



EXAMENSARBETE

Våren 2011

Sektionen för Hälsa och Samhälle

Personers upplevelser av att leva med synnedsättning orsakad av diabetesretinopati

Författare

Anneli Eriksson

Marianne Nilsson

Handledare

Lena Wierup

Examinator

Pernilla Ny

Personers upplevelser av att leva med synnedsättning orsakad av diabetesretinopati

Författare: Anneli Eriksson, Marianne Nilsson

Handledare: Lena Wierup

Litteraturstudie

Datum 2011-06-16

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes är en av de främsta orsakerna till synnedsättning och blindhet. Då förekomsten av diabetes ökar utgör de synrelaterade komplikationerna ett växande globalt hälsoproblem. En ökad förståelse för hur personer med diabetesretinopati upplever att synnedsättning påverkar deras dagliga kan vara till stor hjälp i mötet med dessa personer.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva personers upplevelser av att leva med diabetesretinopati.

Metod: Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie. Vetenskapliga, empiriska studier med kvalitativ och kvantitativ ansats ligger till grund för studien.

Resultat: Studiens resultat redovisas utifrån tre olika teman: känsla av delaktighet, känsla av begränsningar och känsla av otillräcklighet.

Diskussion: sjuksköterskan bör vara professionell i mötet med patienten. Kommunikation, undervisning och en helhetssyn av personens upplevelse av sin livssituation ligger till grund för personens vård och behandling. Det är viktigt med hälsofrämjande insatser för att kunna förebygga komplikationer.

Nyckelord: Diabetes, dagliga aktiviteter, livskvalitet, synskärpa, diabetesretinopati, blindhet, egenvård och fritidsaktiviteter.

People's experiences of living with visual impairment caused by diabetic retinopathy

Author: Anneli Eriksson, Marianne Nilsson

Supervisor: Lena Wierup

Literature review

Date 2011-06-16

Abstract

Background: Diabetes is one of the leading causes of vision loss and blindness. Since the prevalence of diabetes is increasing, the sight-related complications are a growing global health problem. A better understanding of how people with diabetic retinopathy are experiencing vision loss that affects their daily may be helpful in meeting with these people.

Purpose: The purpose of this study was to describe people's experiences of living with diabetic retinopathy.

Method: The study was conducted as a general literature review. Scientific, empirical studies using qualitative and quantitative approach is the basis for the study.

Results: The results are reported from three different themes: sense of ownership, sense of limitations and feelings of inadequacy.

Discussions: Nurse should be professional in the meeting with the patient. Communication, education and a holistic view of the person's experience of their lives is the basis for the person's care and treatment. It is important with health promotion efforts to prevent complications.

Keywords: Diabetes, daily activities, quality of life, visual acuity, diabetic retinopathy, blindness, self-care and leisure activities.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Datainsamling	8
Urval.....	8
Dataanalys.....	8
Etiska överväganden	9
RESULTAT	9
Känsla av delaktighet.....	9
Känsla av begränsningar	10
Känsla av otillräcklighet	11
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion.....	14
REFERENSER	19

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Checklista för kvalitativa artiklar

Bilaga 4 Checklista för kvantitativa artiklar

Bilaga 5 Kriterier för kvalitetsvärdering

BAKGRUND

Diabetes är en av de främsta orsakerna till synnedsättning och blindhet hos personer i arbetsför ålder. Då förekomsten av diabetes ökar utgör de synrelaterade komplikationerna ett växande globalt hälsoproblem (Olafsdottir, Andersson & Stefánsson, 2007).

Personer med sjukdomen Diabetes Mellitus bär alltid med sig vetskap om att komplikationer kan uppstå (Mulder, 2008). Livsföringen påverkas på olika sätt och drabbar grundläggande behov som mat, dryck, socialt umgänge och sexualitet (Agardh, 2005). Ögonkomplikationer, retinopati, kan uppstå både vid diabetes typ 1- och diabetes typ 2 och är den vanligaste orsaken till blindhet hos vuxna före 65 års ålder i västvärlden (Mulder, 2008).

Riskfaktorer för utvecklingen av diabetesretinopati är lång diabetesduration, höga blodglukosvärden, hypertoni och nefropati. Graden av metabol kontroll har också betydelse. Ju tidigare i sjukdomsförloppet denna förbättras desto bättre prognos, även förbättring senare i utvecklingen kan vara gynnsam. Faktorer som rökning och fysisk inaktivitet påverkar utvecklingen av diabetesretinopati (Agardh, 2005). Genom att erbjuda hjälp med rökavvänjning och hjälp med förändring av livsstil förebyggs utvecklingen av diabeteskomplikationer (Starts-Hopko, 2010).

