



Institutionen för hälsovetenskaper
Sjuksköterskeprogrammet 180 p
OM8310 Fördjupningsarbete i omvårdnad
15 poäng

Vuxnas upplevelse av stöd efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus

En litteraturstudie

Datum: 2008-01-18
Författare: Anette Svensson
Mikaela Wijk
Handledare: Anna Pålsson
Examinator: Vanja Berggren

Vuxnas upplevelse av stöd efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus

Författare: Anette Svensson och Mikaela Wijk

Handledare: Anna Pålsson

Litteraturstudie

Datum 2008-01-18

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes förekommer hos 3-4 procent av Sveriges befolkning. Uppkomsten av diabetes är ofta relaterad till livsstil. Hur människor upplever att få diagnosen påverkar synen på sjukdom och framtid. Människor som får sjukdomen är i behov av stöd från vårdpersonal. **Syfte:** Beskriva vuxnas upplevelser av stöd efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus. **Metod:** Systematisk litteraturstudie, där 8 stycken vetenskapliga artiklar granskades. **Resultat:** Analys av artiklar resulterade i fyra olika kategorier: bemötande, hantera negativa känslor, lära genom utbildning och acceptera/anpassning. **Diskussion:** Det fanns kunskapsbrist om sjukdomen bland diabetespatienter. Utbildning med stöd och ett bra bemötande från vårdpersonal kan förebygga kunskapsbrist. **Slutsats:** Vuxna som får diagnosen diabetes mellitus behöver ha stöd från vårdpersonal och anhöriga. Patienter behöver ha kunskap om diabetes för att egenvårds-kapacitet ska kunna utvecklas.

Nyckelord: Diabetes, stöd, upplevelse, utbildning

The experience of support of adults who have received the diagnose diabetes mellitus

Author: Anette Svensson och Mikaela Wijk

Supervisor: Anna Pålsson

Literature review

Date 2008-01-18

Abstract

Background: Diabetes occurs in 3-4 per cent in the Swedish population. Diabetes is often related to the lifestyle. How people experience to receive the diagnosis affects the view of illness and future. People who get the illness need support from caregivers. **Aim:** Describe adults experience of support after they have received the diagnose diabetes mellitus. **Method:** A systematic literature review, there eight scientific articles were revised. **Result:** The analyse resulted in four different categories: treatment, manage negative feelings, learn by education and accepting/adaptation. **Discussion:** The findings showed that a lack of knowledge existed of the illness among diabetes patients. Education with support and a good treatment from the caregivers could prevent a lack of knowledge. **Conclusion:** Adults who receive the diagnose diabetes mellitus need support from caregivers and the next of kin. Patients need knowledge about diabetes too know how to develop self care capacity.

Keywords: Diabetes, education, experience, support

Innehållsförteckning

BAKGRUND	5
SYFTE	6
METOD	6
Urval.....	6
Datainsamlingsmetod	7
Genomförande	7
RESULTAT	9
Bemötande	9
Relation med vårdgivare	9
Attitydpåverkan.....	10
Bristande stöd.....	11
Hantera negativa känslor	13
Rädslor	13
Förlust och misslyckande	14
Lära genom utbildning	14
Grupputbildning stärker	15
Aktivt lärande.....	16
Acceptera och anpassa	16
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	18
Slutsats	22

REFERENSER

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Bilaga 3 Artikelöversikt

BAKGRUND

Hur människor upplever att få diagnosen diabetes har betydelse för hur man upplever sin sjukdom och framtid (Koch, Kralik & Sonnack, 1999). Enligt Long, Kneafsey, Ryan och Berry (2002) kan sjuksköterskan ge emotionellt och informativt stöd till patienter genom samtal, att finnas till, ge förklaringar, ge uppmuntran och trösta. I Sverige har ca 300 000 personer diabetes. Det motsvarar ca 3-4 procent av Sveriges befolkning, och förekomsten är densamma hos män och kvinnor (Socialstyrelsen, 1999).

Enligt Antonovsky måste patientens situation vara begriplig, hanterbar och meningsfull. Begriplig, innebär att patienten får förståelse för vad som händer och varför. Att vara medveten om vad som händer ger en känsla av trygghet och ökar möjligheten att kunna kontrollera tillvaron. Hanterbarhet, en förutsättning är att patienten har inflytande och möjlighet att påverka sin situation. Patienten behöver känna att det finns resurser som står till förfogande, för att klara av sin situation. Upplevelsen av att situationen går att klara av och att det finns tilltro till den hjälp som finns, gör tillvaron mer hanterbar. Meningsfullhet, om patienten ser en mening i tillvaron ökar motivationen. Det blir lättare att kämpa och anstränga sig, och klara av livssituationen trots att den kan uppfattas som svår. Antonovsky poängterar vikten av att vårdpersonal försöker utforma vårdsituationen och bemöta patienten på ett sätt som understödjer och stärker känslan av sammanhang (Antonovsky 2005).

Socialstyrelsen (2005) skriver att sjuksköterskor ska ha förmåga att visa respekt, empati och ha lyhördhet gentemot patienter och anhöriga. De ska också kunna ge information, stöd och vägledning för att patienterna ska känna sig så delaktiga som möjligt i vård och behandling. Detta är inte minst viktigt när det gäller att delge diagnosen. Koch, Kralik och Sonnack (1999) beskriver kvinnors upplevelse av att få diagnosen diabetes. Informationen om sjukdomen, dess konsekvenser och om de förändringar i livsstilen som behövde göras påverkade upplevelsen. Peel, Parry, Douglas och Lawton (2004) såg i sin studie att patienterna hade blandade reaktioner beroende på sjukdomsinsikt. En del patienter upplevde det positivt,

eftersom det innebar att de fick förändra delar av sin livsstil. Det skapade många nya frågor att få diagnosen, t ex hur diabetes påverkade andra sjukdomar som de redan hade. Gillibrand och Flynn (2001) beskrev i sin studie att upplevelsen av informationen vid sjukdomsbeskedet påverkade hur de såg på sjukdomen, framtiden, coping hanteringen och i sin tur livskvalitén. Koch, Kralik och Taylor (2000) beskrev mäns upplevelse och hur de accepterade sin diagnos av diabetes. Livsstilsförändringar, egenvård och behov av stöttning från anhöriga togs upp i studien. För att upplevelsen ska bli mindre traumatisk, behöver patienten information och kunskap om sjukdomen (Koch, Kralik & Taylor, 2000).

Upplevelsen av att få diagnosen diabetes påverkas av att patienterna får leva med sjukdomen livet ut. Brown, Koch och Kralik (2001) skriver i sin studie att en diagnos ska delges med empati och att följa upp patienterna är nödvändigt. Vårdpersonalen bör vara medveten om att upplevelsen av att få en livslång diagnos är en betydande händelse i en människas liv. De flesta människor som får diagnosen diabetes har frågor och funderingar om sin sjukdom, och hur den kommer att påverka framtiden. Oavsett upplevelsen av diagnosen är patienterna i behov av stöd från vårdpersonal. Det är vårdpersonalens uppgift att ge stöd för att patienterna lättare ska kunna hantera sin diabetes, och hitta copingstrategier för framtiden.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vuxnas upplevelse av stöd efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus.

