubbningar i lipidmetabolismen, påverkan av koagulation och fibrinolys (4). Tidigare sa man att vid diabetes skulle man följa en speciell diet, detta är förlegat. Man ska följa de allmänna rekommendationerna för en näringsrik kost (3). Många personer med typ 2-diabetes är överviktiga och för att få bukt med

sin diabetes är det viktigt att minska bukomfånget. Man får fokusera på att få ner vikten genom ett minskat energiintag och ökad motion (9). Måltiderna ska vara bra fördelade under dygnet gärna fem mål mat om dagen med frukost, lunch och inte för sen middag samt mellanmål däremellan. Det är bra att äta efter tallriksmodellen (halva tallriken grönsaker, en kvart kött/fisk/fågel/ägg och en kvart pasta/ris/potatis/bröd (7)). Maten man äter bör vara fiberrik och det är bra att försöka hålla nere sockerintaget, inte mer än 5-10 g i samband med maten. I frukt och bär finns det fruktsocker men då frukterna dessutom innehåller fiber och vitaminer är det nyttigt att äta dem. Man bör helst äta 3 frukter om dagen (9).

Mjölkprodukter bör väljas med låg fetthalt. Mjölk innehåller mycket socker och man bör inte inta mer än 5 dl mjölk per dag. Rätt fett och i små mängder är bra. Man bör främst försöka minska på det mättade fett och transfettsyror, de kallas tillsammans hårt fett, då kolesterolintaget och risken för kranskärslsjukdomar minskar.

Flera studier på personer med diabetes har visat att kost med lågt fettinnehåll, högt kolhydratinnehåll och kost med rikt fiberinnehåll kan ge positivt resultat för den metabola kontrollen. Intar man mat med mer intakt struktur går nerbrytningen i tarmen långsammare och man får en lägre upptagningshastighet av kolhydrater. Detta gör att man får en något jämnare glukoskurva (4). Dricker man mycket vätska till maten passerar den magsäcken snabbare och då höjs mängden blodsocker (5).

Glykemiskt index (GI) är ett standardiserat mått som införts för att man ska kunna jämföra olika livsmedels blodglukosvar. Ju högre GI-värde en produkt har, desto högre blodglukosvar får man. Glykemiskt index är ett bra och exakt mått som kan användas för att beräkna hur mycket insulin man behöver ta innan måltiden (4).

Om man vid diabetes lagar en väl sammansatt måltid så behöver man inte inta extra vitaminer eller mineraler. Däremot kan det vara bra att vara försiktig med saltet, och inte inta mer än 5 g per dag, då detta kan höja blodtrycket. Målbloodtrycket bör ligga under 130/80 mmHg (4).

Kostråden ska utformas individuellt då diabetessjukdomen ser olika ut hos alla. Det är viktigt att uppnå en stabil vikt och metabol balans (4).

Många ser mat som ett stort nöje. Det är viktigt att vi inte tar ifrån personer med diabetes detta (9).

Motion

Minst lika viktig som rätt kosthållning vid typ 2-diabetes är motionen (9). Bäst resultat uppnår man om man kombinerar bra kost med motion (4). Regelbunden träning leder till bättre blodsockerkontroll och en hälsosam kropp. Precis som hos alla andra ger fysisk träning minskad hjärtfrekvens, bättre kondition (ökad syreupptagningsförmåga), minskad kroppsvikt och ökat allmänt välbefinnande (7).

Vid ansträngning ökar glukosupptaget i perifer vävnad. Till skillnad från friska människor så sjunker inte insulinnivåerna i blodet vilket gör att levern inte ökar sin glukosproduktion, som den annars skulle ha gjort. Detta leder till att blodglukosnivån sjunker (4). Fysisk ansträngning leder även till ökad perifer insulinkänslighet. Känsligheten finns kvar i ett par dagar vilket gör att det är bättre med regelbunden motion lite oftare istället för träna hårt en gång i veckan (4, 5). Långvarig regelbunden träning motverkar insulinresistens, den sänker även blodfetter och underlättar viktminskning (3). Den träningsform som ger bästa effekten på glukosnivån är uthållighetsträning, som till exempel jogging, löpning, cykling osv. (4). Att promenera och simma är bra för fettförbränningen vilket gör att man minskar bukomfånget, det är även stresslindrande (7). Styrketräning ger låg fettförbränning och ger ökar muskelmassa, den ökar även insulinkänsligheten (7). Vardagsmotion är väldigt viktigt det med, det sänker stressnivån, fast det är viktigt att poängtera att det inte räcker som enda motionsform.

Träningen bör vara individuell och anpassas till vad patienten tycker är roligt och vad han klarar av. Vissa patienter är förhindrade att utöva vissa fysiska aktiviteter pga. senkomplikationer, hög ålder och liknande.

Andelen överviktiga personer med typ 2-diabetes är stor. Vid viktnedgång sänker man blodsockret och insulinkänsligheten ökar (4). Dock är det lika svårt för överviktiga personer med diabetes att gå ner i vikt som det är för alla andra.

Träningen ökar även arbetsförmågan, förbättrar livskvalitet och välbefinnandet (3). Det är viktigt att man lyssnar på sin kropp så man inte sliter ut den.

Rökning

Insulinkänsligheten minskar vid rökning, sannolikt genom att öka nivåerna av stresshormon i blodet. Man tror även att stresshormonerna bidrar till nedsatt insulinfrisättning. Rökare har även ökad risk för att utveckla nedsatt glukosintolerans och en klart ökad risk för att utveckla typ 2-diabetes (3, 4, 5). Rökning sänker insulineffekten, på både det egna och på det tillförda insulinet, med drygt 10 % (5).

Rökning bidrar till skador på blodkärl, försämring av nefropati och ökad risk för benamputation (4). Även ögonskador kan uppstå vid rökning när man har diabetes (5). Dock kan rökstopp innebära en viktuppgång på några kilon vilket kan leda till ökad insulinresistens och försämrad metabol kontroll (4).

Riskerna man utsätter sig för när man röker kan motsvaras av samma risk man skulle utsätta sig för om man gick upp 35-40 kg (5). År 1980-2002 halverades mängden män som rökte, men trots vetskap om rökningens extra skadliga verkan hos personer med diabetes så är andelen rökande män lika stor hos dem som har diabetes som hos de män som inte har diabetes (1).

Alkohol

Alkohol påverkar fett och kolhydratomsättningen. Det ger även ett stort energitillskott. Intag av alkohol kan leda till förhöjd blodsockernivå, men det kan också leda till hypoglykemi ”dagen efter” eller senare samma dag. Det är bra om man kan äta något samtidigt som man dricker alkohol (4). Hypoglykemi kan inträffa redan efter måttliga mängder alkohol. Då alkoholen kan påverka blodsockret så mycket åt båda hållen kan det vara bra att kontrollera det extra noggrant det närmaste dygnet efter intag (5).

Det är extra viktigt att man upplyser ungdomar om alkoholens effekt vid diabetes så de inte utsätter sig för livshotande hypoglykemi om de blir berusade och liggande utan övervakning (4).

Stress

Att vara stressad behöver inte alltid vara något negativt. Ursprungligen är det en försvarsmekanism som uppkommer vid förändringar, problem och osäkerhet till exempel. I måttlig mängd är stress bra som prestationshöjare. När kroppen blir stressad utsöndras stresshormonet adrenalin som höjer blodsockret. Det kan sedan förbli högt i upp till sju timmar efter det att adrenalinnivån sjunkit. Vid negativ stress gör sig kroppen redo för fysisk aktivitet vilket gör att man blir hungrigare och man äter mer. När stressen blir för stor och adrenalinpåslaget är mer eller mindre konstant utsöndras kortisol som hämmar adrenalinet. Då blir man trött och passiv. Många diabetiker upplever detta som oförklarliga förändringar av blodsockret. Är kroppen för trött kan inte insulinet tillgodogöra sig som det ska (7). Vid stress förändras insulinbehovet och man behöver mer insulin (4). De stresshormoner som främst motverkar insulinets effekter är glukagon, adrenalin, kortisol och tillväxthormoner (4). Stress kan även göra att man inte sover ordentligt vilket i sin tur ökar frisättningen av stresshormoner som adrenalin och kortisol som höjer blodsockret (7).