Diabetesretinopati är ett samlingsbegrepp för de förändringar som uppkommer i näthinnans blodkärl vid diabetes. Beroende på svårighetsgraden varierar de kliniska fynden. Den medicinsktekniska utvecklingen och ökad kunskap om förloppet vid diabetesretinopati har gjort det möjligt med effektiv laserbehandling i tidigt skede av sjukdomen, vilket medför att synen i många fall bevaras och till och med förbättras. Då stora områden måste behandlas med laser finns också en fara att synfältet påverkas och att mörkerseendet försämras. I vissa fall är det nödvändigt med glaskroppskirurgi för att avlägsna blödningar då inte tillståndet svarar på laserbehandling. Slutligen kan näthinneavlossning uppkomma och orsaka allvarlig synnedsättning eller blindhet (Agardh, 2005).

I Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 förordar Socialstyrelsen ögonbotten-screening vartannat år för patienter med typ 1-diabetes medan kontrollintervallet sträcks ut till vart tredje år för patienter med typ 2-diabetes utan tidigare ögonbottensjukdom (Socialstyrelsen, 2010). Vid ögonstatus ingår traditionellt undersökning av synskärpa (Hariprasad, Mieler, Grassi, Green, Jager & Miller, 2008). Enligt World Health Organization (WHO, 2009), finns det fyra nivåer av synfunktion: normal syn, måttlig synnedsättning, svår synskada och blindhet.

Omvårdnad utgår från en humanistisk människosyn där människan ses som en del i ett sammanhang, omvårdnaden bedrivs på personnivå med fokus att främja hälsa med hänsynstagande till kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor. Målsättningen är att skapa en relation där patienten och närstående är delaktiga (Svensk sjuksköterskeförening, 2010 b). I det praktiska arbetet bör sjuksköterskan utgå från att varje person är unik och skall därför utgå från personens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov (Jahren Kristoffersen, 2005). En personcentrerad vård innebär att sjuksköterskan sätter individen framför sin sjukdom och de behov som han/hon själv formulerar det. För det krävs kunskap, om personens vanor, synsätt, intressen och prioriteringar och att sjuksköterskan stödjer personen i den roll han/hon vill fortsätta att förfoga över trots sin sjukdom eller ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010, a).

Upplevelser kan definieras som något som upplevs personligt, som ger en känsla som är svår att beskriva, antingen positiv eller negativ. Ett likbetydande ord är erfarenheter (Institutionen för Svenska Språket, 2009). För den person som har en sjukdom är det speciellt upplevelsen av att inte kunna vara som vanligt jämfört med hur det brukade vara innan som är annorlunda. Sjukdomar kan innebära förlust av funktioner, förmågor, förändrad kroppsuppfattning och identitet samt sociala begränsningar som leder till upplevelser av att förlora kontrollen därför att kroppen fungerar otillräcklig. Vilka aspekter av en sjukdom som en person upplever avgör vilken innebörd sjukdomen får för den personen (Hansson Scherman & Runesson, 2009; Klang Söderkvist, 2008; Lejsgaard Christensen & Huus Jenssen, 2004). I vilken grad en individ kan hantera detta

beror hur han/hon upplever en känsla av sammanhang (KASAM) dvs. hur livet ter sig begripligt, hanterbart och meningsfullt (Antonovsky, 2005).

Numera har intresset även fokuserats på hur personer med diabetes upplever att deras livskvalitet påverkas av synförsämring pga. diabetesretinopati. Verktyg för att värdera detta har börjat utvecklas och användas som ett standardinstrument inom detta område. National Eye Institute (NEI) har utvecklat ett frågeformulär som tar upp frågor om i vilken grad synförsämring påverkar det känslomässiga välbefinnandet och dess inverkan på det sociala livet. Resultatet kan ge sjuksköterskan kunskap och förståelse för patientens upplevelse av sin situation för att på så sätt kunna ge en så individanpassad vård och behandling som möjligt (Hariprasad et al, 2008). En ökad förståelse för hur personer med diabetesretinopati upplever att synnedättning påverkar deras dagliga liv kan vara till stor hjälp i mötet med dessa personer.

