



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Hur diabetes typ 2 kan påverka det dagliga livet

En litteraturstudie

Författare: Berit Bengtsson & Johan Nilsson

Handledare: Marie Edwinson Månsson

Kandidatuppsats

Våren 2014

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

Hur diabetes typ 2 kan påverka det dagliga livet

En litteraturstudie

Författare: Berit Bengtsson & Johan Nilsson

Handledare: Marie Edwinson Månsson

Kandidatuppsats

Våren 2014

Abstrakt

Diabetes typ 2 är en sjukdom som ökar i hela världen. År 2013 hade ca 382 miljoner människor i världen diabetes. Diabetes typ 2 har ofta livsstilsrelaterade orsaker. Sjukdomen ställer stora krav på personens levnadsvanor, då diagnosen medför nya rutiner i vardagen. Syftet med litteraturstudien har varit att söka kunskap och förståelse för hur det dagliga livet kan påverkas hos personer med diabetes typ 2. Litteraturstudien är baserad på tio kvalitativa studier som genomgått granskning. Analysen av studierna har baserats på Fribergs femstegsmodell. Artikelgranskningen resulterade i tre huvudteman: 1. Integration av diabetes typ 2 i vardagen, 2. Påverkan av stigmatisering och 3. Hur sociala nätverk och relationer till anhöriga påverkas av diabetes typ 2. Studiens resultat visar att diabetes typ 2 påverkar individens vardag ur ett antal aspekter. Omprioritering av vardagen, stigmatisering och förändrad kosthållning visade sig vara de faktorer med störst inverkan.

Nyckelord

Diabetes typ 2, stigmatisering, dagliga livet, kosthållning, påverkan, sjukdomsupplevelser, integration av sjukdomen, sociala nätverket

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

Innehållsförteckning

Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund.....	2
Fysiologi	2
Patofysiologi	4
Fetma, bukfetma och övervikt	4
Rekommendationer om vård av diabetes typ 2	5
Stigmatisering	6
Perspektiv och utgångspunkter	6
Syfte.....	7
Metod	7
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat.....	11
1. Integration av diabetes typ 2 i vardagen.....	11
1.1 Förändrad kosthållning	11
1.2 Planering av prioriteter	13
1.3 Störd sömn och dess konsekvenser.....	14
1.4 Negativa och positiva konsekvenser av diagnosen	15
1.5 Acceptans underlättar integrationen av sjukdomen	15
2. Påverkan av stigmatisering	16
3. Hur sociala nätverket och relationer till anhöriga påverkas av diabetes typ 2	17
Diskussion.....	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat.....	20
Slutsats och kliniska implikationer	25
Författarnas arbetsfördelning.....	25
Referenser.....	26

Introduktion

Problemområde

Diabetes typ 2 är en sjukdom med livsstilsrelaterade orsaker såsom övervikt och bukfetma som är relaterat till utvecklingen av sjukdomen (Mann et al, 2004). Av alla med diabetes typ 2 är 80 % överviktiga (Quittenbaum, 2007). Cirka 4% av Sveriges befolkning har diabetes, och 85-90% av dessa har diabetes typ 2 (Nationella diabetesregistret, 2011). Det har visat sig möjligt att genom livsstilsförändringar lindra diabetes, vilket innebär att det är möjligt att minska diabeteskomplikationer och symtomen även om sjukdomen i sig är kronisk (Quittenbaum, 2007). Merparten av Sveriges landsting uppgav år 2011 att de hade ett ökat antal individer med diabetes registrerade (Nationella Diabetesregistret, 2011). Medelåldern vid sjukdomsdebuten ligger vanligen över 50 år, men i USA är numera diabetes typ 2 vanligare hos barn än diabetes typ 1 (Mulder, 2008).

Generellt ökar diabetes i hela världen. Enligt International Diabetes Federation (2013) hade 382 miljoner människor i världen diabetes. Fram till 2035 förväntas en enorm ökning där 592 miljoner människor kommer förväntas ha diabetes (International Diabetes Federation, 2013). På grund av strikta rutiner som måste följas samt begränsningar i vardagen uppstår en risk att livskvaliteten påverkas negativt, eftersom livsstilen måste anpassas efter sjukdomen (Johansson & Leksell, 2009). Sjukdomstillståndet ställer stora krav på personens copingförmåga, både emotionellt och fysiskt (Olshansky et al, 2008). Copingförmåga innebär förmågan att kunna hantera uppkomna situationer och handskas med problem och svårigheter på ett adekvat och konstruktivt sätt (Egidius, 2008) och har överlag stor påverkan på hur personen hanterar sjukdomen (Rasmussen, Ward, Jenkins, King & Dunning, 2010). Följsamheten gällande kost och insulinbehandling blir en central del i vardagen för personer med diabetes. Många upplever en viss stigmatisering i samband med sjukdomen. Detta kan leda till förnekelse av sjukdomstillståndet (Lundman, 2012).

Bakgrund

Fysiologi

Enligt Quittenbaum (2007) sker en stor del av kroppens glukosmetabolism i bukspottskörteln, där hormonproducerande celler och nervtrådar påverkar produktionen och insöndringen av

insulin. Signaler från betaceller startar bildningen av proinsulin i bukspottkörteln som sedan splittras till insulinmolekyler och C-peptidmolekyler. Insulinproduktionen regleras av glukoskoncentrationen i blodet, och stimulerar sedan cellernas upptag av näringsämnen i absorptionsfasen. Betacellerna stimuleras när glukoskoncentrationen ligger mellan 5,5 och 17 mmol/liter glukos. En frisk människa har en kontinuerlig insulinproduktion som är låg under fasta. Insulinproduktionen stiger snabbt efter en måltid och bibehåller sedan en långsammare stegring så länge glukoshalten är förhöjd. Glukos är en livsviktig energikälla (a.a.).

Insulinets effekter aktiveras vanligtvis efter intag av föda, då insulinnivåerna i blodet ökar (Krook, 2010). Det är ännu inte helt klarlagt på vilket sätt olika proteiner aktiveras som förmedlar insulinets många olika effekter, men insulin binder till specifika insulinreceptorer på cellens yta. En insulinreceptor utgörs av två alfasubenheter och två betasubenheter. Alfasubenheterna finns på cellytan och är riktade mot det extracellulära rummet medan betasubenheterna löper igenom plasmamembranet och riktar sig mot cellens cytoplasma. Insulin binder sedan till alfasubenheterna varpå receptorn förändrar sin molekylära form så att betasubenheterna kan använda ATP (adenosintrifosfat) för att via en serie händelser initiera en signaleringskaskad som aktiverar insulinets olika effekter (a.a.).

Levern fyller en vital funktion i kolhydratomsättningen, då den tar hand om och bearbetar glukos vid födointag (Quittenbaum, 2007). Levern har också en egen glukosproduktion, för att hålla nivåerna i blodet på en normal nivå. Hjärnan behöver energi från glukos för att kunna fungera, och levern ser till att det finns tillräcklig mängd i blodet. Insulin är ett hormon som är viktigt för en fungerande ämnesomsättning och det allmänna välbefinnandet. Det är kroppens viktigaste uppbyggande hormon och utgör ett skydd mot att kroppens vävnader bryts ner patologiskt. Ett av insulinets viktigaste effekter sker i muskelväv och fettväv, där glukos används som akut energikälla eller omvandlas till glykogen i levern och muskelvävnaden. Insulin krävs för att effektivt och snabbt transportera glukos in i cellerna från blodet, med undantag av centrala nervsystemet som aktivt upphämtar glukos ur blodet utan insulin och därmed förbrukar 25-50% av plasmaglukosen. Syntes av protein och hämning av aminosyror sker också med hjälp av insulin, som på så sätt fyller en livsviktig funktion i uppbyggnaden av kroppens proteiner. Insulin stimulerar därmed kroppens tillväxt och uppbyggnad (a.a.).

Patofysiologi

Enligt WHO karakteriseras diabetes mellitus av ett konstant förhöjt plasmaglukos. Orsaker till diabetes typ 2 är insulinresistens och rubbad insulinsekretion (World Health Organization, 1999). Vid diabetes typ 2 minskar antalet betaceller vilket orsakar en minskning av proinsulinproduktionen och därmed även insulinproduktionen. Insulinresistens utvecklas också, vilket innebär att cellernas känslighet för insulinet minskar och att en större mängd insulin krävs för att uppnå effekt. Det är enligt Quittenbaum (2007) inte fullständigt klarlagt varför insulinresistens uppstår. Vid insulinresistens ökar belastningen på betacellerna att producera större mängder insulin, samtidigt som förmågan till insulinproduktion gradvis sviktar. Betacellernas förmåga att producera insulin kan indirekt mätas genom nivån av C-peptid. För varje insulinmolekyl som frisätts från betacellen, frisätts även en molekyl C-peptid. Ärftlighet är en trolig orsak till insulinresistens, liksom övervikt, fysisk inaktivitet, stress, dåliga matvanor och rökning (a.a.). Zethelius (2009) beskriver även att leverförfettning leder till ökat glukosutsläpp från levern till kroppen. Detta kallas för glukoneogenes. Defekter i cellernas insulinsignalering orsakar insulinresistens i perifera vävnader. Vid fetma är oxideringen av glukos och även glukoslageringen i skelettmuskulaturen nedsatt. Dessutom är halten av fria fettsyror i blodet förhöjd. Detta orsakar en kronisk ökning av dessa syror som leder till att glukostransporten är hämmad samt att förmågan till glukoslagering och oxidering är minskad. Dessa aspekter är av stor vikt vid insulinresistens (a.a.).