Omvårdnadsteori

Orems omvårdnadsmodell

Vi har använt oss av Dorothea Orems omvårdnadsteori. Orem fokuserar mycket på egenvård vilket är väldigt centralt vid typ 2-diabetes.

Orems utgångspunkt är en humanistisk människosyn där tron på människans egna resurser är viktig. Människan har själv ett förnuft och en beslutsförmåga och har ansvar för sina handlingar. Egenvård handlar om att personen själv tar initiativ till handlingar som upprätthåller liv, hälsa och välbefinnande (13).

Det finns några yttre faktorer som kan påverka personens egenvård och de är;

- Ålder
- Kön
- Utvecklingsnivå
- Hälsotillstånd
- Social och kulturell tillhörighet
- Familjesituationen
- Miljöfaktorer
- Tillgängliga resurser
- Livsstil och levnadsvanor (13)

För att en person ska kunna klara sig själv måste det finnas en balans mellan personens egenvårdskapacitet och egenvårdsbehov. Om egenvårdsbehovet är större än egenvårdskapaciteten behöver man hjälp. Omvårdnadens syfte är att hjälpa individen till självhjälp. Detta gör vi genom att öka personens egenvårdskapacitet.

Beroende på hur stort behov patienten har kan vi som sjuksköterskor hjälpa till genom att vi agerar och gör något för den andra, ger vägledning, skapar psykiskt och fysiskt stöd, skapar och upprätthåller utvecklande miljöer samt genom undervisning (13 sid 56).

Orem har skapat en teori som på svenska kallas den Generella teorin om egenvårdsbrist.

Den är indelad i tre underteorier:

- Teorin om egenvård
- Teorin om egenvårdsbrist
- Teorin om omvårdnadssystem

Teorin om egenvård handlar om att egenvårdshandlingar är något som alla vuxna utför på eget initiativ för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Dessa handlingar utförs även för närstående som inte kan utföra dem själv, till exempel barn och äldre.

Teorin om egenvårdsbrist uttrycker varför personer behöver omvårdnad. När personen själv inte förstår eller kan besvara sina, eller till exempel sina barns, omvårdnadsbehov. Vid egenvårdsbrist behöver man professionell vård.

Teorin om omvårdnadssystem innefattar både teorin om egenvård och teorin om egenvårdsbrist. Teorin skapar strukturen och innehållet i sjuksköterskans arbete. Hur sjuksköterskan planerar omvårdnaden utgår från bristen i personens egenvårdskapacitet.

Sjuksköterskans insatser utgår från tre olika omvårdnadssystem; ett fullständigt kompenserande system, ett delvis kompenserande system och ett undervisande system (13).

Känsla av sammanhang

KASAM är en teori, utvecklad av Antonovsky, som betyder känsla av sammanhang. För att undersöka en människas KASAM utgår man från det salutogenetiska synsättet. Det försöker till skillnad från det patologiska inte att förklara varför en människa bli sjuk utan istället undersöker det varför människor hamnar vid den positiva polen i dimensionen hälsa – ohälsa, eller vad som får dem att röra sig mot polen oavsett vart de befinner sig.

KASAM definieras som ”en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och detta krav är utmaningar, värda investering och engagemang” (12 sid 41).

Begreppet KASAM har tre komponenter:

- **Begriplighet** – man kan/kan inte förstå varför saker händer
- **Hanterbarhet** – man upplever att man kan/inte kan möta de krav som ställs, dels utifrån egna resurser, men även med hjälp av andra/annat, läkare, make/-a, Gud osv.
- **Meningsfullhet** – man tycker/tycker inte att livet har en mening, att det har en känslomässig innebörd, värt att satsa på (12)

Har man högt KASAM upplever man oftast högre hälsa än de som har lågt. Livet är fullt av påfrestningar och stressfaktorer som på olika sätt influerar individen. Människor upplever tråkiga saker i samma utsträckning, fast de med högt KASAM drar sig inte för att konfronteras med utmaningen, de gör sitt bästa för att komma igenom det svåra med värdigheten i behåll (12).

De personer som har ett högt KASAM försöker anpassa sig till nya situationer och de låter inte ödet ta över. De engagerar sig, tar ansvar, undviker att klaga och ser det positiva i saker. Ett högt KASAM hjälper individer att bättre klara av kriser och påfrestningar i livet (12).

SYFTE

Vårt syfte med detta arbete var att undersöka vad typ 2-diabetes innebar för personer som har diabetes samt beskriva hur de uttryckte de livsstilsförändringar som kunde hjälpa till att förbättra deras dagliga liv.

METOD

Uppsatsen vi gjort är en litteraturstudie. Artiklarna som vi valde att ta med i uppsatsen hittade vi genom att söka i databaserna PubMed och CINAHL. I databaserna använde vi oss av sökord som vi ansåg relevanta. De sökordskombinationer som inte resulterade i någon medtagen artikel redovisas inte i listan nedan. Vi valde att begränsa vårt arbete till att bara innehålla artiklar från år 2000 och framåt. Vi inkluderade de artiklar som var vetenskapliga och som relaterade till vårt syfte. Sedan analyserade vi artiklarna induktivt och skapade kategorier utifrån teman som återkom ofta i texten.

Tabell 1

Databaser	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Artiklar	Datum
CINAHL	Type 2-diabetes + lifestylechanges	Abstract, peer reviewed, reserch article	10	20	8/10
PubMed	Type 2-diabetes + nursing	Abstract, eng + sv	76	14, 15, 24	11/9
PubMed	Type 2-diabetes + daily life	Abstract, eng + sv	126	16, 17, 21, 22	11/9
PubMed	Type 2-diabetes + coping	Abstract, eng + sv	12	18, 23	27/9
PubMed	Type 2-diabetes + lifestyle changes	Abstract, eng + sv	9	19, 25	28/9

RESULTAT

Att leva med diabetes

För att kunna leva med och sköta sin diabetes bör man ha några egenskaper/kvaliteter. Engagemang var ett utmärkande drag hos dem som klarade av att sköta sin diabetes (14). Patienterna behövde också ha självdisciplin för att klara av att vidmakthålla det förändrade livsmönstret som deras diabetes medförde (15). Motivation och villighet för att ta ansvar för sin egenvård var också viktiga egenskaper (16). De personer som hade en positiv livssyn var mer benägna att förändra sig i sin diabetesvård och de uttryckte en större känsla av ”empowerment” och kontroll än övriga. De var också bättre på att integrera diabetesvården med deras vanliga liv (16).

I Negelkerk et al. studie (16) kartlades de egenskaper som gav bra förutsättningar för att lyckas med sin egenvård.

1. *Skapa ett samarbete med en person inom sjukvården.*
2. *Upprätthålla en positiv attityd som manar till ett aktivt lärande.*
3. *Ha en person som stöttar, uppmuntrar och hjälper till vid egenvården.*
4. *Ha de adekvata resurser som krävs.*
5. *Upprätthålla rutiner vid medicinadministration.*
6. *Delta i grupputbildningar som uppmuntrar frågor och diskussioner om känslor och rädslor (16 sid 154).*

På samma sätt kartlades hinder för en bra egenvård.

1. *Bristande kunskaper eller förståelse av en särskild dietplan.*
2. *Frånvaro av individualiserad och koordinerad vård.*
3. *Hjälplöshet och frustration uppkommen av bristande glykemisk kontroll, trots följsamhet av rekommendationer.*
4. *Begränsade resurser för utrustning, mediciner, lab. tester och vård. (Studien är gjord i USA där patienten själv fick bekosta detta, egen kommentar)*
5. *Oläglig, dyr och ospecifik grupputbildning.*

6. Svårigheter att komma ihåg att ta sin medicin, bristande kunskap om medicinens verkan, bieffekter, svårigheter med scheman och bristande medicinjusteringskunskaper (16 sid 153).