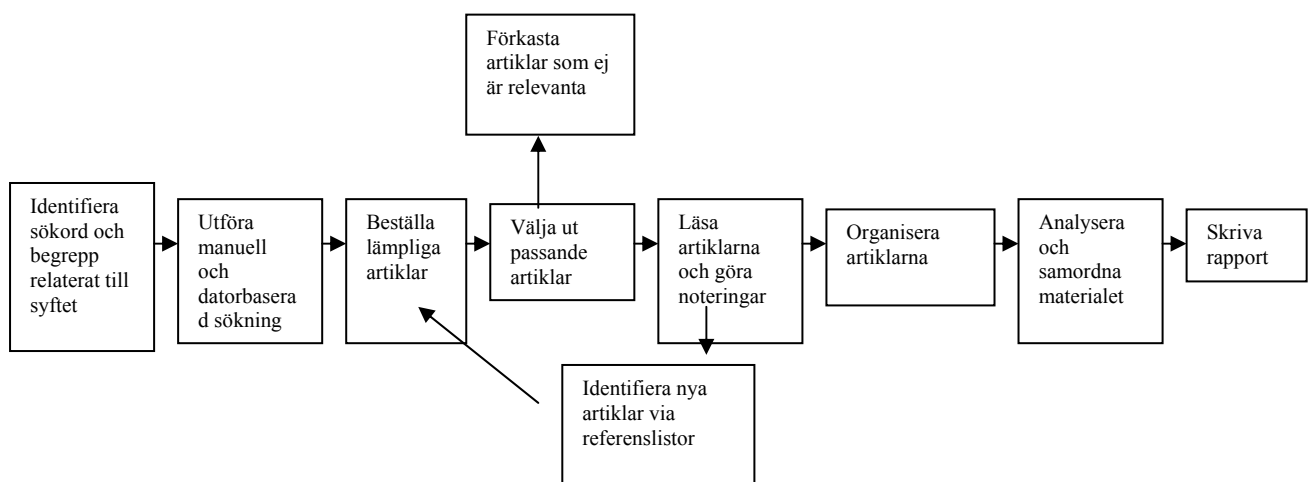
SYFTE

Syftet med studien var att beskriva personers upplevelser av att leva med diabetesretinopati.

METOD

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2008).

Arbetet följde Polit & Becks flödesschema (Polit & Beck, 2008).



Figur 1: Flödesschema. Fritt efter Polit & Beck (2008, sid 108).

Datainsamling

Vetenskapliga, empiriska studier söktes i databaserna ERIC, CINAHL, ELIN@skane och PubMed. Sökord som användes var diabetes, daily living, quality of life, vision, diabetic retinopathy, activities of daily living, blindness, self-care, human activities. Sökning skedde både som fritext och i olika kombinationer. (se bilaga 1). De booleska operatorena AND och OR användes mellan sökorden då dessa kombinerades (Forsberg & Wengström, 2008). Sökningar med MESH-termer gjordes i PubMed och Major Headings i Cinahl. Även manuell sökning gjordes i referenslistor på materialet (Polit & Beck, 2008).

Urval

Inklusionskriterier var kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga studier publicerade från år 2000 och framåt, skrivna på engelska eller svenska. Endast studier med abstract användes. Både patienter med typ 1 och typ 2 diabetes med diabetesretinopati inkluderades. De studier som beskrev upplevelser av synnedsättning vid andra ögonsjukdomar i kombination med diabetesretinopati exkluderades. Arbetet fokuserades på vuxnas upplevelser, barn exkluderades. Vuxna definierades som personer 18 år och äldre.

Dataanalys

De studier som föreföll uppfylla syftet för arbetet valdes ut och abstract lästes. Vissa studier återkom i de olika sökningarna och lades då inte till igen. Studierna lästes sedan i fulltext av båda författarna var för sig. Studiernas innehåll värderades gemensamt. Slutligen kvarstod 16 studier och av dem exkluderades fem där innehållet inte svarade mot syftet (Polit & Beck, 2008). De utvalda studierna sammanställdes i en artikelöversikt (se bilaga 2). De studier som uppfyllde bedömningsgrunderna granskades enligt Forsberg & Wengströms granskningsmall för kvalitativa respektive kvantitativa artiklar (se bilaga 3 och 4) (Forsberg & Wengström, 2008). Därefter analyserades studierna och sorterades efter studiernas resultat. För att kvalitetsvärdera studierna användes Forsberg & Wengströms kriterier för kvalitetsbedömning (se bilaga 5). De lästes igenom av författarna upprepade gånger för att finna likheter och skillnader och slutligen framstod tre teman, känsla av delaktighet, känsla av

begränsningar och känsla av otillräcklighet. Dessa teman bildade rubriker i resultatet. För att underlätta för läsaren har de studier som använts i resultatet markerats med en asterisk i referenslistan. Det refereringssystem som använts i arbetet är APA-systemet (The American Psychological Association), (Friberg, 2006).

