



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

PSYKOSOCIALA FAKTORER EN PERSON MED DIABETES TYP II UPPLEVER.

MARIA SVENSSON

Examensarbete 15 hp
VO1309
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
0905, termin 6

Examinator: Mats Lintrup
Handledare: Helene Persson
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

PSYKOSOCIALA FAKTORER EN PERSON MED DIABETES TYP II UPPLEVER.

MARIA SVENSSON

Svensson, Maria. Psykosociala faktorer en person med diabetes typ II upplever. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng*. Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2009.

Abstrakt

Bakgrund: Medicinska problem som diabetes typ II innebär kräver högkvalitativ egenvård av en person diagnostiserad med sjukdomen. Egenvården kan påverka och påverkas av hur denne upplever psykosociala faktorer. Syfte: Syftet med studien var att belysa de psykosociala faktorer en person med diabetes typ II upplever. Metod: Studien var en litteraturstudie. Alla utvalda artiklar var så kallade peer-reviewed. Artiklar som valdes ut för analys skulle studera hur personer med diabetes typ II upplever sin sjukdom. Resultat: Resultaten från innehålls analys av utvalda artiklar visade att psykosociala faktorer som social status, kön, socialt stöd och utbildning påverkar en diabetikers metabola egenkontroll och dagliga liv. Stöd från familj och vänner och samhället kunde öka sannolikheten att en person med diabetes mellitus typ II klarade sin metabola kontroll i vardagen. Sjukvården hade en central roll, där stöd och empowerment system ökade chansen för att patienten skulle kunna acceptera och klara sköta sin sjukdom. Patientens psykologiska mognad med en utvecklad känsla för sin egen identitet och det egna självförtroendet gav personligt engagemang med positiv effekt på sjukdomen. Slutsatser: Beroende på psykosociala mognaden hos personer med diabetes typ II kunde dessa uppleva psykosociala faktorer i form av stöd från familjen, sjukvården och samhället olika. Graden av psykosocialmognad kunde underlätta eller försvåra personens egenvård och acceptans av diabetes typ II. Det kunde finnas en skillnad mellan könen hur de upplevde det psykosociala stödet. I mötet med vårdpersonal var empowermentssystem det system som kunde ha störst inverkan på personens egenvård.

Nyckelord: Diabetes mellitus, Diabetes mellitus typ II, Metabol kontroll, Psykosociala faktorer, Psykosociala frågor.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Psykosociala faktorer	2
Empowerment	3
Dorothea Orems omvårdnadsteori	4
SYFTE	5
METOD	5
Datainsamling	5
Inklusionskriterier	5
Exklusionskriterier	5
ANALYS	6
Tabell 1. Kategorier	6
RESULTAT	7
Acceptans	7
Skuld och rädsla	8
Sociala faktorer	9
Manligt och kvinnligt	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	14
SLUTSATS	17
REFERENSER	18
BILAGOR	21
Bilaga 1. Artikelsök.	22
Bilaga 2 Protokoll för kvalitetsbedömning med kvalitativ ansats:	23
Bilaga 3. Artikelmatris	25
Bilaga 3. Artikelmatris	26
Bilaga 3. Artikelmatris	27

BAKGRUND

Diabetes mellitus är en kronisk metabol sjukdom som behandlingsmässigt kräver stora förändringar i en persons livsstil. Inte sällan kan diabetes mellitus försvaga kroppen och ge livshotande skador. Dessa komplikationer påverkar individens välbefinnande och sociala liv (Koopmanshap, 2002). Enligt Belfrage (2006) kan metabol sjukdom definieras som ämnesomsättningssjukdom.

Bondy et al. (1987) menar att sjukdomen diabetes kan delas in i två huvudgrupper, typ I och typ II. Det som karakteriserar diabetes typ I är att den sjuke från starten av sjukdomen är beroende av insulininjektioner för att överleva. Bukspottskörteln producerar för lite insulin. Diabetes typ I debuterar främst i ung (juvenil) ålder. Diabetes typ II kännetecknas av att bukspottskörteln producerar insulin, men det råder insulinresistens i kroppens celler. Dessa individer är inte beroende av insulin injektioner för sin överlevnad i samma utsträckning som personer med diabetes typ I. Diabetes typ II debuterar normalt i vuxen ålder. Det som är gemensamt för de båda grupperna av diabetes är att de inte kan tillgodogöra sig den energi som kroppen intar (Bondy et al., 1987). Diabetes typ II påskyndar bland annat åderförkalkningsprocesser i kroppen och ny forskning antyder att störningar i till exempel triglyceridnivåer i blodet kan orsaka nervskador som kallas polyneuropathi (Preidt, 2009).

Fagot- Campana et al. (2000) påpekar att eftersom sjukdomen diabetes typ II kan bryta ut sent i livet kan den medföra stora förändringar i personens vardag och påverka det psykosociala välbefinnandet. Samtidigt som sjukdomen debuterar nedåt i åldrarna kan diabetes typ II innebära en livsstilsförändring som får konsekvenser på den sjukets psykosociala livskvalitet och desto yngre personen är desto svårare kan det vara att acceptera sjukdomen psykosocialt (Ibid).

Behandlingen av sjukdomen kräver goda kunskaper om diabetessjukdomen men också om medicinska uppgifter som HbA1c, vikt, BMI, fastblodssocker, blodssockerkurvor och njurfunktionen. Andra kända riskfaktorer som kan öka komplikationsriskerna är till exempel höga blodfetter, högt blodtryck, rökvanor och stillasittande (Ericson & Ericson, 2006). Detta i sin tur kan innebära stora förändringar i den psykosociala situationen eftersom bland annat de dagliga rutinerna blir förändrade med behovet av att kontrollera och motverka sjukdomen och komplikationer (Rusell, Toobert & Gillette, 2001).

Enligt Belfrage (2006) är HbA1c en speciell hemoglobinform som ökar vid förhöjd glukosmängd i blodet. BMI definieras som bodymassindex som ger ett värde på procent kroppsfett som finns i kroppen. Den beräknas med relationen kroppsvikt och kroppslängd i meter, kg/m^2 (Ibid). Detta är faktorer som mäts regelbundet hos en person med diabetes typ II.

Diabetessjukdomens hälsorisker gör den medicinska behandlingen komplex och den ställer stora krav på patienten som måste undervisas i sitt sjukdomstillstånd och ibland genomgå större medicinska åtgärder för att kunna hålla sjukdomen under kontroll (Koopmanshap, 2002). Bortsett från medicinering krävs att patienten håller en livsstil som innebär en strikt kosthållning, träningsprogram och blodssockerkontroller (Steed, Cooke & Newman, 2003). Det kan vara svårt för en person med nydebuterad diabetes typ II att plötsligt börja räkna kalorier, dra ner

på kolhydrater och börja träna. Patienten måste lära sig att behärska många nya personliga vanor. Att finna en psykosocial balans mellan patientens gamla och för många nya livsstilen är en utmaning för såväl patient som vårdpersonal. En patient med diabetes mellitus typ II är oftast överviktig och kan behöva hjälp med att definiera vad som är bra kost, komma igång med motion och komma fram till vad som är adekvat för just den personen. Att kräva av en individ som kanske väger 100 kg och som kan ha dåliga knän att jogga en runda är inte adekvat eller hållbart. Däremot kan sjukvårdspersonal rekommendera att hoppa över hissen och ta trapporna i stället (Ciechanowski, Katon & Russo, 2000). Det är möjligt att det är hur patienten själv väljer att acceptera sin sjukdom och det psykosociala stöd han/hon får från sin omgivning som inverkar hur denne kommer att anpassa sig till nya vanor och medicinering (Misra & Lager, 2008).

Ciechanowski et al. (2000) menar att diabetes mellitus typ II kan vara den vanligaste orsaken till amputationer i åldrarna 20-74 år och den viktigaste riskfaktorn för hjärtsjukdom. En diabetiker löper dessutom fyra gånger högre risk att drabbas av stroke än en person utan diabetes (Ibid). Sjukdomen är därför ett allvarligt medicinskt tillstånd som i sin behandling ställer bestämda krav på den sjuke. Diabetes typ II är som nämnts ovan en kronisk sjukdom som kräver livslång behandling. En person med diabetes typ II är under ständig press då han/hon vet att ett misslyckande med att följa de tuffa egenvårdsregimerna kan ge svåra konsekvenser med diabetes komplikationer som hjärt- och kärl sjukdomar och blindhet (Wändell & Gåfvells, 2004). Hur psykosociala faktorer spelar in i hur en person med diabetes typ II väljer att möta sin sjukdom kan variera. Det kan vara skrämmande att leva med en sjukdom som individen i fråga inte vet hur den kommer att yttra sig inom en vecka, månader eller år framöver. Detta kan påverka framtidsplaner och kan påverka hur en person med diabetes typ II väljer att se på sig själv, på andra och sitt sätt att leva sitt liv (Anderson, Finkelstein & Laffel, 1997, Glasgow & Toobert, 1988, Hanson, De Guire, Schinkel & Koltreman, 1995).