Hur man skötte sin diabetes varierade från person till person. Rayman et al. delade in deltagarna i grupper (efter deras åsikter och tankar) där en grupp bestod av personer som var engagerade och ansträngde sig och en annan grupp av personer som var engagerade och anpassade. Personer tillhörande gruppen som ansträngde sig följde råden de fått från sjukvården till punkt och pricka, men de utnyttjade inte kroppen som en källa till/för feedback för att lära sig vad de borde göra härnäst. Gruppen med personer som anpassade sig följde skötselråden noga och lärde sig utifrån sina egna erfarenheter hur kroppen reagerade på blodsockersvängningar och hur de skulle åtgärda dessa. Den kunskapen minskade deras rädsla och gjorde att de kunde skraddarsy en strategi för att sköta sin diabetes.

Utmärkande för den sistnämnda gruppen var att de inte kände förbittring eller uttryckte att de ville 'hoppa av'. Deras diabetes var en del av deras liv, men de upplevde inte att de styrdes av den (14).

För att klara av att leva med sin diabetes var det viktigt att få stöd från omgivningen (14, 16). Stödet från familjen och särskilt de man bodde tillsammans med, som till exempel en make/maka, var extra viktigt för att klara av sin egenvård (14,16). Familjen kunde även skapa extra press för personerna och utföra handlingar som kunde upplevas som ett sabotage: *"My sister invited me to eat and then cooked with sugar. Why doesn't she just shoot me?"* (14 sid 907).

Varje dag fattar patienten en mängd olika beslut om hur de ska sköta sin diabetes baserat på sin kunskap, tro, attityder, tillgångar och stöd från sjukvården (16). Struktur, flexibilitet, rädsla och kämparglöd var komponenter som var nödvändiga för att kunna uppnå balans i deras diabetesvård (15).

Med en balanserad livsstil förstod och accepterade man sina känslor, man var nöjd och en kreativ struktur skapades. Uppnådde patienterna balans kunde den skapa känslor av kontroll (15).

Genom att, tillsammans med sjukvårdspersonal, upptäcka hinder för bra diabetesvård och utveckla strategier för att överkomma dessa kan patienterna klara av att leva med en kronisk sjukdom (16). Personliga strategier för att klara av att följa de råd man får hjälper till att skapa ett hälsosamt beteende (15). Vissa personer kunde klara av att leva med sin diabetes genom att metaforiskt se på det som ett jobb. Ett jobb behöver inte vara lätt, men det är överkomligt (14). Andra personer klarade av att motstå sakerna de inte borde göra eller äta genom att utkämpa ordstrider "self-talk" med sig själv. Deras inre konflikter hjälpte dem att välja rätt alternativ (15).

Negativa upplevelser relaterat till diabetes

Många personer i Heuer's studie upplevde att de blivit trötta i samband med att de fått sin diabetes. Denna trötthet påverkade deras sociala liv negativt (17).

Vissa personer var oroliga för hur de skulle bli accepterade på jobbet om det kom fram att de hade diabetes. De var inte bekväma med att berätta för arbetskamraterna om sin sjukdom, så det blev ett orosmoment att kontrollera blodsocker och ta insulin utan att det märktes (14). Patienterna i Negelkerk et al's studie indikerade att de var modfällna av den skenbart oundvikliga nedgången, senkomplikationerna, som uppstod på grund av deras diabetes. Den ledde till en fatalistisk inställning hos patienterna (16). I Sandén-Erikssons studie framkom att

42 % av kvinnorna och 28 % av männen var ganska oroliga för sin hälsa (18). Depression som upplevdes ha uppkommit sekundärt till diabetes var inget ovanligt hos patienterna (17). Incidensen för depression är dubbelt så hög bland diabetiker än för andra (16). Negelkerk et al visar på att negativa upplevelser bidrar till sämre egenvård och sämre följsamhet gentemot rekommendationer (16).

Känsla av sammanhang

Trots att man i Sandén-Erikssons studie inte fann ett signifikant samband mellan patienters HbA_{1c} värden och Antonovskys KASAM, så fann man ändå ett starkt positivt samband mellan patientens egen uppskattade hälsa, KASAM och HbA_{1c} (18). Den självuppskattade hälsan var en mittvariabel som påverkade både känslan av sammanhang och behandlingsresultat. Ju bättre uppskattad hälsa, desto högre känsla av sammanhang och desto lägre HbA_{1c} (18).

Patienter som inte bekymrade sig om sin hälsa och som enligt Antonovskys kriterier hade en hög känsla av sammanhang, höga handlings- och känslomässiga poäng och (därför) lågt HbA_{1c} var kapabla att klara av sin diabetes. Det är troligt att de inte behövde så mycket regelbunden assistans och hjälp från sjukvården som de personer som var passiva och som inte hade accepterat sin sjukdom (18).

Kvinnors syn på diabetes

Vid diagnostiseringen upplevde kvinnorna att deras diabetes var ett stort hälsoproblem (15). Vissa kvinnor uttryckte orättvisa att de fått diabetes och för att de måste förändra sina liv. De kände att de inte hade någon ledig tid, då de måste sköta sin diabetes hela tiden (14). Andra uttryckte det som att livet var diabetes och att de saknade sina tidigare liv (14). De kvinnor som engagerade och ansträngde sig i sin diabetes upplevde sig inte nöjda med sin skötsel av sin diabetes. Ingen av dem hade kontaktat vårdpersonalen för att prata om detta (14). Dessa kvinnor såg på/upplevde sig själva som sjuka. Vid frågan om vad som skulle krävas för att bli frisk svarar de; bli av med sin diabetes (14).

För vissa kvinnor innebar deras diabetes bara en temporär avstickare från deras normala liv. Efter en tid återgick livet till det normala och blev meningsfullt igen då man vant sig vid förändringarna (15).

Mäns syn på diabetes

Koch (19) har gjort en kvalitativ studie där man frågat män om tankarna de kände när de fick sin diabetes och hur de sedan tyckte det var att leva med diabetes.

Många av männen beskrev sin diabetes som någonting positivt. En person uttryckte att få diabetes var *"en av de bästa sakerna som hade hänt honom"* (19 sid 250), en annan man sa sig aldrig har upplevt något negativt med sin diabetes (19). Att få diabetes kom som en vändpunkt i männens liv. De upptäckte att deras gamla livsstil inte fungerade längre och de blev tvungna att finna nya sätt att leva. Detta gjorde dem säkrare på sig själva och de kände sig hälsosammare (19). Männen gjorde sin diabetes till något normalt, en person uttryckte detta som att han inte ser sin diabetes som en sjukdom utan som en del av hans liv. Männen i studien uppfattade inte sig själva som sjuka (19).

Kost

När individen har fått diagnosen typ 2-diabetes förväntas denne att snabbt integrera stora livsstilsförändringar inom områdena kost och motion som är hörnstenar i behandlingen (16, 18). Förändringar inom dessa två områden har visat sig innebära de största svårigheterna vid diabetesbehandling (15,16,18). Förändringar i livet, som uppkommer till följd av regelbunden

medicinering och utförande av glukostester vid diabetes, anses lättare att anpassa sig efter (15). Alla rekommenderade livsstilsförändringar vid diabetes prioriteras inte lika. Exempelvis prioriterade de flesta att förändra kosten efter de rekommendationer de fått framför att förändra sina träningsrutiner (16).

För de flesta personer som får diabetes innebär det att de måste lägga om sina kostvanor i större eller mindre utsträckning. Att följa rekommenderade dieter var ett stort problem för alla deltagare i en studie (20) och i en annan studie uppgav 48-75 % dålig följsamhet till dietrekommendationerna (16). Det ansågs svårt att minska ner på maten och svårt att ta bort god mat som de brukade äta. Respondenterna uppgav även att det var svårt att äta mat regelbundet (20). Det fanns många starka känslor relaterade till mat, exempelvis blev folk sårade över att inte kunna äta vad som helst (14). Trots alla svårigheter det innebar uppgav många patienter att de försökte göra en ansträngning för att följa kostråden (20).

