



Högskolan
Kristianstad

Högskolan Kristianstad
291 88 Kristianstad
044-250 30 00
www.hkr.se

Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för
Kandidatexamen i omvårdnad
VT 2023
Fakulteten för hälsovetenskap

När sjukdomen ger avtryck - Patientens upplevelse av att få och leva med diabetes typ 2 En litteraturöversikt

Elin Nilsson & Emma Göransson

Författare

Elin Nilsson & Emma Göransson

Titel

När sjukdomen ger avtryck – Patientens upplevelse av att få och leva med diabetes typ 2.

En litteraturöversikt.

Handledare

Lina Persson

Examinator

Erik Piculell

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes Mellitus är en av Sveriges folksjukdomar varav diabetes Mellitus typ 2 är representativ och uppskattas vara omkring 450.000 patienter. Att få diagnosen innebär stora förändringar i vardagen och förutsätter ett eget ansvar hos den enskilde individen. För att kunna erbjuda en god personcentrerad omvårdnad till patienter med nydebuterad Diabetes Mellitus typ 2 behöver sjuksköterskan ha kunskap om upplevelsen av att få diagnosen samt hur det är att leva med en kronisk sjukdom. **Syftet:** Syftet var att beskriva vuxna patienters upplevelse av att få och leva med diagnosen Diabetes Mellitus typ 2. **Metod:** En allmän litteraturöversikt genomfördes där 11 kvalitativa artiklar ingick i resultatet. Databaserna Cinahl och Pubmed användes för att söka fram artiklar, kvalitén granskades med HKR:s granskningsmall. Analys genomfördes med hjälp av Fribergs fyrstegsmodell. **Resultat:** Analysen resulterade i två huvudkategorier; Att få diagnosen DM2 och Att leva med nydebuterad DM2. Tio subkategorier togs fram; En oväntad chockerande diagnos, Att leva i förnekelse, Rädsla för framtiden, Att finna en acceptans i tillvaron, Att känna skuld och skam, Omfattande information, Olika sätt att förmedla information, En förändrad vardag, Hantera andras åsikter och Mötet med vården. **Diskussion:** Litteraturstudiens kvalitet granskades utifrån Shentons trovärdighetsbegrepp; Tillförlitlighet, Verifierbarhet, Pålitlighet och Överförbarhet. Två fynd lyfts fram: Att bearbeta ny information tar tid och Ett personligt ansvar i en livslång sjukdom. Fynden diskuteras utifrån pliktetiken, närhetsetiken, Cullbergs kristeori, sjuksköterskans kärnkompetenser samt betydelsen för samhället.

Nyckelord

Diabetes Mellitus typ 2, diagnos, kvalitativa studier, patienter, upplevelse.

Author

Elin Nilsson & Emma Göransson

Title

When the disease leaves it's mark - The patient's experience of receive and live with type 2 diabetes.

A literature study.

Supervisor

Lina Persson

Examiner

Erik Piculell

Abstract

Background: Diabetes Mellitus is one of Sweden's most common diseases whereas Diabetes Mellitus type 2 is representative and expected to be found in around 450.000 of patients. Receiving a diagnosis of this type of disease is going to mean great changes in everyday life and imposes a personal responsibility on the individual. For hospitals to be able to offer a good person-centered care to patients who have recently been diagnosed with diabetes mellitus type 2. The nurses are going to have to possess the knowledge of the experience that the patients suffer through as well as what it is like to live with a chronic disease. **Aim:** The aim of the study was to describe patient's perception of receiving and living with the diagnosis diabetes mellitus type 2. **Method:** A general literature review was conducted where 11 qualitative articles were included in the result. The databases Cinahl, and PubMed were used to search for articles, the quality was reviewed by using HKR's review template. Analysis was conducted using Friberg's four-step model. **Results:** The analysis of the study led to two main categories; Receiving the diagnosis DM2 and Living with new-onset DM2. Ten subcategories were developed; An unexpected shocking diagnosis, Living in denial, Fear for the future, Finding acceptance in their current experience, Feeling guilt and shame, Comprehensive information, Different ways of conveying information, A changed everyday life, Dealing with other people's opinions and The encounter with health care. **Discussion:** The quality of the literature study is based on Shenton's phrases in conjunction with trustworthiness; Credibility, Confirmability, Dependability and Transferability. Two findings were identified; Processing new information takes time and A personal responsibility comes with a lifelong disease. The findings are discussed from a standpoint of moral obligation, proximity ethics, theory of crisis by Cullberg, the nurse's core competencies and societal perspective.

Keywords

Diabetes Mellitus type 2, diagnosis, patients, perception, qualitative studies.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	4
Inledning	5
Bakgrund	5
Problematisering	7
Syfte	8
Metod	8
Design	8
Sökvägar och urval.....	8
Granskning och analys	9
Etiska överväganden	10
Förförståelse	11
Resultat	12
Att få diagnosen DM2	12
<i>En oväntad chockerande diagnos</i>	13
<i>Att leva i förnekelse</i>	13
<i>Rädsla för framtiden</i>	13
<i>Att finna en acceptans i tillvaron</i>	14
<i>Att känna skuld och skam</i>	14
Att leva med nydebuterad DM2	15
<i>Omfattande information</i>	15
<i>Olika sätt att förmedla information</i>	15
<i>En förändrad vardag</i>	16
<i>Hantera andras åsikter</i>	18
<i>Mötet med vården</i>	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion.....	22
Slutsats	25
Referenser	26
<i>Bilaga 1. Sökschema</i>	
<i>Bilaga 2. Ordlista till artikelöversikt</i>	
<i>Bilaga 3. Artikelöversikt (kvalitativ)</i>	

Inledning

I Sverige lever cirka 500 000 (cirka 5%) av den vuxna populationen med diabetes mellitus, en siffra som förväntas att öka (Socialstyrelsen, 2018; Svenska diabetesförbundet, 2022a). Jämförelsevis är det 8,5% av världens befolkning som är drabbade av antingen diabetes mellitus typ 1 eller 2 (World Health Organization, 2016). Cirka 85–90% av dessa 500 000 har diabetes mellitus typ 2 (Svenska diabetesförbundet, 2022a). Sjukdomen klassas som en folksjukdom i Sverige då det förekommer hos mer än en procent av befolkningen, men också för att den orsakar allvarliga konsekvenser för patienten (Janlert, 2000). Den förväntade ökningen beror dels på ärftlighet, dels på ohälsosamma levnadsvanor så som inaktivitet och felaktig kost. Men tack vare forskningens framsteg lever människor längre med diabetes mellitus (Pellmer Wramner et al., 2017). Att få en kronisk sjukdom som diabetes mellitus är omvälvande då diagnosen kommer med en stor del eget ansvar och egenvård. Detta omfattar bland annat regelbunden blodsockermätning och att värdera siffrorna, att ha följsamhet i medicinering, fysisk aktivitet och goda kostvanor (Svenska diabetesförbundet, 2022b). Att ha kunskap kring upplevelsen om att få och leva med diagnosen diabetes mellitus typ 2, ger sjuksköterskan förutsättningar för vidare arbete mot en förbättrad personcentrerad vård.

Bakgrund

Diabetes mellitus är ett samlingsnamn för flera olika kroniska sjukdomar vars gemensamma nämnare är högt blodsocker (Alberti & Zimmet, 1998). En kronisk sjukdom definieras av en livslång behandling (World Health Organization, u.å). De vanligaste typerna är diabetes mellitus typ 1 (DM1) och diabetes mellitus typ 2 (DM2) (Svenska diabetesförbundet, 2022a). DM1 är en autoimmun sjukdom, antikroppar angriper vävnaden i bukspottskörteln som medför insulinbrist (Lindholm, 2009). Till skillnad från DM1 är DM2 ingen autoimmun sjukdom utan här har kroppen fortfarande insulinproduktion men utvecklar i stället en insulinresistens (Frid & Annersten Gershater, 2016). Insulinresistens är en störning vilket innebär att cellernas förmåga att reagera på insulin är nedsatt och därmed påverkar glukosupptaget (Roden & Shulman, 2019). Detta resulterar i ett ökat behov av insulin för att cellerna ska kunna sänka blodsockret (Galicia-Garcia et al.,

2020). Paralleller ses mellan hereditet och DM2, på så sätt benämns ärftlighet som en riskfaktor för att utveckla DM2 (Vassy et al., 2011). Andra riskfaktorer som kan leda till DM2 är övervikt, låg fysisk aktivitet, högt blodtryck samt ålder (World Health Organization, 2016). I åldersspannet 40–59 år är DM2 utmärkande, majoriteten av patienterna finns här (Galicía-García et al., 2020). Sjukdomen går ofta oupptäckt i flera år och när diagnosen ställs har patienten eventuellt utvecklat komplikationer (Carstensen et al., 2010). Komplikationer som DM2 kan medföra är retinopati (komplikation i ögats näthinna), neuropati (komplikation i det perifera nervsystemet) och nefropati (komplikation i njure) (Alberti & Zimmet, 1998). Långvarigt högt blodsocker är orsaken till komplikationerna som kan komma av DM2 (Galicía-García et al., 2020). Högt blodsocker medför symptom som ökad törst och urinmängder vilket är något att vara uppmärksam på, kroppen försöker kompensera de höga blodsockernivåerna i blodet (Frid & Annersten, 2016). Målet för behandling av DM2 är att upprätthålla ett normalt blodsocker (Svenska diabetesförbundet, 2022a). Grunden för detta är förändrade levnadsvanor som syftar på en ökad fysisk aktivitet och viktning. För att uppnå behandlingsmålen kombineras livsstilsbehandling med farmakologisk behandling (Alberti & Zimmet, 1998).

En patient är en individ som har täta kontakter med sjukvården i syfte att få en diagnos eller behandling (Karolinska institutet, u.å). En kronisk sjukdom kan leda till att patienten upplever ensamhet (Kralik et al., 2001) och känner sig som en börda för både sig själv och sin omgivning (Rubio, 2019; Van Wilder et al., 2021). I Rubios (2019) studie, där den kroniska sjukdomen var kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), upplevde flera patienter en skuld då de tidigare varit rökare som bidragit till en ohälsosam livsstil. Precis som KOL påverkas DM2 av patientens levnadsvanor (World Health Organization, 2016). Den närmsta tiden efter KOL diagnos uttryckte patienter i studien av Rubio (2019) att de inte fick tillräckligt med stöd eller utbildning av vården. I en annan studie av Van Wilder et al. (2021), att patienter med kronisk sjukdom har svårt att acceptera en förändrad livsstil. En sårbarhet inträffar och patienten känner sig vilse. Att försöka förstå sjukdomen och dess konsekvenser samt acceptera en ny identitet är svårt (Kralik et al., 2001). Vid sjukdom förändras patientens uppfattning om det egna livet, något som är ett

första persons-perspektiv och individuellt. Upplevelsen av sjukdom är på så sätt enbart hos patienten och sjuksköterskan har således ett ansvar i relation till omvårdnad att närma sig en förståelse (Birkler, 2012).