Psykosociala faktorer

År 1948 definierade WHO ordet hälsa från ett helt nytt perspektiv där hälsa inte bara definierades som frånvaro av somatisk sjukdom utan också närvaro av psykisk, mental och socialt välbefinnande (World Health Organisation, 1948). De senaste åren har inneburit ett ökat intresse för frågor om livskvalitet, speciellt om Hälsorelaterad livskvalitet men också för de psykosociala faktorer som påverkar sjukdom och hälsa (Rubin & Peyrot, 1999).

Enligt Peyrot och McMurry (1985) studie har psykosocial forskning inom diabetes förändrats och utvecklats genom åren. Tidiga kliniska studier fokuserade ofta på stress och personlighetens kännetecken för att försöka utveckla en psykologisk komponent till blodsockernivåerna. Denna forskning försökte definiera en ”typisk diabetes personlighet” för att undersöka om diabetes hade en psykosomatisk bakgrund. Denna idé förkastades ganska snabbt. Senare forskning utvärderade behandlingsspecifika beteenden då det stod klart att blodsockerkontroller kan ha en positiv inverkan på sjukdomsrelaterade komplikationer och kriser. Specifika beteenden kan vara svåra att mäta då det är svårt att uppnå tillfredsställande resultat på behandlingsregimer. Det visade sig också att lika nivåer på compliance inte nödvändigtvis behöver betyda lika god nivå på kontroll över sjukdomen (Peyrot & McMurry, 1985).

Den forskning som finns idag vill gärna lyfta fram hur både sociala och psykologiska faktorer kan påverka person med diabetes och dennes livskvalitet (Peyrot & McMurry, 1985).

Enligt Erikson (1982) kan den psykosociala utvecklingen beskrivas och definieras som en resa genom livet. För att erhålla psykosocial mognad krävs det att en individ skall möta åtta olika kriser och lösa dessa. Varje kris har sitt eget mål för att finna balans mellan olika personlighetsdrag och på så sätt erhåller individen sin egen personlighet. Dessa kriser kan få individen att tro eller misströsta på sig själv, att få självförtroende eller att känna skuld och skam, att kunna ta egna initiativ eller inte. Beroende på vilka kriser som en person möter under uppväxten kan känslan om det egna jaget, eller den egna identiteten antingen vara stark eller svag. Enligt Erikson (1982) kan en säkerhet i det egna jaget och identitet göra att vi blir trygga i oss själva. Vi anpassar oss då inte efter den sociala gruppen, utan är konsekventa i vårt beteende (Ibid). Cullberg (2003) menar att känslan av en stark identitet kan avgöra också hur vi väljer att se på och acceptera motgångar och medgångar i livet och hur vi väljer att förhålla oss till andra människor (Ibid).

Eriksons (1982) definition av den psykosociala utvecklingen och påverkan kan vara intressant vid undersökning hur personer med diabetes typ II upplever sin sjukdom, hur de ser på sig själva och den sociala miljön och de psykosociala faktorerna som påverkar individen.

Att få diabetes typ II kan påverka många olika psykosociala faktorer i personens liv såsom familj, relationer, den sjukes välmående, men även ekonomi både för den enskilde och för samhället (Koopmanshap, 2002). Den hälsorelaterade livskvalitén hos patienter med diabetes mellitus kan påverkas av psykosociala faktorer som personliga hälsoövertygelser, socialt stöd, coping strategier och personligheten. Hur en patient upplever sin sjukdom kan också ha att göra med hur omgivningen reagerar och relationen med familjen kan påverka vilken coping strategi patienten väljer. Även kultur och religion är faktorer som kan påverka hur individen väljer att se på sin sjukdom (Rubin & Peyrot, 1999). Därför kan det vara intressant att titta närmare på de psykosociala faktorer en person med diabetes typ II upplever och som kan ha betydelse för dennes dagliga liv.

Empowerment

Ett system som idag kan praktiseras av sjukvården i mötet med patient är det så kallade empowermentssystemet. Enligt Page och Czuba (1999) innebär empowerment att vårdgivare i mötet med patienter fungerar som en handledare eller som en ledsagare i sjukdomen (Ibid).

Page och Czuba (1999) menar att det kan vara viktigt att patienten känner att makten att förändra och förbättra sin livssituation ligger hos denne och inte hos vårdpersonalen. Vårdpersonalens roll enligt empowerment är också vad Orem (2001) förespråkar. Hennes omvårdnadsteori och empowerment utgår från att stärka patientens egenvårdskapacitet och ge kunskap som den sjuke behöver för att lyckas i sin egenvård. Att skapa en dialog mellan vårdare och patient kan leda till både önskade omvårdnads och medicinska resultat (Page och Czuba, 1999) som till exempel bättre nivåer på HbA1c och bättre fotvård som är viktigt för en person med diabetes typ II.

Empowerment kan också innebära att patienten utmanar sig själv i sin sjukdom. I samband med till exempel livsstilsförändringar kan patienten i samråd med vårdpersonal komma överens om adekvata egenvårdsmål och vad som är rimligt för just den personen (Page & Czuba, 1999). Det kan innebära en enkel sak som att gå en promenad i 30 minuter i stället för att jogga under 15 minuter. Här finns likheter med Orem (2001) som menar att när patienten själv tar ansvar i sin egenvård också stärks som person och blir mer säker på sina egna upplevelser och handlingar (Ibid).

Dorothea Orems omvårdnadsteori

Dorothea Orems omvårdnadsteori grundar sig på att patienten besitter den kunskap som krävs för att kunna ta hand om sig själv och sköta sin egenvård. Orem grundar sin teori på antagandet att människan strävar efter att göra det bra för sig själv. Ett centralt begrepp för Orem är egenvårdsbrist. Det innebär att patienten inte längre är kapabel att uppnå en optimal egenvård på egen hand. Ett annat begrepp förknippat med Orem är egenvårdsbehov som är de behov som skall tillvaratas för en fungerande egenvård för patienten. Kortfattad kan sägas att vid egenvårdsbrist uppfylls inte egenvårdsbehoven (Orem, 2001).

Begrepp som Orem lyfter fram och som kan påverka individens förmåga är miljön, som kan utgöras av kulturens och gruppens påverkan på individens inläring av egenvård och hälsa. Orem framhåller att det kan vara den fysiska funktionen och det kroppsliga välmåendet. Orem menar att välmående kan vara patientens egen upplevelse av sin livssituation (Orem, 2001). Dessa begrepp passar in på en person med diabetes typ II då miljön personen befinner sig i, den sociala situationen, hans/hennes förmåga att ta till sig kunskap och hur denne upplever sin hälsa har inverkan på personens egenvård och upplevda psykosociala livskvalitet.

För Orem är omvårdnad en ersättning när individens egenvård varken kan tillgodose av patienten själv eller av dess närstående. Enligt Orem är omvårdnadens mål att i största möjliga mån hjälpa patienten till självständighet. En sjuksköterska som följer Orems omvårdnadsteori gör alltså patienten mer skada än nytta om hon utför omvårdnadsåtgärder som patienten inte klarar men som omvårdnadsmålet är att denne skall klara av. Orems omvårdnadsteori kan alltså ses som coachning eller hjälp till självhjälp (Orem, 2001).

Sjuksköterskans roll är enligt Orem att skapa en utvecklande miljö och ge stöd. För att sjuksköterskan skall kunna uppnå dessa mål kan det vara av värde att hon känner till hur patienten upplever psykosociala faktorer i vardagen. Orems omvårdnadsteori passar också speciellt bra då den ger det stöd och undervisning som person med diabetes typ II kan behöva för att kunna leva ett så normalt liv som möjligt utan allt för mycket inblandning av sjukvården.

För att kunna ge en så bra sjukvård som möjligt till personer med diabetes typ II är vårdgivare beroende av att den sjuke vet hur denne skall sköta sin sjukdom. Klarar personen inte det är det också svårt för sjukvården att ge en adekvat behandling. Med Orems omvårdnadsteori ökar förutsättningen för personer med diabetes typ II att bli insatta i sin sjukdom och att kunna del i hur behandlingen skall läggas upp.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa de psykosociala faktorer som en person med diabetes typ II upplever.