METOD

En litteraturstudie baserad på kvalitativa empiriska studier gjordes och sammanställdes (Friberg, 2006). Litteraturen studerades induktivt dvs. studien utgick ifrån material från tidigare studier. Eliasson 2006 skriver att kvalitativ metod används för att skapa förståelse och att se sammanhang som inte alltid är direkt märkbara. Det beskriver och skapar förståelse på ett djupare plan.

Urval

Artiklarna som svarade mot syftet valdes ut och granskades. Urvalet inkluderade

vuxna över 18 år med diabetes. Både typ 1 och typ 2 diabetes var inkluderat. Medicinska artiklar exkluderades. Artiklarna var publicerade mellan: 1997-2007. Dels för att antalet artiklar begränsades och eftersom forskningsresultaten skulle vara aktuella. Manuell sökning bland referenser i artiklar och examensarbeten gjordes. Artiklarna var på engelska och var från Australien, Canada, Storbritannien, Sverige och USA.

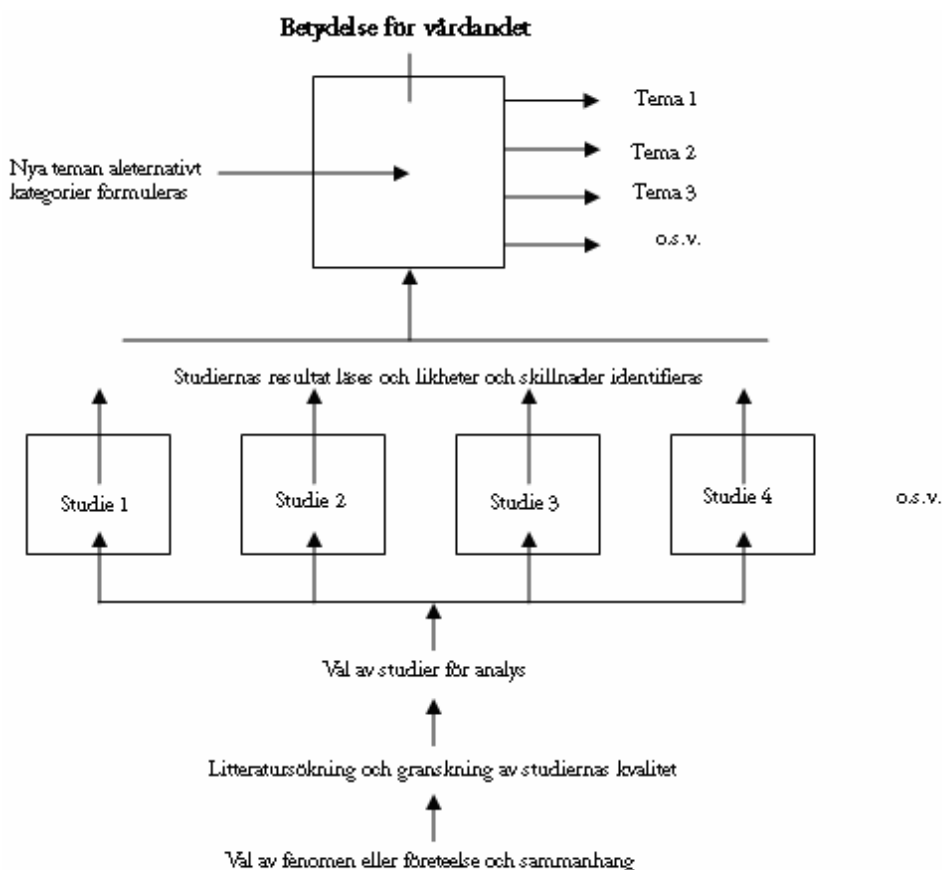
Datainsamlingsmetod

De sökstrategier som användes var sökning i databaser och manuell sökning. Elektronisk sökning gjordes i Cochrane Libery, Pub Med, Pub Med Central, Science Direct och Swemed+. Databaserna som gav resultat var: Pub Med och Science Direct. Dessa databaser användes för att de publicerar artiklar om omvårdnad. Sökord som gav resultat var: education, experience, experience of diabetic, diabetes type 2, nursing, coping, coping styles och nursing support. Fler sökord såsom: chronic illness, daily life, diabetes mellitus, longterm illness, nursing, self care och quality of life användes utan att få relevanta träffar. Resultatet av sökningarna innefattade även diabetes typ 1, eftersom artiklarna inte gjorde någon skillnad mellan olika diabetes typer i sina undersökningar. Sökorden användes i olika kombinationer för att få ett optimalt utfall, och för att antalet artiklar skulle begränsas. Trunkeringar och booelska operatorer användes. Bilaga 1.

Genomförande

Den elektroniska sökningen gav 9 artiklar och den manuella sökningen i artikelreferenser resulterade i 7 artiklar. De artiklar som inte hittades i fulltext men som verkade svara mot syftet, letades upp i tidskrifter eller beställdes. Av 16 artiklar sorterades 7 stycken bort direkt eftersom: två artiklar var kvantitativa, tre artiklar motsvarade inte syftet, en artikel var ingen vetenskaplig artikel och en artikel var en review artikel. Endast kvalitativa artiklar användes eftersom de gav en djupare förståelse för patientens upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov (Friberg 2006). Granskning av artiklarna gjordes med hjälp av en granskningsmall (Willman, Stoltz & Bantsevani, 2006). Bilaga 2. En artikel sorterades därefter bort eftersom den inte höll tillräckligt bra kvalitet enligt granskningsmallen. Efter granskningen bestämdes vilka artiklar som skulle ingå i

litteraturstudien. De skulle vara relevanta mot syftet och ha bra kvalitet (Friberg, 2006). 8 artiklar kvarstod för analys. Bilaga 3. De 8 artiklar som sedan analyserades, lästes noggrant flera gånger. Artiklarna lästes enskilt och diskuterades sedan gemensamt. En manifest innehållsanalys av texterna gjordes. Denna analys innebär identifiering av meningsbärande enheter och kodning av kategorier (Forsberg & Wengström, 2003). Figur 1. När inget nytt resultat framkom avslutades analysarbetet. Artiklarna som användes skulle vara referee, dvs. innan publicering görs en noggrann kvalitetsbedömning (Friberg, 2006). Forsman (1997) skriver att forskning som inte sker efter Helsingforsdeklarationen inte ska publiceras. Helsingforsdeklarationen innebär att det ska finnas informerat samtycke. Studier som bedrivs ska innehålla principerna, autonomi - självbestämmande, att göra gott - studien ska tillföra något bra, inte vara till skada för någon och alla ska behandlas med rättvisa (Forsman 1997).



Figur 1. Faser vid analys av kvalitativa studier. Fritt av Svensson & Wijk (2007) efter Friberg (2006) Dags för uppsats s.109.