Förståelse för patienten ger sjuksköterskan möjligheter till att ge en personcentrerad omvårdnad som ser till hela personen i stället för enbart sjukdomen (Svensk sjuksköterskeförening, 2022). Personcentrering tillgodoser patientens delaktighet, vilket är en del av vården enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017). Detta görs genom en tydlig och öppen kommunikation tillsammans med patient och närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). I samtalet ses patienten som en unik person med egna erfarenheter, upplevelser och behov (Wolf et al., 2014). Dessa erfarenheter är väsentliga för att patienten ska kunna sköta sin behandling på egen hand (Johansson & Leksell, 2009). Socialstyrelsen (2018) presenterar riktlinjer vilka belyser behovet av patientutbildning för en fungerande egenvård. Sjuksköterskan har i uppgift att utbilda patienten på ett individanpassat sätt. Där ingår bland annat att ge information om riskfaktorer, komplikationer samt kost och behandling. Då det inte finns någon mer omfattande forskning kring patientens upplevelse av att få och leva med en kronisk sjukdom, blir det svårare för sjuksköterskan att ge en utförlig individanpassad vård och utbildning (Van Wilder et al., 2021).

Problematisering

Personer som får diagnosen DM2 ökar i antal för varje år som går, i Sverige men också globalt. Ökningen beror dels på ohälsosamma levnadsvanor, dels ärftlighet. För att utföra en god omvårdnad behöver sjuksköterskan ha kunskap om DM2 och en förståelse kring patientens upplevelse av sin nyttillkomna diagnos. Genom ett personcentrerat förhållningsätt närmar sjuksköterskan en förståelse och ser patientens individuella behov såsom ett ökat stöd och patientutbildning. Patienter kan uppleva skuld känslor men ett personcentrerat förhållningssätt kan minimera detta. Stödet från sjuksköterskan kan bidra till att patienten kan hantera sin sjukdom och förebygga komplikationer i det fortsatta livet. Det finns begränsad forskning kring upplevelsen av att få och leva med kronisk sjukdom, vilket stärker behovet av information kring patienters upplevelser.

Syfte

Syftet var att beskriva vuxna patienters upplevelse av att få och leva med diagnosen Diabetes Mellitus typ 2.

Metod

Design

Studien genomfördes i form av en allmän litteraturöversikt med induktiv ansats baserat på kvalitativa studier. En litteraturöversikt baseras på aktuell forskning och skapar en överblick inom området (Friberg, 2022; Segesten, 2022). I en kvalitativ studie söker forskaren en förståelse för personers upplevelse och erfarenhet inom ett specifikt område (Henricson & Billhult, 2017). Att analysera resultatet utan någon specifik teori kännetecknar en induktiv ansats (Henricson, 2017b).

Sökvägar och urval

En pilotsökning gjordes i syfte att undersöka om tillräcklig forskning fanns att tillgå. Till detta användes databaserna Cinahl Complete och PubMed som innehåller forskning kring bland annat omvårdnad (Karlsson, 2017). Systematiska sökningar genomfördes återigen i båda databaserna där fem centrala begrepp identifierades i fem sökblock: *patient*, *upplevelse*, *kvalitativ*, *nydiagnostiserad* samt *diabetes typ 2*. Synonymer till respektive sökblock bestämdes med hjälp av Svensk MeSH (<https://mesh.kib.ki.se/>). Detta ger en bredare sökning och möjlighet till ett större antal träffar (Östlundh, 2022).

Funktionen Cinahl headings tillhandahåller Cinahl Complete, vilket är förutbestämda ämnesord utifrån artikelns ämne (Karlsson, 2017; Östlundh, 2022). Även PubMed använder sig utav ämnesord och dessa benämns som MeSH termer (Polit & Beck, 2017). Exempel på ämnesord i pilotsökningarna var: *perception*, *patient attitudes* och *qualitative studies*. Begrepp i fritext användes till övriga sökord. Detta ger möjlighet att hitta artiklar vars abstrakt innehåller den aktuella fritexten (Karlsson, 2017; Östlundh, 2022). Trunkering (*) tillämpades för att söka på alla ord i Cinahl som kan utformas utifrån det aktuella ordet (Östlundh, 2022). Exempel på trunkering från sökningen var "*Percept**" som syftar till perception

och alla olika ändelser av ordet. Frassökning användes för att två ord ska tolkas som en fras och inte var för sig. Till det nyttjades citationstecken (Karlsson, 2017; Östlundh, 2022).

Inom sökblocket användes den booleska operatoren OR för att få en sökträff på något av nyckelbegreppen (Östlundh, 2022). Booleska operatoren AND tillämpades mellan sökblocken för att kunna sammanföra dem (Östlundh, 2022), enligt sökschemat se *bilaga 1*.

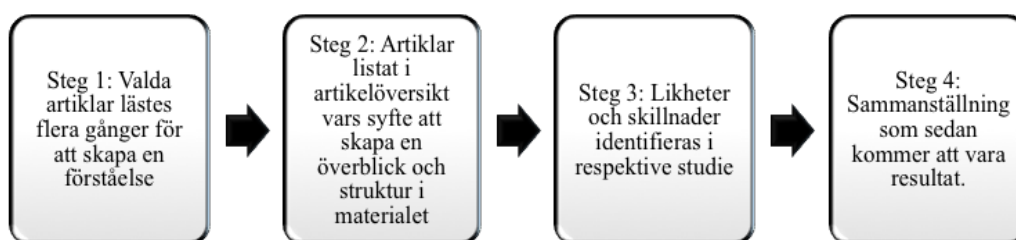
Avgränsningar implementerades efter den initiala sökningen och sattes till engelskspråkiga, peer-reviewed, forskningsartiklar samt publiceringsdatum från 2013. Författarna har som avsikt att tillämpa den nyaste forskningen inom det valda området. Dock behövdes ett tidsspänn på tio år för ett tillräckligt omfattande urval. Peer reviewed är ett sätt att försäkra sig om att artikeln är av hög kvalitet. Det innebär att artiklarna blivit granskade av andra forskare innan publikation (Karlsson, 2017). Inklusionskriterier var nydiagnostiserade patienter med DM2 tre år från diagnostillfället samt att deltagarna skulle vara över 18 år. Inklusionskriterier är de kriterier som ska uppfyllas för att ingå i studien. Exklusionskriterier är de kriterier som resulterar i att artiklar utesluts i studien (Polit & Beck, 2017). Exklusionskriterier i denna studie var andra perspektiv som inte utgick från patienten i fråga, diagnosen DM1, prediabetes samt graviditetsdiabetes. Sökningarna från Cinahl och PubMed presenteras i sökscheman, se *Bilaga 1*.

Sökningen resulterade i totalt 213 artiklar, varav 148 från Cinahl och 65 från PubMed. Samtliga titlar lästes för att se om studiens syfte besvarades. För artiklar vars titel inte avgjorde om studien stämde in på syftet, lästes även artikelns abstrakt. Det var 24 artiklar från båda databaserna som ansågs besvara syftet efter den första genomgången. Artiklarna undersöktes därefter för att se om studiens inklusionskriterier uppfylldes. Sällningen utifrån inklusionskriterier resulterade i totalt 15 artiklar varav 4 var dubletter, vilket blev 11 unika artiklar.

Granskning och analys

De 11 artiklar som svarade på syftet lästes i fulltextformat individuellt och gemensamt. Varje artikel granskades med hjälp av Högskolan Kristianstads granskningsmall för kvalitativa artiklar (Blomqvist et al., 2016) och listades upp i

en artikelöversikt för bättre överskådlighet (Friberg, 2022). Samtliga 11 artiklar ansågs ha god kvalitet efter granskningen och inkluderades i resultatet. Resultatdelarna i respektive studie lästes igenom och diskuterades så att författarna fick en samsyn. Delar som svarar på syftet plockades ut, sorterades och kategoriserades. En resultattext sammanställdes utefter tänkta kategorier. I denna studie följdes dessa fyra analyssteg se *Figur 1*. Dessa analyssteg delar Friberg (2022) upp i fyra steg. Första steget: Läs igenom valda studier flera gånger för att förstå sammanhang och innehåll, andra steget: dokumentera i artikelöversikt, tredje steget: leta likheter och skillnader samt fjärde steget: gör en sammanställning av fynden.



Figur 1. Författarnas tolkning av Fribergs (2022) analysmodell.

Etiska överväganden

Granskning av valda artiklar utfördes för att se om de hade ett etiskt tillstånd. World Medical Association (2013) och Sandman och Kjellström (2018) anser att informerat samtycke bör beaktas. Det innebär att deltagandet är frivilligt men också att det inte är bindande. Ett beslut som ligger hos de medverkande bidrar till respekt för individen, autonomi och integritet. För att uppnå detta bör informationen vara lättförståelig. Begreppet integritet är förenat med konfidentialitet, Sandman och Kjellström (2018) beskriver att konfidentialitet är när de medverkande inte kan identifieras. Konfidentialitet kan tillgodoses genom att forskarna förvarar materialet på ett säkert sätt, samt att de medverkande inte kan identifieras i presenterade data.

Om en litteraturstudie baseras på engelska vetenskapliga artiklar kan det uppstå att artiklarna tolkas på ett felaktighet sätt om engelska inte är modersmålet (Kjellström, 2017). Då engelska inte var modersmålet hade författarna det i åtanke vid granskningen av artiklarna. Genom att diskutera de enskilda översättningarna med

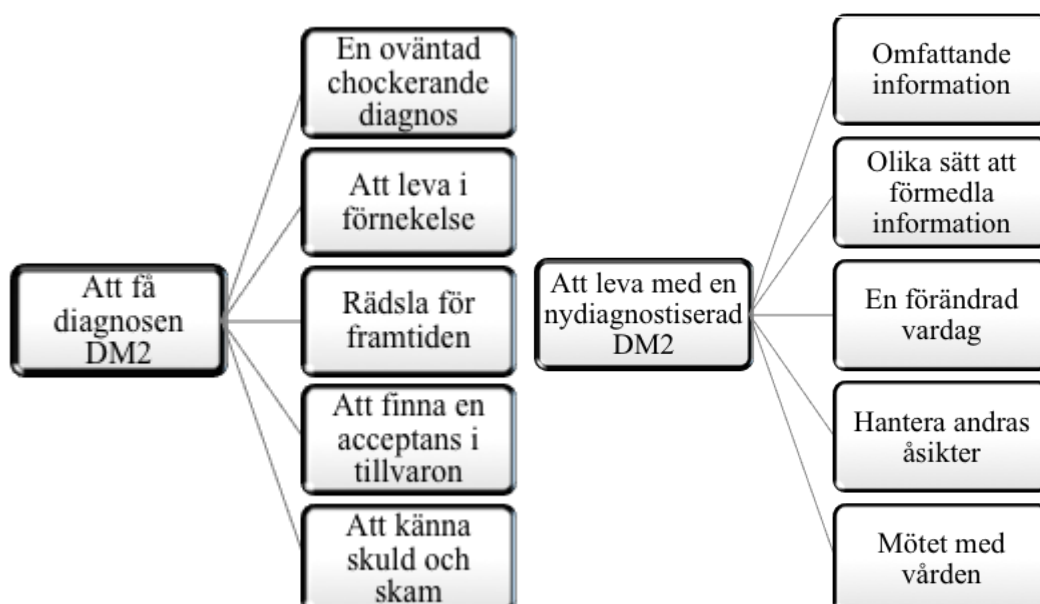
varandra medförde det att författarna förhöll sig kritiska till texten. Således ska resultatet inte präglas av förförståelse eller värdering. Allt som kännetecknade upplevelsen av nydiagnostiserad DM2 presenterades i resultatet.