Etiska överväganden

I litteraturstudien användes enbart studier som blivit granskade och godkända av etisk kommitté. Då författarna har erfarenhet från diabetessjukvård och ögonsjukvård har de försökt lägga eventuell förförståelse åt sidan då resultatet sammanställts (Forsberg & Wengström, 2008).

RESULTAT

Utifrån studiens syfte redovisas resultatet av studien i tre olika teman; känsla av delaktighet, känsla av begränsningar och känsla av otillräcklighet.

Känsla av delaktighet

En person med diabetes träffar många olika vårdgivare. Förståelse och insikt är förutsättningar för att en person ska kunna tillämpa den kunskap som förmedlas genom vården. En delaktig person har en positiv inverkan på vårdens resultat och ökar inflytandet över sin situation.

Personer som var helt eller delvis blinda pga. diabetesretinopati ansåg att kommunikation, information och kunskap var viktigt för att de skulle uppleva delaktighet i vård och behandling av sjukdomstillståndet (Bourne, 2005). Det var angeläget att den som informerade upplevdes som expert inom området och att det gavs möjlighet till dialog kring sjukdomen för att få kunskap, förstå samband och känna mer delaktighet att kunna påverka sjukdomsförloppet. Bourne, (2005), menade att kommunikation var nyckeln till förståelse och viktigt för känslan av delaktighet. Informationen som var oklar kunde leda till osäkerhet och otydlighet. En del ansåg att information om olika synhjälpmedel och dess användning samt möjligheten till social omsorg borde ha getts innan synen blev för låg så de kunde ha varit förberedda när behovet uppstod.

Det framkom även att brister i kommunikationen var av betydelsen för en god diabeteskontroll. Bättre kommunikation hade kunnat ge personerna en större insikt och känsla av delaktighet för att kunna förbättra diabeteskontrollen och därmed hejda progressionen av diabetesretinopati (Bourne, 2005; Coyne, Margolis, Kennedy-Martin, Baker, Klein, Paul & Revicki, 2004). Det framkom även att det fanns brister i kommunikationen om de komplikationer som kunde uppstå vid diabetes. Vissa kände till att diabetes och ögonproblem hängde ihop och andra hade tidigare erfarenheter genom personer de kände. De som förstod att det fanns ett samband upplevde en större känsla av delaktighet i sjukdomsförloppet. Majoriteten uppfattade dock diagnosen diabetesretinopati som skrämmande och överraskande.

Motsatt resultat visade en studie av Leksell, Sandberg & Wikblad, 2004, där det framkom att personer som löpte risk att bli blinda eller redan var blinda hade god kunskap om samspelet mellan insulin, mat och motion och hur hyperglykemi hanteras. Ett stort antal personer i denna studie (95 procent), upplevde att de praktiskt kunde hantera hypoglykemi. Då personer med diabetes tillfrågades om sekundära komplikationer, och speciellt de med diabetesretinopati, svarade många att de inte förväntade sig att det skulle drabba dem (Devenney & O'Neill, 2010). Personer som redan hade andra diabeteskomplikationer tyckte att det var ytterligare en komplikation. Det framkom att om personen fick välja mellan att bli blind eller förlora benen så valdes blindhet (Coyne et al 2004; Devenney & O'Neill, 2010).

Känsla av begränsningar

Många personer med diabetesretinopati upplevde svårigheter med att avläsa rätt blodsockernivå vilket begränsade deras förmåga att dosera medicinering rätt. De som hade familj kunde be om hjälp medan de utan familj fick klara sig så gott de kunde (Bourne, 2005). En del personer upplevde förlust av självständighet vilket begränsade dem socialt, så de isolerade sig och inte ville vara till belastning för familj och vänner. Andra personer upplevde familj och vänner som ett stort stöd och berättade om positiva tillfällen då familjen hjälptes åt. (Devenney & O'Neill, 2010). Liknande upplevelse av begränsningar i det dagliga livet visade Coyne et al., 2004 i en studie. Där beskrevs upplevda begränsningar vad gällde egenvården av diabetes, att förbereda insulininjektioner och utföra blodsockerester, men även om svårigheter att dra åt muttrar, rädsla att råka ut för olyckor och att köra bil, speciellt på natten. Att inte

kunna spela boll, utföra aerobic och shoppa var ytterligare exempel på begränsningar som personer med diabetesretinopati kunde uppleva.