RESULTAT

Resultatet beskriver fyra olika kategorier: bemötande, hantera negativa känslor, lära genom utbildning och acceptering och anpassning. I tre kategorier hittades underkategorier.

Bemötande

Under kategorin bemötande hittades tre underkategorier: *relation med vårdgivare, attitydpåverkan och bristande stöd.*

Relation med vårdgivare

Patienter med typ 2 diabetes upplevde att det var betydelsefullt med en bra relation till vårdgivare (Adolfsson, Starrin, Smide & Wikblad, 2007). En bra relation upplevdes vara avgörande för möjligheten att ha tillgång till information och hjälp när patienter behövde det. En bra kommunikation var en förutsättning för att egenvården skulle fungera. Om relationen var bra upplevde vissa patienter sin behandling som ett lagarbete. En bra kommunikation med vårdpersonal kunde innebära att patienter upplevde ökad livskvalitet. De kände att de fick stöttning vid pågående behandling och vid egenvård (Thorne, Harris, Mahoney, Con & McGuinness, 2004).

Det framkom att patienter som hade en bra relation med sin vårdgivare och hade tydliga symtom på diabetes fick en snabb diagnos. Patienter var nöjda med det och hade lättare för att acceptera diagnosen (Parry, Peel, Douglas & Lawton, 2004).

“When I went to the appointment he (GP) took my sugar lever and my urine and it was sky high so he immediately told me to come tomorrow morning, first thing to get my bloods taken. He took them. He didn't fob (me off) and say 'Go and get an appointment with at nurse and that', he was- he was good. Aye I was fine pleased. That next morning there at half past eight and I was taken dead on half past eight. (He) took my bloods and I was told by afternoon. So he was quick and fast like. I was fine pleased.” (Parry et al, 2004 s.134)

Patienter upplevde det positivt att komma till en specialist eller en diabetesavdelning på sjukhus (Parry et al, 2004; Rayman & Ellison, 2004).

Personal där gav oftast raka besked, och det kändes trovärdigare att få diagnosen bekräftad där i stället för på vårdcentral. Patienter fick svar på sina frågor och personal tydliggjorde informationen på ett bra sätt. Det var även uppskattat att få information av en dietist (Parry et al, 2004).

“as thought you’re something special and they are giving you kid glove treatment sort of thing” (Parry et al, 2004, s.133)

Det framkom att en del av de patienter som inte blev remitterade till specialist trodde att sjukdomen inte var så allvarlig. De patienter som fick vänta länge på en träff med specialist, upplevde osäkerhet (Parry et al, 2004). Det förekom då att patienter inte såg diabetes typ 2 som en riktig diabetes, utan som en mildare variant (Cooper, Booth & Gill, 2003; Holmström & Rosenqvist, 2005; Parry et al, 2004; Thorne et al, 2004).

“I’m sort of saying to myself ‘it can’t be that serious if you can be left that long’, you know” (Parry et al, 2004, s.134)

Attitydpåverkan

Det förekom att patienter upplevde att vårdpersonals attityder påverkade vårdens utveckling. Personal kunde upplevas som stöttande eller dömande i sin attityd (Thorne et al, 2004). Personals attityder kunde upplevas som ett hinder i egenvården, när patienter klarade av sin medicinering själva ville personal ändå bli rådfrågad. Personal tog egenvårdsansvaret ifrån patienter (Cooper, Booth & Gill, 2003). Det framkom att patienter med diabetes typ två, önskade att all personal skulle bemöta dem med respekt och engagemang. Respekt kunde vårdpersonal visa genom att lyssna, visa förståelse och att erbjuda patienter information. Engagemang kunde visas genom bra handledning och göra behandlingen till ett lagarbete (Thorne et al, 2004).

Det förekom att människor i patienters omgivning inte tog deras sjukdom på allvar och det upplevdes negativt och frustrerande av patienter (Hall, Hunt Joseph & Schwartz-Barcott, 2003; Rayman & Ellison, 2004).

“My sister invited me to eat and then cooked with sugar. Why doesn’t she just shoot me?” (Rayman & Ellison, 2004, s. 907)

Det framkom att stöttning ifrån familj och vänner upplevdes betydelsefullt för patienter. De patienter som informerade sin omgivning om sin sjukdom, fick en bättre förståelse av andra (Hall, Hunt Joseph & Schwartz-Barcott, 2003; Rayman & Ellison, 2004).

Det förekom att patienter själva ansåg att de var skuld till sjukdomen, att de inte hade tagit hand om sig själva. Det framkom också att människor i omgivningen hade samma inställning. De patienter som inte bidragit själva till att få sjukdomen möttes av samma attityd (Broom & Whittaker, 2004; Rayman & Ellison, 2004).

“There’s still that stigma associated with diabetes that people do not understand. They think it’s because you have no willpower and you eat all these candies and pies and cakes, wich had nothing to do with it...makes you not want to let anybody know you have diabetes” (Rayman & Ellison, 2004, s. 905)

En del patienter upplevde att de blev behandlade annorlunda eftersom de hade diabetes och det förstärkte känslan av att inte vara som andra (Broom & Whittaker, 2004). De ville inte visa sin omgivning att de skiljde sig från andra och berättade inte om sin diabetes (Rayman & Ellison, 2004; Broom & Whittaker, 2004).

Bristande stöd

Det förekom att patienter upplevde bristande stöd, vilket kunde leda till att en del patienter hade kunskapsbrist om sin sjukdom.

Patienter upplevde att allmänläkare och sjuksköterskor hade bristande kunskap om deras sjukdom (Cooper, Booth & Gill, 2003; Rayman & Ellison, 2004).

“Our doctor doesn’t know much about it [diabetes], neither does our practice nurse. We told her the effect of blood pressure on diabetes, she wasn’t aware of the serious connections with high blood pressure and diabetes...” (Cooper, Booth & Gill, 2003 s.201)

Eftersom en del vårdgivare saknade tillräcklig kunskap, upplevdes det också som

att de saknade förståelse för patienters situation. Det förekom att patienter som fick rådgivning om sin diabetes av läkare upplevde det som en undervisning och envägskommunikation. Läkare levererade sitt budskap utan att patienter fick tillfälle att reflektera och ställa frågor. Råden förväntades att följas (Adolfsson et al 2007).

“I think afterwards. What if I'd done this, if I'd say this, if I'd asked about this” (Adolfsson et al 2007, s.5)

Det förekom att patienter inte förstod varför de hade fått diabetes. De hade bristfällig kunskap om hur kroppen fungerade och vad som hände i den när de fått sjukdomen (Broom & Whittaker, 2004; Holmström & Rosenqvist, 2005).

“I don't really know that much about the significance of this, but I've been informed that exercise is supposed to be important so I exercise” (Adolfsson et al 2007, s.6)

Det framkom att patienter inte förstod sambandet mellan livsstil och sjukdom, och vikten av rutiner (Adolfsson et al, 2007; Broom & Whittaker, 2004; Holmström & Rosenqvist, 2005). De förstod inte motionens eller dietens påverkan på diabetes, eller att sjukdomen kunde ge komplikationer. Det medförde att patienter hade svårt att förändra sin livsstil (Adolfsson et al, 2007).