Hur personerna sedan gjorde för att lyckas klara av att följa de rekommendationer de fått kunde se olika ut. Personliga strategier för att klara av att följa kost- och motionsråd hjälpte till att skapa ett hälsosamt beteende (15). Ett exempel på personlig strategi lyder såhär: *"What I've done is label it as poison (laughs)... I think of chocolate and chocolate cake as poison and you just don't eat poison"* (15 sid 22).

Den vanligaste strategin var dock att bara undvika saker (15). Många kände att de bara kunde klara av att hålla kostråden om de inhandlade och fyllde förråden med 'rätt sorts mat' (15).

Vanligt är att man inte följer kostråden till punkt och pricka. De flesta 'fuskar' i större eller mindre utsträckning. Att hitta balansen för att kunna fuska med maten ibland var svårt. Men om balans uppnåddes kunde det skapa positiva känslor av kontroll (15, 19). Männen i en studie uppgav att de inte kände någon skuld när de åt 'fel' mat. De passade istället på att verkligen uppskatta maten (19).

Kvinnor i en annan studie uttryckte att de ofta drabbades av skuld på grund av inre konflikter och av varierande blodsocker nivå. *"I ate dessert and things I shouldn't eat and then the next day I felt sorry... You are hurting yourself"* (15 sid 22).

Att tvingas ändra totalt på sina matvanor krävde mycket tankemöda och kraft. Fast efter ett tag när patienterna hade lagt ner energi på att förändra deras matvanor kom de ofta till en punkt där de var så vana vid att ordna menyn att de slutade tänka på maten i samma utsträckning som tidigare och de kunde tänka på annat istället.

"Now it just seems to come naturally and that's terrific because it makes it a whole lot easier. Now I can have a life" (15 sid 22).

Dessvärre tyder en studie (20), genomförd i flera länder, på att kostråden som patienterna får vid diabetes är av mycket olika kvalitet och många anser sig ha fått alldeles för lite information om kosten och varför man ska ändra sin livsstil och sina kostvanor.

I alla länder i studien hade patienterna blivit uppmanade gå ner i vikt och följa kostråd. Dock så varierade djupet på informationen. Vissa patienter fick detaljerade rekommendationer medan andra fick nöja sig med råd som: Gå ner i vikt och ät mer hälsosam mat (20). Patienterna uttryckte att matråden var vaga och dåligt applicerade på deras behov och smak (20). De patienter som tog upp sina kostproblem med en läkare eller sjuksköterska upplevde generellt att de fick negativ respons. Sjukvårdspersonalen uppfattades inte som tillräckligt stöttande på det området (20). För att patienterna skulle kunna få en så bra vård som möjligt gällde det att deras dietråd var flexibla och högst individuella (21).

Träning

Livsstilsförändringar som är relaterade till kost och träning är grundläggande men också svåra aspekter av diabetesvård (15). Majoriteten av personerna i Perceived barriers studien uppgav att de tränade sällan eller inte alls. När de blev tillfrågade om detta sa de att de prioriterade andra saker, som till exempel att klara av kostdieten (16).

Att träning kan ge resultat visades i en studie där 40 min simning varje dag, 20 varv i en 25 m bassäng, gav en sänkning från ett HbA_{1c} på 6.7 till 6.0 efter 6 månader. Denna sänkning höll sedan i sig de nästkommande 6 månaderna (21). En sänkning i HbA_{1c} kunde dock inte påvisas i en annan studie som pågick i 6 veckor där deltagarna skulle gå 10 000 steg, minst 5 dagar i veckan (22). Däremot visade den studien att energiåtgången i vila var signifikant högre hos den aktiva gruppen efter 6 veckors gång än i kontrollgruppen (22).

Personliga strategier för att klara av att följa kost- och motionsråd hjälper till att skapa ett hälsosamt beteende (15). Det är viktigt att man utgår från var patienten befinner sig i sin inställning till träning (23). Detta visades i en studie där man använde sig av stegmodellen SMI, stage-matched intervention, med fem steg:

- Think about it
- Go for it
- Get ready it
- Keep it going
- Make it a habit

Målen för SMI varierade beroende på den individuella motivationsnivån (23). Genom att fånga upp patienterna där de var så fick man ett signifikant bättre resultat (77.4 % mot 4.3 %) jämfört med de patienter som fick de vanliga motionsråden vid diabetes (23). Man kunde även påvisa skillnad i fastebloodsocker (FBS) och HbA_{1c} som var lägre hos undersökningsgruppen (23).

Kunskap

Många patienter uttryckte en brist på information om sin sjukdom och hur de skulle handskas med den (15, 16, 20). I en studie ansåg bara 20 % att de fått tillräckligt med information och hela 35 % ansåg att de ville ha ”mycket mer” information om sin sjukdom (20).

Patienterna upplevde att de inte förstod informationen som gavs till dem samt att den var för generaliserande istället för individanpassad (16). Utan bakomliggande kunskap om viktiga strategier så misslyckas patienter ofta med att följa dessa (16, 20). Kunskapsbrist vid medicinering gjorde att patienternas följsamhet försämrades (16) och patienterna visste inte om de borde ta glömda tabletter när de kom ihåg dem eller om de skulle dubbla dosen vid nästa tillfälle (20).

Personerna motiverades till att söka kunskap genom att de upplevde ett personligt hot i och med sin sjukdom. Detta ledde till att de lärde sig mer om sin kroniska sjukdom och de började göra livsstilsförändringar (15).

Att de fanns brister i kunskapen kunde visas i en studie där sex av tolv personer inte trodde att de kunde ha gjort något för att förhindra uppkomsten av sin typ 2-diabetes (17). Vidare så trodde majoriteten i studien att sjukdomen skulle försvinna helt om de tog de föreskrivna medicinerna (17).

I USA var ett stort problem med diabetesvården att den var dyr. Där upplevde patienterna att de hade en kunskapsbrist om var man kunde söka pengar, restriktioner över fasta löner och kunskapsbrist om försäkringar (16).

I Woodcock et al. studie uttryckte sjuksköterskorna att de var rädda för brist på kunskap hos patienterna. Detta relaterat till att personer med svängande blodtryck inte uttryckte någon rädsla eller oro för detta (24).

Komplikationer

Modfärdighet eller rädsla för senkomplikationer var något som nästan alla patienter uttryckte (15-17, 24). Särskilt ögonsjukdomar var något som många var rädda för (16, 17, 24) och många såg till att undersöka sina ögon regelbundet (19). Patienterna uttryckte även en generell rädsla för att de skulle få fysiska problem och därmed sämre hälsa (15, 16, 24). Vissa patienter uttryckte även en rädsla för döden (15).

Än så länge måste patienter med typ 2-diabetes främst kämpa med livsstilsförändringar, särskilt matvanor, träning och viktminskning för att uppnå blodglukosvärden som är inom ramen för det normala. Att kunna hålla glukosvärdet i närheten av normalvärdet har visat sig vara den viktigaste förebyggande faktorn för senkomplikationer vid diabetes mellitus (18).

Sjuksköterskans inverkan

En viktig del av sjuksköterskans arbete med patienter med diabetessjukdom är att hjälpa dem att skapa egenvårdsplaner genom en process av råd, utbildning, coaching, uppmuntran och "empowerment" (16). Vi ska hjälpa patienten att överkomma hinder och skapa möjligheter att lösa problem för att hjälpa patienten att klara av att leva med en kronisk sjukdom (16). En annan uppgift som vi som sjuksköterskor kan behöva ta på oss är funktionen som motbalans till patienten. Om patienten är skräckslagen kan sjuksköterskan inge hopp, om patienten är överdrivet bunden vid strukturen kan sjuksköterskan erbjuda flexibilitet (15).

För att som sjuksköterska kunna hjälpa patienter med deras livsstilsförändringar så måste man fråga om deras livsstil. Eftersom det oftast är sjuksköterskan som ställer frågorna så är det hon som kontrollerar vilka ämnen man ska ta upp och risken är att man bara får reda på saker som anses viktiga ur ett professionellt och medicinskt synsätt (25). Patienten kan ha andra bekymmer som hamnar i skymundan eller totalt försummas (25).