METOD

Studien genomfördes som en litteraturstudie, vilket innebar ett systematiskt sökande, kritiskt granskande och sammanställande av artiklar från valt område. Syftet med litteraturstudien var att översiktligt sammanställa tidigare genomförda centrala studier. (Backman, 2008).

Datainsamling

Databaser som Medline, CINAHL och Google Scholar användes i sökandet efter vetenskapliga artiklar. De sökord och Mesh termer som användes i databasen Medline var: Psychosocial factors and diabetes, psychosocial factors and diabetes, psychosocial issues and diabetes, och i CINAHL: psychosocial factors and diabetes, psychosocial factors or psychosocial issues and diabetes, psychosocial support and diabetes. Artiklarnas titlar, nyckelord och syften granskades för att bedöma om studierna var relevanta för litteraturstudiens syfte.

Därefter valdes de ut som bedömdes som relevanta och artiklarna skrevs ut i fulltext och granskades. Av dessa 31 artiklar föll 25 bort på grund av att de inte bedömdes relevanta till den här studiens syfte.

Sökning i Google Scholar resulterade i 52 artiklar varav två valdes ut som relevanta till studiens syfte och där användes sökorden: Psychosocial factors diabetes type 2, psychosocial issues diabetes type 2, Psychosocial issues diabetes type 2 compliance.

Inklusionskriterier

Inklusionskriterier var vetenskapliga artiklar som svarade mot studiens syfte och som var publicerade i vetenskapliga tidsskrifter. Studierna skulle beskriva personer med diabetes typ II oavsett om de var tablettbehandlade, insulinbehandlade eller kostbehandlade. Studierna skulle vara fokuserade på personernas upplevelse av sin sjukdom och vara publicerade från 1999 och framåt. Studierna skulle vara skrivna på engelska eller svenska (se bilaga 1).

Exklusionskriterier

Studier som fokuserade enbart på psykologiska faktorer som exempelvis depression har exkluderats.

Kvalitetsbedömning av utvalda artiklar:

Sökningarna resulterade i 8 vetenskapliga artiklar som genomgick en kvalitetsgranskning. Kvalitetsbedömningen utgick från Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) sidan 156-157, protokoll för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ ansats (Se bilaga 2). Kvalitetsgranskningen hjälper till att försäkra att utvalda artiklar är av god kvalitet och att deras forskning är adekvat och håller. Vid granskningen gjordes en sammanfattande bedömning där artiklarna skulle graderas med God, Medel, Bra. Respektive artikels bedömning redovisas i artikelmatrisen (Se bilaga 3).

ANALYS

Analysen av artiklar genomfördes inspirerad av innehållsanalys enligt Granheim och Lundman (2004). Vid innehållsanalysen lästes artiklarna först igenom för att få en helhetsbild av artiklarnas resultat. Därefter ströks meningsenheter under som stämde med studiens syfte. Dessa skulle vara stora nog för att kunna ses som en helhet men tillräckligt små för att sammanhanget ändå skulle ses i dem. Under detta moment var det viktigt att texten inte tolkades. Meningsenheterna sorterades och kondenserades utan att essensen i texterna gick förlorad. I nästa avslutande steg bildades kategorier som kom att utgöra studiens resultat.

Nedanförl följer exempel på analysen och meningsenheter, kondensering och kategorisering som kom att utgöra resultatet.

Tabell 1. Kategorier

Meningsenheter	Kondensering	Kategori
"Diabetes can be viewed as something natural in life in the sense that it is connected with ageing and much-used body, but also as something abnormal or pathological."	"Diabetes can be viewed as something natural in life, but also as something abnormal" (artkl. 3)	Acceptans
"Issues of concern included disclosing diabetes to others of feeling responsible for having caused the condition. One important cause of embarrassment and guilt, thus, seemed to be whether the women's lifestyles could account for their developing diabetes."	"Feeling responsible of having caused the condition" (artkl. 2)	Skuld/Rädsla
"Whereas male impotence in diabetes and other chronic diseases was a well-defined problem that most women had heard about, female sexual problems such as vaginal dryness or lack of desire felt to be "invisible"."	"Male impotence in diabetes and other chronic disease was well-defined. Female sexual problems felt to be invisible." (artkl. 2)	Manligt och kvinnligt
"Patients whose total social support score was low had a significantly greater relapse than those with a high social support score"	Social support is significant to relapse	Sociala faktorer

RESULTAT

Acceptans

Analysen visade att för att individen skulle kunna acceptera ett besked om att denne var sjuk i diabetes mellitus typ II, kunde det krävas en viss psykisk mognad (Hörnsten, Norberg & Lundman, 2002). Den sjuke kunde välja att se diabetes typ II som en naturlig del av livet, men också som något oförståeligt och hemskt, där patienten valde att istället förneka sin sjukdom (Hörnsten, Sandström & Lundman 2004).

“For me it wasn’t about if, but when, I should get it. Both of my parents and three of my four brothers and sisters have diabetes, so it was expected.” (Hörnsten et al., 2004, s 177)

“I have to accept this... that it’s real... I have to accept that I have diabetes. I didn’t have it before... I don’t really have it yet, but...” (Hörnsten, Norberg & Lundman, 2002, s 781)

En viktig komponent i den psykosociala mognaden kunde vara hur säker en person var på sin egen identitet, det vill säga i vilken grad hon var på det klara med vem hon är, hennes inre liv och inre kvalitéer oberoende socialt sammanhang. Att en person upplevde att hon hade en egen identitet kunde innebära att hon kunde vara ärlig mot sig själv och med grund på sina egna värderingar och kvalitéer våga och vilja förändra de egna levnadsvanorna (Hörnsten et al., 2002). Även ålder var en faktor som kunde bidra till hur patienten accepterade sin sjukdom. Desto yngre person desto svårare kunde det vara det vara att anpassa sig och acceptera sin sjukdom (Whittemore, D’Eramo, Melkus & Grey, 2004).

Med ökad ålder och psykosocial mognad kunde individerna välja att se diabetes typ II som något odramatiskt, att det var något uthärdligt som gick att kontrollera. De kunde också välja att se sjukdomen som något allvarligt och livshotande (Hörnsten et al., 2004).

“My personal view of diabetes is that the doctor Is sitting there with an axe, taking my life from me, and Hacking until I am lying on my back, with No possibility of doing anything about it.” (Hörnsten et al., 2004, s 177)

Beskedet om att en person hade fått diabetes typ II behövde inte leda till att denne accepterade sin sjukdom och genast började lägga om sin livsstil. Diagnosen väckte många känslor och inre konflikter hos den sjuke. Individen kunde välja mellan att se sin sjukdom som en utmaning, något som gick att bemästra. Andra vägrade acceptera att de hade diabetes typ II och därför upplevde de inte att de behövde ändra sina vanor. Dessa individer valde bara att se till de problem de själva märkte av och hade diabetes typ II inte gett några kännbara symtom så existerade för dem sjukdomen helt enkelt inte (Hörnsten et al., 2004).

“I say it clearly, I have not changed anything at all. I go on as before, as type 2 diabetes is a simple disease, as long as I feel well, I don’t think that is a bad decision. I mean why should I look for problems when there aren’t any?” (Hörnsten et al., 2004, s 177).

Det kunde också finnas ett samband mellan patientens blodsockernivåer och hur denne accepterat sin sjukdom. De personer som hade en positiv inställning till sin diabetes typ II hade oftare bättre HbA1c nivåer än de som valde att inte se eller acceptera sin sjukdom. Deras attityd hade även negativ inverkan på HbA1c som var sämre (Gåfväls & Wändell, 2005).

Skuld och rädsla

Skuld och skam var en känsla som kunde infinna sig hos en person med diabetes typ II. En faktor till att de kände skuld kunde vara känslan över att de själva bar ansvaret för sin sjukdom eftersom de kunde ha dåliga motionsvanor och dålig kosthållning. Känslan av skuld kunde gå hand i hand med känslan av skam som gjorde att individen drog sig undan sociala sammanhang (Sarkadi & Rosenqvist, 2003).

“A lot of those who get it (diabetes) in adult life, one shouldn’t forget, have actually eaten their way into it by... well, a disease of faulty living, some should be exuberant...” (Sarkadi & Rosenqvist, 2003, s 648).

Personer diagnostiserade med diabetes typ II kunde beskriva samhällets syn som något fördömande där varje tidning beskrev hur sjukdomen orsakats av individen själv. Dessa fördomar som dessa individer till stor del har växt upp med kunde stigmatisera deras diagnos och gjorde den svårare att acceptera och handskas med sjukdomen för individen (Sarkadi & Rosenqvist, 2003).