“I have a hard time trying to accept and realise the danger, since I don't feel anything odd in my body. I guess I feel all right. But I am aware of the fact that my values are too high and that I then will risk damage inside my body. It's not there today, but eventually it will turn up...This is difficult to really understand.” (Holmström & Rosenqvist, 2005, s.150)

Det förekom att patienter hade önskemål om mer information eftersom de upplevde att de inte hade fått tillräcklig kunskap om sjukdomen. Kunskap om diabetes hade vissa patienter fått via skriftlig information eller från människor i sin omgivning. Vid frågor upplevde patienter att de inte fick något gehör, eftersom de inte alltid följde rekommendationerna och istället blev påmind om det av vårdpersonal (Adolfsson et al, 2007). Hade patienter varit medvetna om vad som hade orsakat diabetes hade de försökt att förebygga sjukdomen (Broom & Whittaker, 2004).

“I've received very little instruction, just remarks that I shouldn't eat this and that...Don't know if I've got any real

instruction in that either...You need to sit down and talk about it to get a proper understanding...” (Adolfsson et al, 2007 s.5)

Patienter upplevde situationer i vardagen som de inte visste hur de skulle hantera. De uttryckte behov av att träffa andra med samma sjukdom för att utbyta erfarenheter (Adolfsson et al, 2007).

Hantera negativa känslor

Under kategorin hantera negativa känslor hittades två underkategorier: den ena var *rädslor* och den andra var *förlust och misslyckande*.

Rädslor

Det förekom att vissa patienter kände rädsla när de fått sin diagnos. De kände osäkerhet inför framtiden och vad den kunde innebära (Parry et al, 2004; Adolfsson et al 2007). Det framkom att patienter hade en stor rädsla för senkomplikationer. Denna rädsla fanns ständigt med hos patienter när de inte följde egenvårdsråden. (Hall, Hunt Joseph & Schwartz-Barcott, 2003; Holmström & Rosenqvist, 2005).

“I would miss a lot of life, I want to live, I want desperately to live, I want quality of life and I don’t want to be a burden” (Hall, Hunt Joseph & Schwartz-Barcott, 2003, s.309)

Det framkom att patienter kände tidspress hos läkare och vågade inte fråga om sin sjukdom och behandling (Adolfsson et al 2007).

“When you’re new, you don’t dare to ask anything, but you should dare to ask because otherwise you don’t find anything out...” (Adolfsson et al 2007 s.5)

Det fanns patienter som upplevde sig som offer och att de inte hade någon kontroll på sin sjukdom. Det medförde starka känslor och ibland upplevde patienter att de hade svårt att hantera dem. Ilska var en känsla som de var rädda för att inte kunna kontrollera. Det förekom att patienter var rädda att göra något som var fel (Rayman & Ellison, 2004).

“I remember one [event] that scared me so badly. I had plain baked potato and had fixed some baked chicken and a salad. I was in my bedroom trying to give myself time

[30 minutes] after my shot. My grandson came in [to the kitchen] and ate half the baked potato. When I came out and saw,...I went into a rage, screaming and jumping up and down. I didn't have anything there to replace it, and I've got to have the food. But when I saw the look on his face,...I cried "Oh God, why me?" I told him, "Grandma's so sorry". I have to watch myself carefully now.... I love them too much to put that kind of fright in them." (Rayman & Ellison, 2004, s.907)

Det fanns oro och rädsla för att inte bli accepterad på arbetsplatsen, efter att patienter hade fått diabetes (Rayman & Ellison, 2004). Patienter upplevde att det kunde vara problem att få ett arbete eller behålla det de redan hade, och det skapade oro. Det förekom att patienter inte vågade berätta för arbetsgivare att de hade diabetes, de var rädda för följderna. (Broom & Whittaker, 2004).

Förlust och misslyckande

Vissa patienter förebrådde sig själva för att ha fått diabetes (Adolfsson et al 2007). Det förekom att patienter saknade tillvaron och sitt liv innan sjukdomen (Broom & Whittaker, 2004; Rayman & Ellison, 2004). Patienter upplevde att de gjorde uppoffringar av det goda i sina liv, såsom mat (Broom & Whittaker, 2004). Detta upplevdes som en förlust och livet kändes begränsat (Holmström & Rosenqvist, 2005; Rayman & Ellison, 2004). Patienter upplevde att det förekom fokusering på kost och motion hos personal (Thorne et al, 2004). Det fanns starka känslor runt mat för en del patienter, och det upplevdes som negativt för patienter (Rayman & Ellison, 2004). När vissa patienter inte klarade av att följa egenvårdsråden kände de sig misslyckade och fick skuld-känslor (Adolfsson et al 2007; Broom & Whittaker, 2004; Rayman & Ellison, 2004).

"I've found out how I should attack this, so I guess it's just to follow the recommendations I've got, and I'm a bit careless with that...a bit annoying that you don't really do as they say." (Adolfsson et al 2007, s.6)

Lära genom utbildning

Under kategorin lära genom utbildning hittades två olika underkategorier: *grupputbildning stärker och aktivt lärande.*

Grupputbildning stärker

Patienter som deltog i grupputbildning upplevde att engagemang och skicklighet hos handledare var av stor betydelse (Cooper, Booth & Gill, 2003).

“They are interested in what they are doing. This is the whole thing, it’s their interest in it and the way they put things over to you. Nothing is a bother to them.” (Cooper, Booth & Gill, 2003, s.200)

Deltagare i utbildningen upplevde att de hade stöd av varandra och handledare, av detta kände de sig stärkta (Adolfsson et al, 2007; Cooper, Booth & Gill, 2003). Deltagare vågade fråga om det var något de inte visste eller förstod. De upplevde stöd när de klarat av att genomföra en livsstilsförändring. Även när de inte lyckats kände de stöd (Adolfsson et al, 2007).

“Get great amounts of support and encouragement from not only personnel but the other participants as well...” (Adolfsson et al 2007, s.5)

Att få ta del av andra deltagares erfarenheter och strategier gjorde att de fick nya idéer om hur de skulle kunna hantera sin egen vardag (Adolfsson et al, 2007; Cooper, Booth & Gill, 2003). Det framkom att deltagare upplevde bekräftelse och att de fick förståelse. Grupputbildningen stärkte på så sätt deras livssituation (Cooper, Booth & Gill, 2003).

“In the beginning I didn’t want to know about how the others experienced being sick...Felt sort of like it didn’t have anything to do with me. Then an atmosphere developed that made it not feel strange at all. I told about how I did things and felt, and they told about the spot they were in” (Adolfsson et al 2007, s.5)

Patienter som deltagit i grupputbildning, var öppna och sökte egen information för att utöka sin kunskap (Adolfsson et al, 2007). De patienter som accepterade sin sjukdom, upplevde inte att de var begränsade av den.