Förförståelse

Författarnas gemensamma tankar av att diagnostiseras med DM2 tros vara en chock samt en stor omställning för individen i sig men också för närstående. Vardagen och livsstilen kommer att förändras i och med diagnosen vilket kan leda till att personen känner sig ensam och oförstådd. Identiteten kommer att påverkas genom att på nytt acceptera sin nytillkomna situation. Eftersom ny kunskap tillkommer med sjukdomen kommer det bidra till en maktlöshet och en känsla av att inte ha kontroll. Båda författarna har erfarenhet av att möta patienter samt närstående med DM2, men har inte haft möjligheten att ta del av patientens upplevelse som nydiagnostiserad.

Resultat

Syftet var att beskriva vuxna patienters upplevelser av att få och leva med diagnosen DM2. Resultatet baserades på 11 kvalitativa artiklar publicerade 2013–2023. Länderna som studierna genomförts i var Sverige (3), England (3), Australien (2) och USA (3). Totalt 205 patienter varav 84 kvinnor och 74 män i åldersspannet 21–79 år samt från diagnostillfället upp till 3 år efter. Kategorier och underkategorier presenteras i resultatet och har skapats utefter fynden från valda artiklar (se *Figur 2*).



Figur 2. Resultatkategorier.

Att få diagnosen DM2

Resultatet visar att få diagnosen DM2 är en chockerande upplevelse men också oväntad och ibland en diagnos som patienten inte vill kännas vid. Tankar kring hur framtiden kommer att bli och varför det har blivit som det har blivit. Kategorin innehåller fem underkategorier, *En oväntad chockerande diagnos*, *Att leva i förnekelse*, *Rädsla för framtiden*, *Att finna en acceptans i tillvaron* och *Att känna skuld och skam*

En oväntad chockerande diagnos

Att få diagnosen DM2 medförde en upplevelse av förändring där flera olika känslomässiga reaktioner uppstod. En initial upplevelse var chock (Ball et al., 2015; Boakye et al., 2023; Brackney, 2018; Wilkinson et al., 2014). Diagnosen upplevdes även som oväntad hos patienter (Ball et al., 2015; Boakye et al., 2023; Brackney, 2018; Gopalan et al., 2021; Wilkinson et al., 2014). Anledningen till denna upplevelse var att patienter ansträngt sig i att för att förebygga sjukdomen (Boakye et al., 2023; Gopalan et al., 2021). Chockreaktionen övergick snabbt i upplevelsen av en påtaglig tankeställare (Brackney, 2018; Gabre et al., 2018). Detta berodde på att livsstilen också varit en bidragande faktor till insjuknandet (Gabre et al., 2018).

I was kind of surprised that I was diagnosed with type 2 diabetes. I thought I was doing the right things by eating right, exercising, walking, jogging, and taking my medication. But I didn't even know what type 2 diabetes was, so it took maybe like a good 14 days, and then I went back to my doctor the following 2 weeks to give me a little bit more information on type 2 diabetes. (Boakye et al., 2023, s. 112)

Att leva i förnekelse

Att förneka diagnosen var en känslomässig reaktion som patienter beskrev att de upplevde (Boakye et al., 2023; Brackney, 2018; Gopalan et al., 2021; Pikkemaat et al., 2019; Sebire et al., 2018; Wilkinson et al., 2014). Å ena sidan berodde det på att patienterna inte kände sjuka, symtomen var alltför diffusa och oklara (Pikkemaat et al., 2019). Å andra sidan uttryckte patienter att de inte var redo att göra de livsstilsförändringar som krävdes och förnekade därför diagnosen (Sebire et al., 2018).

Rädsla för framtiden

Att bli diagnostiserad med DM2 upplevs som en inskränkning på livet (Boakye et al., 2023; Brackney, 2018; Gabre et al., 2018). Sjukdomen upplevdes som hemsk och döden kändes nära (Boakye et al., 2023; Gabre et al., 2018). Tankar kring död och lidande medförde att patienterna upplevde en rädsla av att ha DM2 (Gabre et

al., 2018; Gopalan et al., 2021), vilket grundade sig i att ha fått diagnosen (Booth et al., 2013; Brackney, 2018). Upplevelsen av rädsla handlade också om tankarna kring komplikationerna som DM2 kan medföra, så som att förlora synen eller känseln i fötterna (Pikkemaat et al., 2019). Tanken av att förlora kroppsfunktioner som var viktiga i patienters dagliga liv upplevdes som oroväckande då det på sikt skulle påverka vardagen (Pikkemaat et al., 2019) Vetskapen om att sjukdomen är ärftlig medförde en rädsla av att föra vidare DM2 till sina barn (Gardsten et al., 2018; Pikkemaat et al., 2019).

Att finna en acceptans i tillvaron

Utöver de emotionella reaktionerna upplevde patienter en acceptans (Ball et al., 2015; Brackney, 2018; Gardsten et al., 2018; Gopalan et al., 2021; Pikkemaat et al., 2019). För att hitta ett nytt sätt att leva upplevde patienter behovet av att acceptera den nyillkomna diagnosen (Gardsten et al., 2018). Acceptans grundade sig i att DM2 anses vara en del av åldrandet (Pikkemaat et al., 2019), men också tidigare levnadsvanor och ärftlighet (Gopalan et al., 2021; Pikkemaat et al., 2019). DM2 upplevdes som oundviklig hos de med sjukdomen i familjen och att de förmodligen skulle få diagnosen till slut (Gopalan et al., 2021). Däremot framkom det i Brackney's (2018) studie att det upplevdes svårt att acceptera diagnosen, men att blodsockerkontrollerna bekräftade diagnosen till följt av ett förhöjt blodsockervärde.

Att känna skuld och skam

DM2 medförde en känsla av skuld (Boakye et al., 2023; Gabre et al., 2018; Gopalan et al., 2021; Pikkemaat et al., 2019; Sebire et al., 2018) och diagnosen upplevdes som självförvållad (Gopalan et al., 2021). Patienter kände skuld och beskrev en önskan om att ha gjort livsstilsförändringar tidigare för att förebygga DM2 (Boakye et al., 2023; Gabre et al., 2018; Sebire et al., 2018). Skulden medförde att patienterna upplevde en uppgivenhet, frustration och besvikelse (Boakye et al., 2023). En skuld till samhället om att de var en belastning också en upplevelse som patienterna kände då de inte tagit ett personligt ansvar tidigare. Skam var en annan upplevelse beskriven av patienter och var en bidragande faktor till att inte vilja berätta för omgivningen (Pikkemaat et al., 2019).

Att leva med nydebuterad DM2

Studien visar att leva med nydebuterad DM2 kräver förändringar i vardagen och att informationen kan kännas överväldigande för patienter. Informationen påverkas av hur den förmedlas och att mötet med vården blir en central del i det dagliga livet. Omgivningens stöd, förståelse och åsikter påverkar patienten i hög grad. Kategorin innehåller fem underkategorier, *Omfattande information*, *Olika sätt att förmedla information*, *En förändrad vardag*, *Hantera andras åsikter* och *Mötet med vården*.

Omfattande information

Information om DM2 och de livsstilsförändringar som bör göras upplevdes som överväldigande och svårt att processa (Ball et al., 2015; Ball et al., 2016; Booth et al., 2013; Pikkemaat et al., 2019). Patienter kunde inte återberätta information som tilldelats dem (Booth et al., 2013), informationen hade inte uppfattats korrekt (Ball et al., 2015) och information behövdes kompletteras (Pikkemaat et al., 2019). En konsekvens till mycket information medförde en upplevelse av att inte vilja söka stöd till att göra förändringar (Ball et al., 2015). Informationen kom dessutom från familj, internet och olika professioner något som upplevdes som förvirrande. När informationen kom från perspektiv upplevde patienterna det svårt att avgöra vem som förmedlade korrekt respektive felaktig information (Ball et al., 2016; Boakye et al., 2023). Där fanns de som var nöjda med informationen och kunskapen som tilldelats patienten och det upplevdes som viktigt (Pikkemaat et al., 2019). Otillräcklig information resulterade i att patienter kände sig osäkra kring vad som var okej att äta samt i vilken mängd. Detta medförde att patienter valde att äta mindre är rekommenderat (Ball et al., 2015; Booth et al., 2013). Vårdpersonalens stöd upplevdes som bristfälligt och det fanns en önskan om mer stöd från vården (Ball et al., 2015).

Olika sätt att förmedla information

Hur informationen förmedlades upplevdes både positivt och negativt gällande att få diagnosen (Gardsten et al., 2018; Gopalan et al., 2021). Positivt i den bemärkelsen att patienter upplevde att DM2 var hanterbart och att de blev försäkrade om att göra detta tillsammans (Gopalan et al., 2021). För de patienter som hade en negativ upplevelse i hur informationen förmedlades relaterade det till att de fick beskedet

genom telefon eller kunde läsa sig till det via e-hälsa (Gopalan et al., 2021). Att få DM2 upplevdes som emotionellt och patienter betonade vikten över hur information framfördes (Gardsten et al., 2018). Det framkom även att diagnosen inte upplevdes som allvarlig relaterat till utifrån informationen förmedlades (Gopalan et al., 2021). Vidare upplevde patienterna att det välldes över information från olika professioner (Ball et al., 2015; Ball et al., 2016). Där fanns inget utrymme för egna tankar (Ball et al., 2015) och patienter upplevde att de fick selektivt välja bort saker för att bibehålla hälsa (Ball et al., 2016).

”...did the bloodwork and the Monday after he calls me and he said, “You know I have bad news for you. You have diabetes” ...I thought maybe even just calling me in and having me sit down...” (Gopalan et al., 2021, s. 1625)

En förändrad vardag

I en studie av Gardsten et al. (2018) var en utmaning för patienter att förstå hur blodsockret påverkades av fysisk aktivitet, matvanor och mediciner. I relation till den fysiska aktiviteten kändes det jobbigt att balansera ett fysiskt tungt arbete med att utföra fysiska aktiviteter på fritiden. Det var även utmanande att inse att diabetes är en kronisk sjukdom och att de alltid kommer behöva leva med den. Det upplevdes även som utmanande att själv ta ansvar för sjukdomen och medicineringen. Patienter upplevde det som förvirrande när medicinen bytt namn. Det upplevdes även som svårt att ta mediciner vid rätt tidpunkt. I dessa situationer behövde patienter lita på att de kunde göra det bästa för sig själva (Gardsten et al., 2018).