It was considered very bad from when I grew up to have diabetes... I think there’s a kind of threat in it, if you really start digging back there (in her mind). It becomes ingrained in you- you are a different as a person.” (Sarkadi & Rosenqvist, 2003, s 648).

“I became really mad when I received this letter (containing the diabetes diagnosis from her physician) and I directed this anger toward myself because I knew I had diabetes on my father’s side and still I had allowed Myself to swell up so...so I only have myself to blame.” (Sarkadi & Rosenqvist, 2003, s 648).

Inte sällan kunde den psykosociala mognaden spela in. En person med en väl utvecklad känsla för sin identitet var mindre benägen att se sin sjukdom som något självförvållat. Hon hamnar inte heller lätt i en situation där hon känner skuld för sin diabetes (Hörnsten et al., 2002).

Känslan av skuld kunde vara kopplad till rädsla. Ofta kunde dessa patienter ha funderingar kring hur framtiden kom att te sig i fråga om sjukdomsrelaterade komplikationer och andra problem som patienten kunde tänkas ha eller uppleva. Att planera för framtiden kunde upplevas av diabetes typ II patienter som nödvändigt och viktigt för att uppnå mening med livet, men det kunde också vara

så att det inte skedde någon planering, utan personen kunde välja på grund av rädsla för sin sjukdom att ta en dag i taget (Hörnsten et al., 2004).

Denna rädsla kunde hämma den psykosociala utvecklingen hos personer med diabetes typ II. Att inte våga planera för framtiden gjorde att relationer blev lidande. Vänskapsband klipptes av, kärleksrelationer rann ut i sanden, att vara intim med någon upplevdes som hotande och känslan av ensamhet och bitterhet kom att ta över (Hörnsten et al., 2002).

Även sjukvården kunde spela en roll i hur personer med diabetes typ II skuldbelade sig själva. Ofta kunde sjukvården ge information om hur de skulle leva i fråga om motionsvanor och kosthållning. Levde de som diabetessjuksköterskan sade kunde personen med diabetes typ II känna sig hälsosam och som om denne hade kontroll över sin sjukdom. Upplevde patienten att denne inte levde som sjukvården lärt att han/hon skulle göra kunde de skuldbelägga sig själva (Edwall, Hellström, Öhrn & Danielsson, 2007).

“If my condition worsens, I feel guilty...why, can't I manage it appropriately? If my condition improves...Then I feel happy and positive, that my levels are fairly stable.” (Edwall et al., 2007, s 776).

Sociala faktorer

Det visade sig att insjukna i diabetes typ II kunde kräva mycket av personen i fråga då denne måste anpassa sig till nya rutiner och medicinering för att uppnå sina mål med en bättre hälsa och bättre livskvalitet. Detta kunde också innebära att person med diabetes typ II sökte efter stöd i sin omgivning, från familj som fru, man, barn och vänner. Personer med diabetes typ II kunde även finna tröst och stöd i religionen (Hörnsten et al., 2004).

Att integrera sjukdomen i det vardagliga livet kunde upplevas som en utmaning som tog tid och som involverade de som personen med diabetes typ II stod närmast som fru, man och barn. Att dessa personer var med och hjälpte till att få kontroll över vardagen, det vill säga kontroll över sjukdomen kunde vara avgörande för hur patienten kom att acceptera, sköta och förstå sin sjukdom. Fastställda rutiner kunde underlätta egenvården för patienten och för familjen runt omkring. När personer i den sjukes närhet intresserade sig för sjukdomen och dess konsekvenser kunde också behandlingen av den sjuke och dennes egenvård underlättas (Hörnsten et al., 2004). Personer som deltagit i diabetesundervisning och erhållit ökad kunskap om sin sjukdom mer än en gång, hade bättre egenvård och förbättrade på så sätt den metabola kontrollen (Akimoto, Fukunishi, Kanno, Yamazaki & Morokuma, 2004).

“...but when my husband was alive I don't think we kept regular hours in this way. Actually, the routines are a way to take it [the disease] into account.” (Hörnsten et al., 2004, s 178).

Att ha stöd från sin familj kunde vara vitalt för att en diabetiker skulle kunna sköta sin sjukdom. Ibland kunde familjen trots goda intentioner försämra patientens sjukdomstillstånd. Den som stod för matlagningen och inköp kunde ha inverkan på sjukdomen. (Akimoto et al., 2004). Hörnsten et al. (2004) kom i sina resultat fram till att det kunde ta tid att integrera sjukdomen diabetes typ II inom

familjen. En person med diabetes typ II måste äta regelbundet vilket är en regim som kunde vara svår att tillämpa i alla familjer (Ibid). Var det då en annan person som stod för matlagningen i familjen kunde det som Akimoto et al. (2004) påpekar vara svårt att följa så väl tider som kosthållning. Hörnsten et al. (2004) menar också i sina resultat att familjer som engagerar sig sjukdomen kunde ha en positiv inverkan på matlagning, kosthållning och hur diabetes typ II regimer följdes.

Svårigheter att acceptera diagnosen diabetes kunde få en person med diabetes typ II att isolera sig från sitt kanske tidigare rika sociala liv (Gåfvels & Wändell, 2006). Isolering kunde ha negativa effekter på patientens diabetessjukdom varvid försämrade metabolisk kontroll och psykologiska problem med depression var framträdande riskfaktorer tillsammans med sämre självkänsla. Tillgång till ett socialt nätverk kunde öka chansen att patienten fått en god kontroll över sin diabetes. Det sociala stödet kunde också öka patienten självkänsla, självförtroende och dennes säkerhet i sin sjukdom (Whittemore et al., 2004).

Social status i samhället kunde ha en positiv inverkan på sjukdomen. Att ha ett fast jobb att gå till och jobba fullt eller deltid, kunde ha en positiv inverkan på diabetes mellitus typ II patientens metabola kontroll och HbA1c nivåer. Arbetslöshet, sjukskrivning, att arbeta deltid eller vara pensionerad kunde ha en negativ inverkan på HbA1c och den metabola kontrollen. (Richardson, Adner & Nordström, 2000).

Utbildningsnivån kunde ha inverkan på den genomsnittliga metabola kontrollen. Det visade sig att individer med universitetsexamen eller gymnasieexamen i genomsnitt kunde ha bättre värden på HbA1c nivåer än de personer som enbart hade grundskoleutbildning. Högutbildade kunde också ha ett större socialt nätverk än lågutbildade vilket i genomsnitt bidrog till en bättre metabol kontroll. (Richardson et al., 2000).

Att diagnostiseras med diabetesrelaterade komplikationer påverkar även det sociala livet då den sjuke kan dra sig undan. Dessa individer löpte dessutom större risk att få komplikationer som depression och att deras HbA1c nivåer var sämre än personer med diabetes typ II utan komplikationer. Risken för social isolering och sämre metabol kontroll ökade vid fler än en sjukdomsrelaterad komplikation (Richardson et al., 2000).

Den personalkategori inom sjukvården som en person med diabetes typ II kom att komma mest i kontakt med under sin livstid var diabetessjuksköterskan. Personer med diabetes typ II beskriver att det kan vara kritiskt att diabetessjuksköterskan skapade en atmosfär som ingav lugn och trygghet, men också att patienten fick känna sig som en unik person och inte som ytterligare en av sköterskans patienter med diabetes typ II (Hörnsten et al., 2004). Relationen mellan sköterskan och patient skulle präglas av respekt och tillit. Att patienten kände att denne hade stöd och var sedd av diabetessjuksköterskan främjade omvårdnaden och gav kraft till bättre egenvård (Edwall et al., 2007).

“If I have any small questions or problems, I can take them up with the DNS and we resolve them together. Every time I have been there and had this discussion, it gives me a little kick. It confirms that things are just as good as I think they are.”(Edwall et al., 2007, s 776).

Att patienten kom till samma vårdare gång på gång kunde ha en stor betydelse för den egna omvårdnaden. Att komma till nya ansikten varje gång där patienten måste berätta om sitt tillstånd och sina problem på nytt kunde upplevas inte som positivt och ingav inget förtroende. Det kunde upplevas som negativt om personer med diabetes typ II upplevde att diabetessjuksköterskan var stressad eftersom de då inte upplevde förtroende till denne och till följd av detta blev omvårdnadsåtgärder ifrågasatta (Edwall et al., 2007). Att möta olika sjukvårdare vid varje tillfälle kunde också hämma patienten från att berätta om sina problem då en ny relation måste byggas mellan patient och vårdare (Sarkadi & Rosenqvist, 2003).