Fetma, bukfetma och övervikt

Som nämnts tidigare är övervikt, fetma och bukfetma riskfaktorer för att utveckla diabetes typ 2 (Mann et al, 2004; Quittenbaum, 2007). Dessa är tillstånd som bör uppmärksammas då de är relaterade till ökad risk för utveckling av komplikationer som ateroskleros.

Diabetesbehandlingen blir svårare att genomföra och behandlingsmålen blir svårare att uppnå om komplikationer förekommer. Komplikationer försämrar även prognosen av sjukdomen överlag (Ericson & Ericson, 2012). Fetma ligger till grund för insulinresistens hos personer med diabetes typ 2, men viktnedgång om 5-10 % har visat goda effekter på glukoskontrollen. Enligt aktuella rekommendationer har läkemedel god effekt på övervikt. Tillgängliga läkemedel verkar genom att hämma effekten av fettnedbrytande enzymer i tarmen, vilket leder till diarré vid intag av fett (a.a.). Diagnoserna fetma och övervikt fastställs med hjälp av BMI (body mass index), som visar relationen mellan kroppsmassan i kilogram delad med

längden i meter i kvadrat (kg/m²). Ett normalt BMI anses vara 20-25. Ett BMI på 25-30 definieras som övervikt och ett BMI över 30 definieras som fetma (Zethelius, 2009).

Rekommendationer om vård av diabetes typ 2

Socialstyrelsens rekommendationer för vård av personer med diabetes typ 2 (2010) är hämtade ur nationella riktlinjer och beskriver vilken vård hälso- och sjukvården bör erbjuda individer med diabetes typ 2. Riktlinjerna är dock inte bindande, utan ska ses som starka rekommendationer om vilken vård som bör erbjudas. Bland annat bör hälso- sjukvården ge individen råd om hur förändrade levnadsvanor, exempelvis kost- och motionsvanor, förbättrar hälsan. Hälso- och sjukvården bör också vid behov ge råd och stöd för ökad fysisk aktivitet och rökstopp, och även erbjuda personer med diabetes hjälp med att sänka blodtrycket och uppnå optimala kolesterolhalter för att minska risken för hjärt-kärlsjukdom. Vidare betonas det i Socialstyrelsens rekommendationer för vård av personer med diabetes typ 2 att grunden i behandlingen är bra levnadsvanor och att fysisk aktivitet, sund kost och rökstopp är viktiga komponenter i egenvården (Socialstyrelsen, 2010).

I rapporten från kommissionen till Europaparlamentet och rådet om livsmedel för personer med störd kolhydratomsättning (diabetes) sammanfattas kostrekommendationer för personer med diabetes. Riktlinjerna gällande kosthållningen skiljer sig i allmänhet inte från den kost som rekommenderas för den övriga allmänheten, men det betonas att kostens balans är viktig och att personer med diabetes bör ha en god planering gällande sina måltider, så att förändringar i blodsockerhalten minimeras. Livsmedel rika på kolhydrater bör utgöra större delen av kosten. Särskilt rekommenderas livsmedel med mycket kostfibrer eller ett lågt glykemiskt index, så som pasta, baljväxter och fullkornsspannmål. Fetthalten i kosten bör inte överskrida 35 energiprocent, där enkelomättade fettsyror (exempelvis oliv- och rapsolja) utgör 10-20 % av energiinnehållet. Mättade fettsyror och fleromättade fettsyror bör vardera stå för mindre än 10%. Följande kostråd rekommenderas: Sträva efter en varierad kost. Grunda måltiderna på stärkelsesrika livsmedel som potatis, fullkorn, bröd, rotfrukter och grönsaker. Ät minst fem portioner om dagen av frukt och grönsaker. Kött, fisk och mejeriprodukter bör ätas med måtta. Intaget av alkohol och fet – eller sockerrik mat bör vara begränsat (Europeiska gemenskapernas kommission, 2008).

Stigmatisering

Enligt Nationalencyklopedin är stigmatisering en term inom samhällsvetenskaperna för social stämpling. I Nationalencyklopedin beskrivs även att det finns en socialpsykologisk teori bakom stigmatisering som behandlar sambandet mellan avvikande beteende från en person och hur det omgivande samhället reagerar på detta beteende. Enligt denna teori orsakas en fortsatt utveckling mot en avvikande identitet av samhällets etablerade stämpling eller stigmatisering av personen med det avvikande beteendet (a.a.). I en studie av Browne, Ventura, Mosley och Speight (2013) framkom att 60% av studiens 25 deltagare kände sig stigmatiserade över att ha diabetes typ 2. Stigmatiseringen visade sig komma från individen med diabetes, eller från samhället. Deltagarna i studien upplevde att de blev associerade med en negativ stereotyp, men även att de blev diskriminerade och förbehållna vissa möjligheter. Detta var kopplat till känslor av skuld och skam som också uppkom då stigmatisering ofta var relaterat till övervikt. Källor till stigmatisering var media, sjukvårdspersonal, familj, och vänner (a.a). Att bli stigmatiserad kunde påverka individens psykologiska hälsa, arbetslivet, hushållet och livskvaliteten överlag (Link & Phelan, 2001). Myers & Rosen (1999) konstaterade att stigma i samband med övervikt bidrog till försämrad självkänsla och depression. Reklam på tv och tidningar förmedlade att den smala kroppen var idealet att sträva efter, och detta bidrog till stigmatiserande uppfattningar om större kroppsstorlekar även hos personer med diabetes (Greenberg et al., 2003). Diabetes typ 2 är dock inte nödvändigtvis en synlig sjukdom som visar sig i form av övervikt. Den dagliga egenvården av individen med diabetes (insulinintag, mätning av plasmaglukos, etc.) kunde väcka misstänksamhet hos andra och leda till negativa konsekvenser som stigmatisering (Browne et al., 2013).

Perspektiv och utgångspunkter

Orems omvårdnadsteorier har haft stort inflytande inom omvårdnadsarbetet (Hartweg, 1991). I enlighet med Orems humanistiska människosyn anser Ternestedt och Norberg (2009) att människan bör betraktas som ett subjekt, dvs en aktiv varelse med hög grad av frihet, värdighet och autonomi. Enligt Orems teori om egenvård bör huvudmålet vid behandling av diabetespatienter vara att utbilda patienten att själv kunna hantera sin sjukdom i det dagliga livet (Van Dam, van der Horst, van den Borne, Ryckman & Crebolder, 2003) och att patienten själv ska kunna ta ansvar för egenvården (Olshansky et al, 2008). Det kännetecknar människan att individen ansvarar för sitt eget välbefinnande och sin hälsa. Enligt Orem innebär egenvård att på eget initiativ ta hand om sig själv och andra i sin närhet som saknar

oberoende. Orem anser det essentiellt att sjuksköterskan måste ha kunskap om egenvård och förståelse för att människan ska stå i fokus för sina egna handlingar och representera sjuksköterskans handlingar (Denyes, Orem & Bekel, 2001). Orem formulerade teorin om egenvårdsbrist med utgångspunkten att brist på egenvård kan uppstå vid bristande kunskap eller bristande förmåga. Vid sjukdom kan egenvården komma i obalans och visa sig vara otillräcklig mot vad som fungerade innan sjukdomsdebuten. Det är då personen har ett omvårdnadsbehov, med fokus på att återvinna oberoendet så fort som möjligt. Sjuksköterskan kan kompensera för patientens bristande egenvårdsförmåga genom att bidra med kunskap, kraft och vilja att återställa en god hälsa (Orem, 2001).

Diabetes har stor inverkan på människors liv, och innefattar många aspekter som inte är helt uppenbara för den som inte är insatt (Rasmussen et al, 2010). Därför behövs mer kunskap kring den påverkan och de hinder som uppstår i det dagliga livet hos de som lever med diabetes. Genom att uppmärksamma hälsoproblem relaterade till diabetes kan uppkomsten av komplikationer i större utsträckning förebyggas. Diabetes är en av de snabbast växande sjukdomarna i världen (Nationella diabetesregistret, 2011), som i sig kan bli ett omvårdnadsproblem, då sjukvården belastas av den kraftigt ökade förekomsten (Sandberg, 2012). Genom att öka kunskapen och förståelsen för vad sjukdomen innebär kan omvårdnaden av personer med diabetes förbättras. Författarna anser att det är viktigt att sjuksköterskan kan tänka sig in i patientens situation för att leda denne på rätt spår. För sjuksköterskor innebär detta att kunna förbättra samarbetet med personer med diabetes och därmed undvika många svårigheter som sjukdomen medför.