Vidare beskrevs upplevelser om att det var positivt att ta eget ansvar för förändring i samband med diagnosen (Gabre et al., 2018; Pikkemaat et al., 2019). Där fanns de som upplevde att de inte varit medvetna om det personliga ansvaret innan de fick diagnosen (Pikkemaat et al., 2019). Livsstilsförändringar upplevdes spännande och kom att vara betydelsefulla då den framtida hälsan upptäcktes. Patienter upplevde att förändringarna var enklare än de tidigare trott. De upplevde även en tacksamhet när de insåg fördelarna med att genomföra livsstilsförändringar. Relaterat till livsstilsförändring upplevde patienter att självförtroende och självrespekt påverkades positivt (Gabre et al., 2018). Det beskrivs att livsstilsförändringar

upplevdes som positivt och att förbättring identifierades i måendet till följd av detta. Stöd från familj och vårdpersonal upplevdes som viktig (Booth et al., 2013).

Hopp var ytterligare en känsla som patienter upplevde. Patienter kände sig motiverade när de fick se positiva effekter av livsstilsförändringarna. Vidare kunde viljan att delta i givande aktiviteter gynna upplevelsen av meningsfullhet. Att leva för och genom andra personer upplevdes som underlättande då patienter undvek negativa känslor i de sociala situationerna (Gabre et al., 2018). Patienter beskrev upplevelser som att motivationen var avgörande i att hantera sin diabetes på ett bra sätt (Gardsten et al., 2018). Där upplevdes själva diagnosen som en faktor i motivationen till förändring (Booth et al., 2013). Patienter som skapat en vana av livsstilsförändringen upplevde att det var lättare att hålla i förändringen då de visste vilka komplikationer som kunde komma om de inte fortsatte (Ball et al., 2015).

”A relief, but in the beginning, I did not see with clear eyes; I was heartbroken over it, but now when I start to feel a sense of management, everything in life feels more positive.” (Gabre et al., 2018, s. 24)

Samtidigt upplevdes livsstilsförändringar som tråkiga och oinspirerande (Gabre et al., 2018). Det upplevdes svårt att ändra de väletablerade vanor som funnits många år innan diagnosen (Booth et al., 2013). Patienter upplevde en existentiell kamp, ifrågasättande kring identiteten, den gamla och den nya personen, vilket gav upphov till ångest och hopplöshet (Gabre et al., 2018). Ibland upplevdes det tungt kring det egna omhändertagandet då det resulterade i ett sökande efter en ny identitet samt en meningsfullhet i livet. (Gabre et al., 2018). Vidare upplevdes det svårt att erhålla motivation kring livsstilsförändringar om resultaten inte var tydliga eller uteblev i blodsockerkurvan. I brist på tydliga och synbara resultat upplevdes det svårt att se fördelar med råden de fått då de inte kände sig sjuka (Booth et al., 2013). Det upplevdes som en hopplöshet att kvarhålla motivationen eller försöka ändra sitt beteende från början men inte klara av det i längden (Pikkemaat et al., 2019; Sebire et al., 2018). De nya rutinerna upplevdes som utmanande oavsett om de hade tidigare hälsoproblem, levde ensamma eller hade familj och vänner runt omkring. Å andra sidan upplevdes det nödvändigt att kämpa för frihet och självbestämmande

när patienten pratade med personer i sin närhet om sjukdomen och livsstilen (Gabre et al., 2018).

Patienter beskrev upplevelser som att det var svårt att göra ändringar i kosten. Kosthållning var ett långvarigt invant beteende men det var även jobbigt att äta mat som patienten inte tyckte om samt hålla sig till den nya kosten en längre tid. Däremot upplevde andra patienter det lätt att göra ändringar i kosten och att det inte var något större problem (Pikkemaat et al., 2019).

Att se blodsockret stiga utan anledning upplevdes som skrämmande (Booth et al., 2013). Behovet av att ha kontroll på sitt blodsocker upplevdes stort för vissa patienter och som inget behov alls för andra patienter (Pikkemaat et al., 2019). När blodsockret inte var inom referens upplevde patienter en ångest över att se över blodsockret. Om patienter däremot hade blodsockervärdet inom referens kunde egenkontrollen i stället medföra en känsla av trygghet (Brackney, 2018).

Hantera andras åsikter

Patienter hade olika upplevelser kring omgivningens förståelse av att drabbas av DM2, något som sedan påverkat det sociala livet (Ball et al., 2015; Booth et al., 2013; Gardsten et al., 2018; Pikkemaat et al., 2019). Det fanns en osäkerhet hos omgivningen, något som patienterna upplevde. Osäkerheten grundade sig i bristande kunskap kring mat och DM2, vilket patienterna upplevde som skrämmande (Ball et al., 2015). Vidare upplevde patienterna att de fick åsidosätta det egna behovet för att tillgodose familjens. Mat som inhandlades var livsmedel som föredrogs av de andra familjemedlemmarna i stället för bra mat för patienten. Upplevelser kring sociala sammankomster, i synnerhet högtider, var svåra på grund av frestande mat men också brist på ett hälsosammare alternativ. Patienter kände att det var svårt att sedan återgå till personliga vanor efter en högtid (Booth et al., 2013).

Vidare upplevde patienter stöd och förståelse från omgivningen av den nytilkomna diagnosen. Detta resulterade i en känsla hos patienten att omgivningen brydde sig om patienten (Booth et al., 2013). Däremot upplevde patienter även att omgivningen hade oönskade åsikter om hur ett liv med DM2 skulle levas (Booth et

al., 2013; Gardsten et al., 2018; Pikkemaat et al., 2019). Att stå till svars för att äta ohälsosamt upplevdes som utmanande (Gardsten et al., 2018). I synnerhet när omgivningen varken hade sympati eller förståelse för patientens behov vid den nyttillkomna diagnosen (Booth et al., 2013). Att hantera omgivningens åsikter upplevdes som svårt (Gardsten et al., 2018; Pikkemaat et al., 2019), detta medförde att patienter valde att dölja diagnosen (Pikkemaat et al., 2019). Patienter gjorde även ett aktivt val i att inte berätta på grund av upplevelsen av omgivningens attityder, kommentarer och reaktioner kring DM2. Även om patienterna ville undvika omgivningens åsikter fanns en önskan om att få prata om diagnosen men att det då blev med andra patienter med DM2. När oönskade åsikter framfördes var det viktigt att känna en trygghet i sig själv, något som inte alltid upplevdes som självklart och därför valde patienter i stället att inte berätta om sin diagnos (Gardsten et al., 2018).

Mötet med vården

Initialt bidrar mötet med vården en känsla av trygghet och upplevdes som nödvändig för att anpassa sig till diagnos och ändra kostvanorna (Ball et al., 2015; Ball et al., 2016). Att få tydliga direktiv upplevdes som nödvändigt till att göra livsstilsförändringar (Ball et al., 2015). Där fanns en växande tilltro hos patienterna då de upplevde att vårdpersonalen hade kunskap om livsstilsförändring och fortsatt behandling (Ball et al., 2016; Pikkemaat et al., 2019). Patienterna upplevde att vårdpersonal gav lugnande besked och berättade att livsstilsförändringen sker i etapper (Boakye et al., 2023). På så sätt upplevde patienterna sig delaktiga i sin vård (Pikkemaat et al., 2019). Dock upplevdes det som utmanande med återkommande besök då patienter ofta fick frågan om hur det gick att hantera det dagliga livet (Gardsten et al., 2018).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med litteraturoversikten var att beskriva vuxna patienters upplevelse av att få och leva med diagnosen DM2. En metoddiskussion har som avsikt att säkerställa litteraturoversiktens kvalitet genom att bedöma om studiens syfte besvaras av den valda metoden (Henricson, 2017a). Metoddiskussionen kommer att utgå från Shentons (2004) trovärdighetsbegrepp *tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet*.

Tillförlitligheten stärks om resultatet i litteraturoversikten överensstämmer med syftet samt att datainsamlingen har inhämtats på ett adekvat sätt (Shenton, 2004). Inför artikelöversikten gjordes en pilotsökning i databaserna Cinahl och PubMed för att undersöka om tillräcklig forskning fanns att tillgå. Efter pilotsökningen upprättades en projektplan som senare blev denna litteraturoversikt. I Cinahl nyttjades ämnesord och fritext för att precisera det valda området något som kan stärka tillförlitligheten. På samma sätt nyttjades MeSH termer i PubMed. Att ta hjälp utav bibliotekarie/sökverkstad samt utföra manuella sökningar var inget som nyttjades och kan påverka studien genom att sänka tillförlitligheten. Att välja relevanta databaser som Cinahl och PubMed anses stärka tillförlitligheten då båda databaserna innehåller material inom omvårdnad. Något som också kan stärka tillförlitligheten var att flertalet dubletter uppstod.

Urvalsförfarandet utgick från att författarna först läste artiklarnas titel och där titeln ansågs vara otydlig lästes även abstrakt. De artiklar som svarade på syftet lästes individuellt och granskades, tillsammans med Högskolan Kristianstads granskningsmall för kvalitativa artiklar (Blomqvist et. al., 2016). Materialet listades upp i en artikelöversikt och analyserades enligt Fribergs (2022) analyssteg. Materialet kan ha tolkats på ett felaktigt sätt då engelska inte är författarnas modersmål något som kan sänka tillförlitligheten. Däremot har författarna granskat resultatet individuellt för att sedan jämföra det och kan i stället stärka tillförlitligheten. Samtliga artiklar som inkluderades hade etiskt tillstånd och kan stärka tillförlitligheten då de representerar god forskningssed. Litteraturoversiktens resultat baseras på 11 artiklar, år 2013–2023, från fyra olika länder. Valet av tio år

grundar sig i att få adekvat data men att inte ha den senaste forskningen kan sänka tillförlitligheten. Litteraturöversikten har under arbetes gång blivit granskad av medstudenter, handledare och examinator, vilket stärker tillförlitligheten.

Enligt Shenton (2004) stärks *verifierbarheten* om metoden i litteraturstudien är tydligt beskriven. Tillvägagångssättet för litteraturöversikten är tydligt beskriven och kompletteras med sökschema som redovisar sökblock och söktermer. Sökblocken hade kunnat justerats och blivit mer riktad till ämnet med hjälp av bibliotekarie, något som inte nyttjades och kan sänka verifierbarheten. Detta medförde till andra sökord som kan ha resulterat till ett felaktigt sökresultat och sänka verifierbarheten. Inklusionskriterier och exklusionskriterier redovisas. Originalartiklarnas urval redovisas, analysprocess beskrivs och kompletteras med figur som förtydligande och som kan stärka verifierbarheten.