Det stöd som sjukvården gav kunde innebära att patienten blev guidad, påmind och uppdaterad om nya behandlingar och egenvårdsåtgärder. Patienter kunde på så sätt utveckla en god förståelse för sin diabetes och hur denne skulle klara av sjukdomen i sitt dagliga liv. Patienter upplevde att diabetessjuksköterskans sätt att guida denne genom att komma med förslag och goda råd och förmåga att bolla med idéer och utbyte av erfarenheter mellan vårdtagare och vårdgivare underlättade egenvården och ökade deras kunskap om sjukdomen (Edwall et al., 2007). Patienter med diabetes typ II som fått denna typ av information mer än en gång hade en tendens att klara sig bättre i sin egenvård än de som bara fått informationen vid ett tillfälle (Akimoto et al., 2004).

Empowerment system som arbetssätt där vårdgivare fungerade som ett bollplank eller som en samarbetspartner i sjukdomen uppskattades mer än andra system av patienter med diabetes typ II. De system som kanske tidigare använts där vårdgivare satt och berättade hur patienten skulle göra för att sköta sin sjukdom kunde uppskattas mindre och inspirerade inte heller till förändring i vardagen. Empowerment kunde uppmuntra och stimulera till förändring samtidigt som patienten upplevde sig trodd av vårdpersonal, förtroendet för sjukvården ökade, patienten kunde känna sig mer självständig och självsäker i sin sjukdom och var på så sätt mer villig att också ta ansvar för sin egenvård (Edwall et al., 2007). Empowerment kunde fungera genom att stärka patientens självförtroende vilket ledde till stärkt tillit på det egna jaget och på den egna orken (Hörnsten et al., 2004).

“If I have any problems with my blood-sugar equipment, she helps me... at the same time, I feel a little pressure when I have been to the clinic... I feel that... it isn't good... so I get another little push... I feel that I have to try to do a bit more.” (Edwall et al., 2007, s 776).

Manligt och kvinnligt

Kvinnor kunde ha en tendens att bagatellisera sin sjukdom, men om även deras partner var sjuka i diabetes sågs det genast som mer allvarligt. På så sätt skötte kvinnor sin diabetes genom sina partners (Hörnsten et al., 2004). Det bästa resultatet erhöles om både mannen och kvinnan hjälptes åt i köket. Män kunde få en sämre metabol kontroll och försämrade värden på sin diabetes om deras partner stod för matlagningen (Akimoto et al. 2004).

“My husband has diabetes and, as I do the cooking, I manage his diabetes too. In fact, I don't think about my own diabetes at all when I am planning

meals and cooking. The only thing I am concerned with is that his diet is under control. Probably that's the usual way women think." (Hörnsten et al., 2004, s 179).

Det kunde finnas en skillnad mellan hur män och kvinnor upplevde det sociala stödet. De sjuka kvinnorna kunde uppleva mindre engagemang och stöd av sin omgivning än vad män generellt gjorde (Richardson et al., 2000). Kvinnor kunde uppleva att män med diabetes typ II fick mer uppmärksamhet av sjukvården när det gäller till exempel sexuella komplikationer av sjukdom. De kunde uppleva att de inte fick tillräckligt med information av sjukvårdspersonal och att deras problem är osynliga. Denna osynlighet kunde förklaras av kvinnorna att när mannen får sexuella problem fungerar hans könsorgan alls vilket ses som mer allvarligt, medan kvinnans problem inte syns (Sarkadi & Rosenqvist, 2003).

"Women of our age, who live alone, won't- are of no real interest, in a way,...but you give a man a tablet [referring to Viagra] and everything's hunky-dory, but women, oh, they're not important...if you have no desire yourself, that's brushed under the carpet..." (Sarkadi & Rosenqvist, 2003, s 647).

Kvinnor kunde också uppleva hur bemötandet från sjukvården ändras ju äldre de blir. De beskrev upplevelsen som att de blev mindre värda ju högre upp i åldrarna de kom och att det blev svårare för dem att öppna sig för sjukvårdspersonal (Sarkadi & Rosenqvist, 2003).

Kvinnor diagnostiserade med diabetes typ II kunde uppleva sin mentala och psykiska hälsa som sämre än kvinnors som var friska. Däremot kunde de må bättre ju större socialt stöd de upplevde att de hade och genom stödet blev de mer säkra i sin sjukdom och fick bättre metabol kontroll, som resulterade bland annat i viktnedgång och mårde bättre psykiskt. Kvinnor som upplevde ett större socialt stöd var också mer benägna att påbörja fysisk aktivitet vilket i sin tur gav en positiv inverkan på kvinnornas HbA1c (Whittemore et al., 2004).

Psykosocialt kunde män med diabetes typ II i större utsträckning ha problem med alkohol än kvinnor med samma sjukdom, medan kvinnor kanske upplevt fler sociala påfrestningar under sin livstid än män. Kvinnor kunde också ha mer kunskap och insikt i diabetes typ II innan de insjuknat, men de kunde uppleva större uppgivenhet över sin diagnos och kunde ha det svårare att acceptera diabetessjukdomen än män med samma sjukdom. Detta kunde leda till att kvinnor isolerade sig socialt i större utsträckning än män med diabetes typ II efter de hade fått sin diagnos och kunde lättare falla i depression (Gåfvels & Wändell, 2006).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studien som gjorts är en litteraturstudie med innehållsanalys inspirerad av Granheim och Lundman (2004). En litteraturstudie har fördelen att den ger forskaren en överblick av den aktuella forskningen som finns gjord på det specifika område som forskaren önskar belysa. Nackdelen är att en litteraturstudie kan göra det svårare att söka nya erfarenheter (Backman, 2008). Denna

litteraturstudie är så kallad manifest, det vill säga en teknik för objektiv, systematisk kvantitativ beskrivning av hur kommunikation framträder. En manifest innehållsanalys innebär enligt Forsberg och Engström (2003) en analys av direkt synliga mönster eller teman i en text genom kvantitativa beräkningar. Vid en manifest innehållsanalys får forskaren inte tolka innehållet i texten under analysen. Motsatsen är en latent innehållsanalys som enligt Forsberg och Engström (2003) kan definieras som en identifiering av meningsbärande enheter, kodning av kategorier, identifiering av centrala teman och utveckling av teorier och modeller. En latent innehållsanalys metod innebär att forskaren tolkar innehållet i texten under analysen (Ibid). Att välja en innehållsanalys där innehållet i texten tolkas kan vara riskabelt då egna värderingar och förkunskaper riskerar att färga resultatet. Därför valdes i stället en manifest innehållsanalys inspirerad av Granheim och Lundman (2004).

En litteraturstudie kan som beskrivet ge forskaren en överblick på den aktuella forskningen inom ämnet. För att söka egna erfarenheter och erhålla nya färsk resultat hade en empirisk studie varit intressant, men då tiden ej fanns valdes en litteraturstudie.

Studien byggde på artiklar på svarspersoner från 19 år uppåt. Eftersom människor utvecklas olika och har olika psykosocial mognad och kan uppleva psykosociala faktorer annorlunda beroende på ålder och vilka skeenden i livet de befinner sig. Fagot et al. (2000) gjorde i sin studie påståendet att diabetes typ II kryper nedåt i åldrarna så att även barn kan diagnostiseras med sjukdomen (Ibid). Kanske hade resultatet blivit mer intressant om studien inriktat sig på en specifik åldersgrupp eftersom olika åldersgrupper kan uppleva sin psykosociala mognad olika (Erikson, 1982).

Studien har inte heller tagit hänsyn till om svarspersoner i utvalda artiklar är nyligen diagnostiserade med diabetes typ II eller om de har haft sjukdomen under en längre tid. Detta kan påverka hur individen ser på sin sjukdom och därmed även testresultatet i denna studie.

Det kan vara en risk att läsa en annan forskares forskning och resultat. Trots att Granheim och Lundman (2004) poängterar att det är viktigt att inte tolka resultat och att inte frångå syftet, är det ändå lätt att de fakta som väljs ut färgas av det läsaren vill få ut av texten och det syfte denne ämnar få svar på. Att vara ensam om att studera ett ämne har haft sina nackdelar då det inte funnits någon att diskutera med och som kan hjälpa till att se till att studien håller sig till syftet. Kvalitetsgranskningen av Willman et al. (2006) anses vara adekvat och ett bra underlag för att bedöma om utvalda artiklar håller måttet. Svaghet i denna studien kan vara att inte alla artiklarna har en kvalitativ ansats utan har inslag av även kvantitativa, men är ändå övervägande kvalitativa.