Syfte

Syftet med studien var att söka kunskap och förståelse för hur det dagliga livet kan påverkas hos personer med diabetes typ 2.

Metod

För att genomföra litteraturstudien inhämtades kunskap och fakta genom vetenskapliga artiklar. De artiklar som inkluderats i resultatet har markerats med en asterisk i referenslistan. Uppläggningsmetoden har skett enligt Fribergs mall för kunskapssammanställning (2006): 1. Identifiera sökord, 2. Gör systematiska och osystematiska sökningar, 3. Gör en första

gallring av hittade källor, 4. Gör en sammanställning av relevanta källor, 5. Granska de funna studierna en efter en, 6. Rangordna de bevis som hittats, och 7. Tolka och sammanställ de bevis källorna gav. Författarna valde att använda punkt 6 i resultatdelen i ett senare skede.

Urval

Inklusionskriterier för studien innefattar individer som är 18 år och äldre. Diabetes typ 2 debuterar generellt efter medelåldern, men siffror visar att debutåldern sjunker (Mokadad et al., 2001), därför valde författarna en åldersgräns på 18 år. Patienter yngre än så exkluderades, då merparten av dessa individer med diabetes diagnostiseras med typ 1 (Quittenbaum, 2007). Vetenskapliga artiklar äldre än från 2004 har valts bort då författarna har strävat efter att använda de senaste forskningsresultaten till litteraturstudien.

För datainsamlingen har CINAHL, PubMed, PsycINFO och ScienceDirect använts, databaser som ansågs lämpliga för litteraturstudiens syfte. I PubMed användes MeSH-termer. MeSH-termer (Medical Subject Headings) är kontrollerade medicinska ämnesord som används för att söka vetenskapliga artiklar i olika databaser. I övriga databaser användes samma, eller liknande termer. I vissa fall krävdes en fritextsökning, då vissa sökord inte fanns som MeSH-termer. I *tabell 1* presenteras en sammanställning av samtliga sökningar.

Följande MeSH-termer användes: Diabetes typ 2: Diabetes Mellitus, Type 2. Livskvalitet: Quality of life. Livsstil: Life style. Coping: Adaptation, psychological. Egenvård: Disease management.

Termer i fritext: Påverkan: Impact. Upplevelser: Experiences. Förändring, Anpassning: Change. Dagligt liv: Daily life. Svårigheter: difficulties.

Olika termer kombinerades för att lokalisera studier som relaterade till studiens syfte. För att kombinera sökorden och söktermer med varandra användes termerna AND och NOT.

Datainsamling

Tabell 1: Sökschema

Databas/ Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstakt	Lästa studier	Valda studier
PubMed 26/2	((“Diabetes Mellitus, Type 2”[Mesh]) AND “Quality of Life”[Mesh]) AND “Adaptation, Psychological”[Mesh]	26	7	6	1
PubMed 26/2	Type 2 diabetes AND daily life AND experience NOT adolescent	23	4	1	0
Cinahl 26/2	Diabetes Mellitus Type 2 AND Quality of Life AND Coping	15	1	1	0
Cinahl 26/2	Diabetes Mellitus, Type 2 AND Change of lifestyle AND experiences	4	2	1	1
Cinahl 27/2	Diabetes Mellitus, Type 2 AND adaptationa, psychological	42	10	4	0
Cinahl 27/2	Diabetes mellitus type 2 AND management difficulties	8	2	2	2
Cinahl 26/2	Type 2 diabetes AND quality of life AND experience	33	5	3	0
PsycINFO, 25/2	Type 2 diabetes AND effects AND daily NOT adolescent	103	1	1	0
PsycINFO, 25/2	Type 2 diabetes AND effects AND daily NOT adolescent	35	2	2	1
Science Direct, 26/2	Type 2 diabetes AND experience	2561	7	1	0
Total		2850	41	16	5

Dataanalys

Initialt lokaliserades 16 studier. Efter en första granskning exkluderades sex av dessa då de inte ansågs uppfylla kriterierna för att ingå i litteraturstudien, dvs. studierna låg utanför tidsavgränsningen eller stämde inte överens med litteraturstudiens syfte. Artikelsökningen via

databaserna resulterade i fem studier som ansågs lämpliga för litteraturstudien. Ytterligare fem studier lokaliserades genom sekundärsökning via referenslistorna från de lästa och valda artiklarna. Sökningen via databaserna och sekundärsökningen resulterade i tio artiklar som granskades enligt Willman, Stoltz, och Bahtsevanis (2011) protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier. Protokollet bestod av 14 frågor med svarsalternativen “ja”, “nej”, eller “vet ej”. “Ja” gav ett poäng, “nej” gav noll poäng, och frågor som besvarades med “vet ej” räknades bort ur den maximala poängsumman som var 14 poäng. För att få fram en gradering baserat på en procentsats räknade vi enligt följande formel: $(\text{Poängsumma} / \text{Maxpoäng}) \times 100 = \%$.

Studier med gradering 100 % ansågs vara av mycket hög kvalitet. Kvaliteten av studierna delades in i tre grupper där studier med gradering 80-100 % ansågs vara av hög kvalitet, och studier med gradering 70-79 % ansågs vara av medelhög kvalitet. De studier med gradering 60-69 % ansågs vara av låg kvalitet. Granskningen av de tio studierna resulterade i åtta studier av hög kvalitet och två studier av medelhög kvalitet. Ingen av studierna var av låg kvalitet.

Analys av studierna har skett enligt Fribergs (2012) fem steg. I **steg 1** lästes den valda litteraturen flera gånger för att få en överblick om vad studien handlade om. Fokus låg på resultatdelen och de teman som rymdes där. Studierna kan vara uppbyggda på olika sätt och ska därför läsas med öppenhet och med följsamhet till helheten. I **steg 2** identifierades nyckelfyndnen i resultatdelen av studien. Teman, subteman och citat markerades. I **steg 3** sammanställdes resultaten av studierna. Överblick gavs då genom analys av materialet. I **steg 4** jämfördes de olika studiernas resultat med varandra, för att hitta likheter och skillnader och skapa nya teman till litteraturstudiens resultat. I **steg 5** formulerades en beskrivning av de nya teman som framkom (a.a.).

För att belysa hur typ 2 diabetes påverkar livet har en induktiv ansats valts för analysen av datan. En induktiv ansats lämpar sig för studier med kvalitativ metod då syftet är att förutsättningslöst undersöka uppfattningar, erfarenheter, behov, värderingar och önskemål, med mål att via ett humanvetenskapligt perspektiv nå förståelse och skapa kunskap. (Willman, 2011).

Forskningsetiska avvägningar

Sex av studierna som analyserats är godkända av etiska kommittéer enligt respektive etiska riktlinjer, exempelvis enligt riktlinjerna utformade av Polit & Beck (2006). Resterande fyra studier är godkända av varierande instanser, exempelvis "Institutional Review Board" (Brod et al, 2013). Etiska principer finns för att skydda deltagarna i studier. Polit och Beck (2013) betonar att både forskarna och deltagarna av en studie ska kunna ha nytta av studien. För att kunna skydda deltagarna av studien ska dessa inte utsättas för skada eller obehag. Detta gäller fysisk som psykisk och finansiell skada och obehag. Deltagarna av studien ska inte utnyttjas eller exponeras för myndigheter. Individen är självbestämmande och kan själv ta beslut om deltagandet i studien. Deltagaren i studien har rätt att ställa frågor om studien och neka till att ge information (a.a.). I fyra av studierna redovisas ett etiskt resonemang, där man mer ingående redogjort för forskningsetiska avvägningar, som bland annat resulterat i att stötta individen med diabetes under tiden för intervjun då det kan vara känslösamt för personen att berätta om sina upplevelser om att leva med diabetes.

Resultat

Efter att författarna analyserat studierna och undersökt ur vilka aspekter en individ med diabetes typ 2 påverkas mest, formades tre huvudteman: 1. *Integration av diabetes typ 2 i vardagen*, 2. *Påverkan av stigmatisering*, och 3. *Hur sociala nätverket och relationer till anhöriga påverkas av diabetes typ 2*.

Integration av diabetes typ 2 i vardagen

I följande huvudtema inbegrips fem subteman; 1.1. *Förändrad kosthållning*, 1.2. *Planering av prioriteter*, 1.3. *Störd sömn och dess konsekvenser*, 1.4. *Positiva och negativa konsekvenser av diagnosen*, och 1.5. *Acceptans underlättar integration av sjukdomen*.