Pålitligheten stärks om resultatet hanterats rättvist, att resultatet speglar samtliga artiklar och inte enbart av författarnas förförståelse (Shenton, 2004). Under genomförandet av projektplanen skrevs författarnas förförståelse ned. Förförståelsen presenterades sedan i litteraturöversikten något som kan stärka pålitligheten. Under granskningsprocessen kan relevanta artiklar missats då första steget var att läsa titel och kan således sänka studiens pålitlighet. Däremot kan pålitligheten stärkas av att båda författarna deltog i analysen vars syfte att inte påverka resultatet. Pålitligheten kan stärkas ytterligare av att författarna deltagit vid flertalet handledningstillfällen.

Litteraturöversiktens *överförbarhet* påverkas av i vilken utsträckning resultat går att tillämpa i annan kontext. Enligt Shenton (2004) stärks överförbarheten av ett beskrivet urval i artiklar inkluderade i resultatet. Artiklar som ingår i litteraturöversikten är från Sverige, USA, Australien och England, länderna betraktas ha liknande sjukvård som Sverige. Inklusionskriterier för litteraturstudien var vuxna patienter över 18 år med nydiagnostiserad DM2 <3år. Resultatet kan därför inte överföras till patienter under 18 år eller hos de som erfarit DM2 längre än tre år, vilket anses sänka överförbarheten. Resultatet speglar en variation av upplevelser från både män och kvinnor i olika åldrar från 18 år. På så sätt anses resultatet kunna appliceras i andra kontexter. Litteraturöversiktens abstraktionsnivå bedöms som låg och kan sänka överförbarheten.

Resultatdiskussion

Syftet för litteraturstudien var att beskriva vuxna patienters upplevelser av att få och leva med diagnosen DM2. Resultatdiskussionen baseras på följande fynd: *Att bearbeta ny information tar tid, Ett personligt ansvar i en livslång sjukdom.*

Att bearbeta ny information tar tid

Det första fyndet: Information som ges till patienter vid ett sjukdomsbesked är omfattande och svårt att bearbeta. Fynd i litteraturstudien visar att under och efter diagnostillfället var det svårt att ta in information dels på grund av mycket information på en gång, dels att personen inte är mottaglig. Det är chockartat att få ett sjukdomsbesked och en diagnos, vilket i sin tur medför en rad olika känslor såsom rädsla, skuld och acceptans. En känsla av skuld då andra patienter som inte ändrat livsstilen innan önskade att de gjort det innan de fick diagnosen. Sjukdomen medförde en upplevelse av ovisshet och rädsla för framtida eventuella komplikationer men även en rädsla att föra DM2 vidare till barn och barnbarn. Patienter kunde även acceptera diagnosen då de hade en hög ålder och att sjukdomen förekom i släkten. Fyndet stärks av Silva et al. (2018) som menar att de beskrivna reaktionerna är normala som sedan övergår i acceptans. Vidare understryker Yardley et al. (2001) är det svårt att ta in information vid diagnostillfället, något som Cullberg (2006) förtydligar och hänvisar till att patienten befinner sig i akut kris som inledningsvis är chockfasen. Under denna fas kan patienter ha svårt att komma ihåg händelseförloppet. Att informera patienter under chockfasen är enligt Cullberg (2006) något som ofta förekommer men bör undvikas. Syftet med att informera patienter är att de ska ta till sig och förstå informationen. Att förmedla information vid den akuta krisen blir således inte effektiv då patienten inte är mottaglig och kommer inte kunna återberätta.

Sjuksköterskans roll i mötet med patienten är en viktig aspekt då det finns ett etiskt ställningstagande i hur sjuksköterskan ska agera. Sjuksköterskan kan göra ett etiskt val utifrån patientens förväntningar eller utifrån arbetsgivarens krav. Kraven innehåller tidsbegränsning för patientbesöket och det kommer fler patienter som sjuksköterskan ska träffa efteråt. Förväntningarna från patienten kan vara att känna sig hörd och få tid att ställa sina frågor samt få adekvat svar. Pliktetiken kan kopplas till att följa kraven från arbetsgivaren och göra sin plikt utifrån vad

sjuksköterskeyrket innebär. Å andra sidan kan närhetsetiken kopplas till att lyssna på patienten och vara personcentrerad (Sandman & Kjellström, 2018). I en studie av Sørлие et al. (2005) upplevde sjuksköterskorna frustration då de hela tiden blev avbrutna av telefonsamtal eller andra arbetsuppgifter vilket resulterade i att patientsamtalet ej blev prioriterat. Det beskrevs bero på det höga antalet patienter som varje sjuksköterska hade ansvar för och det fick sjuksköterskorna att känna stress, otillräcklighet samt dåligt samvete (Sørлие et al., 2005). Det höga antalet patienter per sjuksköterska beror på brist på sjuksköterskor något som i slutändan påverkar patienten i form av otillräcklig vård (Tamata & Mohammadnezhad, 2023).

Paralleller kan dras till fyndet då många patienter per sjuksköterska leder till mindre tid för varje patient. Detta påvisas genom att informationen som förmedlas är bristfällig eftersom sjuksköterskan inte har tid att sitta ner med den enskilde patienten. Därav får patienten inte möjlighet att ställa sina frågor och diskutera funderingar. Ett personcentrerat arbetssätt kan leda till att sjuksköterskan närmar sig patienten och ser vad den enskilde patienten behöver för hjälp och stöd. Alla patienter har inte samma behov av omvårdnad. Det personcentrerade förhållningssättet medför att lära känna patienten och hitta det som gör patienten unik, för att tillsammans nå målen. Patienten har ett egenansvar i att uppnå målen, men det åligger sjuksköterskans uppgift som omvårdnadsansvarig att finnas för patienten under resans gång. På så sätt kan sjuksköterskan försäkra sig om att informationen framförts på ett adekvat sätt i form av muntlig och skriftlig information.

Ett personligt ansvar i en livslång sjukdom

Det andra fyndet: DM2 är en livslång sjukdom som utmanar det personliga ansvaret. Litteraturstudien belyser utmaningen i att lära och förstå sin sjukdom men också utmaningen i att förändra livsstilen till det bättre. Däri ingår kunskap främst om kostens betydelse men också vikten av att vara fysiskt aktiv. Med DM2 tillkommer ett personligt ansvar, något som upplevdes som positivt och motiverande men också kämpigt och omotiverat. De patienter som såg fördelarna med att anta det personliga ansvaret fick ökat självförtroende och självrespekt. Förändringarna upplevdes lätta att vidmakthålla då de gjordes till en vana. Patienter

beskrev det personliga ansvaret i sjukdomen som tungt och besvärligt då det resulterade i ett sökande efter meningsfullhet samt en ny identitet. DM2 är en livslång sjukdom där motivationen har en betydelse för att göra livsstilsförändringar. Finns motivationen antar patienter det personliga ansvaret på ett lättare sätt än vid avsaknad av motivation.

I en rapport av SBU (2022) ställs stora krav på patienten i att förändra livsstilen som dessutom bör resultera i en bestående vana. Vidare menar Socialstyrelsen (2018) att en tillgänglig vård med fullgott stöd visar sig vara gynnsamt men också att vård ges av kompetent personal. På så sätt blir sjuksköterskan central för patienten då sjuksköterskan erhåller omvårdnad som sin specifika kompetens efter utbildning. Sjuksköterskan är således omvårdnadsansvarig och ska tillsammans med patienten öka förutsättningarna till att förbättra, bibehålla eller återfå hälsa, däri ingår utbildning och preventivt arbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Ett förändrat levnadssätt är en utdragen process, en studie av O'Brien et al. (2020) stärker fyndet om det egna ansvaret som DM2 bär med sig. DM2 upplevs som en börda där patienter inte har motivation nog att uppnå och bibehålla en bättre vana. I samma studie betonar O'Brien et al. (2020) vikten av sjuksköterskans tålamod och förståelse för patientens svårigheter. Sjuksköterskans uppgift är att fortsätta uppmuntra de patienter som har det svårt med sjukdomen i att finna motivation till en förändrad livsstil. På så sätt ges patienterna möjlighet att ta kontroll över det egna livet. Ur ett samhällsperspektiv är en förändrad livsstil betydande och i en studie av Andersson et al. (2020) påvisas diabeteskomplikationer som en samhällskostnad, vilket stärker fyndet om vikten av det personliga ansvaret. Studien förespråkar stöd till rökstopp, öka den fysiska aktiviteten samt förbättrade kostvanor. Sjuksköterskan har på så sätt också ett ansvar i att förmedla information, utbilda och stötta patienten mot ett hälsosamt liv för att bibehålla, förbättra eller återfå hälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Att ha kunskap om patienters inställning till det personliga ansvaret är viktigt för sjuksköterskans vidare arbete i omvårdnaden. Ett bättre bemötande och ett ökat personcentrerat arbetssätt kan medföra att patienten delger det omfattande egenansvaret. Det personcentrerade arbetssättet kan medföra att patienten anförtror sig samt att upplevelsen av skuld och skam som diagnosen medför avtar.

Slutsats

Studien visade på att patienten vid sjukdomsbeskedet DM2 ställs inför nya fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov då det tidigare levnadssättet ifrågasätts. Det ställs krav på den enskilde individen om att förändra samt behålla förändringen samtidigt som diagnosen är ny. Tiden efter diagnostillfället ägnas åt att lära, förstå, hantera det nya livet samt etablera en vårdkontakt som kanske inte existerat tidigare. Förändringen framkallar tankar och känslor kring otillräcklighet och bristande motivation, men också acceptans på grund av hereditet. Dessa upplevelser är något som sjuksköterskan tar del av i omvårdnadsarbetet och är betydande i det personcentrerade arbetssättet. Utifrån studiens resultat föreslås ytterligare forskning så som: vad som stärker patienternas motivation till förändring samt hur patienterna vill bli bemötta i beskedet om en ny kronisk diagnos.

Referenser

*Artiklar inkluderade i resultatet

Alberti, K. G. M. M., & Zimmet, P. Z. (1998). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabetic Medicine*, 15(7), 539–553. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9136\(199807\)15:7%3C539::AID-DIA668%3E3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9136(199807)15:7%3C539::AID-DIA668%3E3.0.CO;2-S)

Andersson, E., Persson, S., Hallén, N., Ericsson, Å., Thielke, D., Lindgren, P., Steen Carlsson, K. & Jendle, J. (2020). Costs of diabetes complications: hospital-based care and absence from work for 392,200 people with type 2 diabetes and matched control participants in Sweden. *Diabetologia*, 63, 2582–2594.

*Ball, L., Davmor, R., Leveritt, M., Desbrow, B., Ehrlich, C., & Chaboyer, W. (2015). Understanding the nutrition care needs of patients newly diagnosed with type 2 diabetes: a need for open communication and patient-focussed consultations. *Australian Journal of Primary Health*, 22(5), 416–422. <https://doi.org/10.1071/PY15063>

*Ball, L., Davmor, R., Leveritt, M., Desbrow, B., Ehrlich, C., & Chaboyer, W. (2016). The nutrition care needs of patients newly diagnosed with type 2 diabetes: informing dietetic practice. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 29(4), 487–494. <https://doi.org/10.1111/jhn.12357>

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad*. Liber.