“Well, you could if you had to...I say you have to make up your mind right now that if you have diabetes, you can... It’s in your mind what you do... You have to boss your own mind” (Rayman & Ellison, 2004, s.908)

Diabetes var en del av livet. De beskrev att de egna erfarenheterna och kunskap om sjukdomen gav dem större frihet (Rayman & Ellison, 2004). Patienter kunde

göra medvetna avsteg ifrån behandlingen utan att få dåligt samvete (Broom & Whittaker, 2004; Rayman & Ellison, 2004).

Aktivt lärande

Det framkom att deltagare upplevde att de kunde påverka grupputbildningen och att den anpassades efter deras behov. Gruppdiskussioner genomfördes och det blev ett aktivt lärande.

“Being able to hear how the experience their disease, the trick and solutions they have for food and exercise, is so important. The value of being many, being able to discuss, is that you get tips and ideas of how the solve various difficulties and that has great value. You learn a rather great deal...” (Adolfsson et al 2007, s.6)

Grupputbildningen gav deltagare stöd och förståelse för sin sjukdom och vad den innebar (Adolfsson et al, 2007; Cooper, Booth & Gill, 2003). Det framkom att deltagare fått insikt om att sjukdomsförloppet var påverkbart (Adolfsson et al, 2007). De förstod även vikten av att göra livsstilsförändringar för att undvika senkomplikationer (Adolfsson et al, 2007; Broom & Whittaker, 2004; Cooper, Booth & Gill, 2003).

“I didn’t really realize how serious it was, and thanks to this education I understood that this was actually more serious than I had thought. The most important was that I realized that it actually is serious, that I had to change. I think one should get an answer right away that this is actually serious, you have to change things. One has to know what it’s about and then do something about it immediately” (Adolfsson et al 2007, s.7)

Acceptera och anpassa

Efter utbildning om diabetes och sjukdomshantering hade patienter fått insikt och förståelse om sjukdomen. De upplevde sig stärkta och kunde därmed skapa olika copingstrategier. Det framkom att regelbunden motion inte var en självklarhet. Efter utbildningen skapades nya rutiner och de anpassade motionsformen efter sin förmåga (Hall, Hunt Joseph & Schwartz-Barcott, 2003).

Patienter upplevde att det besvärligt att komma ihåg sin blodsocker mätning. En

rutin var att ta hjälp av någon i sin närhet. Patienter beskrev att det kunde vara svårt att alltid hålla sig till dieten. En strategi var att alltid försöka ligga steget före och ha en noggrann planering och fasta rutiner. Patienterna kunde ta hjälp och stöd av anhöriga med dieten (a.a). Det framkom att patienter hade förståelse för motionens betydelse för sjukdomen. Patienter kunde analysera sina blodsockervärden själva och justera sin medicinering efter det. Det resulterade i en bättre egenvård (Adolfsson et al, 2007; Hall, Hunt Joseph & Schwartz-Barcott, 2003).

“Increased safety in life, I understand my reactions better. I can read my blood sugar levels better when I measure them and see where that leads...” (Adolfsson et al 2007, s.7)

Att göra livsstilsförändringar innebar att göra kompromisser i vardagen (Broom & Whittaker, 2004; Cooper, Booth & Gill, 2003). Patienter gjorde vad de kunde för att hantera sin sjukdom i det dagliga livet (Broom & Whittaker, 2004; Thorne et al, 2004). Patienter var medvetna om att egenvård var deras eget ansvar. De strävade efter att följa råden även om det innebar stora förändringar. Dieten kunde upplevas som både hälsosam och god (Broom & Whittaker, 2004).

Metoddiskussion

Litteraturstudien utformades som en studie med kvalitativ inriktning. Kvalitativa studier fördjupar förståelsen för patienters upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov (Friberg, 2006). Från början var vårt syfte att beskriva vuxnas upplevelse efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus. Sökningar i databaserna gav dock väldigt få artiklar. För att begränsa syftet ändrades det till vuxnas behov av stöd efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus. Denna ändring gav inte heller något större resultat av artiklar. Syftet blev till sist vuxnas upplevelse av stöd efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus. Det finns väldigt mycket forskning om diabetes, men forskningen är mestadels medicinskt inriktad. Människors upplevelser kanske inte anses lika betydelsefullt som det mätbara. Därför behövs mer forskning inom området, för att kunna skapa en större förståelse för patienterna och deras behov av stöd. Resultatet av en litteraturstudie ska vara så trovärdigt som möjligt och varje enskild studie måste bedömas i relation till den

metod som genererat resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). Ett kritiskt förhållningssätt ska finnas med vid granskning av vetenskaplig forskning (a.a). Detta kritiska synsätt fanns med under sökning, läsning och granskning av de vetenskapliga artiklarna. För att undvika att göra egna tolkningar av texterna har litteraturstudien förstärkts med citat från artiklarna.

Elektroniska sökningar i fler databaser kunde ha påverkat resultatet av antalet artiklar som inkluderades i litteraturstudien. Ytterligare sökord och andra kombinationer hade möjligen gett ett bättre utfall av artiklar. Vid sammanställning av litteratur finns det alltid en risk för att relevant information missas (Forsberg & Wengström, 2003). Eftersom artiklarna var skrivna på engelska fanns det också en risk för att översättningen inte var helt överrensstämmande med originaltexten eller att misstolkning har skett. Det fanns en artikel på franska som exkluderades eftersom språkkunskap saknades. Därmed kan litteraturstudien ha gått miste om relevant forskning. Artiklar från Australien, Canada, Storbritannien, Sverige och USA inkluderades. Hade artiklar från andra världsdelar varit inkluderade hade det möjligen påverkat resultatet. Sjukvård och diabetesutbildning för patienter kan se annorlunda ut i dessa länder. I de artiklar som ingick i studien var kvinnorna något mer representerade än männen. Upplevelsen av stöd kan vara olika mellan könen, vilket kan ha påverkat resultatet något. Den åldersmässiga spridningen i studierna var mellan 18-90 år. Hur stöd upplevs kan variera åldersmässigt, även kraven patienter ställer på vårdpersonal kan variera vid olika åldrar. Det framgick inte om patienter som ingick i studierna hade andra sjukdomstillstånd som gjorde dem mer sårbara och utsatta.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva vuxnas upplevelser av stöd efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus. När litteraturstudiens resultat var klart framkom att tre olika punkter var intressanta att diskutera, kunskapsbrist hos patienter med diabetes, vikten av att som diabetiker få ett bra bemötande och hur viktigt det var med diabetesutbildning där det gavs stöd. Litteraturstudien visade att det förekom en kunskapsbrist hos en del diabetiker om deras sjukdom. Det innefattade även

orsaken till diabetes, vad som hände i kroppen, hur framtiden och sjukdomen skulle hanteras. Flera av de artiklar som ingick i vår litteraturstudie visade att patienter hade en kunskapsbrist om diabetes och sin sjukdomssituation (Adolfsson, et al 2007; Broom & Whittaker, 2004; Gillibrand & Flynn, 2001; Holmström & Rosenqvist, 2005; Peel et al, 2003). Det skapade en osäkerhet och svårighet för patienter att se samband mellan livsstil och sjukdom (Adolfsson, et al 2007; Parry et al, 2004). Vilket gjorde att det fanns svårigheter att förändra livsstil. Det förekom även en medvetenhet om kunskapsbrist och en önskan om att förändra detta hos patienter (Adolfsson, et al 2007; Peel et al, 2003). Kunskapsbrist leder till otrygghet och sämre förmåga att hantera sjukdomen. Detta förhindrar att patienter själva kan bedriva en god egenvård och risk för komplikationer ökar. Livskvaliteten för patienter påverkas negativt.