1.1. Förändrad kosthållning

Förändringar i individens vardag bestod till stor del av förändrade kostvanor, där restriktioner i kosthållningen uppkom och vissa typer av mat inte längre gick att konsumera obehindrat. Detta konstaterades i sex studier. En av dessa var studien av Mathew, Gucciardi, De Melo och Barata (2012). Med fokusgrupper och individuella intervjuer med 35 deltagare var syftet att bättre förstå skillnader i egenvården av diabetes, särskilt hinder och utmaningar hos män och kvinnor som

lever med typ 2 diabetes (a. a.). I Studien av Beverly, Miller och Wray (2008) har 30 par deltagit där en eller båda makarna har typ 2 diabetes. Även i den studien konstaterades svårigheter i omställningen av kostvanor. Studien var kvalitativ och syftade till att undersöka hur aspekter av långvariga parförhållanden ledde till beteendeförändringar, som kunde påverka följsamheten till en hälsosam kosthållning (a. a.). Hörnsten, Sandström och Lundman (2004) hade i sin studie syftet att beskriva sjukdomsupplevelser hos personer med typ 2 diabetes i Sverige. Studien var kvalitativ och intervjubaserad och omfattade 44 deltagare. Där framkom att personer som redan innan diagnosen hade en hälsosam livsstil, inte besvärades nämnvärt av att leva med diabetes typ 2, medan individer som inte gillade hälsosam mat och att motionera, betraktade sjukdomen som något som måste uthärdas och som inte gick att bli av med (a. a.).

Olshansky et al. (2008), som undersökte uppfattningar hos personer med diabetes och deras upplevelser av att leva med och hantera sin diabetes, kom fram till att förändrad kosthållning var en av flera betydande livsstilsförändringar diagnosen medförde. Studien hade en kvalitativ ansats, där 39 deltagare intervjuades (a. a.). En kvalitativ studie av Johanson, Ekebergh och Dahlberg (2008) hade som syfte att utveckla kunskap från ett patientperspektiv om att insjukna i diabetes. Sju personer deltog där man samlade in data via nedskrivna berättelser av deltagarna. Även denna studie nämnde svårigheter relaterat till matvanor som medförde att vissa typer av mat inte längre gick att konsumera obehindrat (a. a.). Lin, Anderson, Hagerty, och Lee (2006) hade ett liknande resonemang och strävade efter att i sin kvalitativa studie skapa förståelse och dokumentera olika perspektiv kring deltagarnas copingförmåga och strategier inom egenvården av sin kroniska sjukdom. Studien innefattade 41 taiwanesiska deltagare och fokusgrupper användes (a. a.). Deltagarna i dessa studier uppgav att förändring av matvanor var bland de svåraste och mest negativa livsstilsförändringarna.

En del individer upplevde svårigheter att avstå ifrån en viss sorts mat, särskilt sötsaker och det man brukade äta (Mathew et al., 2012; Beverly et al., 2008; Lin et al., 2008; Olshansky et al., 2008). Detta konstateras även i studien av Kneck, Klang och Fagerberg (2010), som med hjälp av 13 deltagare i sin kvalitativa intervjustudie ville uppnå förståelse för upplevelser av hur det är att lära sig leva med typ 2 diabetes de två första månaderna efter diagnostiseringstillfället. Att behöva avstå ifrån en viss sorts mat bidrog till att deltagarna i studien av Mathew et al. (2012) ibland gjorde avsteg från dieten. Kvinnor ansåg sig fuska vid avstegen från dieten, medan männen använde ett mer neutralt språk om dessa tillfällen. För att uppnå kontroll över sin kosthållning valde kvinnor därför främst att avstå helt ifrån en viss sorts mat, hellre än att skära ner på den (Mathew et al., 2012). Lin et al. (2008) konstaterade att betydelsen av den rekommenderade

kosten var känd och att man visste att rätt kost kunde minska risken för diabeteskomplikationer. Ändå var det svårt att ändra på matvanorna (a. a.). Att behöva avstå ifrån en viss sorts kost beskrevs i vissa fall som outhärdligt vilket ledde till att deltagare kämpade med att kontrollera sin diet:

“I like noodles very much, but I can only have rice due to the disease. It’s killing me. It seems that control over blood sugar is impossible...” (Lin et al., 2008. s. 38).

Förändringarna i matvanorna upplevdes i vissa fall som negativa begränsningar i vardagen som i sin tur väckte känslor av bedrövelse hos deltagarna (Olshansky et al., 2008; Mathew et al., 2012). En deltagare i studien av Olshansky et al. (2008) uppgav att det var en känsla som uppkom främst vid sociala middagar där deltagaren på grund av sin diabetes var tvungen att ta hänsyn till kosten medan andra vid bordet inte hade denna börda (a. a.). Deltagarna uppmärksammades på sina begränsningar genom att familjen eller anhöriga reagerade negativt på personens avsteg från den rekommenderade kosten (Olshansky et al., 2008; Mathew et al., 2012; Beverly et al., 2008). Detta ledde till att en deltagare i en studie gömde mat som ansågs onyttig i huset, för att undvika negativa reaktioner från sin partner angående matintaget (Beverly et al., 2008). I studien av Mathew et al. (2012) uttryckte en deltagare att familjen inte tillät avsteg från kosthållningen och att de hotade med att lämna deltagaren om hon inte kontrollerade sitt matintag (a. a.).

Diabetes visade sig att även ha positiva aspekter i det dagliga livet, där en del individer betraktade sin diabetes som en möjlighet att förändra sina omåttliga matvanor och istället förbättra livsstilen. Detta presenterades i studierna av Hörnsten et al. (2004) och Olshansky et al. (2008), och i en kvalitativ studie av Yamakawa och Makimoto (2008) där bestående positiva upplevelser hos människor med typ 2 diabetes undersöktes. Intervjuer genomfördes med sammanlagt 17 deltagare. Diagnosen sågs i denna studie som ett tillfälle att skapa mer regelbundna matvanor på arbetsplatsen, som ledde till att individen kände sig mindre trött. En annan deltagare beskrev hur hon blivit mer medveten om vilken sorts mat som var lämplig, och att hon börjat njuta av måltiderna (a. a.). Initialt upplevde deltagare i studien att de levde hälsosammare till följd av förändrade matvanor (Olshansky et al., 2008).

1.2. Planering av prioriteter

Integrering av diabetes i vardagen ledde till att sjukdomen tog över en stor del av dagen. Vissa dagar medförde detta att skötseln av sjukdomen hamnade i obalans, då individen var

tvungen att prioritera arbetet, familjen, och vardagliga aktiviteter före sin diabetes (Beverly et al., 2008). Detta framkom även i studien av Kneck et al. (2010), där det togs upp att stressen ökade hos individer med diabetes:

“I’m more sensitive to stress than I was before... feeling I have so much more than just sampling and injections to think about.” (Kneck et al., 2010. s. 560)

I studien av Johansson et al. (2009) nämndes att diabetes medförde begränsad självständighet då det blev svårare för individen att utföra spontana aktiviteter (a.a.). Sjukdomen innebar att individen behövde mer tid för planering och förberedning. Dagliga aktiviteter och större projekt som utlandsresor krävde mer uppmärksamhet än innan diagnosen (Kneck et al., 2010).

1.3. Störd sömn och dess konsekvenser

Icke-allvarliga nattliga hypoglykemiska händelser (IANHH) som drabbade individer med diabetes visade sig ha stor påverkan på det dagliga livet, särskilt gällande funktion och välbefinnande. Detta visades i en kvalitativ studie av Brod, Pohlman, Wolden, och Christensen (2013) där syftet var att bättre förstå IANHH så som individer faktiskt upplevde dem i sina dagliga liv, och dess inverkan på funktion och välbefinnande. Studien hade en kvalitativ ansats och inkluderade totalt 78 deltagare med typ 1 och typ 2 diabetes (a. a.). Symtomen i samband med IANHH varierade och beskrevs som allt från otrevliga till traumatiska, och inkluderade svettningar, ångest, panik, skakningar, förvirring, desorientering, yrsel, hjärklappning, huvudvärk, och svårigheter med talet. Det förekom att IANHH lämnade en individ dränerad i en dag eller två och att det sedan var mycket svårt att komma tillbaka till det normala livet efteråt. Vidare orsakade IANHH störd sömn och psykologiska effekter av fluktuerande blodsocker, vilket ledde till många besvärligheter dagen efter. Trötthet på jobbet var vanligt förekommande och beskrevs som en dålig bakfylla, där individen räknade ner timmarna till att få gå hem. Många behövde ta små tupplurer för att klara dagen efter. Trötthet och irritabilitet var vanligt förekommande, liksom svårigheter att ta sig samman och koncentrera sig (a.a.).

1.4. Negativa och positiva konsekvenser av diagnosen

Rädsla för döden påvisades hos personer med diabetes. Särskilt individer vars föräldrar avlidit i diabetes uttryckte rädsla för att själva avlida i sjukdomen (Olshansky et al., 2008; Mathew et al., 2012; Lin et al., 2008). Rädslan för sjukdomen var ibland så stor att självmordstankar kunde uppstå kort efter diagnostiseringstillfället. Detta framkom i studien av Handley, Pullon och Gifford (2010) som syftade till att skapa förståelse för hur vuxna med diabetes typ 2 upplever vardagen, specifikt processen av förmågan att hantera egenvården. Studien var kvalitativ och inkluderade intervjuer med nio deltagare (a. a.). En överhängande rädsla för diabetesrelaterade komplikationer var vanligt förekommande (Olshansky et al., 2008; Lin et al., 2008). Strävan efter kunskap om sjukdomen och en god egenvård var viktigt för att komma över egna rädslor relaterade till sjukdomen (Mathew et al., 2012).