Birkler, J. (2012). *Vetenskapsteori. En grundbok*. (2 uppl.). Liber.

Blomqvist, K., Orrung Wallin, A., & Beck, I. (2016). *HKR:s granskningsmall för KVALITATIVA studier*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

*Booth, A. O., Lowis, C., Dean, M., Hunter, S. J., & McKinley, M. C. (2013). Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and

facilitators identified by patients and health professionals. *Primary Health Care Research & Development*, 14(3), 293–306.

<https://doi.org/10.1017/S1463423612000412>

*Brackney, D. E. (2018). Enhanced self - monitoring blood glucose in non - insulin - requiring Type 2 diabetes: A qualitative study in primary care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9–10), 2120-2131. <https://doi.org/10.1111/jocn.14369>

*Boakye, M., Miyamoto, S., & Greenwood, D. (2023). What Individuals Want to Hear at the Point of Type 2 Diabetes Diagnosis. *Clinical Diabetes*, 41(1), 110–119. <https://doi.org/10.2337/cd21-0151>

Carstensen, M., Herder, C., Kivimäki, M., Jokela, M., Roden, M., Shipley, M. J., Witte, D. R., Brunner, E. J., & Tabák, A. G. (2010). Accelerated increase in serum interleukin-1 receptor antagonist starts 6 years before diagnosis of type 2 diabetes: Whitehall II prospective cohort study. *Diabetes*, 59(5), 1222–1227.

<https://doi.org/10.2337/db09-1199>

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Natur och Kultur.

Friberg, F. (2022) Att göra en litteraturöversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (4 uppl., s. 185–198). Studentlitteratur.

Frid, A., & Annersten Gershter, M. (2016). Diabetes mellitus. I A. Ekwall & A. M. Jansson (Red.) *Omvårdnad och medicin* (s. 337–352). Studentlitteratur.

Fritz, T., & Krook, A. (2009). Motion. I C-D Agardh & C. Berne (Red.) *Diabetes*. (4 uppl., s. 149-161). Liber.

*Gabre, M., Wireklint Sundström, B., & Olausson, S. (2019). ‘A little good with the bad’: Newly diagnosed type 2 diabetes patients’ perspectives on self-care: A

phenomenological approach. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 20–28.
<https://doi.org/10.1177/2057158518775319>

Galicia-Garcia, U., Benito-Vicente, A., Jebari, S., Larrea-Sebal, A., Siddiqi, H., Uribe, K. B., Ostolaza, H. & Martín, C. (2020). Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(17), 6275.
<https://doi.org/10.3390%2Fijms21176275>

*Gardsten, C., Blomqvist, K., Rask, M., Larsson, Å., Lindberg, A., & Olsson, G. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: a multistage focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3666–3678. <https://doi.org/10.1111/jocn.14330>

*Gopalan, A., Blatchins, M. A., Alschuler, A., Mishra, P., Fakhouri, I., & Grant, R. W. (2021). Disclosure of new type 2 diabetes diagnoses to younger adults: a qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 1622–1628.
<https://doi.org/10.1007/s11606-020-06481-y>

Henricson, M., (2017a). Diskussion. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 411–420). Studentlitteratur.

Henricson, M., (2017b). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 43–55). Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 111–117). Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Natur och Kultur.

Johansson, U-B., & Leksell, J. (2009). Psykosociala aspekter. I C-D Agardh & C. Berne (Red.) *Diabetes*. (4 uppl., s. 449-459). Liber.

Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 81–96). Studentlitteratur.

Karolinska Institutet. (u.å). *Patients*. <https://mesh.kib.ki.se/term/D010361/patients>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–77). Studentlitteratur.

Kralik, D., Brown, M., & Koch, T. (2001). Women's experiences of 'being diagnosed' with a long-term illness. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 594-602. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01704.x>

Lindholm, E. (2009) Epidemiologi och patogenetiska mekanismer. I C-D Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes*. (4 uppl., s. 17-29). Liber.

O'Brien, C., van Rooyen, D., & Ricks, E. (2020). Self-management of persons living with diabetes mellitus type 2: Experiences of diabetes nurse educators. *Health SA Gesondheid*, 25. <https://doi.org/10.4102/hsag.v25i0.1381>

Pellmer Wramner, K., Wramner, H., & Wramner, B. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. (4 uppl.). Liber.

*Pikkemaat, M., Boström, K. B., & Strandberg, E. L. (2019). "I have got diabetes!"—interviews of patients newly diagnosed with type 2 diabetes. *BMC Endocrine Disorders*, 19, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0380-5>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10 uppl.). Wolters Kluwer.

Roden, M., & Shulman, G. I. (2019). The integrative biology of type 2 diabetes. *Nature*, 576(7785), 51–60. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1797-8>

Rubio, M. (2019). Patient perceptions of life-limiting chronic obstructive pulmonary disease. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(2), 183–188. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.10.005>

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken. Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur.

*Sebire, S. J., Toumpakari, Z., Turner, K. M., Cooper, A. R., Page, A. S., Malpass, A., & Andrews, R. C. (2018). “I’ve made this my lifestyle now”: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5114-5>

Segesten, K. (2022). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. (4 uppl., s. 139–144). Studentlitteratur.

Silva, J. A., De Souza, E. C. F., Böschmeier, A. G. E., Da Costa, C. C. M., Bezerra, H. S., & Feitosa, E. E. L. C. (2018). Diagnosis of diabetes mellitus and living with a chronic condition: participatory study. *BMC Public Health*, 18, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5637-9>

Shenton, A. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/EFI2004-22201>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2018-10-25). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-10-25.pdf>.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2022). *Mat vid diabetes. En systematisk översikt med utvärdering av effekter samt hälsoekonomiska och etiska aspekter* (SBU utvärderar 345).

<https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/mat-vid-diabetes2/?pub=91386&lang=sv>

Svenska Diabetesförbundet. (17 oktober 2022a). *Diabetes*.

<https://www.diabetes.se/diabetes/>

Svenska Diabetesförbundet. (2022b). *Rapport om svensk diabetesvård*.

https://www.diabetes.se/contentassets/626f2b9f35e7434f97258184c1dd1dda/diabetesforbundet_rapport_diabetesbarometern_12-dec.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2022). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr].

<https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817f3ce0092f0134/1656659417981/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20utskrift.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska 2017*. [Broschyr].

<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Sørli, V., Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2005). Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses. *Nursing Ethics*, 12(2), 133–142. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne770oa>

Tamata, A. T., & Mohammadnezhad, M. (2023). A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nursing Open*, 10(3), 1247–1257.

Van Wilder, L., Pype, P., Mertens, F., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B., & De Smedt, D. (2021). Living with a chronic disease: insights from patients with a low socioeconomic status. *BMC Family Practice*, 22(1), 1-11.

<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01578-7>

Vassy, J. L., Shrader, P., Jonsson, A., Fox, C. S., Lyssenko, V., Isomaa, B., Groop, L., Meigs, J. B. & Franks, P. W. (2011). Association between parental history of diabetes and type 2 diabetes genetic risk scores in the PPP-Botnia and Framingham Offspring Studies. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(2), e76-e79. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.04.013>

*Wilkinson, E., Randhawa, G., & Singh, M. (2014). What's the worry with diabetes? Learning from the experiences of White European and South Asian people with a new diagnosis of diabetes. *Primary Care Diabetes*, 8(3), 181-186. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2013.11.006>

Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7-19. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>

World Health Organization. (u.å) *Diabetes*. https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>

World Medical Association (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>

Yardley, S. J., Davis, C. L., & Sheldon, F. (2001). Receiving a diagnosis of lung cancer: patients' interpretations, perceptions and perspectives. *Palliative Medicine*, 15(5), 379–386. <https://doi.org/10.1191/026921601680419429>

Östlundh, L. (2022) Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. (4 uppl., s. 79–109). Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökschema

Databas: Cinahl Complete			
Datum: 2023-02-10			
Syfte:			
Syftet var att beskriva vuxna patienters upplevelse av att få och leva med diagnosen Diabetes Mellitus typ 2.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1- Patient	Diabetic Patients [MH] OR Patients [MH] OR Individual* [fritext] OR Patient* [fritext] OR "Diabetic patient*" [fritext] OR Adult* [fritext]	3,567,926	
2- Upplevelser	Perception [MH] OR Patient attitudes [MH] OR Health Knowledge [MH] OR Life Style [MH] OR Attitude* [fritext] OR Experience* [fritext] OR Percept* [fritext]	1,002,088	
3- Kvalitativ	Qualitative Studies [MH] OR Interviews [MH] OR Focus Group [MH] OR interview* [fritext] OR "qualitative research*" [fritext] OR "Qualitative stud*" [fritext]	433,539	
4- Nydiagnostiserad	Diagnosis [MH] OR Diagnosis Psychosocial Factors [MH] "Recent* diagnos*" [fritext] OR "New* found*" [fritext] OR "New* diagnos*" [fritext] OR New* [fritext]	982,685	
5- Diabetes typ 2	Diabetes Mellitus, Type 2 [MH] OR "Diabetes mellitus type 2" [fritext] OR "Type 2 diabetes" [fritext] OR "Type two diabetes" [fritext] OR T2DM [fritext]	88,499	
6-	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	259	
Begränsningar	Sökning nr 6 + Engelskspråkig, Peer-reviewed, forskningsartikel + Publiceringsdatum 2013–2023	148	8 (4)

(4 dubletter från PubMed)

Databas: PubMed Datum: 2023-02-10			
Syfte: Syftet var att beskriva vuxna patienters upplevelse av att få och leva med diagnosen Diabetes Mellitus typ 2.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
1- Patient	Patients [MeSH] OR Individual [Title/Abstract] OR Patient [Title/Abstract] OR Diabetic patient [Title/Abstract] OR Adult [Title/Abstract]	3,612,472	
2- Upplevelser	Perception [MeSH] OR Attitude to Health [MeSH] OR Life Style [MeSH] OR Perception [Title/Abstract] OR Attitude to Health [Title/Abstract] OR Life Style [Title/Abstract] OR Health Knowledge [Title/Abstract] OR Patient attitude [Title/Abstract] Attitude [Title/Abstract] OR Experienc [Title/Abstract] OR Percept [Title/Abstract]	1,911,751	
3- Kvalitativ	Qualitative Research [MeSH] OR Interview [Publication Type] [MeSH] OR Focus Groups [MeSH] OR Qualitative Research [Title/Abstract] OR Focus Group [Title/Abstract] OR Interview [Title/Abstract] OR Qualitative studies [Title/Abstract]	298,478	
4- Nydiagnostiserad	Diagnosis [MeSH] OR Recently diagnosed [Title/Abstract] OR Newly found [Title/Abstract] OR Newly diagnosed [Title/Abstract] OR	9,313,141	
5- Diabetes typ 2	Diabetes Mellitus, Type 2 [MeSH] OR Diabetes mellitus type 2 [Title/Abstract] OR Type 2 diabetes [Title/Abstract] OR Type two diabetes [Title/Abstract] OR T2DM [Title/Abstract]	224,134	
6-	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	106	
Begränsningar	Sökning nr 6, Engelskspråkig + Publiceringsdatum 2013–2023	65	7 (4)