Genderperspektivet var inte ett inklusionskriterier men vid analysen framkom att fem av utvalda artiklarna tog fram detta som intressant. I denna studie har ingen jämförelse gjorts även om det i resultatet finns en kategori som utgår från genderperspektivet. För att göra resultatet mer adekvat hade det varit nödvändigt att inkludera fler artiklar som fokuserade på skillnader och likheter mellan de båda könen.

Den äldsta studien var publicerad år 1999 och den senaste år 2008. Artiklarna var relativt nya och aktuella vilket gör att samhället och samhällsynen på diabetes typ II sannolikt inte har hunnit förändrats. Däremot kan det finnas kulturella skillnader mellan de svenska, amerikanska och japanska studierna. Samhällssynen på sjukdomen kan växla mellan länderna och det kan färga studiens resultat. Likadant skiljer sig kulturen stark mellan länderna. Speciellt mellan Japan och Sverige, men också USA trots att detta är ett land som tillhör västvärlden skiljer sig de amerikanska sociala normerna och sättet att umgås med nära och kära starkt från de svenska normerna. En faktor i denna studie som kan ha påverkats av sociala och kulturella skillnader kan vara vår syn på övervikt, kost och hälsa.

Resultatdiskussion

Denna studie visade att den psykosociala mognaden hos en person med diabetes typ II hade en centrall roll i hur denne väljer att acceptera och se sin sjukdom. Det framkom att en viktig komponent i den psykosociala mognaden kan vara hur säker en person är på sin egen identitet och hur trygg denne är i sig själv. Denna trygghet kunde hjälpa den sjuke att förstå att denne inte är sin sjukdom och se det som ett hinder som kan övervinnas (Hörnsten et al., 2002). Enligt definition på psykosocial mognad av Erikson (1982) är det omvärlden som hjälper till att påverka och forma oss som människor. Enligt Erikson (1982) är det bland annat psykosociala faktorer som kultur, social grupp, konflikter och vad vi möter i livet som formar oss som människor. Sarkadi och Rosenqvist (2003) fick i sina resultat fram att uppväxten kunde påverka hur person med diabetes typ II valde att se sin sjukdom och hur denne upplevde att den sociala gruppen och samhället såg denne.

Beroende på hur säker personen med diabetes typ II var i sin egen identitet kunde den sjuke välja att gå vidare i livet med sin sjukdom och välja att se diabetes typ II som en utmaning och välja att lägga som sin livsstil och göra sjukdomen till kanske vända sjukdomen till något positivt (Hörnsten et al., 2002).

Osäkerhet i sin identitet och i det egna jaget kan enligt Cullberg (2003) bidra till att nya utmaningar och skeenden i livet möts med rädsla och osäkerhet (Ibid). Detta visade sig i resultatet där Hörnsten (2004) beskrev att en person med diabetes typ II kunde välja att se det som slutet, något livshotande, men den sjuke kan också välja att ignorera sig sjukdom. Så länge diabetes typ II ger några symptom existerar den helt enkelt inte.

Enligt Misra och Lager (2008) kan diabetesomvårdnaden och behandling påverkas av hur patienten väljer att acceptera sin sjukdom. Enligt Orem (2001) skulle omvårdnadsarbetet kunna underlättas om personen i fråga undervisas i sin sjukdom för ökad personlig förståelse för vad det innebär att ha diabetes typ II. Akimoto (2004) menar i sin studie att personer med diabetes typ II som erhållit information om sjukdomen mer än en gång kunde sköta sin sjukdom bättre och hade en ökad förståelse för vad diabetes typ II innebär än de som enbart fått samma information en gång.

Var en person med diabetes typ II inte säker i det egna jaget kom denne att isolera sig socialt mer och mer. Diabetes kan enligt Sarkadi och Rosenqvist (2003) upplevas som stigmatiserande och självförvållad, vilket kan bidra till risken för social isolering (Ibid). Att ha en öppen dialog mellan vårdare och vårdtagare som Orem förespråkar skulle kunna avstigmatisera sjukdomen, motverka social

isolering och kunna stärka patienten i egenvård och göra denne säkrare i sin psykosociala mognad. Orem's omvårdnadsteori kan också hjälpa personen att möta de psykosociala faktorer som finns i samhället. Detta skulle kunna enligt Rubin och Peyrot (1999) leda till ökad psykosocial mognad som i sin tur kan stärka individens självkänsla, som i nästa led kan underlätta mötet med psykosociala faktorer.

Att studierna har framhållit sambandet mellan psykosocial mognad och psykosociala faktorer gör resultatet mer trovärdigt. Det som gör att studiens resultat kan ifrågasättas är att ingen specifik åldersgrupp har valts att undersökas utan artiklar med testpersoner med åldern 19 år uppåt har accepterats som inklusionskriterier. Detta medför att den psykosociala mognaden kan vara spridd och därför kan testpersonerna uppleva psykosociala faktorer olika.

Familjens betydelse som psykosocial faktor för person med diabetes typ II kan vara stor visade studien. Lika viktigt som det kan vara att individen själv accepterar och förstår sin sjukdom kan det vara lika viktigt att dennes familj gör det samma. Akimoto et al. (2004) menade att det kan ha betydelse vem det är som står för matlagningen inom familjen hur en person med diabetes typ II klarar att hålla de strikta diabetes regimerna när det gäller kost och att hålla mattider. Att familjen deltar i de diabetes regimer som följs och att de intresserar sig för sjukdomen stärker den sjuke och ger stöd (Ibid). Även här skulle Orem's omvårdnadsteori tillämpas. Genom att vårdpersonal stärker en person med diabetes typ II skulle denne kunna svara på frågor och kunna förklara sin sjukdom för anhöriga på ett bättre sätt. Anhöriga skulle också kunna aktiveras enligt Orem där närstående också kan få information och stöd i sjukdomsregimer och behandling. Om anhöriga görs delaktiga kan resultatet också påverkas positivt (Akimoto, 2004, Hörnsten, 2004, Orem, 2001).

Studien visade att social status och utbildning kan ha inverkan på den metabola kontrollen. Richardson et al. (2000) visade i sin studie att fast jobb och känslan av att ha en plats i samhället kunde ha en positiv inverkan på HbA1c nivåer. Cullberg (2003) menar att arbete där en individ känner sig behövd och uppskattad kan bidra till att öka personens självkänsla och tro på sig själv (Ibid). Studien visade också att personer diagnostiserade med diabetes typ II kan ha en bättre metabolisk kontroll och bättre nivåer på HbA1c om de har högre utbildning än grundskolenivå (Richardson et al., 2000). Även här menar Cullberg (2006) att känslan att tillhörighet och samhörighet spelar in i individens välbefinnande och hur denne väljer att ta sig an svårigheter och utmaningar.

Studien visade att personer med diabetes typ II kunde uppleva mötet med diabetessjuksköterskan som en positiv upplevelse. Hörnsten et al. (2004) beskrev hur diabetessjuksköterskan kunde skapa en atmosfär som inger lugn och tillit i mötet med den sjuke. Sarkadi och Rosenqvist (2003) menade att byta vårdare gång till gång kunde upplevas som något negativt där relationen mellan vårdare och vårdtagare kunde behövas byggas upp på nytt vilket kunde ha en negativ påverkan på patientens egenvård. En vårdare som upplevdes som stressad av vårdtagaren var inte heller något som upplevdes som positivt. Vårdtagaren kunde i stället svara med misstänksamhet mot nya omvårdnads och egenvårdsåtgärder som diabetessjuksköterskan föreslog (Ibid). Orem (2001) menar att det kan vara till sin fördel att sjuksköterskan visar intresse i vårdtagaren och dennes livssituation för att inge trygghet och att vårdtagaren skall på en känsla av att

denne är väl omhändertagen. Edwall et al. (2007) tar upp att mötet mellan person med diabetes typ II kan handla om att vårdtagaren söker bekräftelse om att denne gör rätt i sin egenvård. Sköterskans goda kunskap och råd uppskattades ofta och kunde antingen fungera som en bekräftelse på att vårdtagaren gjorde rätt i sin egenvård, eller fungera för att hitta brister i egenvården och tillsammans med vårdtagaren hitta lösningar på dessa (Ibid).

Ett intressant fynd som gjordes i studien var att det system som antogs uppskattas av personer med diabetes typ II i mötet med vården var empowermentssystemet (Edwall et al., 2007 och Hörnsten et al., 2004). Page och Czuba (1999) beskriver att empowerment kan definieras som ett system där vårdare fungerar som handledare för vårdtagare. Omvårdnadsåtgärder och behandlingar skall beslutas i samråd med vårdtagare där det då är lättare att besluta vilka omvårdnads och egenvårdnadsfall som är adekvata för just den personen. Eftersom mötet mellan vården och vårdtagaren blir en dialog är det också lättare för vårdare att vårdtagare förstått den information som getts och vårdtagaren kan ge sina synpunkter och kanske uppmuntras till att ställa frågor som kan gynna egenvården (Ibid).