Förbättrad livsstil tack vare god egenvård av sin diabetes och regelbundna kontakter med sjukvården ansågs av en del individer kunna upptäcka andra svåra sjukdomar i tid, och man fann därmed en trygghet i sin diagnos (Yamakawa & Makimoto, 2008). Behandlingen av sjukdomen kunde i början upplevas som skrämmande, men då effekten av insulininjektionerna blev märkbar och kroppen började fungera igen, kompenserade det för en del av obehaget (Johansson et al., 2009). I Mathew et al. (2012) beskrevs rädsla och ångest relaterat till övervakning, nålstick och bördan av regelbundna tester. En kvinnlig deltagare uttryckte att hon var rädd för nålar, men att hon hade lärt sig överkomma sina rädslor.

1.5. Acceptans underlättar integrationen av sjukdomen

Hörnsten et al. (2004) visade att acceptans av sin diabetes var ett sätt för individen att integrera sjukdomen i sitt liv. Genom att betrakta diagnosen ur ett livsperspektiv uppnåddes en känsla av jämnmod, där man insåg att det gick att leva gott trots sin diabetes (a.a.). Att acceptera sjukdomen var också ett sätt att upprätthålla en känsla av kontroll över sin situation och orka kämpa vidare, vilket presenterades i studien av Handley et al. (2010). I studien av Johansson et al. (2009) uttryckte man en känsla av att det inte var så mycket att göra åt situationen, eftersom det inte gick att bli av med sjukdomen fanns det inte annat att göra än att acceptera sjukdomen och lära sig leva med den. För att lättare acceptera den egna situationen riktades tankarna till de som hade det sämre och som led mer av diagnosen (Johansson et al., 2009; Hörnsten et al., 2004). Att bli diagnostiserad med diabetes sågs delvis som en vändpunkt i livet där möjlighet gavs att ändra sina vanor (Hörnsten et al., 2004; Yamakawa &

Makimoto, 2008; Kneck et al., 2010). Tillfället beskrevs som en väckarklocka där individen ändrade i princip alla sina vanor, och det kändes positivt (Kneck et al., 2010). Hörnsten et al. (2004) visade i sin studie att diagnosen upplevdes som en händelse med positiva konsekvenser då den medförde ett hälsosammare liv. I studien av Yamakawa & Makimoto (2008) uttrycktes specifikt att diagnosen var ett bra tillfälle att förbättra den egna livsstilen.

Påverkan av stigmatisering

Stigmatisering och rädsla för stigmatisering framkom i ett antal av studierna. Det påvisades i tre studier att diagnosen medförde att man kände sig annorlunda ifrån andra (Mathew et al., 2012; Olshansky et al., 2008; Johansson et al., 2009). Detta visade sig på olika sätt. Mathew et al. (2012) påvisade att deltagarna uppfattade diabetes som en fruktansvärd sjukdom som gav dem känslan av att vara annorlunda ifrån friska människor. I studien av Olshansky et al. (2008) uttryckte deltagarna att livsstillsförändringarna som var nödvändiga för egenvården av sjukdomen bidrog till att man kände sig annorlunda och isolerad från samhället. Deltagarna i studien av Johansson et al. (2009) upplevde att de blev behandlade annorlunda av omgivningen, då de behövde injicera insulin. Deltagarna kände sig även annorlunda då släktingar och vänner kunde bli oroliga och visa mer omsorg än vad de brukade göra innan sjukdomsdebuten (a.a.).

Okunskap och fördomar om diabetes var vanligt förekommande och kom från omgivningen eller personen med diabetes, och kunde leda till en felaktig uppfattning av sjukdomen (Lin et al., 2008). Fördomar och okunskap kunde leda till en känsla av stigmatisering, och den egna sjukdomen sågs som ett straff till följd av en dålig livsstil (Hörnsten et al., 2004). Individen ansåg själv att det var en fördom som egentligen inte stämde, men som ändå fanns där. Vissa individer uppfattade oro och misstänksamhet från omgivningen, och upplevde det som kränkande (a.a.). Misstänksamheten gällde orsaker till uppkomsten av sjukdomen (Johansson et al., 2009). En fördom visade sig vara att diabetes var en sjukdom som rika personer tillfogade sig till följd av en överkonsumerande livstil. Omgivningen uppfattade i vissa fall diabetes som en smittsam sjukdom (Lin et al., 2008). Detta bidrog till ökad stigmatisering och ökad rädsla för stigmatisering vilket ledde till att diagnosen doldes (Mathew et al., 2012; Lin et al., 2008). Särskilt män upplevde ofta skamkänslor och uttryckte rädsla och oro för omgivningens reaktioner, och dölde därför ofta diagnosen i sociala sammanhang, och ibland även för familj och vänner (Mathew et al., 2012).

Ofta undvek man att berätta för andra om sin diabetes av rädsla för att omgivningens attityder skulle leda till stigmatisering, och diagnosen doldes från andra som en strategi för att undvika detta. En annan strategi var att vara öppen med sin diagnos och berätta för omgivningen, för att på så vis bidra till en ökad kunskap och minskad stigmatisering (Lin et al., 2008). I studien av Olshansky et al. (2008) beskrevs hur individer med diabetes kände sig annorlunda ifrån omgivningen vid sjukdomsdebuten, och därför försökte påskynda processen att anpassa sig till sin nya livsstil. Vissa kände sig fortfarande annorlunda, dessa stod dock ut med den känslan och kunde istället se fördelarna med kravet på en nyttigare livsstil som sjukdomen medförde (a.a.).

Hur sociala nätverket och relationer till anhöriga påverkas av diabetes typ 2

Copingförmågan vad gällde diabetes ansågs inom långvariga förhållanden vara något som förstärktes eller begränsades beroende på vilket stöd man fick av sin respektive.

“When we found out, my husband and I both said, ‘Well, we are going to have to work at this together. So from the very beginning I did not feel alone and scared, because I knew I had the support of my husband.’ ” (Beverly et al., 2008. s. 715)

Individer med diabetes upplevde stöd från omgivningen i olika omfattning beroende på varierande omständigheter (Mathew et al., 2012; Beverly et al., 2008; Yamakawa & Makimoto, 2008; Brod et al., 2013). Stöd kunde innebära att partnern, oftast kvinnan i hushållet, ansvarade för matlagningen och anpassade kosten efter de krav diagnosen medförde. En del av deltagarna upplevde detta som positivt och hjälpsamt (Mathew et al., 2012; Beverly et al., 2008). Det upplevdes även som positivt att handla mat och att läsa innehållsförteckningen tillsammans för att resonera över vilken mat som var lämplig. Frustration uppstod när individen med diabetes upplevde att partnern kontrollerade dieten för mycket vilket kunde leda till konflikter. Individen med diabetes kunde även uppleva partners stöd som kritik (Beverly et al., 2008). Liknande upplevelser beskrevs i studien av Mathew et al. (2012), där deltagarna uppfattade partners och vänners kontroll över kosten som tjat. Kvinnor upplevde generellt mindre stöd från familjen än män och såg en utmaning i att integrera en ny livsstil utan att den skulle behöva påverka resten av familjen (Mathew et al., 2012). En del av de deltagande kvinnorna i studien av Mathew et al. (2012) och Lin et al.

(2008) inkluderade hela familjen i de nya matvanorna, medan andra kvinnor i studien av Beverly et al. (2008) lagade sin egen mat separat men åt ändå tillsammans med partnern eller familjen (a. a.).

Studien av Beverly et al. (2008) visade att många par där en eller båda makarna hade diabetes ansåg att kommunikationen i förhållandet var viktig när någon blev diagnostiserad med diabetes. De par som pratade med varandra om sin diabetes visade sig ha ett större stöd av varandra och mindre svårigheter med följsamhet till kosten. Särskilt framkom det att diagnosen öppnade upp för samtal om varandras hälsa inom förhållandet, och att hälsa förmodligen var ett större samtalsämne mellan dem än det var innan diagnosen (a.a.). Även Yamakawa och Makimoto (2008) visade i sin studie att diagnostisering av diabetes öppnade upp för samtal inom relationer. Diagnosen sågs som ett tillfälle att förbättra relationerna till familj och vänner, vilket ledde till en känsla av tillfredsställelse och fullbordande. Förbättrade relationer inom familjen visade sig bidra till att individen med diabetes kunde tillgodose positiva aspekter av sjukdomen (a.a.). Diagnosen kunde ses som en möjlighet att utöka individens sociala nätverk. Ett utökat socialt nätverk underlättade livsstilsförändringar, gav individen stöd utanför familjen, och var en möjlighet att utbyta erfarenheter med andra (a.a.). Brod et al. (2013) visade i sin studie att IANHH som individen vaknade av kunde resultera i ökat stöd från partnern. En del individer upplevde dock att IANHH påverkade familjelivet negativt. Detta visade sig i form av att individen väckte partnern vid IANHH och orsakade oro hos partnern. Det förekom även att individer med IANHH bidrog till en dålig stämning inom familjen vilket orsakades av individens trötthet efter en IANHH (a.a.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Förväntningarna på att hitta forskningslitteratur som skulle kunna svara på litteraturstudiens syfte att belysa hur diabetes typ 2 kan påverka det dagliga livet var stora. Under arbetet med datainsamlingen upplevdes en del svårigheter med att hitta vetenskapliga studier via databaserna. Olika Mesh- och fritexttermer användes i olika kombinationer, för att hitta material relevant för studiens syfte. De studier som upptäcktes via databaserna handlade om