Studier visade, att personer med synnedbättring till följd av diabetesretinopati kunde uppleva ytterligare begränsningar i sin vardag som att använda telefonen, handla, laga mat, hushållsarbete, resa, läkemedelshantering och handha pengar. Denna skillnad var markant i jämförelse med dem med synnedbättring av andra orsaker än diabetes (Robertsson, Burden & Burdent, 2006). Läsa liten text, fylla i lottsedlar och läsa tidningar var andra synberoende aktiviteter personer med diabetesretinopati kunde uppleva begränsa det dagliga livet. Däremot upplevdes inte matlagning, kortspel och att urskilja trappsteg lika problematiska. Besvären tilltog dock med ökad svårighetsgrad av retinopatin (Lamoureux, Tai, Thumboo, Kawasaki, Saw, Mitchell & Wong, 2010).

Känsla av otillräcklighet

Det visade sig att personer som självständigt kunde klara sina dagliga bestyr till följd av synnedbättringen upplevde en mindre känsla av otillräcklighet. Begränsningar påverkade både den psykiska hälsan och det allmänna hälsotillståndet och känslan av otillräcklighet ökade. En studie visade att detta var mer utmärkande för dem med diabetesretinopati än för dem med synförsämring av andra orsaker än diabetes. Vid en uppföljning ett år senare hade dessa skillnader försvunnit (Robertsson, et al., 2006). Vissa personer med diabetesretinopati upplevde det skrämmande om synen skulle bli så försämrad att de skulle bli beroende av andra. Känslan av otillräcklighet kunde infinna sig vid tanken på att be någon om hjälp med t.ex. transport till snabbköpet och det kunde till och med få dem att undvika att göra det (Coyne et al., 2004).

Att förlora synen till följd av diabetesretinopati karakteriseras av en serie psykologiska förluster och dessa förluster visade sig ha en stor påverkan på det psykologiska välbefinnandet och kunde öka känslan av otillräcklighet (Devenney & O'Neill, 2010). Personer som fått information att de drabbats av diabetesretinopati kunde uppleva rädsla och frustration inför prognosen att kunna bli helt blinda. De kände oro över att inte kunna hantera situationen och en känsla av likgiltighet inför detta förhållande (Lamoureux, Hassel & Keefe, 2004; Scanlon, Martin, Bailey, Johnson, Hykin & Keightley, 2005).

En del blev förvånade och chockade samt kände att livskvaliteten påverkades negativt. Detta ledde till en känsla av otillräcklighet eftersom de inte längre kunde göra sådant de var vana vid. Synförsämringen påverkade även personernas arbete. Vissa kunde inte jobba alls, andra hade fått gå ner i arbetstid (Lamoureaux et al., 2004). Personer som behandlats med laser för retinopatin första gången upplevde synförbättringar, men för dem som genomgått flera laserbehandlingar gav inte behandlingen den effekt de hoppats på. Trots detta skulle de välja att upprepa behandlingen om deras läkare tyckte det behövdes (Scanlon et al., 2005).

Svårighetsgraden av diabetesretinopatin påverkade den upplevda hälsorelaterade livskvaliteten och då båda ögonen blev angripna dalade livskvaliteten och känslan av otillräcklighet ytterligare, även vid måttligt svår diabetesretinopati. De parametrar som bedömdes av de medverkande individerna i den undersökning som gjordes, var sammansatt av fysisk och psykisk upplevelse av hälsa samt att köra bil (Mazhar, Varma, Choudhury, McKean-Cowdin, Shtir & Azen, 2010). Försämring av synskärpan hade betydande negativ inverkan på livskvaliteten och påverkade känslan av otillräcklighet ytterligare. En dubblering av synvinkeln gav en signifikant lägre livskvalitet. Personer med lång sjukdomsduration och insulinbehandling uppmätte lägst visus och proliferativ diabetesretinopati var mer förekommande bland dem med dålig visus (27 procent) än bland de med normal visus (2 procent), (Smith, D et al., 2008). Livskvaliteten påverkades också av stigande ålder oavsett om diabeteskomplikationer hade uppstått eller inte. I en jämförelse mellan njurkomplikationer till följd av diabetes och diabetesretinopati, påverkade diabetesretinopatin livskvaliteten i mindre utsträckning. Vid förekomst av mer än en komplikation förstärktes dock upplevelsen av försämrad livskvalitet och känslan av otillräcklighet. (Ahola, et al., 2009; Smith, D et al., 2008)