(4 dubletter från Cinahl)

Bilaga 2. Ordlista till artikelöversikt

Exkl	Exklusionskriterier
Inkl	Inklusionskriterier
KOL	Kronisk obstruktiv lungsjukdom
N=x	Antal deltagare i studien
m=x	Medelålder

Bilaga 3. Artikelöversikt (kvalitativ)

(*) Endast urval som är relevant för litteraturöversiktens syfte redovisas. (**) Endast resultat som svarar på litteraturöversiktens syfte redovisas.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Ball, L. et al. Understanding the nutrition care needs of patients newly diagnosed with type 2 diabetes: a need for open communication and patient-focussed consultations Australien, 2015	Att undersöka patienter som nyligen blivit diagnostiserade med DM2, deras upplevelse gällande kostråd från primärvården.	Urval: Ändamålsenligt urval. n=10, 3 män, 7 kvinnor. 27–74 år. Diagnos: <4 månader. Inkl: Ej beskrivet Kontext: Personer med nydebuterad DM2 i Australien. Datainsamling: Semi-strukturerad kvalitativ telefonintervju	Genomförande: Rekrytering via nyhetsbrev och sociala medier & organisationer relaterat till diabetes. De som hörde av sig fick ett förenklat infoblad om studien innan samtycke inhämtades. Exempel på intervjufrågor redovisas. Pilotintervju ej genomförd. Totalt tre intervjuer (i starten, efter 3 och 6 mån), 30–60 minuter. Spelades in och transkriberades direkt efter intervju. Analys: Tvåstegsanalys. Två analyserade oberoende för att sedan jämföra. Därefter en metasyntes. Förförståelse redovisas ej. Skriftligt samtycke, etiskt godkänd.	Tre huvudteman: Anpassning till diagnos. Förändra sin kosthållning. Att få stöd från professioner. Citat finns.	Tillförlitlighet: Stärks då syftet besvaras, citat speglar resultat, samtycke finns samt adekvat intervjulängd. Sänks då ingen pilotintervju genomförd. Verifierbarhet: Stärks då intervjufrågor redovisas, analysprocessen är beskriven. Pålitlighet: Stärks då mer än en person deltog i analysprocessen. Sänks då förförståelse ej är beskriven. Överförbarhet: Stärks då adekvat urval och kontext beskrivs samt en medel abstraktionsnivå.
Ball, L. et al. The nutrition care needs of patients newly diagnosed with type 2 diabetes: informing dietetic practice Australien, 2016	Att utforska patienter med nydiagnostiserad DM2s upplevelse om kostrådgivning från dietister.	Urval: Ändamålsenligt urval. n=10, 3 män, 7 kvinnor. 27–74 år. Diagnos: <4 månader. Inkl: Ej beskrivet Kontext: Personer med nydebuterad DM2 i Australien. Datainsamling: Semi-strukturerad kvalitativ telefonintervju	Genomförande: Rekrytering via nyhetsbrev och sociala medier & organisationer relaterat till diabetes. De som hörde av sig fick ett förenklat infoblad om studien innan samtycke inhämtades. Pilotintervju saknas. Exempel på intervjufrågor redovisas. Totalt tre intervjuer (i starten, efter 3 och 6 mån), 30–60 minuter. Spelades in och transkriberades direkt efter intervju. Analys: Tvåstegsanalys. Två analyserade oberoende för att sedan jämföra. Därefter en metasyntes. Ingen förförståelse redovisas. Skriftligt samtycke, etiskt godkänd.	Tre huvudteman: Att få kostrådgivning är överväldigande och inte användbart. Bidrag av kostriktlinjer för att stödja kostförändringar. Önskar mer individualiserad vård. Citat finns.	Tillförlitlighet: Stärks då syftet besvaras, citat redovisas, adekvat intervjulängd, samtycke finns. Sänks då pilotintervju saknas. Verifierbarhet: Stärks då intervjufrågor redovisas, analysprocessen är beskriven. Pålitlighet: Stärks då mer än en person har deltagit i analysprocessen. Sänks då förförståelse ej är beskriven. Överförbarhet: Stärks av adekvat urval och kontext beskrivs samt en medel abstraktionsnivå.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Boakye, M., et al.</p> <p>What individuals want to hear at the point of type 2 diabetes diagnosis</p> <p>USA, 2023</p>	<p>Syftet var att undersöka erfarenheten hos individer som blivit nydiagnostiserade med DM2 och deras upplevelse av viktig information vårdgivare behöver dela vid diagnos-tillfället.</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval. n=18, 7 män, 11 kvinnor. 6 st. under 45 år, 12 st. 45 år eller äldre. Inkl: Diabetes typ 2 <12 månader. > 18 år. Deltagit i diabetesutbildningsprogram. Kontext: Personer med nydebuterad DM2 i USA. Datainsamling: Semi strukturerade djupintervjuer via zoom. Genomfördes 2020 april-oktober.</p>	<p>Genomförande: Rekrytering via <i>ResearchMatch</i>. Deltagarna har själva registrerat sig i databasen. Intervjuguide användes, exempel saknas. Pilotintervju ej genomförd. Intervjun genomfördes av huvudförfattaren. Intervjuerna var 60–90 min långa och gjordes via zoom. Spelades in och transkriberades. Analys: Induktiv, tematisk analys i sex steg. Transkriberingarna fördes in i MAXQDA 2020, vilken kodar och organiserar materialet. Ingen förförståelse redovisas. Muntligt samtycke, etiskt godkänd.</p>	<p>Två huvudteman: Starka reaktioner vid diagnos som hindrar handlingskraft. Individer vill ha uppmuntran och ha en uppföljningsplan.</p> <p>Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks då syftet besvaras, citat finns, adekvat intervjulängd och samtycke finns. Sänks då pilotintervju ej är genomförd. Verifierbarhet: Stärks då analysprocessen är beskriven. Sänks då intervjufrågor ej redovisas. Pålitlighet: Stärks då flera deltagit i analysprocessen. Sänks då förförståelse saknas. Överförbarhet: Stärks då urval och kontext är beskriven samt abstraktionsnivå är medel.</p>
<p>Brackney, D. E.</p> <p>Enhanced self-monitoring blood glucose in non-insulin-requiring Type 2 diabetes: A qualitative study in primary care</p> <p>USA, 2018</p>	<p>Att beskriva personers upplevelse med icke-insulin krävande behandling DM2 i en strukturerad SMBG kontext.</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval. n=11, 4 män, 7 kvinnor, 47–73 år. Inkl.: Nyligen diagnostiserad <2 år, icke-insulin krävande DM2. Kontext: Nydiagnostiserade patienter med DM2 i primärvården i USA Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. Genomfördes under 4 månader (oktober – januari).</p>	<p>Rekrytering ej beskriven. Genomförande: Urvalet resulterade i 3 HbA1C grupper, forskaren bjöd in 15 personer, 5 i respektive grupp. Forskaren intervjuar personerna, detta spelas in och sammanfattades i ett PM. Pilotintervju saknas. Exempel på intervjufrågor redovisas. Intervjulängd saknas. Analys: Kvalitativ innehållsanalys. Insamlade data diskuterades och analyserade med en annan erfaren diabetesforskare. Förförståelsen redovisas. Skriftligt samtycke, studien är etiskt godkänd.</p>	<p>(**) Två huvudteman: Diagnos, livsstilsförändring.</p> <p>Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks syftet besvaras, citat finns, samtycke finns. Sänks då intervjulängd saknas och pilotintervju ej genomförd. Verifierbarhet: Stärks av att exempel på intervjufrågor redovisas. Sänks då analysprocessen inte är tydligt beskriven. Pålitlighet: Stärks då två personer deltagit i analysprocessen, förförståelse redovisas. Överförbarhet: Stärks då urval är beskrivet och abstraktionsnivån är medel. Sänks då en tydlig kontextbeskrivning saknas.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Booth, A. O. et al. Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. England, 2013	Primära syftet var att utforska individernas syn över att vara nyligen diagnostiserad med DM2 i relation till självkontroll kring matintag och fysisk aktivitet. Sekundära syftet var att få fram vårdarnas syn och jämföra detta med patienterna.	(*) Urval: Ändamålsenligt urval n=16, 10 män, 6 kvinnor. m=60,2 år. Inkl: diabetes i <24 månader. Genomfört eller delvist genomfört diabetesutbildning. Kontext: Nydiagnostiserade patienter inskrivna på diabetesmottagning i England Datainsamling: Fokusgrupper	Genomförande: Nyligen diagnostiserade fick möjlighet att delta i diabetesutbildning. De som deltog fick brev hem om inbjudan till studien. Intervjufrågor redovisas i intervjuguide. Intervjuerna genomfördes i fokusgrupper på sjukhuset och varade cirka 60 minuter. Exempel på frågor redovisas. Intervjuerna spelades in. Analys: Inspelningarna transkriberades. Analysprogram NVivo v8 nyttjades. Kodades & kategoriserades. Analysen genomfördes av två författare Förförståelse saknas Skriftligt samtycke, etisk godkänd.	(**) Sex huvudteman: Svårigheter att ändra livslånga vanor. Negativ uppfattning om nya rekommendationer. Hinder i det sociala. Bristande kunskap & förståelse. Bristande motivation. Hinder i att praktiskt genomföra livsstilsförändringar. Citat finns.	Tillförlitlighet: Stärks då syftet besvaras, citat finns, intervjulängd redovisas. Sänks då ingen pilotintervju är genomförd. Verifierbarhet: Stärks då intervjufrågor är redovisade i en intervjuguide samt att analysprocessen är väl beskriven. Pålitlighet: Stärks då två personer deltagit i analysprocessen. Sänks då förförståelse saknas. Överförbarhet: Stärks då kontexten och urval är beskrivet samt abstraktionsnivån är medel.