diabetes typ 2 i kombination med andra diagnoser och inte enbart om hur diagnosen diabetes typ 2 påverkar det dagliga livet. Författarna reflekterade då över valda sökord, och kom fram till att dessa var relevanta för studiens syfte. Sökningarna i databaserna resulterade i enbart fem studier som kunde användas till resultatet. Därför har ett antal av de studier som användes i resultatet hittats via sekundära källor, vilket innebär att de har lokaliserats genom referenslistorna hos en eller flera redan valda artiklar. Exempelvis kunde studien av Hörnsten et al. (2004) återfinnas som referens hos Kneck et. al (2010) och Johansson et. al (2008). De studier som lokaliserades sekundärt uppmärksammades omgående då rubrikerna väckte intresse och gav intryck av att passa in i syftet till litteraturstudien. Studierna granskades sedan och genomgick kvalitetsbedömning via Fribergs femstegsmodell precis som de studier som hittats via artikelsökning. Detta ledde till fler funna studier som överensstämde med litteraturstudiens syfte.

Studien av Kneck et al. (2010) har som syfte att skapa förståelse för hur det är att leva med diabetes de två första månaderna efter diagnostiseringstillfället. Det faktum att studien fokuserar på upplevelser av sjukdomen under ett tidigt skede gjorde att författarna reflekterade över om den skulle gå att integrera i resultatdelen, i förhållande till resterande studier där undersökningsgrupperna haft diagnosen sedan en längre tid. Efter genomgång av studien nåddes slutsatsen att den är användbar i resultatdelen av litteraturstudien, då fynden i studien (Kneck et. al., 2010) går att relatera till resterande studier.

Författarnas syfte med litteraturstudien har varit att söka kunskap och förståelse för hur det dagliga livet kan påverkas hos personer med typ 2 diabetes. Fyra av artiklarna som ligger till grund för resultatdelen (Olshansky et. al., 2008; Brod et. al., 2013; Kneck et. al., 2010; Johansson et. al., 2008) har dock undersökningsgrupper där deltagarna är diagnostiserade med både typ 1 och typ 2 diabetes. Det diskuterades huruvida artiklar som delvis fokuserar på andra typer av diabetes är lämpliga att använda i resultatdelen. Efter granskning konstaterades dock att de teman som framkom i dessa studier, exempelvis "*To become a person with diabetes and encounter a changed life situation*" (Johansson et. al., 2008) och "*The body plays a role in life*" (Kneck et. al., 2010), kunde relateras till resterande studier som enbart fokuserade på typ 2 diabetes. Beslutet togs därför att inkludera ovan nämnda artikelförfattares studier i litteraturstudien.

Diskussion av framtaget resultat

Syftet med litteraturstudien har varit att söka kunskap och förståelse för hur det dagliga livet kan påverkas hos personer med diabetes typ 2. I litteraturstudiens resultatdel framkom att diabetes typ 2 påverkar individens vardag på grund av alla förändringar som sjukdomen medför. Detta innebär att personen som har drabbats av diabetes typ 2 måste ändra på vanor och integrera sjukdomen i sitt liv. En del individer upplevde sjukdomsdebuten som en negativ händelse och uttryckte svårigheter att integrera sjukdomen i vardagen. Andra såg sjukdomen som en chans att förbättra livsstilen och betraktade diagnosen som en positiv händelse (Yamakawa & Makimoto, 2007).

Uppkomsten av diabetes typ 2 kan ofta relateras till livsstilen hos individen. Kosthållningen har då ofta en betydande roll (Quittenbaum, 2007). Att plötsligt behöva förändra sina matvanor och mycket annat kan leda till att individen upplever en känsla av att tappa kontrollen över sitt liv (Handley et al., 2010). Frustration uppstod hos en del individer över strikta begränsningar gällande kosten (Beverly et al., 2008; Mathew et al., 2012). Generellt ledde frustrationen till att individer fuskade med sin kosthållning, vilket kan vara en anledning till att kvinnor valde att avstå helt ifrån en viss sort mat för att undvika känslor av dåligt samvete (Mathew et al., 2012). Män verkade snarare ta ut sin rätt att unna sig en belöning ibland genom att dricka öl eller äta sötsaker i måttliga mängder. Att unna sig en belöning ibland kan möjligtvis ta bort en del av frustrationen och underlätta integrationen av det nya matvanorna, vilket framkom i studien av Johansson et al. (2009). Att avstå helt ifrån en viss sorts mat kan visa sig vara en fallgrop där individen efter en period utvecklar en stark längtan till den ”förbjudna” maten och faller tillbaka till gamla rutiner. Eftersom kosthållningen är en stor del av egenvården av diabetes borde vårdgivare bedöma personer med diabetes individuellt, framför allt kvinnor, angående kostrestriktioner och vanor. Detta framgår även i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) där det anges att patienten ska erhålla individuellt anpassad information om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling av diabetes rekommenderas dessutom att hälso- och sjukvården bör ge råd om förändrade levnadsvanor, som exempelvis mat- och motionsvanor. Genom råd och stöd av hälso- och sjukvården skulle det kunna vara en bra början till att underlätta införandet av en strategi för att äta och leva nyttigare och mer balanserat utan att frustration uppstår. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling av diabetes kan kopplas till Orems teori om egenvård som strävar efter att sjuksköterskan ska ha kunskap om egenvård för att utbilda patienten att själv hantera sin

sjukdom i det dagliga livet (Van Dam et al., 2003). Individen representerar sjuksköterskans handlingar vilket syftar på att sjuksköterskan ska förmedla individanpassad kunskap så att individen får en bra egenvårdsförmåga (Denyes et al., 2001). Det uppstår egenvårdsbrist vid bristande kunskap eller förmåga (Orem, 2001). Detta kan ske vid sjukdomsdebuten av diabetes och utlöser ett omvårdnadsbehov hos individen. Sjuksköterskan ska då återställa balansen i det dagliga livet med målet att individen själv ska klara att ta ansvar för egenvården (Orem, 2001; Denyes et al., 2001). Författarna av föreliggande litteraturstudie föreslår att vårdgivare bidrar till att ge personer med diabetes typ 2 möjligheter att utveckla sin kunskap och förståelse om hälsosam kosthållning genom utbildningar och gruppaktiviteter, som exempelvis matlagningsgrupper och föreläsningar.

Frustration över förändringarna i matvanorna kunde även uppstå när en person med diabetes åt tillsammans med personer som inte hade diabetes (Olshansky et al., 2008). Individen blev då uppmärksam och påmind om sina egna begränsningar och andras frihet. Vissa individer ställde därför om hela familjens matvanor, genom att laga mat som var anpassad till diabetesrekommendationerna, och som dessutom skulle leda till att familjen åt mer hälsosamt (Mathew et al., 2012; Beverly et al., 2008; Lin et al., 2008). I vissa hushåll tog kvinnan över matlagningen, även om det var mannen som hade diabetes. Detta medförde att kvinnan tog över en del av sjukdomshanteringen åt sin man. Nackdelen med detta är att mannen blir distanserad ifrån sin sjukdom då han saknar kunskap om kosten, vilket medför sämre självkontroll och egenvård (Beverly et al., 2008). Det uppstår egenvårdsbrist vilket leder till obalans och medför att personen har ett omvårdnadsbehov (Orem, 2001). Egenvård är viktigt då det innebär att man ska kunna ta eget ansvar för sitt välbefinnande och sin hälsa (Denyes, Orem & Bekel, 2001). I andra hushåll valde man att hantera kostförändringarna tillsammans, vilket ökade kunskapen om kosthållningen och förbättrade även relationer till familjemedlemmar (Beverly et al., 2008; Yamakawa & Makimoto, 2008). Problem uppstod när familjens kontroll över sjukdomen tog överhanden. Individen med diabetes upplevde då att han eller hon inte kunde vara ärlig mot familjen och gjorde hemliga avsteg från dieten (Beverly et al., 2008). Detta ledde till att konflikt uppstod och medförde en ytterligare påfrestning för individen med diabetes, och kunde resultera i känslor av isolation och ensamhet. Många som drabbas av diabetes känner sig annorlunda ifrån friska människor. Detta konstaterades av Johansson et al. (2009) och Olshansky et al. (2008), men även i studien av Mathew et al. (2012). Isolation från familjen på grund av konflikter om individens sjukdomshantering kunde ytterligare förstärkas på grund av isolationskänslor.