Empowerment systemet och Orem's omvårdnadsteori ligger nära varandra. Orem (2001) anser att det kan vara adekvat att skapa en dialog med vårdtagaren och försöka komma överens med denne vilka omvårdnads och egenvårdsåtgärder som skall göras och vilka omvårdnadsfall som kan sättas upp (Ibid). Empowerment systemet kan gynna en diabetiker typ II på samma sätt. Orem's omvårdnadsteori menar att mycket av den medicinska behandlingen av diabetes typ II kan vara beroende av hur personen lyckas med sin egenvård. Empowerment och Orem (2001) kan öka chanserna för att lyckas.

Samtidigt som resultaten om Empowerment och diabetessjuksköterskans roll är intressanta skulle det ändå behövas ytterligare undersökning och analys av för att göra resultat mer trovärdigt och intressant.

En intressant faktor som framkom i studien var att gender kan påverka hur en person med diabetes typ II upplever de psykosociala faktorerna och sin sjukdom. Det framkom av Hörnsten et al. (2004) att kvinnor kan bagatellisera att de är diagnostiserade med diabetes typ II, men om deras partner även skulle drabbas kom sjukdomen att ses som mer allvarig (Ibid). Orem's omvårdnadsteori skulle kunna tillämpas även här då en öppen diskussion mellan vårdare och vårdtagare skulle kunna ta bort kvinnornas känsla av stigma och förbättra egenvården. Då gender inte var ett inklusionskriterium kan resultatet inte heller betraktas som adekvat, men det är intressant att ta upp att det mycket möjligt kan finnas en skillnad mellan könen hur de upplever psykosociala förhållanden.

Studien fann att kvinnor kunde uppleva en osäkerhet i mötet i vården. Sarkadi och Rosenqvist (2003) tog upp att kvinnor kan känna sig osynliga och att deras problem relaterade till sin diabetes typ II sjukdom bagatelliseras av sjukvården, medan männens sjukdomsrelaterade problem sågs som mer allvariga. Whittemore et al. (2004) menade att kvinnor med större socialt stöd kunde var mer benägna att börja träna, sköta sin kost och mådde bättre psykiskt. Kvinnor kunde också i större utsträckning än männen se sin sjukdom som stigmatiserande och kunde dra sig undan socialt mer än männen (Ibid). Gåfvells och Wändell

(2006) fann i sin studie att kvinnor kunde vara mer benägna att falla i depression på grund av sin diabetes typ II sjukdom än vad de manliga testpersonerna.

SLUTSATS

Ur studiens resultat framkom det att den psykosociala mognaden hos en person med diabetes typ II kan påverka hur denne upplever de psykosociala faktorer som individen möter i sitt dagliga liv och sjukdomskontroll. Familjen kunde ha en positiv eller en negativ inverkan på den metabola kontrollen och hur sjukdomsregimer sköttes i hemmet. Det var också nära och kära den sjuke vände sig till för stöd (Hörnsten et al., 2004, Akimoto et al., 2004, Sarkadi & Rosenqvist, 2003).

Ett intressant fynd var hur sjukvården kunde hjälpa en person med diabetes typ II genom empowerment (Hörnsten et al., 2004, Edwall et al., 2007). Dorothea Orems omvårdnadsteori stämmer väl överens med Empowerment och kan hjälpa patienten att på ett effektivt sätt klara sig egenvård och kan göra denne mer uppmärksam på sin sjukdom.

Ett annat fynd som framkom var skillnader mellan könen. Kvinnor med diabetes typ II kunde enligt Sarkadi och Rosenqvist (2003) uppleva att de fick mindre socialt stöd än män med samma sjukdom. Kvinnor med sjukdomen kunde också ha lättare att falla i depression och isolera sig socialt.

För sjukvården kan det vara av vikt att vara medveten om dessa fynd och vara uppmärksam på ålder, kön och hur vi på bästa sätt kan bemöta personer med diabetes typ II.

Det skulle vara intressant att undersöka hur en specifik åldersgrupp med diabetes typ II upplever psykosociala faktorer och kanske hur det kan skilja sig mellan könen.

REFERENSER

- Anderson, B, Finkelstein, D & Laffel, L (1997) Parental involvement in diabetes management tasks: relationships to blood glucose adherence and metabolic control in young adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal Paediatrics*, 130, 207-211.
- Akimoto, M, Fukunishi, I, Kanno, K, Yamazaki, T & Morokuma, Y (2004) Psychosocial predictors of relapse among diabetes patients: a 2-year follow-up after inpatient diabetes education. *Psychosomatics*, 45(4), 343-349.
- Backman, J (2008) *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Belfrage, E (2006) *Medicinsk fickordbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Bondy, P K, Faling, J L, Feinstein, A R, Frenkel, E P, Hoekelman, R A, Plum, F, Romano, J, Rossi, G V, Talbott, J H & Tanser, P H (1987) *The merck manual* (15:e uppl.). Merck sharp & Dhome Research Laboratories.
- Cullberg, J (2003) *Dynamisk psykiatri*. Sockholm: Natur och kultur.
- Ciechanowski, P S, Katon, W J & Russo, J E (2000) Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3278-3285.
- Edwall, L-L, Hellström, A-L, Öhrn, I & Danielson, E (2007) The lived experience of diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 772-781.
- Erikson, E H (1982) *The life cycle completed. A review*. Norton, New York.
- Ericson, T & Ericson, E (2006) *Medicinska sjukdomar- specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi* (2:a uppl.). Studentlitteratur.
- Fagot-Campana, A, Pettit, D, Engelgau, M, Burrows, N, Geiss, L, Valdez, R, Beckles, G, Saaddine, J, Gregg, E & Williamson (2000) Type 2 diabetes among north adolescents: an epidemiologic health perspective. *The Journal of Pediatrics*, 136(5), 664-672.
- Forsberg, C & Wengström, Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och kultur.
- Glasgow, R E & Toobert, D J (1988) Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care* 11, 377-385.
- Granheim, U H & Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gåfvells, C & Wändell, P E (2006) Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. *Diabetes Research and Clinical Practice*,

71, 280-289.

- Hanson, C L, De Guire, M J, Schinkel A M, Kolterman, O G (1995) Empirical validation for a family-centered model of care. *Diabetes Care* 18, 1347-1357.
- Hörnsten, Å, Norberg, A & Lundman, B (2002) Psychosocial maturity among people with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 777-784.
- 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.
- Koopmanschap, M (2002) Coping with type II diabetes: the patient's perspective. *Diabetologia*, 45, 18-22.
- Misra, R & Lager, J (2008) Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 22, 217-223.
- Orem, D E (2001) *Concepts of practice* (5:e uppl.). Elsevier Health Sciences.
- Page, N & Czuba, C E (1999) Empowerment what is it? *Journal of Extension*, 37(5).
- Preidt, R (2009) High blood fats tied to diabetic nerve loss.
><http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.aspx?docid=627250>< 2009-05-28.
- Peyrot, M & McMurry, J F (1985) Psychosocial factors in diabetes control: adjustment of insulin-treated adults. *Psychosomatic Medicine*, 47(6), 543-557.
- Richardson, A, Adner, N. & Nordström, G. (2000). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 758-763.
- Rubin, R R, & Peyrot, M (1999) Quality of life and diabetes. *Diabetes Metabolism Research and Review*, 15, 205-218.
- Russell, E, Toobert, D J & Gillette, C D (2001) Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum*, 14(1), 33-41.
- Sarkadi, A & Rosenqvist, U (2003) Intimacy and women with type 2 diabetes: an exploratory study using focus group interviews. *The Diabetes Educator*, 29(4), 641-652.
- Steed, L, Cooke, D & Newman, S (2003) A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 51, 5-51.
- Whittemore, R, D'Eramo Melkus, G & Grey, M (2004) Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 195-203.

Willman, A, Stoltz, P & Bathsevani, C (2006) *Evidensbaserad omvårdnad- en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund:Studentlitteratur.

World Health Organisation (1948) Chapter 41. Mental health.

> <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/5A585F32-F668-41E0-8210-436C04DA9568/0/chapter41.pdf> < 2009-05-28.

Wändell, P E, & Gåfvells, C (2004) Patients with diabetes type 2 aged 34-64 years at four primary health care centres in Stockholm county, Sweden. Prevalence and complications in relation to gender and socio-economic status. *Diabetes Research Clinical Practise*, 63, 195-203.