Vid livsstilsrådgivning talades det om saker/problem som var relaterade till patientens hälsouppförande. Dessa saker behövde inte stämma överens med de medicinska standarderna. Därför krävdes det att både patienten och sjuksköterskan var aktiva och delaktiga i konversationen (25). I studien så framgick det att även om sjuksköterskan gav patienten chans att uttrycka sin åsikt så lät hon/han aldrig patienten bestämma helt (25).

Sjuksköterskans iakttagelser om vad som var patientens största bekymmer skiljde sig ofta från vad patienten egentligen ansåg vara deras största problem (24). Att överviktiga personer uttryckte oro över sin vikt var något som även sjuksköterskorna trodde att de gjorde. Däremot visade studien, (24) att sjuksköterskorna antog att patienterna även uttryckte oro för att träna, vilket inte alls var fallet. Således överskattade sjuksköterskan hur stor oro patienten kände. Inom andra områden var det tvärt om. Alla patienter i studien uttryckte, oavsett BMI, en rädsla för fysiska komplikationer, så som rädsla för att bli sämre och ögonproblem. Patienternas

rädsla inom detta område var mycket större än vad sjuksköterskorna trodde att de upplevde (24). Som bäst identifierade sjuksköterskorna hälften av problemen som patienten kände (24).

En studie visade att patienterna upplevde att de inte förstod informationen som gavs till dem samt att informationen var för generaliserande istället för att vara individanpassad (16). De patienter som tog upp sina kostproblem med en läkare eller sjuksköterska upplevde generellt att de fick negativ respons. Sjukvårdspersonalen uppfattades inte som tillräckligt stöttande på det området (20). Många patienter bytte vårdpersonal tills de fann någon som de upplevde lyssnade på dem, hjälpte dem med deras vårdplaner och som kunde ge dem koncisa och enkla instruktioner (16).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Typ 2-diabetes är en komplex och mycket utbredd sjukdom och detta arbete har hjälpt oss att få en större kunskap inom området. Vi har fördjupat oss i patienters upplevelser av att leva med diabetes och hur de uttryckte de livsstilsförändringar som detta medförde. Kunskap inom detta område är bra för framtiden då mängden personer med typ 2-diabetes kommer att öka i samhället och vi som sjuksköterskor måste kunna förmedla vår kunskap på ett bra sätt samt motivera patienterna att ändra på deras levnadsvanor.

Då vi haft svårt att hitta artiklar som belyser patientens syn på sjuksköterskans roll, bortsett från några mycket generella åsikter, har vi istället valt att presentera sjuksköterskan utifrån forskningens syn på dem. De artiklar vi fann om sjuksköterskan belyser antingen sjuksköterskans syn på sig själv, sitt arbete eller hur sjuksköterskan ser på patienterna.

Därför har vi undersökt hur vi kan stödja patienterna och vad vi borde bli bättre på. Att vi hade svårt att finna artiklar som beskriver sjuksköterskan ur patientens synvinkel kan bero på att vi använt fel sökord. Det kan även bero på att man inom forskningen är mer intresserad av vad patienten tycker om sin diabetes så man forskar mer inom det området.

När vi sökte artiklar använde vi oss av databaserna CINAHL och PubMed då de innehåller vetenskapliga artiklar inom omvårdnadsämnet. Vi begränsade oss genom att bara söka artiklar som var på engelska eller svenska. De artiklar vi fann var bara på engelska vilket kan ha berott på att sökorden var på det språket. När vi sökte i databaserna så använde vi en begränsning på 10 år men då det fanns tillräckligt många vetenskapliga artiklar som var relevanta för vårt område från år 2000 beslutade vi oss för att bara använda dess artiklar. Då de som drabbas av typ 2-diabetes främst är vuxna beslöt vi att enbart ta med artiklar som berörde dessa. Dock använde vi inga begränsningar för detta när vi sökte i databaserna då vi ansåg att mängden artiklar som skulle kunna beröras av detta var såpass få att vi kunde sälla dem själva. När vi sökte i de olika databaserna återkom flera artiklar på båda ställena, men några artiklar fann vi bara i en databas.

Vid artikelsökningen använde vi oss av ord som vi ansåg var relevanta för resultatet. Flertalet av artiklarna vi använde oss av återkom vid flera olika sökord, vilket vi upplevde som något positivt. Tonvikten av artiklarna utgick från patientens syn på sin sjukdom. Efter bortsällande av artiklar, av dels sådana som inte var relevanta för vår studie, dels på grund av för dåliga vetenskapliga grunder, hade vi till slut de 12 artiklar som vi haft med i vårt arbete. Av dessa var 7 kvalitativa och 5 kvantitativa. Två av de artiklar vi fann var interventionsstudier (22, 23). Artikelgranskningsmallen har hjälpt oss vid sällandet av artiklar.

En artikel vi använt (21) är en fallstudie som utgått från endast en person. Detta är en svaghet som vi uppmärksammat men vi beslöt att ta med artikeln ändå då vi ansåg att den kunde bidra till resultatet.

I en artikel (25) har man som inkluderingskrav att personen ska delta frivilligt. Det är troligt att anta att personer som inte vill delta skiljer sig i åsikter från dem som vill delta. Det är möjligt att resultatet skulle ha blivit annorlunda om studien inte var frivillig. Detsamma gäller de artiklar där alla patienter inte fullföljde hela studien (18, 24).

Att artiklarna skall vara etiskt godkända är viktigt men dessvärre kunde vi inte hitta ett godkännande i alla artiklar.

Tre av de artiklar vi använt oss av beskriver det nordiska perspektivet (18, 20, 25). Det skiljer sig från det amerikanska, som flertalet av de övriga artiklarna kom ifrån. Vårdkulturen och samhället skiljer sig mellan våra olika länder, USA har fler patienter med diabetes och forskningen är mer aktiv där.

Utifrån vår tolkning av resultatet i de tolv artiklarna växte underrubriker fram gällande patientens syn på egenvård, livsstilsförändringar och hur sjuksköterskan på olika sätt kan hjälpa patienterna. Dessa områden återkom ofta i de olika artiklarna. Sedan jämförde vi de olika resultaten inom ett tema och gjorde en sammanställning av det vi funnit och presenterade det i resultatdelen.

Resultatdiskussion

När man får diabetes kan detta upplevas mycket tungt (15). Det ställs många nya krav, ät annorlunda, motionera, kontrollera blodsocker och mycket mer. Att det finns personer som uttrycker att livet är diabetes (14) visar på hur jobbigt det kan upplevas.

När de första känslorna vid diabetesdiagnosen försvunnit infann sig andra känslor hos patienterna. I artiklarna uttrycks att beroende på vilken personlighet man hade såg man på sin diabetes på olika sätt. Vissa fortsatte att tycka livet var tungt på grund av sin diabetes (14), andra lärde sig leva med den (14) och åter andra såg sin diabetes som något positivt (19).

I flertalet artiklar framkom att de flesta patienter uttryckte att de inte var nöjda med den information som vården hade att erbjuda (16, 17, 20). I studien Frandsen och Kristensen gjort kunde man se att nästan alla visste varför de skulle träna, däremot erkände de att de inte nödvändigtvis levde efter det man lärt (20). Samma studie visade att patienterna ansåg att regelbundna måltider var en viktig del för att kunna kontrollera blodsockret, men inte heller här levde alla efter sin kunskap. Trots att patienterna uttryckte kunskapsbrist och dålig information från sjukvården tyder detta på att man, inom området livsstilsförändringar, snarare har en motivationsbrist än kunskapsbrist som största skäl till varför man inte genomför dessa livsstilsförändringar.