I resultatet framkom bland annat att vardagen hos en person med diabetes påverkades till en stor del av stigmatisering, vilket kunde ske av individen själv och dennes egna syn och fördomar gällande diabetes, men kunde även komma från samhället. Den personliga stigmatiseringen visade sig bestå till stor del av fördomar som individen även tolkade som sådana (Hörnsten et al., 2004). Detta hjälpte individen dock inte att förbättra synen på sjukdomen då personen var medveten om att samhället oftast hade fördomar som grundade sig i okunskap (Lin et al., 2008). Detta styrks av studien av Browne et al. (2013) där stigmatiseringen ansågs som själva sjukdomen och diabetes bara var sekundärt (a.a.). I resultatdelen framkom att många med diabetes kände sig annorlunda från sina medmänniskor som inte hade diabetes. Författarna av denna litteraturstudie anser att detta till stor del beror på samhällets fördomar om diabetes och hur diabetes framställs i media. I studien av Balfe et al. (2013) framkom att deltagarna i studien var medvetna om samhällets stereotyper av diabetes, där sjukdomen kopplades till lathet, fetma och för hög konsumtion av sötsaker. Denna litteraturstudie visar att ingen av deltagarna i studierna som ligger till grund för resultatdelen till litteraturstudien kommenterade stigmatisering via media. Dock framkom i studien av Browne et al. (2013) att media till stor del bidrog till att samhället utvecklade fördomar om diabetes typ 2. Greenberg et al. (2003) visade i sin studie att detta gjordes genom att presentera en smal kropp som ideal vilket ledde till stigmatisering av större kroppar. Den negativa bilden av diabetes bidrog till att de med diabetes själva utvecklade en negativ bild om sin diagnos, vilket medförde skuld känslor där personen ansåg att han eller hon själv hade orsakat sjukdomen på grund av bristande egenmoral (a.a.). En del individer med diabetes dölde sin sjukdom för omgivningen och även för familjen (Mathew et al., 2012; Lin et al., 2009). Detta kan bero på att dessa individer fruktade stigmatiserande reaktioner från omgivningen, men också på grund av skamkänslor över att ha drabbats av sjukdomen (Browne et al., 2013). Studien av Balfe et al. (2013) visade att en del diabetiker var oroliga över sina medmänniskors syn på diabetes. Detta grundade sig dels i att några skämdes över att behöva sköta egenvård i form av glukosmätning eller insulininjektioner på offentliga platser inför andra (a.a.).

Att hålla diagnosen hemlig för omgivningen visade sig vara en stor påfrestning för individen och kunde leda till nedsatt livskvalitet. Detta visade en studie av Nouwen et al. (2010) där det framkom att patienter med diabetes typ 2 har en ökad risk för att drabbas av depression. En undersökning som publicerades hos World Health Organization (WHO) om hur depression på grund av olika kroniska sjukdomar (artrit, astma, angina och diabetes) påverkade

livskvaliteten visade att livskvaliteten var mest nedsatt hos patienter med diabetes (Penckofer et al., 2012). En studie av Penckofer, Ferrans, Velsor-Friedrich & Savoy (2007) visade att negativa stämningar registrerades hos personer med diabetes, framför allt hos kvinnor, och att det påverkade det dagliga livet och livskvaliteten negativt. Depression kan påverka egenvården hos individen negativt, vilket framkom i studien av Penckofer et al. (2007). Myers & Rosen (1999) konstaterade att stigma i samband med övervikt bidrog till försämrad självkänsla. Författarna av föreliggande litteraturstudie anser att en försämrad självkänsla kan ha negativa effekter på utövningen av egenvården, exempelvis genom att individen påverkas av gruppträck. Detta visade studien av Lin et al. (2008) där en deltagare med diabetes åt skräpmat för att passa in i gruppen och för att dölja sjukdomen för andra, även fast individen var medveten om att det inte var lämpligt. Författarna av föreliggande litteraturstudie anser att det finns ett behov hos individer med diabetes typ 2 att få möjlighet till samtalsstöd som kan stärka självkänslan och ge individen redskap att orka hävda sina sjukdomsrelaterade behov gentemot omgivningen.

Personer som diagnostiserats med diabetes typ 2 upplevde att vänner och släktingar kunde bli oroliga och uppvisa extra mycket stöd och omsorg mot vad de gjorde innan diagnosen (Johansson et al., 2009). I studien av Browne et al. (2013) beskrevs ett omfattande stöd från familj och vänner, men stödet kunde också uppfattas som ohjälpsamt, störande och exkluderande. Detta kan tyda på att många med diabetes typ 2 inte vill känna sig särbehandlade eller exkluderade av familj och vänner på grund av sin diagnos utan vill bli behandlade som alla andra. Diagnosen sågs också som ett tillfälle att utöka sitt sociala nätverk via träningsklubbar eller andra aktiviteter och en anledning att börja prata om sin egen hälsa (Yamakawa & Makimoto, 2008). Balfe et al. (2013) påvisade även att personer med diabetes typ 2 sökte sig till grupper och föreningar för att utbyta erfarenheter och få socialt stöd. Man kunde där hjälpa varandra att hantera negativa känslor relaterade till diagnosen, och få positiva exempel på hur det var att leva med sjukdomen, och även knyta nya vänskapsband (a.a.).

I studien av Beverly et al. (2008) antyds att copingförmågan hos personer i parförhållanden där en eller båda har diabetes typ 2 är relaterad till det stöd man upplever sig få ifrån sin partner. I studien av Iida et al. (2012) påvisades att i parförhållanden där en eller båda har diabetes typ 2 vände sig personerna vid varandras stressnivåer och anpassade sig efter varandras behov, men att det allmänna nöjet och njutbarheten av relationen minskade dagar

då symtomen av diagnosen ökade. Det är författarnas uppfattning att ens partner kan bidra med stöd som ökar copingförmågan av sjukdomen, särskilt gällande följsamhet till kost och välbefinnande, men att sjukdomen också kan utgöra påfrestningar i relationen och vara en källa till återkommande konflikter, särskilt gällande avsteg ifrån kosthållningen, vilket i sin tur påverkar egenvården av sjukdomen negativt.

Vidare framkom i resultatdelen att kvinnor upplevde generellt mindre stöd från familjen än män, och försökte anpassa kosten både till sig själva och resten av familjen (Mathew et al. 2012). Män däremot uttryckte att de erhöll stort stöd ifrån familjen och från sina fruar, och att de åt det som ställdes fram åt dem och att kvinnan ofta ansvarade för matlagningen (Mathew et al., 2012; Balfe et al., 2013; Lin et al., 2006). Under arbetets gång framkom denna påtagliga skillnad män och kvinnor emellan; där kvinnorna ansträngde sig för att tillfredsställa familjens och mannens behov gällande kost samtidigt som den egna diagnosen också måste finnas i åtanke, medan männen inte upplevde denna börda utan tvärtom upplevde stöd och avlastning av sin partner. Författarna har reflekterat över dessa återkommande mönster. Möjligtvis kan orsakerna återfinnas i gamla könsroller, i vilka kvinnan traditionellt ansvarade för hushållet och matlagningen och mannen arbetade och försörjde familjen. Studierna som dessa slutsatser baserats på är utförda i Taiwan, Kanada och Irland, länder från skilda världsdelar.

Flera studier påvisade att accepterande av diabetes typ 2 underlättade integrationen av sjukdomen och påverkade individens vardag positivt. Genom acceptans kunde man betrakta den ur ett livsperspektiv (Hörnsten et al. 2004) och därmed nå en mer optimistisk synvinkel över sin livssituation. Det var också ett sätt att upprätthålla en känsla av kontroll över situationen och orka fortsätta kämpa (Handley et al. 2010). Fynden i föreliggande litteraturstudie styrks av en studie av Richardson, Adner och Nordström (2001) där det visade sig att personer som i hög grad accepterade sin diabetes, också hade en hög copingförmåga (a.a.). Det tycks uppenbart att fördelarna är många för de individer som lyckas finna en acceptans i sin sjukdom. Det framkom under arbetets gång att vissa hade lättare att acceptera sin diabetes än andra. Richardson et al. (2001) visade att hur välutbildad en individ var, var en viktig faktor för hur väl individen accepterade sjukdomen. Välutbildade individer hade också en bättre metabolisk kontroll (a.a.). Det är intressant att diskutera på vilket sätt graden av utbildning har betydelse för acceptansen av sjukdomen. Utbildning och förmågan att inhämta kunskap tycks vara fördelaktigt för copingförmågan och sjukdomshanteringen. Möjligen är

mental uthållighet och förmåga att under tid fokusera på långsiktiga mål viktiga egenskaper för att klara fleråriga högskolestudier, liksom för att uppnå acceptans och god egenvård av sin diabetes.