Resultatet av litteraturstudien påvisar vikten av att patienter får rätt information, att de har förstått och kan ta den till sig. Informationen som vårdpersonal ger måste anpassas efter patientens kunskapsnivå och därefter utvecklas kontinuerligt så länge patienten har behov av det. Enligt Antonovsky (2005) måste patientens situation vara begriplig, hanterbar och meningsfull. Patienten måste förstå vad och varför något händer. Patienten behöver känna att de kan kontrollera och påverka sin situation. Upplever de att livssituationen går att klara av ökar motivationen, även om situationen kan kännas svår. Antonovsky skriver att det är viktigt att vårdpersonal försöker utforma vårdsituationen och bemöta patienten på ett sätt som understödjer och stärker känslan av sammanhang. En patient som har en högre känsla av sammanhang, klarar bättre av sin situation.

Resultatet visade att kunskapsbristen hos patienter förekom oberoende av var artikelstudien geografiskt var gjord. Förförståelsen för upplevelse av stöd hos diabetiker var begränsat hos författarna. Resultatet kunskapsbrist och att det inte skiljde sig geografiskt förvånade författarna till litteraturstudien. Litteraturstudiens resultat visade att patienter upplevde stöd på olika sätt, både positivt och negativt.

Attityder och bemötande påverkade patienter både positivt och negativt. Författarna till litteraturstudien valde att diskutera det positiva bemötandet.

Patienter upplevde det viktigt att få ett bra bemötande. Flera av artiklarna som ingick i vår litteraturstudie visade att patienter upplevde det betydelsefullt med ett bra bemötande ifrån vårdpersonal. Det ledde till en god relation och kommunikation, vilket påverkade behandling och egenvård positivt (Adolfsson et al, 2007; Parry et al, 2004; Thorne et al, 2004). Patienter upplevde det också viktigt med stöd från anhöriga och omgivning (Hall, Hunt Joseph & Schwartz-Barcott, 2003; Rayman & Ellison, 2004). Nydiagnostiserade patienter kan uppleva osäkerhet i sin situation och har en ökad sårbarhet, det gör bemötandet från vårdpersonal viktigt (Peel et al, 2004). Författarna till litteraturstudien tror att när en bra relation skapats, känner patienter trygghet. Patienter vågar ställa fler frågor, få svar och information upprepade gånger. Det är viktigt att patienter känner att de får tid och inte känner sig stressade vid möten med vårdpersonal. När patienter har förståelse för sin sjukdom och klarar av sin egenvård ökar deras livskvalitet. Insikten om sjukdomen ger även patienter en möjlighet att kunna påverka sjukdomsförloppet. Hall, Hunt Joseph och Schwartz-Barcott (2003); Rayman och Ellison (2004) skriver att anhöriga kan vara ett stort stöd och en hjälp vid sjukdomshantering i vardagssituationer. Patienter som är öppna och informerar sin omgivning om sjukdomen, får mer förståelse och stöd. Att uppleva stöd vid sjukdom är betydelsefullt (a.a).

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee beskriver att sjuksköterskans roll är att etablera en mellanmänsklig relation. Det är viktigt att se personen bakom patientrollen. Det ger en möjlighet att förstå hur patienten upplever sin situation. Det är viktigt att det finns en relation och kommunikation mellan patienter och sjuksköterska. Kommunikation är förutsättningen för att patienter ska kunna lära sig identifiera sina behov. Målet med kommunikation är att hjälpa patienter att hantera sin sjukdom och lidande, men även att hjälpa dem att finna en mening i sin upplevelse (Travelbee, 2006).

För diabetespatienter var det viktigt och betydelsefullt att få en utbildning om sin sjukdom där de kände stöd och engagemang från handledare. I litteraturstudien framkom det att patienter kände sig stärkta av deltagare och handledare i grupputbildning. Erfarenheter kunde delas och det skapade nya strategier för

hantering av vardagen (Adolfsson et al 2007; Cooper, Booth & Gill, 2003). Att genomgå en utbildning som utgår ifrån patienters kunskapsnivå gör att självförtroendet ökar och patienter anpassar sig lättare till sjukdomen. Det är viktigt att patienter känner stöd för att kunna skapa copingstrategier i vardagen och att få egenvårdskapacitet. Grupputbildning stärker patienter eftersom de upplever förståelse och känner att de får bekräftelse. Genom utbildning får patienter begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet, det ökar känslan av sammanhang. Enligt Antonovsky (2005) ökar förmågan att använda yttre och inre resurser vid ökad känsla av sammanhang, och att använda resurserna på rätt sätt för att lösa problem. Personer som har en stark känsla av sammanhang har större förmåga att välja en hälsobefrämjande livsstil. De kan då klara av att hantera problem på ett bra sätt (a.a).

Litteraturstudien visar att förekomst av patienters kunskap om diabetes är otillräcklig. Det är viktigt att vårdpersonal reflekterar och är medveten om det. Vårdpersonal behöver ta hänsyn till var patienter befinner sig kunskapsmässigt. I kategorin vårdpersonal ingår sjuksköterskor och de har en viktig roll för att skapa en så bra vårdssituation som möjligt för patienter. Genom ett bra bemötande kan sjuksköterskor skapa en bra relation och kommunikation med patienter. Det skapar tillit och trygghet för patienter. Sjuksköterskor kan förhindra att kunskapsbrist uppstår genom att undervisa patienter om diabetes och sjukdomshantering, detta skapar en förutsättning för god egenvård. Genom upplevelse av stöd kan patienter genomföra nödvändiga livsstilsförändringar. Det är viktigt för att minska risken för komplikationer och för att ge patienter en möjlighet till ökad livskvalitet.

Vuxna som får diagnosen diabetes mellitus behöver stöd och stöttning från vårdpersonal och anhöriga. Vårdpersonalens uppgift är att ge patienter information och kunskap om sjukdomen och sjukdomshandlingen. Ett bra bemötande är viktigt för att patienterna ska kunna utveckla egenvårdskapacitet och självförtroende. Upplevelse av stöd gör att patienter kan känna större trygghet i sin situation, vilket kan hjälpa patienter att skapa nya rutiner i vardagen efter diagnos. Upplevelser av stöd, ett bra bemötande och anpassad utbildning ger en

möjlighet till ökad livskvalitet.