Hur pass komplext det kan vara att leva med kosthållningen framgår av följande citat:

”Varför skulle någon tro att jag, bara för att jag fått diabetes, skulle lyckas med ett problem jag aldrig tidigare lyckats med?” (14 sid 906, egen översättning). Många av dem som har typ 2-diabetes är överviktiga, 70 % (10), och av dessa är det inte osannolikt att misstänka att några, mer eller mindre aktivt, har försökt och misslyckats att gå ner i vikt.

Vid rådgivande samtal om kostförändringar finns det de patienter som redan har stor kunskap om detta (25). Men bara för att man har kunskapen om vilken mat man ska äta så behöver inte det innebära att man lyckas hålla sig till det (16, 20). Motivation, stöttning och uppmuntran borde vara minst lika viktig som kunskap om rätt mat för att patienterna ska lyckas genomföra en livsstilsförändring. Känslorna kan vara starka vid mat och kostförändringar (14), som sjuksköterska måste man ta hänsyn till patientens känslor och hjälpa till att ta fram precis så flexibla kostråd som patienten behöver (21).

Kvinnorna i Rayman och Ellisons studie uttryckte att den nya kosten och de livsstilsförändringar den medförde tog stor del av deras liv. Detta upplevdes negativt och

många kvinnor uttryckte ilska över sin diabetes (14). Männerna däremot tyckte inte att den nya livsstilen med ny kost upptog lika stor del av deras liv (19). Även om männen uttryckte visst missnöje över att behöva förändra kosten så ansåg alla män i studien att de nya vanorna var något positivt.

Att männen och kvinnorna uttryckte sig olika om den förändrade kostens inverkan på livet kan bero mer på praktiska saker än att kvinnor och män är olika till kynnet. Fem av sex män var gifta med en fru som inhandlade och lagade mat till dem. Mannen som inte hade en fru och som själv fick stå för maten tyckte, precis som kvinnorna med diabetes, att maten nu hade blivit en stor del av hans liv (19).

De bästa vapnen i kampen mot diabetes var fiberrik kost och fysisk aktivitet (26). Även om fiberrik kost var den viktigaste komponenten av kosten så får man inte förringa vikten av att hålla en balanserad kosthållning. För att komma åt problemen vid diabetes måste vi fokusera på livsstilsförändringar och inte som idag främst lägga resurser på läkemedel (27). Det finns inte någon sjukdom idag där livsstilsförändring spelar en så stor roll som vid typ 2-diabetes (27).

Risken att utveckla diabetes minskar om man är fysiskt aktiv (27) och den bästa behandlingen vid diabetes är kostförändringar och fysisk aktivitet (27). Detta är kunskap som många personer med diabetessjukdom känner till. Det svåra är att tillämpa kunskapen och faktiskt börja träna (16).

En skillnad som fanns mellan två studier var att det i den ena studien (21) fanns en signifikant skillnad i HbA_{1c} före och efter de började träna, medan det i den andra studien (22) inte gjorde det. Att det var skillnad skulle kunna bero på under hur lång tid de tränade då studien som påvisade en skillnad höll på under 6 månader medan den andra undersökningen varade i 6 veckor. Då HbA_{1c} är en långtidsindikator på glukosnivån är det viktigt att man talar om för patienterna att de inte bör förvänta sig skillnader på detta värde direkt efter en livsstilsförändring med ökad träning.

Kvinnorna och männen i de valda artiklarna skiljer sig åt i åsikter om hur svårt det var att ha diabetes. Kvinnorna var en mer splittrad grupp och olika studier visar på olika resultat. Dels finns personer som uttrycker att de nu, med sin diabetes, inte har någon tid över. De anser att de i och med diagnosen diabetes har fått en sjukdom som de kommer att ha resten av livet och de känner sig som offer. De anser att det är orättvist att de fått diabetes och de kände sig utan kontroll. Känslan som var svårast att hantera uppgavs vara ilska (14).

Sedan finns det kvinnor som ser sin diabetes som ett tillfälligt problem som de, när de väl lärt sig leva med, inte tar någon större plats i deras liv utan de kan återgå till det normala (15). Genom att lära känna sin kropp lär de sig hur de ska behandla sin diabetes och detta gör att de inte fruktar sin sjukdom (14). Dessa artiklar påvisar främst att det inte går att generalisera alla kvinnor till en grupp och säga att så här reagerar kvinnor vid diabetes. Detta tycker vi är mycket trovärdigt.

Männen i en studie uttryckte sig mer positivt om sin diabetes och ingen sa att de upplevde sig som sjuka (19). Troligt är att män precis som kvinnor inte är någon homogen grupp och att man vid en större studie skulle få mer spridda resultat vad gäller synen på diabetes och hur lätt eller svårt det anses vara att leva med den.

På grund av att de resultat vi fått redan vid en så liten population visar på så vitt skilda resultat anser vi att det utifrån dessa är omöjligt att visa på specifika genusskillnader rörande

upplevelser och känslor vid typ 2-diabetes. Inom detta område anser vi att det behövs ytterligare forskning för att kunna påvisa könsspecifika förändringar.

Det enda man kan visa utifrån vår studie som kvinnor och män har gemensamt är att båda grupperna anser att diabetes är en allvarlig sjukdom och båda grupperna är rädda för de senkomplikationer som diabetes kan medföra (15-17, 24).

Patienter uppger att de prioriterar kostförändring framför förändringar i fysisk aktivitet (16). En orsak till detta kan vara att alla människor redan har kostrutiner. Det man behöver göra vid diabetes är att ändra sina matvanor. När det gäller motion så är det inte alls lika många som tränar regelbundet innan de får diabetes. Detta gör att de måste ta upp en helt ny vana vilket kan verka mycket mer ansträngande än att förändra en redan befintlig.

Nu mera finns det mycket forskningsresultat om både kost och träning.

Det finns flera olika saker som gör att man kan klara av att leva med sin diabetes utan att styras av den. Ett starkt stöd från anhöriga har visat sig hjälpa personer med deras diabetes (14, 16). Man har även visat att personer med hög KASAM var kapabla att själv ta hand om sin diabetes (18). Vi som sjuksköterskor bör tillsammans med patienterna hjälpa dem att upptäcka de resurser som de har för att kunna sköta sin diabetes, på samma sätt som vi ska hjälpa dem att finna de hot och hinder som skulle kunna kullkasta deras fortsatta följsamhet till behandlingen. Om vi hjälper patienterna att förstå sin sjukdom kan detta skapa en större känsla av KASAM.

Rädslan för att inte bli accepterad påverkade i vissa fall kvinnornas följsamhet till sin diabetes. Då de inte var bekväma med att berätta för sina arbetskamrater om sin diabetes så kontrollerade de bara sitt blodtryck när de kunde utan att riskera upptäckt, detsamma gällde insulingivning. Detta gjorde att blodsockret svängde mer än nödvändigt och det skapade en oro hos kvinnorna (14).

Att människors rädsla för att inte bli accepterad är så stor att den påverkar deras sjukdomsbehandling är tråkigt. Vår syn på vad som är acceptabelt eller inte påverkar direkt vår hälsa. Det framkom i en studie att kvinnorna i samband med sin diabetes upplevde ilska, kände sig sårade eller blev deprimerade. Detta ansåg de dock inte vara ett legitimt skäl att söka vård (14). Så på grund av en attitydinställning sökte de inte den vård de behövde.

Som sjukvårdspersonal är det viktigt att vi tydligt visar att det går bra att prata om känslor och rädslor. Då andelen personer som har depression är större hos personer med diabetes (16, 17) är det extra viktigt att vi som sjuksköterskor frågar patienterna om detta. Det kan vara ansträngande nog att få diabetes även utan depression. Då negativa upplevelser bidrar till sämre egenvård och sämre följsamhet gentemot rekommendationer (16) kan detta bilda en ond cirkel.

Rädsla för att inte bli accepterad handlar om en rädsla för att hamna utanför gruppen. Man hamnar utanför gemenskapen och den sociala tillhörigheten. Orem säger att yttre faktorer kan påverka egenvården, såsom social tillhörighet. Här ovan är ett bra exempel på hur rädslan för att hamna utanför den sociala tillhörigheten påverkar en människas egenvård. Den blir, i det här fallet, eftersatt då den sociala tillhörighet upplevs viktigare än regelbunden kontroll.