Personer med diabetes och synnedläggelse upplevde större svårigheter vid dagliga aktiviteter än de med synnedläggelse utan diabetes, samma gällde också sämre fysisk kondition (Robertsson et al., 2006).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Fördjupningsarbetet genomfördes som en allmän litteraturstudie vilket innebar att resultat från empiriska studier sammanställdes. Denna modell har visat sig lämplig till att redogöra för kunskapsläget inom ett speciellt område (Forsberg & Wengström, 2008). Den kan ge kännedom om patienters upplevelse, erfarenheter, förväntningar och behov och ge kunskap som kan påverka det praktiska vårdarbetet och visa på var det saknas forskning (Friberg, 2006). Det kan vara en fördel i systematiska litteraturstudier att inkludera både kvalitativa och kvantitativa studier för att se ett problem ur olika perspektiv, framförallt inom hälsoområdet (Granskär, 2008). Författarna valde att presentera både kvalitativa och kvantitativa studier tillsammans i resultatet för att få en mer sammanhängande text. Fem av studierna hade kvantitativ metod och två kvalitativ metod, medan fyra stycken hade både kvantitativ och kvalitativ.

Databaser som använts och som ansågs relevanta för studien syfte var ERIC, CINAHL (omvårdnadsforskning), ELIN@skane och PubMed (medicin och omvårdnad). Då samma studier återkom i flera databaser, med olika sökordskombinationer avslutades sökningarna. Eftersom fokus vid sökningen låg på personers upplevelse av synnedsättning vid diabetretinopati och antalet relevanta studier för syftet ansågs uppfyllda, valdes att inte utöka sökningen med ytterligare databaser. En annan anledning var att utfallet sannolikt hade gett samma resultat. Två av studierna har påträffats genom manuell sökning i referenslistor. Då författarna endast behärskar det svenska och engelska språket och eftersom engelska inte är författarnas modersmål kan viktig text ha gått förlorad vid översättning av studierna. Genom att läsa studierna var för sig och flera gånger kontrollerades översättningarna.

Sökningarna begränsades även till artiklar som publicerats efter år 1999, eftersom författarna till denna studie strävade efter att uppnå en så aktuell forskning som möjligt. Att utesluta de artiklar som publicerats tidigare än år 2000 kan ha inneburit att tidigare forskning inom området gått förlorad.

En annan begränsning vid databassökningen var kravet att studierna skulle ha ett abstract. Vissa kvalitativa artiklar saknar ibland abstract och därmed kan relevanta studier för resultatet ha förbigåtts. Anledningen till att studierna skulle ha abstract var att lämpliga studier lättare skulle kunna identifieras vid databassökningen (Granskär, 2008).

Efter att artiklarna kvalitetsvärderats påträffades nio studier med hög kvalitet, en med medel och en med låg kvalitet (se bilaga5). Den studie som hade låg kvalitet ingår i resultatet då studien fokuserar på ett holistiskt synsätt i bemötandet av personer med nedsatt syn.

Genom att exkludera studier som handlar om synnedläggning pga. andra ögonsjukdomar än diabetesretinopati har arbetet kunnat smalnats av och fokuserats utifrån syftet.

Både studier med personer med diabetes typ 1 och diabetes typ 2, med synnedläggning pga. diabetesretinopati har inkluderats. Det har vid sökningarna av studier visat sig att vissa studier enbart inkluderat personer med diabetes typ 2 vissa har inkluderat både personer med typ 1 och 2. Då både förekomst och svårighetsgrad är beroende av diabetesdurationen för graden av synnedläggning för båda typerna av diabetes har dessa inkluderats (Agardh, 2005).

Det framkom efter sökningarna och efter att urvalet gjorts att studierna var utförda i olika delar av världen. Två av de elva studierna var utförda i USA, två i England, övriga var från, Sverige, Finland, Singapore, Australien, Finland, Irland och Wales, vilket kan anses vara en god spridning för att se likheter och skillnader.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva personers upplevelser av att leva med diabetesretinopati. Resultatet visade att de teman som framkom vid analys av de utvalda studierna var, känsla av delaktighet, känsla av begränsningar och känsla av otillräcklighet. Författarna har valt att från resultatet från dessa teman lyfta fram och diskutera kommunikation, undervisning och empowerment.

En god kommunikation och dialog visade sig i resultatet vara viktigt för att få kunskap och förstå samband för en bättre diabeteskontroll för att förhindra progressionen av diabetesretinopati (Bourne, 2005; Coyne, et al., 2004).