Slutsats

Litteraturstudiens resultat kan bidra till kunskapsutveckling hos vårdpersonal beträffande patienternas behov av stöd efter att ha fått diagnosen diabetes, och därmed leda till en bättre omvårdnadssituation.

Författarna anser att det behövs mer forskning inom området, med fokus på hur vårdpersonal kan ge stöd till patienter. Det skulle vara bra för att kunna utveckla handlingsplaner för att minska kunskapsbristen.

REFERENSER

Adolfsson, E.T. Starrin, B. Smide, B & Wikblad, K (2007). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches - A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 10, ss. 1-9.

Antonovsky, A (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Broom, D. Whittaker, A (2004). Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Social Science & Medicine*, vol. 58, ss. 2371-2382.

Brown, M. Koch, T. & Kralik, D (2001). Women's experiences of 'being diagnosed' with a long-term illness. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33: 5, ss. 594-602.

Cooper, H.C. Booth, K & Gill, G (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research*, vol. 18, ss. 191-206.

Eliasson, A (2006). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (red) (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Gillibrand, W. Flynn, M. (2001). Forced externalization of control in people with diabetes: a qualitative exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 34: 4, ss. 501-510.

Graneheim, U.H. Lundman, B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, vol. 24, ss. 105-112.

Hall, R. Hunt Joseph, D & Schwartz-Barcott, D (2003). Overcoming Obstacles to Behavior Change in Diabetes Self-Management. *The Diabetes Educator*, vol. 29, ss. 303-311.

Holmström, I. Rosenqvist, U (2005). Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49, ss. 146-154.

Koch, T. Kralik, D & Sonnack, D (1999). Women living with type II diabetes: the intrusion of illness. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 8, ss. 712-722.

Koch, T. Kralik, D & Taylor, J (2000). Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 9, ss. 247-254.

Long, A. Kneafsey, R. Ryan, J & Berry, J (2002). The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 1, ss. 70-78

Parry, O. Peel, E. Douglas, M & Lawton, J (2004). Patients in waiting: a qualitative study of type 2 diabetes patients' perceptions of diagnosis. *Family practice*, vol. 21, ss. 131-136.

Peel, E. Parry, O. Douglas, M & Lawton, J (2004). Diagnosis of type 2 diabetes: a qualitative analysis of patients' emotional reactions and views about information provision. *Patient Education and Counseling*, vol 53, ss. 269-275.

Rayman, K. Ellison. G (2004). Home alone: the experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control. *Health Care for Women International*, vol. 25, ss. 900-915.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (1999). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus – Information till dig som har diabetes mellitus*. [Elektronisk]
Tillgänglig:<<http://www.sos.se>> [Läst 07-09-19]

Thorne, S. Harris, S. Mahoney, K. Con, A & McGuinness, L (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling*, vol. 54, ss. 299-306.

Travelbee, J (2006). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. København: Munksgaard

Willman, A. Stoltz, P. & Bantsevani, C (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Sökning Datum	Begränsningar	Huvud sökord	Antal sökträffar i databas	Antal sökträffar i Databas Under sökord	Antal sökträffar i databas	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
Sciences Direct 20071005	1997-2007 Journals	Coping styles	603	and Diabetes mellitus	3	Motsvarade inte syftet	The context of health care communication in chronic illness
Sciences Direct 20071005	1997-2007 Journals	Coping and Diabetes type 2	22			Motsvarade inte syftet Medicinskt inriktade artiklar	Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2
Pub Med 20071009	1997-2007 English Human Adults 19+	Experience* of diabetic	66	and nursing	15	Svarade ej mot syftet	0
SweMed+ 20071009		Experience of diabetic	1			Artikeln var från 1987, för gammal	0
Sciences Direct 20071022	1997-2007 Journals	Experience* of diabetic and Education	27			Medicinskt inriktade artiklar. Motsvarade inte syftet	Type 2 diabetic patient's experience of two different educational approaches - A qualitative study
Cochrane Libery 20071022		Diabetes	131	and experience	9	Medicinskt inriktade artiklar	0
Pub Med Central 20071022	1997-2007	Diabetes and experience*	6605	Nursing and coping	70	Medicinskt inriktade artiklar. Motsvarade ej syftet	0
Pub Med 20071116	1997-2007 English Humans Adult 19+	Diabetes type 2 and nursing support	137	and Self care	50	Medicinskt artiklar inriktade. Motsvarade inte syftet	Home alone: The experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

- datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

- Råder analys mättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs?

Är beskrivning/analys adekvat?

.....

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....

Granskare (sign).....

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Parry, O. Peel, E. Douglas, M. Lawton, J. Storbritannien 2004	Patients in waiting: a qualitative study of type 2 diabetes patients' perceptions of diagnosis	Undersöka hur diagnosen uppfattas hos ett urval av nyligen diagnostiserade typ 2 diabetes patienter	40 patienter som fått diagnos inom de senaste 6 månaderna. Deltagarna rekryterades från 16 praktiker och 3 sjukhus av vårdpersonal. Kvalitativ metod med grounded theory	Halvstrukturerade djupintervjuer med frågor gjordes på 1 timme åt gången. Patienterna intervjuades 3 gånger på 1 år. Intervjuerna bandades och skrevs ner. Texterna analyserades och jämfördes inom gruppen under och efter datainsamlingen. Teman identifierades och nya frågor framkom. Ett kvalitativt dataprogram användes för kodning	För patienterna var tiden för diagnostiseringen viktig, och att få klarhet över sin diagnos. Patienterna ville få diagnosen bekräftad av en specialist innan de kände sig säkra för att göra en livsstilsförändring	Studiens resultat stämmer överens med angivna citat. Datainsamlingsmetoden lämpade sig bra utifrån syftet Bra kvalitet
Thors Adolfsson, E. Starrin, B. Smide, B. Wikblad, K. Sverige, Norge 2007	Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study	Utforska patienters erfarenhet av att delta i empowerment grupputbildning och att få individuell rådgivning	28 patienter från 7 olika vårdcentraler som deltagit i en tidigare studie rekryterades. Hälften hade endast fått individuell rådgivning, de andra hade även varit med i empowerment gruppen.. Kvalitativ metod	Halvstrukturerade intervjuer som spelades in på band och skrevs ner. Texterna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Meningsbärande enheter, koder och sub-kategorier togs fram.	De patienter som enbart fått rådgivning från läkare/diabetessköterska uppfattade det som envägskommunikation. De fick råd som förväntades följas utan att de riktigt förstod varför. De som ingick i empowerment gruppen delade erfarenheter och kunskap med varandra. De fick insikt om komplikationer och förståelse för sjukdomen, det bidrog till att kunna påverka och kontrollera sjukdomen.	Den insamlade datan analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans modell, det gav studien trovärdighet. Citat överensstämde med resultaten. Bra kvalitet
Thorne, S. Harris, S. Mahoney, K. Con, A. McGuinness, L. Canada 2004	The context of health care communication in chronic illness	Att undersöka allmänt och varierande, av teoretiskt utvalda sjukdomstillstånd i syfte att börja utveckla slutsatser om generella sjukvårdsområden meddelande om kronisk sjukdom	Ett teoretiskt urval gjordes. 38 frivilliga deltagare rekryterades från olika kliniker och sjukvårdspraktiker. Deltagarna representerade fyra olika kroniska sjukdomar. Kvalitativ metod med grounded theory.	Ostrukturerade djupintervjuer som spelades in på band. Efterhand som teman började ta form, inbjöds deltagarna att delta i fokusgrupper. Det som kommit fram i intervjuerna diskuterades och utvecklades. Sist inkluderades intervjuer med vårdpersonals erfarenheter av vård av kroniskt sjuka. Konstant jämförande analys gjordes för att få fram teman och för att pröva hypoteser som kom fram från den analytiska processen.	För att klara egenvård vid kronisk sjukdom var det uppenbart att deltagarna ansåg att kommunikationen och relationen med hälsosjukvården var viktig för att de skulle få en bra livskvalité. Ett bra bemötande från personalen som att visa respekt, ha kunskap och engagemang var viktigt.	I fokusgrupperna diskuterades framkomna tema. Prövningen av teman stärker studien. Trovärdigheten ökar genom att vårdpersonalens erfarenheter tas med. Bra kvalitet