Orem skriver att även kulturell tillhörighet kan försvåra en persons egenvård och ett problem för oss som sjuksköterskor kan vara att vi kan ha svårare att förstå patienters handlande om de baserar det på en annan kultur än den vi är vana vid.

Våra resultat är tyvärr inte så smickrande för dagens sjuksköterskor och vårdpersonal. Fast då vi enbart kunnat komma i kontakt med ett mycket litet urval på grund av den begränsade undersökningen kan man trösta sig med att det säkert inte ser likadant ut på alla ställen.

Våra resultat tyder på att sjuksköterskan inte var så bra på att förstå patienterna. De visste inte vad patienterna tyckte, upplevde och kände rädsla för (24). Sjuksköterskan antog en hel del. Ibland uppskattade sjuksköterskan att patienterna kände mer än de egentligen gjorde och ibland mindre. Studien visade att sjuksköterskan som bäst kunde identifiera hälften av de problem som patienten uppgav sig ha (24).

Vid studering av hur ett samtal hade gått till mellan sjuksköterska och patient kunde man se att även om sjuksköterskan lät patienten uttrycka sin åsikt så lät hon/han aldrig patienten bestämma helt (25).

I en svensk studie, gjord på vårdcentraler i Stockholm, uppgav drygt hälften (87 av 169) av vårdgivarna att det såg det som sin roll att behandla och ge information *till* patienterna med typ 2-diabetes. Endast 20 vårdgivare (12%) ansåg att deras roll var att fokusera på patientens förståelse av situationen (28).

Detta är ett område där vi som sjuksköterskor måste bli bättre. Det är patienterna själva som är experter på sin sjukdom. De lever med sin sjukdom dag och natt och de vet hur kroppen känns när saker går rätt eller fel. Som sjukvårdspersonal måste vi inse att vi finns till för att stötta patienterna, lyssna på dem, erbjuda kunskap och hjälpa dem att finna strategier för att lättare klara av sin diabetes (16, 25). Att ge god omvårdnad innebär att respektera patientens integritet, värdighet och autonomi både vad gäller självbestämmande- och medbestämmanderätt (29).

Vi blev överraskade av att ett område där patienterna verkligen kände att de fick dålig respons var inom kostrådgivning (20). Denna artikel kom från USA och det är möjligt att detta påstående är kulturellt betingat och inte gäller i Sverige då sjukvården skiljer sig mycket mellan länderna. I samma artikel visade patienterna framförhållning och många bytte vårdpersonal tills de fann någon som de ansåg var bra. Patienternas åsikt om en bra vårdpersonal innebar någon som lyssnade på dem, hjälpte dem med vårdplaner och som kunde ge koncisa och enkla råd (16). Att patienterna säger ifrån när de tycker att något är dåligt genom att byta vårdpersonal är positivt. Genom att visa på vårdens fel har vi en större chans att utforma sjukvården efter patienterna.

Även om patienterna tycker att vården inom många områden kan bli bättre så betyder inte det att de enbart tycker vården är dålig. Att skapa en relation i samarbete med vårdpersonal upplevdes positivt eftersom patienten ansåg att det förstärkte deras möjlighet till egenvård (16).

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. 2005. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm>: tillgänglig 2007-09-21.
2. Öhrn I. Livet, identiteten och kronisk sjukdom, en socialpsykologisk studie av unga vuxna diabetiker. Göteborg: Sociologiska institutionen Göteborgs universitet; 2000.
3. Grefberg N, Johansson L-G. (red). Medicinboken – vård av patienter med invärtes sjukdomar. 3rd ed. Stockholm: Liber AB; 2003.
4. Agardh C-D, Berne C, Östman J. Diabetes. 2nd ed. Falköping: Liber AB; 2002.
5. Attvall S, Lorenz K. Vuxendiabetes – och ändå ett bra liv. Uppsala: Sveriges Radios förlag; 1997.
6. Ajanki T. Historien om diabetes. Lund: Historiska Media; 1999.
7. Engdahl C. Träna med diabetes. Stockholm: Fitnessförlaget; 2005.
8. Hokland B, Madsen S. Klinisk kemi och fysiologi. Upplaga 2. Falköping: Natur och kultur; 2003.
9. Fors P. Nyupptäckt diabetes med fokus på typ 2. Göteborg: GlaxoSmithKline AB; 2003.
10. Almås, H (red). Klinisk omvårdnad. 2nd ed. Stockholm: Liber AB; 2004.
11. Socialstyrelsen. Medicins Faktabas, nationella riktlinjer. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.
12. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Köping: Natur och kultur; 1991.
13. Orem D. Nursing concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
14. Rayman K, Ellison G. Home Alone: The experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control. *Health Care Women Int.* 2004;25(10):900-15.
15. Whittemore R, Chase S, Mandle C, Roy S. Lifestyle changes in type 2 diabetes. *Nurs Res.* 2002;51(1):18-25.
16. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs.* 2006;54(2):151-58.
17. Heuer L, Lausch C. Living with diabetes: Perceptions of Hispanic migrant farmworkers. *J Community Health nurs.* 2006;23(1):49-64.
18. Sandén-Eriksson B. Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J Adv Nurs.* 2000;31(6):1393-97.
19. Koch T, Kralik D, Taylor J. Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease. *J clin nurs.* 2000;9:247-254.
20. Frandsen K, Kristensen J. Diet and lifestyle in type 2 diabetes: the patient's perspective. *Pract Diab Int* 2002;19(3):77-80.
21. Wu H. A case study of type 2 diabetes self-management. *Biomed Eng Online.* 2005;4(4)1-9.

22. Araiza P, Hewes H, Gashetewa C, Vella C, Burge M. Efficacy of a pedometer-based physical activity program on parameters of diabetes control in type 2 diabetes mellitus. *Metabolism*. 2006;55:1382-87.
23. Kim C, Hwang A, Yoo J. The impact of a stage-matched intervention to promote exercise behaviour in participants with type 2 diabetes. *Int J Nurs Stud*. 2004;41:833-41.
24. Woodcock A, Kinmonth A. Patient concerns in their first year with type 2 diabetes: patient and practice nurse views. *Patient educ couns*. 2001;42:257-70.
25. Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Negotiation in type 2 diabetes counseling: from problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counseling. *Qual Health Res* 2003;13(9):1205-24.
26. Krachler B. Fiberrik kost och fysisk aktivitet är de vassaste vapnen i kampen mot diabetes. Göteborg. *Dagens diabetes*; 2007.
27. Börjesson M. Fysisk aktivitets roll vid diskussion. *Med klin, SU/Östra*, 2007.
28. Holmström I, Halford C, Rosenqvist U. Swedish health care professionals' diverse understanding of diabetes care. *Patient Educ Couns*. 2003;51:53-58.
29. Silva A, Ljungquist M. *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*. Lund: Studentlitteratur; 2003.

Referensnummer: 14

Titel: Home alone: The experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control

Författare: Rayman K, Ellison G

Tidskrift: Health care for women international

Tryckår: 2004

Syfte: Undersöka kvinnors syn på deras tidiga upplevelser och känslor vid diabetes.

Metod: En kvalitativ och induktiv studie där man intervjuat personer som var nydiagnostiserade typ 2-diabetiker eller nyligen utvalda att få expert vård, upptagsområde Diabetescenter i Midwestern USA.

Urval/population: 14

Referenser: 27

Land: USA

Referensnummer: 15

Titel: Lifestyle changes in type 2 diabetes

Författare: Whittemore R, Chase S, Mandle C, Roy S

Tidskrift: Nursing research

Tryckår: 2002

Syfte: Att förstå processen när man interagerar behandlingsrekommendationer vid typ 2-diabetes i det dagliga livet.

Metod: En kvalitativ studie där patienterna av en sjuksköterska fick individuella uppmuntrande samtal om livsstilsförändringar 4 x 45 minuter, varannan vecka. Detta uppföljdes sedan av en 60 minuter lång intervju om hur patienterna lyckats.