Kommunikation kan ses som ett samarbetsprojekt där sjuksköterskan och personen delar erfarenheter och kunskaper. Kunskap blir då inte något som överförs på ett mekaniskt sätt utan bygger istället på att båda parter deltar, tillför kunskaper och erfarenheter ur olika perspektiv som grund för personen att få insikt (Hansson Scherman & Runesson, 2009).

Mötet mellan sjuksköterskan och personen måste ske på ett jämlikt sätt med ett personcentrerat synsätt (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004). Ett ömsesidigt förtroende och kunskapsutbyte mellan sjuksköterskan och personen, gör det möjligt att anpassa sig till situationen, få kraft, förmåga och motivation att delta och påverka sin egenvård (Klang Söderkvist, 2008). Enligt Hörnsten (2004) kan personer uppleva ett tillfredsställande möte med sjuksköterskan om de är överens om målen, upplever sig jämställda och självbestämmande samt känner sig trygga och säkra. Vissa personer kan uppleva ett icke tillfredsställande möte, där de känner sig tvingade till anpassning och underkastelse.

Relationen mellan sjuksköterskan och personen skapar en förutsättning för god kommunikation och delaktighet i beslut (Edberg & Wijk, 2009). Enligt Hörnsten (2004) finns det risk att sjuksköterskan betraktar sina professionella kunskaper som viktigare än personens och att en traditionell inställning bekräftar sjuksköterskans yrkesroll.

I studien av Bourne (2005) betonades att kvaliteten på undervisningen som gavs om diabetes och dess komplikationer hade stor betydelse för hur personerna upplevde delaktighet då de drabbats av synnedbrott till följd av diabetesretinopati. I vilken grad personen valde att vara delaktig berodde också på kön, ålder, utbildning och vilken sjukdom och behandlingsmöjligheter som fanns. Om undervisningen var tydlig kunde patienten förstå sambandet mellan vikten av god diabeteskontroll för uppkomsten av diabetesretinopati och därmed känna sig delaktiga och motiverade till en god egenvård

för att hejda progressionen. Lawton, Parry, Peel & Douglas, (2004) visade i en studie att personer speciellt värderade att snabbt få tillgång till tydlig och klar undervisning om diabetes och behandling från sjuksköterskor som de kände sig bekväma att ställa frågor till och diskutera sin oro med.

Genom sjuksköterskans pedagogiska färdigheter kan personen utveckla medvetenhet och förmåga att hantera sin situation (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004). Den undervisande sjuksköterskan bör ha en helhetsförståelse om viktiga faktorer vid undervisning. Den didaktiska modellen förklarar att undervisningen är dynamisk mellan undervisningsverkligheten, teoretiska kunskaper, personorienterad förståelse, undervisningslämplighet och sjuksköterskans anpassning av dessa faktorer i den enskilda undervisningssituationen. Undervisningssituationen präglas av kommunikation där båda parter kommer med synpunkter. Resultatet för personens del beror i hög grad på sjuksköterskans fysiska utstrålning, expertis och språkliga kompetens. För sjuksköterskans del präglas undervisningssituationen av att under mötet kunna sortera undervisningsbehovet, undervisa, reagera, agera, delegera, lyssna, uppmuntra och hålla tiden. Förmågan att lyssna aktivt, att visa en öppen och lyhörd attityd är viktigt för att kunna förstå andras situation. Att vara medveten om kroppsspråket i mötet med personen är viktigt (Kristoffersen, 2005).

En person med synnedbrettning på grund av diabetesretinopati kan uppleva begränsningar att själv sköta de dagliga aktiviteterna (Coyne et al. 2004). Genom att inventera personens kunskaper och befintliga färdigheter kan sjuksköterskan få en uppfattning om begränsningarnas omfattning. Varje möte måste utgå från personens unika situation och behov (Edberg, 2010). Målet med mötet bör vara att minska personens känsla av begränsning. Dorothea Orems säger i sin egenvårdsteori att sjuksköterskan skall hjälpa personer, med egenvårdsbrist, att övervinna de begränsningar personen upplever till följd av sjukdom. Sjuksköterskan skall även se till att upprätthålla sin mänskliga funktion. Egenvårdsbehov kan vara upprätthållande av födointag, balans mellan ensamhet och social samspel. Att tillförsäkra sig medicinsk hjälp och kunna hantera resultatet av patologiska tillstånd kan också ses som egenvårdsbehov (Kirkevold, 2000). Att använda sig av personcentrerad vård innebär att

ge personen de bästa förutsättningarna för att göra evidensbaserade val i förhållande till sin hälsa och respektera de val personen gör (Svensk sjuksköterskeförening, 2010, a).