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Holmström, I. Rosenqvist, U Sverige 2005	Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes	Beskriva missförstånd som svenska patienter med typ 2 diabetes har om sin sjukdom och behandling	Ett riktad urval med 18 patienter med diagnos diabetes typ 2, som rekryterades av läkare och diabetessköterskor. Kvalitativ metod med fenomenologisk inriktning	Videoupptagning av 18 olika möten mellan patient och läkare/diabetessköterska. mötena skrevs ned och utformades till en text. Patienten intervjuades direkt efteråt, med genomgång och reflektion av videon. Intervjuerna bandades och skrevs ned, texter utformades. Kvalitativ modell av Guba och Lincoln följdes. Analys gjordes stegvis som resulterade i teman.	Deltagarna ansåg inte att diabetes typ 2 var en riktig diabetes. Komplikationer sågs som en skräck vision eller som en överraskning. Blodsocker registrering gjordes som en rutin och sågs inte som ett lärande redskap. Det viktiga med diet var att minska på fett. Patienterna visste att motion var bra - därför något sagt det.	Resultat överensstämmer med citat, ökar trovärdighet. En kvalitativ modell har följts, och studien har fenomenologisk inriktning. Bra kvalitet
Cooper, H.C. Booth, K. Gill, G. Storbritannien 2003	Patients' perspective on diabetes health care education	Att ta reda på effekten av en teoretiskt konstruerat empowerment utbildningsprogram för diabetes patienter	48 patienter med diabetes typ 2 rekryterades från tidigare studier. Kvalitativ metod	Halvstrukturerade intervjuer i fokusgrupper. Intervjuerna bandades och skrevs ned. Vid analysen användes en modell av Miles och Huberman. En kontinuerlig jämförande metod utvecklade kategorier och meningar/teman.	När patienter fått en bättre autonomi genom utbildning är inte all hälsosjukvårdspersonal reda att arbeta i samverkan med dem. Det belyser vikten av att personal inte bara får en vinst genom att förstå behandling av diabetes, men också av de teoretiska principer som ligger bakom patientens empowerment	Citat bekräftar resultaten. Olika modeller har använts vid analysen, ökar trovärdigheten. Bra kvalitet
Broom, D. Whittaker, A. Australien 2004	Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2	Undersöka hur människor med diabetes beskriver erfarenheter av det dagliga livet	119 vuxna personer med diabetes, 56 vårdpersonal från 3 olika områden i Australien Kvalitativ metod	Ostrukturerade intervjuer som bandades och skrevs ned. Fokusgrupper bildades med läkare. Data analyserades i ett analysprogram, där kategorier och teman kom fram.	För personer som får diabetes innebär det inte bara att de måste kämpa med en livshotande sjukdom som kräver disciplin och livsstilsförändringar. De känner sig kontrollerade på flera olika sätt, och de möts av moraliserande attityder från samhället. Diabetes innebär att den egna självbilden förändras och, även självkänslan.	En kvalitativ metod har använts och ett analysprogram har följts. Diskussioner i fokusgrupper gjordes. Citat stärker resultaten. Bra kvalitet

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Rayman, K. Ellison, G. USA 2004	Home alone: the experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control	Beskriva de tidiga erfarenheterna hos kvinnor som får hantera vardagen och behandla sin diabetes typ 2 själv	14 kvinnor som fått vård vid en diabetesenhet. Kvinnorna hade nyligen fått diagnos eller fått remiss till specialist inom de senaste 6 månaderna. Deltagarna hade genomgått en veckas diabetesutbildning Kvalitativ metod	Individuella halvstrukturerade intervjuer med hjälp av en intervjuguide. Dessa bandades och skrevs ner. Data analyserades med en konstant jämförande metod. Analysen genomfördes i flera steg där öppen kodning ledde till identifiering av fenomen. Nästa steg gav kategorier och utveckling av teman. Teman diskuterades av deltagarna och kommenterades.	Det fanns två olika sett att se på diabetes. En grupp kvinnor såg sjukdomen och behandlingen som en del av det dagliga livet. De tog lärdom av sina erfarenheter och kunde fatta egna beslut om sin behandling. Den andra gruppen kämpade med livsföring och försökte anpassa den till diabetesen. Detta påverkade bl a självuppfattningen, känslomässiga reaktioner, hantering av kost och sociala relationer.	Studien redovisar olika synsätt, det stärker trovärdigheten. Citat överensstämmer med resultaten. Bra kvalitet
Hall, R. Hunt Joseph, D. Schwartz- Barcott, D. USA 2003	Overcoming Obstacles to Behavior Change in Diabetes Self-Management	Beskriva hinder som stöts på av 5 personer med diabetes typ 2 i deras dagliga liv och specifika strategier som de använder för att behålla sin diet, motion, självkontroll av blodsocker under en 6 månads period	Personer som deltagit i en tidigare studie där de svarat att de kunde behålla sina vanor utan att göra misstag tillfrågades. 5 personer valde att delta. Kvalitativ metod	Individuella djupintervjuer som var strukturerade och halvstrukturerade. Öppna frågor med intervjuguide användes. Efter första intervjun gjordes uppföljning via telefon. Intervjuerna bandades och skrevs ner. Granskning gjordes enligt Guba och Lincolns modell. Analys i flera steg. Djup granskning av innehåll och jämförelse mellan de olika intervjuerna för att hitta likheter och skillnader. Därefter gjordes sammanställning till en helhet, det genererade nya frågor. Samma process gjordes av svaren på de nya frågorna.	Deltagarna använde sig av olika strategier för att komma runt problemen och klara av sin egenvård.	Intervjuguide har följts och en kvalitetsgranskning gjordes, det stärker trovärdigheten. Citaten stärker resultatet. Bra kvalitet