Slutsats och kliniska implikationer

Föreliggande litteraturstudie ger en överblick om hur diabetes typ 2 kan påverka vardagen. Diagnosen innebar en omprioritering av individens vardag, där integrationen av sjukdomen visade sig vara tidskrävande. För personer med diabetes typ 2 var kravet på förändrad kosthållning en av de största omställningarna i vardagen. Detta upplevdes som positivt eller negativt i varierande grad, beroende på individens acceptans av sjukdomen och livsperspektiv. Många med diabetes typ 2 upplevde stigmatisering, eller rädsla för stigmatisering, i samband med diagnosen. Stigmatiseringen upplevdes komma ifrån familj och vänner, och uppstod ofta i sociala sammanhang. Andra orsaker till stigmatisering och skamkänslor relaterade till diagnosen var fördomar ifrån omgivningen, och hur media förmedlade skeva uppfattningar om sjukdomen och kroppsideal. Detta påverkade individen med diabetes negativt och försvårade egen vården av sjukdomen, och kunde leda till att diagnosen doldes för andra.

Diabetes typ 2 har stor inverkan på individens liv. Det är sjuksköterskans uppgift att utbilda individen att själv ta ansvar för egen vården av sin diagnos. Sjuksköterskan kan utbilda och stötta patienten i form av till exempel matlagningsgrupper och föreläsningar men även genom samtalsstöd som kan stärka självkänslan och orken. Författarna anser att mer vårdvetenskaplig forskning behövs om vilka faktorer som har störst inverkan på hur personer med diabetes typ 2 hanterar sin sjukdom i vardagen.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna till litteraturstudien har under arbetes gång strävat efter en jämn arbetsfördelning. Artikelsökning och läsning av artiklar utfördes enskilt och framtaget resultat diskuterades gemensamt tills författarna var överens om vilka artiklar som skulle inkluderas i studien. Samtliga artiklar i studien har lästs av båda författarna. Resultatdelen och resultatdiskussionen har utformats enskilt och gemensamt och författarna har kontinuerligt strävat efter att ge varandra återkoppling.

Referenser

- Agardh, C., & Berne, C. (red.) (2010). *Diabetes*. (4., [rev.] uppl.) Stockholm: Liber.
- Balfe, M., Doyle, F., Smith, D., Sreenan, S., Brugha, R., Hevey, D. & Conroy, R., (2013). *What´s distressing about having type 1 diabetes? A qualitative study of young adults´ perspectives*. BMC Endocrine Disorders, 13(25):1-14.
- *Beverly, E.A., Miller, C.K., & Wray, L.A. (2008). *Spousal Support and Food-Related Behavior Change in Middle-Aged and Older Adults Living With Type 2 Diabetes*. Health Education & Behavior, 35(5):707-720.
- *Brod, M., Pohlman, B., Wolden, M., & Christensen, T. (2013). *Non-severe nocturnal hypoglycemic events: experience and impacts on patient functioning and well-being*. Quality of Life Research, 22:997-1004.
- Browne, J., Ventura, A., Mosely, K. & Speight, J. (2013). *‘I call it the blame and shame disease’: a qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes*. BMJ Open (3)1-10.
- Denyes, M., Orem, D. & Bekel, G. 2001. *Self-Care: A Foundational Science*. Nursing Science Quarterly, 14(1):48-54.
- Egidius, H. (2008). *Psykologilexikon*. (4. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: Patofysiologi, omvårdnad, behandling*. (4., rev. och utök. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (Red.) (2012). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Författarna och Studentlitteratur.
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2009). *Omvårdnadens Grunder. Perspektiv och förhållningssätt*. Studentlitteratur AB.

Graue, M., & Skafeld, A. (2013). *Diabetes - Förebyggande arbete, behandling och uppföljning*. Lund: Studentlitteratur.

Greenberg, B. S., Eastin, M., Hofschire, L., Lachian, K., & Brownell, K., (2003). *Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television*. American Journal of Public Health, 93(8):1342-1348.

*Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H. (2010). *Living with typ 2 diabetes: 'Putting the person in the pilots' seat'*. Australian Journal of Advanced Nursing, 27(3):12-19.

Hartweg, D.L. (1991). *Dorothea Orem: self-care deficit theory*. Newbury Park, Calif: Sage, 58.

*Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B. (2004). *Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes*. Journal of Advanced Nursing, 47(2):174-182.

Iida, M., Parris Stephens, M-A., Franks, M.M., Rook, K.S. (2012). *Daily symptoms, distress and interaction quality among couples coping with type 2 diabetes*. Journal of Social and Personal Relationships, 30(3):293-300.

International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 6th edn*. Brussels, Belgium:

International Diabetes Federation, 2013. Hämtad den 26/03/2014:

<http://www.idf.org/diabetesatlas>.

*Johansson, K., Ekebergh, M., & Dahlberg, K. (2009). *A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes*. International Journal of Nursing Studies, 46:197-203.

Johansson, U.-B., & Leksell, J. (2009). Diabetes. Agardh, C.-D. & Berne, C. (red.). *Psykosociala aspekter*. (s. 449). Liber AB.

*Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2010). *Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnosis of diabetes mellitus*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25:558-566.

Link, B., & Phelan, J. (2001). *Conceptualizing stigma*. Annual Review of Sociology, 27:363-385.

Linnarsson, E. (2010). *Typ 2-diabetes: vad du kan göra och vad vården bör göra : rekommendationer ur nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

*Lin, C-C., Anderson, R.M., Hagerty, B.M., & Lee, B-O. (2008). *Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes*. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing, 17(5):34-42.

Lundman, B. (2012). Professionell och personlig förståelse av att ha en sjukdom och att vara sjuk. K. Wikblad (Red.) *Omvårdnad vid diabetes* (s. 98) Studenlitteratur AB, Lund.

Mann, JI., De Leeuw, I., Hermansen, K., Karamanos, B., Karlström, B., Katsilambros, N., Riccardi, G., Rivellese, AA., Rizkalla, S., Slama, G., Toeller, M., Uusitupa, M., & Vessby, B. (2004). *Evidence-based nutritional approaches to the treatment and prevention of diabetes mellitus*. Diabetes and Nutrition Study Group (DNSG) of the European Association, 14:373-394.

*Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M., & Barata, P. (2012). *Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis*. BMC Family Practice 2012, 13(122):1-12.

Mokdad, A. H., Bowman, B. A., Ford, E. S., Vinicor, F., Marks, J. S., & Koplan, J. P. (2001). *The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States*. Journal of the American Medical Association, 286:1195-1200.

Myers, A., & Rosen, J. (1999). *Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem*. International Journal of Obesity, 23:221-230.

Nationella diabetesregistret (2011). *Nationella diabetesregistret: Årsrapport*. Göteborg: Nationella diabetesregistret (NDR).

Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd C.E., Peyrot, M., & Ismail, K. (2010). *Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis*. *Diabetologia*, 53:2480-2486.

*Olshansky, E., Sacco, D., Fitzgerald, K., Zickmund, S., Hess, R., Bryce, C., McTigue, K. & Fischer, G. (2008). *Living with Diabetes: Normalizing the Process of Managing Diabetes*. *The Diabetes Educator*, 34(6):1004-1012.

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

Penckofer, S., Ferrans, C., Velsor-Friedrich, B. & Savoy, S. (2007). *The psychological impact of living with diabetes: women's day to day experiences*. *Diabetes Educator*, 33:303-310.

Penckofer, S., Quinn, L., Byrn, M., Ferrans, C., Miller., M. & Strange, P. (2012). *Does glycemic variability impact mood and quality of life?* *Diabetes Technology & Therapeutics* 14:680-690.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. Study guide*. (6. ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2013). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Quittenbaum, S. (2007). Diabetes. Grefberg, N., & Johansson Lars-Göran, (red.) *Medicinboken: vård av patienter med invärtes sjukdomar*.(s. 347) (4. uppl.) Stockholm: Liber.

Rasmussen, B., Ward, G., Jenkins, A., King, S., & Dunning, T., (2010). *Young adults' management of Type 1 diabetes during life transitions*. *Journal of Clinical Nursing*, (20):1981-1992.

Richardson, A., Adner, N., & Nordström, G. (2001). *Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability*. *Issues and innovations in nursing practice*, 33(6):758-763.

Sandberg, M. (2012). Fotterapeuten. K. Wikblad (Red.) *Omvårdnad vid diabetes* (s. 71) Studentlitteratur AB, Lund.

Stigmatisering. <http://www.ne.se/lang/stigmatisering/315459>, Nationalencyklopedin, hämtad 2014-03-27.

Stämplingsteori. <http://www.ne.se/stämplingsteori>, Nationalencyklopedin, hämtad 2014-03-27.

Ternstedt, B.-M., & Norberg, A. (2009). *Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv*. Friberg, F., & Öhlén, J. (red.). *Omvårdnadens Grunder. Perspektiv och förhållningssätt*.(s.60). Studentlitteratur AB.

Van Dam, H., van der Horst F., van den Borne, B., Ryckman, R., & Crebolder, H. (2003). *Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes; a systematic review*. *Patient Education and Counseling*, 51:17-28.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Yamakawa, M., & Makimoto, K. (2007). *Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients: An exploratory qualitative study*. *International Journal of Nursing Studies*, (45):1032-1041.

Zethelius, B. (2009). *Diabetes*. Agardh, C.-D., & Berne, C. (red.). *Fetma och övervikt*. (s. 114). Liber AB.

*Används i resultat