BILAGOR

Bilaga 1: Artikelsök.

Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning med kvalitativ ansats.

Bilaga 3: Artikelmatris.

Bilaga 1. Artikelsök.

Databas	Sökord	Träffar	Genomgångna	Valda
Medline	Psychosocial factors and diabetes	240	3	0
Medline	Psychosocial issues and self care	8	0	0
CINAHL	Psychosocial factors and diabetes limiters: age 19-44	838	5	1
CINAHL	Psychosocial factors and diabetes and Swedish or Sweden limiters: age 19-44 and year 1999-2009	401	8	0
CINAHL	Psychosocial factors or psychosocial issues and diabetes	1336	0	0
CINAHL	(Psychosocial factors or psychosocial issues and diabetes) and (psychosocial factors and diabetes) Limiters: English language and peer reviewed and research article	41	9	4
CINAHL	(Psychosocial factors and diabetes) and (Sweden or Swedish) Limiters: English language and peer reviewed and research article	41	6	1
Google Scholar	Psychosocial factors diabetes type 2 metabolic control	32600	21	0
Google Scholar	Psychosocial compliance diabetes type 2	31100	21	0
Google Scholar	Psychosocial quality of life diabetes mellitus type 2	27700	14	1

Bilaga 2 Protokoll för kvalitetsbedömning med kvalitativ ansats:
En bearbetning från Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006)

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska

Antal:.....

Ålder:.....

Man/Kvinna:.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

- Datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivningen/analys adekvat?

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

- Bra Medel Dålig

Kommentar.....

.....

Antal poäng:..... Av 12.

Granskare (sign).....

Bilaga 3. Artikelmatris

Tabell 3 Sidan 1(3)

Titel/Tidskrift	Författare/Land Årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalité
1. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. <i>Diabetes research and clinical practice.</i>	Gåfvells, C. & Wändell, P.E. Svensk studie. Publicerad 2006.	Artikeln undersökte copingstrategier för män och kvinnor med diabetes typ 2. De undersöker också könsrelaterad syn på sjukdomsrelaterade upplevelser och komplikationer.	Svar erhöles via en enkätundersökning där 231 personer i åldrarna 35-64 år besvarade frågor om kognitiv, känslomässig och coping effekter relaterade till somatisk och/eller psykisk sjukdom. Alla deltagare var diagnostiserade med diabetes typ II.	Studien hittade skillnader mellan män och kvinnor vad det gäller coping, resignation och isolering.	Bra
2 Intimacy and Women With Type 2 Diabetes: An Exploratory Study Using Focus Group Interviews. <i>The diabetes educator.</i>	Sarkadi, A. & Rosenqvist, U. Svensk Studie. Publicerad 2003.	Studien undersöker hur 33 kvinnor mellan 44-80 år anser att hur diabetes påverkar deras sociala och sexuella liv. Studien undersökte också om dessa kvinnor önskade hjälp av sjukvården med sina eventuellt sexuella problem.	Kvinnor intervjuades om social och sexuell närhet i fem grupper, alla med typ II diabetes. De fick även fylla i en enkät om sexuell hälsa/ohälsa.	Resultatet var att överlag upplevde alla kvinnor en känsla av skam, skuld och sexuell ohälsa relaterad till sin diabetessjukdom. De upplevde att samhället stigmatiserar sjukdomen och att det är svårare för kvinnor än män att få hjälp av sjukvården.	Bra
3. Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Hörnsten, Å., Nordberg, A. & Lundman, B. Svensk Studie Publicerad 2004.	Författarna ville med studien undersöka personlig förståelse av sjukdom bland diabetes typ II patienter i Sverige. Patienter alla diagnostiserade med diabetes typ II valdes ut från fyra olika vårdcentraler.	Intervjuer av 44 personer diagnostiserade med diabetes typ II. Personerna var mellan 47-80 år och valdes ut från fyra olika vårdcentraler	Resultatet visade att patientens egna förståelse för sjukdomen var ett viktigt komplement till den traditionella synen på diabetes och låg som grund för att kunna planera och ge adekvat vård.	Bra

Bilaga 3. Artikelmatris

Tabell 3 Sidan 2(3)

Titel/Tidskrift	Författare/Land Årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalité
4. Psychosocial maturity among people with diabetes mellitus <i>Journal of Clinical Nursing.</i>	Hörnsten, Å., Nordberg, A. & Lundman, B Svensk Studie Publicerad 2002	Syftet med studien är att beskriva dimensioner av den psykosociala utvecklingen genom att undersöka intervjupersoners minnen och upplevelser i olika åldrar.	Som metod användes intervjuer med en kvalitativ innehållsanalys. Alla 10 deltagare var diagnostiserade med diabetes mellitus typ II och deras medelålder var 64 år.	En positiv psykosocial utveckling underlättar för patienten att leva med och acceptera sin diabetessjukdom.	Bra
5. The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Edwall, L-L., Hellström, A-L., Öhrn, I. & Danielsson, E. Svensk studie Publicerad 2007	Studien undersökte hur diabetes mellitus typ 2 patienter upplever de medicinska kontrollerna de gör hos diabetessjuk-sköterskan.	Intervjuer med 20 personer användes som metod där 10 män och 10 kvinnor delades in i separata grupper. De blev intervjuade om sin vardag med diabetes och hur de upplevde diabetessjuksköterskans roll för sin sjukdom.	Överlag visade resultatet att patienter upplever diabetessköterskans roll som positiv, att hon hjälper dem att handskas, hitta lösningar och uppmuntrar dem.	Bra
6. Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. <i>Journal of Clinical Nursing</i>	Richardson, A., Adner, N. & Nordström, G Svensk Studie Publicerad 2000	Syftet med studien var att undersöka hur personers känsla av samhörighet påverkade deras acceptering av sin insulinbehandlade diabetes mellitus typ II.	Data samlades in med hjälp av enkäter till 107 personer i åldrarna 18-72 år. Skolor som användes var Disability Scale Modified (ADM-skalan) och Sense of Coherence scale (SOC-skalan). Även data från patienternas journaler användes.	Resultatet visade vikten av att individualisera vården för personer med diabetes typ II för att nå en bra metabol kontroll och hur viktigt det är att identifiera individer som inte accepterat sin diabetessjukdom och som upplever låg känsla av samhörighet.	Bra

Bilaga 3. Artikelmatris

Tabell 3 Sidan 3(3)

Titel/Tidskrift	Författare/Land Årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalité
7. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. <i>Journal of Clinical Nursing.</i>	Whittemore, R., D'Emaro Melkus, G. & Grey, M. Amerikansk studie Publicerad 2004	Syftet var att utvärdera de faktorer som associeras med metabolisk kontroll, egna omvårdnaden och psykosociala justeringar bland kvinnor med typ 2 diabetes.	Studien byggde på en cross-sectional design. 53 Kvinnor i åldrarna 30-70 år deltog. Det man var intresserad av att mäta var psykologiska faktorer, HbA1C, egenvård, fysisk aktivitet med utgångspunkt från kvinnornas diabetes.	Den viktigaste faktorn för kvinnor med diabetes typ II är det sociala stödet. Ett gott stöd ökar deras självförtroende och självkänsla och på så sätt förbättras deras metabola kontroll.	Bra
8. Psychosocial Predictors of Relapse Among Diabetes Patients: A 2-Year Follow-Up After Inpatient Diabetes Education. <i>Psychosomatics.</i>	Akimoto, M., Fukunishi, I., Kanno, K., Yamazaki, T. & Morokuma, Y Japansk Studie Publicerad 2004	I Studien hade författarna två syften. Det första var att fastställa vilka psykosociala faktorer som direkt påverkar patientens omvårdningsförmåga. Det andra var att under en tid följa patientens glukos prover för att se om det fanns ett samband mellan de psykosociala faktorerna och blodsocker.	Enkäter användes för att fastställa sociala, psykologiska och somatiska faktorer hos personer med en medelålder på 59 år. I studien deltog både de med diabetes typ I och II. Även HbA1c mättes vid två tillfällen, dels inledningsvis men även två år efter att de genogått en diabetesutbildning. Efter att deltagare gått en diabetesutbildning väntade man två år för att sedan mäta om faktorerna.	Det visade sig att de som erhållit diabetesundervisning mer än en gång lyckades bättre i sin egenvård. Studien visade också att psykosociala faktorer som vem det är som står för matlagningen hemma påverkar den metabola kontrollen. Även det sociala stödet spelade stor roll i den metabola kontrollen.	Bra