Gabre, M. et al. 'A little good with the bad': Newly diagnosed type 2 diabetes patients' perspectives on self-care: A phenomenologica l approach Sverige, 2018	Att beskriva upplevelsen av egenvård hos patienter med nydebuterad DM2.	Urval: Ändamålsenligt urval n=8, 5 män, 3 kvinnor, ålder 50–69, m=59 år. Inkl: diagnostiserad med DM2 senaste 2–4 månader. Kunna prata och förstå svenska. Kontext: Patienter från primärvården i Sverige med nydiagnostiserad DM2. Datainsamling: Intervjuer med öppna frågor.	Genomförande: Rekrytering genom primärvården via diabetessjuksköterskan. Om de ville delta skulle författaren kontakta för mer information. Intervjuguide ej beskriven. Intervjulängd: 30–45 min. Data samlades in 2014. Pilotstudie ej genomförd. Analys: Tre stegs analysprocess. Sammantaget, delar, resultatet. Lästes flertalet gånger av flera personer. Förförståelse saknas. Skriftligt samtycke, etisk godkänd.	Fem huvudteman: Förändrad syn på livet. Sökande efter meningsfullhet. Reflektion och vila, Sökande efter framtidshopp. Autonomi. Citat finns.	Tillförlitlighet: Stärks då syftet besvaras, citat redovisas, adekvat intervjulängd. Sänks då pilotstudie ej genomförts. Verifierbarhet: Stärks då analysprocessen är beskriven. Sänks då intervjuguide ej är beskriven. Pålitlighet: Stärks då flera deltog i analysprocessen. Sänks då förförståelse inte redovisas. Överförbarhet: Stärks då kontext och urval är beskrivet. Sänks då abstraktionsnivån är hög.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Gardsten, C. et al.</p> <p>Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study.</p> <p>Sverige, 2018</p>	<p>Att identifiera upplevda utmaningar relaterade till egenvården bland nydiagnostisera de vuxna och de med längre erfarenhet av DM2.</p>	<p>(*) Urval: Ändamålsenligt urval. n=4 2 män, 2 kvinnor, 42–74 år. Diagnos 2–3 år. Inkl: Antal år med diabetes <3 år, från primärvården, förstå och prata svenska. Viljan och intresset att delta. Kontext: Personer med nydebuterad DM2 inom de senaste 3 åren från primärvården. Datainsamling: Fokusgrupp med tre träffar mellan okt-12 och feb-13.</p>	<p>Genomförande: Rekrytering från en vårdcentral. Pilotintervju gjordes. Intervjuguide användes i fokusgruppen, några av frågorna redovisas. En av författarna förde samtalet medan en annan ställde specifika frågor från intervjuguiden. Samtalen spelades in och gruppen träffades tre gånger. Intervjulängd 120 min. Exempel på frågor redovisas, Intervjuguide finns. Analys: Kvalitativ innehållsanalys. Efter varje samtal lyssnades materialet igenom för att utvärdera och se om något ämne skulle tas upp igen vid nästa samtal. Transkribering gjordes och data analyserades genom ett manifest. Resultaten lästes av alla deltagande researchers och kodades individuellt innan diskussion tillsammans gjordes. Förförståelsen diskuterades författarna emellan innan data började samlas in. Informerat samtycke och etiskt godkännande finns.</p>	<p>(**) Tre huvudteman: Förståelse. Utveckla färdigheter & förmågor. Personliga styrkor.</p> <p>Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks då syftet besvaras, citat redovisas, pilotintervju genomförd, sessionerna varade i 120 min, samtycke finns. Verifierbarhet: Stärks då intervjuguide finns bifogad och att analysprocessen är beskriven. Pålitlighet: Stärks då förförståelse diskuteras samt att flera deltog i analysprocessen. Sänks då förförståelse inte redovisas. Överförbarhet: Stärks då kontext och urval är beskrivet. Sänks då abstraktionsnivån är hög.</p>
<p>Gopalan, A. et al.</p> <p>Disclosure of New Type 2 Diabetes Diagnoses to Younger Adults: a Qualitative Study.</p> <p>USA, 2021</p>	<p>Vi undersökte erfarenheter av diagnostisering och initiala reaktioner bland yngre vuxna med nydiagnostiserad typ 2-diabetes.</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval. n=41, 21 män, 20 kvinnor. 21–44 år. m=38,4 år. Inkl: Diagnos innan 45 års ålder samt de senaste två åren. Exkl: Ej engelsktalande, graviditetsdiabetes, diabetes typ 1. Kontext: Yngre vuxna med nydebuterad DM2 från primärvården i Kalifornien. Datainsamling: Sex fokusgrupper som träffades två gånger mellan nov-17 och maj-18.</p>	<p>Genomförande: Rekrytering genom primärvården. Informationsbrev skickades till patienter som diagnostiserats inom två år och var 21–44 år. Vid uteblivet svar blev patienterna uppringda. Fokusgrupper 6–8 per grupp på. Två träffar med två veckors mellanrum. Intervjulängd: 60–90 min/gång. Pilotintervju ej gjord. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjuguide användes. Intervjufrågor redovisas ej. Analys: Deduktiv analys. Preliminära teman diskuterades innan två av författarna var för sig läste intervjuerna två gånger och kodade materialet. Kategorier och subkategorier skapades. NVivo version 11 användes. Förförståelse saknas. Informerat samtycke och etiskt godkännande finns.</p>	<p>Fyra huvudteman: Känsla av förberedelse inför diagnosen. Upplevelse av att snart få besked. Upplevelse av sättet att förmedla budskapet från läkaren. Känsla och rektion efter diagnosbesked.</p> <p>Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks då syfte besvaras, citat och samtycke finns, adekvat intervjulängd. Sänks då pilotintervju ej är genomförd. Verifierbarhet: Stärks då analysprocessen redovisas. Sänks då intervjufrågor inte redovisas. Pålitlighet: Stärks då flera deltog i analysprocessen. Sänks då förförståelse saknas. Överförbarhet: Stärks då kontext och urval beskrivs samt att abstraktionsnivån är medel.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Pikkemaat, M. et al.</p> <p>”I have got diabetes!” – interviews of patients newly diagnosed with type 2 diabetes</p> <p>Sverige, 2019</p>	<p>Att undersökta patienter med nydebuterad DM2s tankar och upplevelser om diagnos.</p>	<p>Urval: Bekvämlighetsurval N=10, 7 män, 3 kvinnor. 49–79 år. Inkl: Nydebuterad DM2 <12 månader, möjlighet att delta i intervju utan hjälp, förstå och prata svenska och ingen kognitiv funktionsnedsättning som kunde påverka möjligheten att delta. Exkl: författarens egna patienter. Kontext: Personer med nydebuterad DM2 <12 månader från primärvården i södra Sverige. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer</p>	<p>Genomförande: En lista gjordes över alla patienter från primärvården, rekryterades av sjuksköterskorna eller författaren. De som var intresserade fick muntlig och skriftlig information och efter skriftligt samtycke fick de datum för intervju. Intervjuerna gjordes på vårdcentralen, kortaste intervjulängd 11 minuter, längsta 45 minuter. Pilotintervju saknas. Intervjuguide redovisas och är bifogad. Analys: Kvalitativ systematisk analys i fyra steg enligt Maltreud. intervjuerna lästes flertalet gånger av flera författar, identifiera koder som blev kategorier och subkategorier. Kategorierna analyserades för att sedan skriva en text som illustrerar resultatet. Förförståelse saknas Etisk godkänd. Samtycke inhämtas.</p>	<p>Tre huvudteman: Reaktioner kring att få diagnosen. Livsstilsändringar Oro för framtiden.</p> <p>Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks då syftet besvaras, citat redovisas, samtycke finns. Sänks då flertalet intervjuer är korta, pilotintervju ej genomförd. Verifierbarhet: Stärks då intervjuguide är beskriven och bifogad samt att analysprocessen beskrivs. Pålitlighet: Stärks då flera deltog i analysprocessen. Sänks då förförståelse saknas. Överförbarhet: Stärks då kontext och urval beskrivs. Abstraktionsnivå: medel.</p>
<p>Sebire, S. J. et al.</p> <p>”I’ve made this my lifestyle now”: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus</p> <p>England, 2018</p>	<p>Att kvalitativt utforska hur personer med nydebuterad DM2 uttrycker och upplever motivationen till livsstilsförändring</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval n=30, 12 män, 18 kvinnor. 40–72 år. Bortfall=1. Inkl: Nydiagnostiserad inom 6 månader. Kontext: Personer med nydebuterad DM2 i England. Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer. En träff fysiskt och en telefonintervju.</p>	<p>Genomförande: Rekrytering via primärvården. Patienterna fick information om studien. De som gav sitt samtycke deltog i studien. Pilotintervju ej genomförd. Intervju vid 6 månader (m=90 min), vid 9 månader (m=15 min) telefonintervju. Intervjuerna spelades in. Intervjufrågor redovisas inte. Analys: Deduktiv innehållsanalys. Programmet NVivo v10 användes för kodning. Tre författare var involverade i analysen oberoende av varandra. Förförståelse ej redovisad. Informerat samtycke och etiskt godkännande finns.</p>	<p>Sex huvudteman: Omotiverad Yttre motivation Inre motivation Identifierad motivation Integrerad motivation Verklig motivation.</p> <p>Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks då syftet besvaras, citat redovisas samt adekvat intervjulängd. Sänks då pilotstudie inte genomförts. Verifierbarhet: Stärks analysprocessen är beskriven. Sänks då intervjufrågor ej finns. Pålitlighet: Stärks då flera deltog i analysen. Sänks då förförståelse inte redovisas. Överförbarhet: Stärks: Kontext och urval är beskrivet, hög abstraktionsnivå.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Wilkinson, E. et al.</p> <p>What´s the worry with diabetes? Learning from the experiences of White European and South Asian people with a new diagnosis of diabetes.</p> <p>England, 2013</p>	<p>Att undersöka diabetesdiagnosen ur patientens perspektiv för att förstå skillnader i tillgång och utveckla kvalitetsvård genom diabetesvården</p>	<p>Urval: Ändamålsenligt urval. n=47 fördelning män/kvinnor saknas. Diagnos <1 år. Inkl: Diagnostiserad mellan 1/1–31/12 2007. >16 år. Kontext: Patienter i primärvården som diagnostiserats med DM2 Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>Rekrytering via allmänläkare i primärvården. Brev skickades till patienter, som uppfyllde inklusionskriterier. Intervju: Pilotintervju ej genomförd. Intervjuguide fanns, ej redovisad. Intervjulängd: 40–60 min. Plats: Patientens hem. På patientens föredragna språk. Intervjuerna spelades in. Analys: Kvalitativ tematisk analys. Transkriberade intervjuer kodades och lästes flera gånger. Nvivo 7 användes. Två av författarna gjorde analysen. Informerat samtycke, etiskt godkänd. Ingen förförståelse redovisas.</p>	<p>Huvudkategorier ej redovisade.</p> <p>Sammanfattning resultat: Reaktionerna på beskedet om diagnos var olika. Chock, ledsamhet pga. påminnelse om släkt och vänner med samma sjukdom, besvikelse, förnekelse, oförmåga att ta in, obryddhet.</p> <p>Citat finns.</p>	<p>Tillförlitlighet: Stärks då syftet besvaras, citat redovisas och samtycke finns. Sänks då ingen pilotintervju är genomförd, könsfördelning i urval redovisas inte.</p> <p>Verifierbarhet: Stärks då analysprocessen är beskriven. Sänks då inga intervjufrågor redovisas.</p> <p>Pålitlighet: Stärks då mer än en person deltog i analysprocessen. Sänks då ingen förförståelse redovisas.</p> <p>Överförbarhet: Stärks då urval och kontext är beskrivna samt att abstraktionsnivån är medel.</p>