Urval/population: 9

Referenser: 33

Land: USA

Referensnummer: 16

Titel: Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management

Författare: Nagelkerk J, Reick K, Meengs L

Tidskrift: Journal of advanced nursing

Tryckår: 2006

Syfte: Att belysa de uppfattade hinder och effektiva egenvårdsstrategier som vuxna, boende på landet, med typ 2-diabetes upplever.

Metod: En kvalitativ studie där deltagarna skulle vara över 21 år, ha typ 2-diabetes, kunna tala engelska och ha en telefon. På en förorts klinik valdes sedan var fjärde person ut som matchade kriterierna. 6-12 personer åt gången träffades i två timmar långa fokusgrupper där tre personer ställde öppna frågor till deltagarna.

Urval/population: 23

Referenser: 23

Land: USA

Referensnummer: 17

Titel: Living with diabetes: Perceptions of Hispanic migrant farmworkers

Författare: Heuer L, Lausch C

Tidskrift: Journal of community health nursing

Tryckår: 2006

Syfte: Att vinna insikt om de emigrerade böndernas livserfarenhet av diabetes när de införlivar den kroniska sjukdomen i vardagen.

Metod: En kvalitativ studie där man fenomenologiskt intervjuat deltagarna i 90- 120 minuter. Inspelningen bandades. Deltagarna skulle vara över 18 år, haft diabetes i minst ett år och urvalet togs från 2 Migrant Health Service, en låg i North Dakota och en i Minnesota.

Urval/population: 12

Referenser: 17

Land: USA

Referensnummer: 18

Titel: Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management

Författare: Sandén-Eriksson B

Tidskrift: Journal of advanced nursing

Tryckår: 2000

Syfte: Att analysera relationen mellan känsla av sammanhang och HbA_{1c} hos personer med typ 2-diabetes och att analysera relationen mellan behandlingsresultat och ett index av diabetes handlingar och känslomässig status.

Metod: En kvantitativ studie där deltagarna kom från 36 vårdcentraler i Stockholm. De skulle ha nydiagnostiserad diabetes och vara icke insulinbehandlade. Ett uppföljningsformulär skickades till patienterna. Det var ett så kallat SOC-13 formulär. Man mätte även HbA_{1c} under 6-8 veckor.

Urval/population: 174

Referenser: 18

Land: Sverige

Referensnummer: 19

Titel: Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease

Författare: Koch T, Kralik D, Taylor J

Tidskrift: Journal of clinical nursing

Tryckår: 2000

Syfte: Förstå hur personer med typ 2-diabetes hanterar kronisk sjukdom i vardagen.

Metod: En kvalitativ studie där tre sjuksköterskor träffade 6 frivilliga patienter två timmar i veckan i fyra veckor. Där intervjuades patienterna med hjälp av Stringers strategi. En av sjuksköterskorna antecknade samtalen som sedan sammanställdes direkt efter mötena.

Urval/population: 6

Referenser: 32

Land: Australien

Referensnummer: 20

Titel: Diet and lifestyle in type 2 diabetes: the patient's perspective

Författare: Frandsen K, Kristensen J

Tidskrift: Practctical Diabetes International

Tryckår: 2002

Syfte: Undersöka patienternas syn på förståelse och följsamhet till kost, livsstil och medicinering.

Metod: En studie som inkluderar 5 länder, Frankrike, Spanien, Tyskland, Storbritannien och USA. Två grupper från varje land med 8-10 personer deltog, förutom från USA där 6 grupper deltog. Personerna i grupperna skulle vara över 40 och skulle ha icke insulinbehandlad typ 2-diabetes. Information samlades in genom både kvalitativa gruppsamtal och genom kvantitativa frågeformulär.

Urval/population: 123

Referenser: 18

Land: Danmark

Referensnummer: 21

Titel: A case study of type 2 diabetes self-management

Författare: Wu H

Tidskrift: BioMedical Engineering

Tryckår: 2005

Syfte: Att undersöka blodglukosens återhämtningsförmåga efter måltid vid typ 2-diabetes.

Metod: En kvantitativ studie där man mätte blodglukosen vid 15 olika luncher. 5 datainsamlingar gjordes utifrån mängden intagen medicin. Ingen medicin, ¼ tablett precis före måltid eller ¼ tablett en timme före måltid. Blodsockret mättes en gång före måltid och 8-12 gånger efteråt var 30 minut. En enkel kostförändring genomfördes och simning 20 varv i 25 m bassäng 40 minuter dagligen under 6 månaders tid genomfördes med HbA_{1c} prover före och efter denna tid.

Urval/population: 1

Referenser: 12

Land: USA

Referensnummer: 22

Titel: Efficacy of a pedometer-based physical activity program on parameters of diabetes control in type 2 diabetes mellitus

Författare: Araiza P, Hewes H, Gashetewa C, Vella C, Burge M

Tidskrift: Metabolism clinical and experimental

Tryckår: 2006

Syfte: Att komma fram till huruvida en rekommendation på att gå 10 000 steg per dag skulle resultera i bättre glukoskontroll, ökad insulinkänslighet, mindre kardiovaskulär risk, bättre lipidprofil och lägre oxidativ stress hos stillasittande personer med typ 2-diabetes.

Metod: En kvantitativ interventionsstudie där 30 personer i åldrarna 33-69 som haft diabetes minst ett år, utan senkomplikationer eller insulinbehandling slumpvis delades in i två grupper. Den aktiva gruppen skulle gå 10 000 steg om dagen i 5 eller fler dagar per vecka i sex veckor. Efter sex veckor jämfördes insamlad data.

Urval/population: 30

Referenser: 30

Land: USA

Referensnummer: 23

Titel: The impact of a stage-matched intervention to promote exercise behaviour in participants with type 2 diabetes

Författare: Kim C, Hwang A, Yoo J

Tidskrift: International journal of nursing studies

Tryckår: 2004

Syfte: Syftet med studien var att utvärdera SMI ,stage matched invention, genom att låta en expertgrupp bestämma giltigheten samt att utvärdera SMI's inverkan vid typ 2-diabetes.

Metod: En kvantitativ interventionsstudie där man först validerade SMI's giltighet, sedan lät man en grupp patienter delta i SMI under tre månader medan en kontroll grupp fick vanlig utbildning från vården under samma tid. Man mätte viktiga variabler när utbildningen startade och sedan direkt efter den var klar.

Urval/population: 22 personer i undersökningsgruppen och 23 i kontrollgruppen

Referenser: 41

Land: Syd Korea

Referensnummer: 24

Titel: Patient concerns in their first year with type 2 diabetes: patient and practice nurse views

Författare: Woodcock A, Kinmonth A

Tidskrift: Patient education and counseling

Tryckår: 2001

Syfte: Att undersöka om patienten och sjuksköterskan hade olika syn på vad patienten var orolig för och om det var relaterat till patientens kliniska och psykiska status.

Metod: En kvantitativ studie där man på 41 mottagningar i södra England frågade nyblivna typ 2-diabetiker om medverkan till att anonymt erbjuda klinisk data, 6 månader senare svara på ett frågeformulär och ta prover som gick till ett centralt lab. ett år senare. 64 sjuksköterskor samlade in information vid studiens början och antalet vid studiens slut var 47 stycken.

Urval/population: 250

Referenser: 26

Land: England

Referensnummer: 25

Titel: Negotiation in type 2 diabetes counseling: from problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counseling

Författare: Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L

Tidskrift: Qualitative Health Research

Tryckår: 2003

Syfte: Beskriva hur förhandlingar baserade på livsstilsförändringar uppstår genom patienternas samtal vid möten mellan sjuksköterska och patienter.

Metod: En kvalitativ studie där man under 2 års tid följde deltagarnas besök på hos sjuksköterskan med hjälp av filmkamera. Deltagarna var mellan 40-70 år, de skulle nyligen ha fått typ 2-diabetes som upptäckts av en slump och de skulle delta frivilligt.

Urval/population: 18

Referenser: 52

Land: Finland