Empowerment har som mål att personen ska kunna identifiera sina problem, bli mer medveten om sina resurser och identifiera de hinder som finns för att kunna skaffa sig inflytande över de faktorer som kan främja hälsan (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004). I omvårdnadsprocessen är drivkraften att stödja personen att ha tilltro till sig själv. Genom att visa personen tillit och tilltro kan inre resurser frigöras. Personen kan då utifrån sina värderingar, självbedömning och emotioner stärka sin självkompetens att göra förändringar för att uppnå en ökad livskvalitet utifrån sin aktuella livssituation (Gustafsson, 2004).

Synsattning till följd av diabetesretinopati kan innebära problem i personens vardagsliv. Förhållandet till familj, vänner och arbetssituation kan förändras och livskvaliteten påverkas negativt. Förlust av självkänsla, funktioner och svårigheter att leva upp till de sociala och arbetsmässiga kraven kan upplevas som en känsla av otillräcklighet (Woodcock, Bradley, Plowright, Ffytche, Kennedy-Martin & Hirsch, 2003). (Referens kollad, är ok) Personer med diabetes kan uppleva att sjukdomen ställer krav att leva ett hälsosammare liv och att den också påverkar identiteten. Det kan upplevas krävande att införliva sjukdomen i sitt dagliga liv och att behöva ändra rutiner för att hantera situationen. Förmågan att klara av situationen kräver styrka, självtillit, egenansvar, men ibland också engagemang av andra personer och samhällsinsatser. Den psykosociala mognaden påverkar detta och är beroende på graden av förståelse, kapacitet, målmedvetenhet och mod hos personen (Hörnsten, 2004). Förutsättningen för en persons autonomi är att kunskaper och färdigheter delas med personen. Genom empowerment engageras personen att kunna identifiera sina egna resurser och hinder och bli kompetent att påverka de faktorer som kan främja hälsan (Lejsgaard Christensen & Huus Jensen, 2004).

Coyne et al. 2004 berättar om den känsla av otillräcklighet personer med diabetesretinopati kunde känna inför tanken att bli beroende av andra om synen skulle bli så pass försämrade. Det har även visat sig att hyperglykemi, insulinbehandling, ålder,

kön, diabetesduration och samtidigt andra sjukdomar på verkar livskvaliteten hos personer med diabetes. Därför är det av stor betydelse att identifiera riskpersoner och därmed förhindra komplikationer och med det uppnå förbättrad livskvalitet (Sengül, Erdogan, Sökmen & Canataroglu, 2008). Referens kollad, är ok.

Sammanfattningsvis ska sjuksköterskan kunna ge patienten undervisning om sjukdomar samt följa upp att informationen uppfattats rätt (Socialstyrelsen, 2005). Personens hälsa är beroende av att sjuksköterskan har teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter och har ett förhållningssätt som gör det möjligt för personen att utvecklas (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010b). Mötet med personen bör präglas av en helhetssyn där hänsyn tas till personens aktuella livssituation. Om personen känner tillit till sjuksköterskan uppnås en förtroendefull relation för fortsatta möten. Genom empowerment som förhållningssätt i mötet stärks personens autonomi att göra egna val när det gäller sin hälsa och livsstil (Klang Söderkvist, 2008). Viktigt med hälsofrämjande insatser för att kunna förebygga komplikationer.

REFERENSER

*Ahola, A, J., Saraheimo, M., Forsblom, C., Hietala, K., Sintonen, H., Grop, P, H., (2010). Health-related quality of life in patients with type 1 diabetes-association with diabetic complications (the FinnDiane Study). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 24, 1903-1908.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur.

Agardh, C., Berne, C. & Östman, J. (red.) 2005). *Diabetes*. (3., [omarb. och uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.

*Bourne, J, H. 2005. Experiences of people in Wales who are registered blind or partially sighted due to diabetic retinopathy. *International Congress Series*, 1282, 31-34.

*Coyne, K, S., Margolis, M, K., Kennedy-Martin, T., Baker, T, M., Klein, R., Paul, M, D., Revicki, D, A. (2004). The impact of diabetic retinopathy: perspectives from patient focus groups. *Family Practice*, 21, 447-453.

*Devenney, R., O'Neill S. (2010). The experience of diabetic retinopathy: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 10, 1-15.

Edberg, A. & Wijk, H. (red.) (2009). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C, Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

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

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad: SAUK-modellen för vård och omsorg*. (2., [rev. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur

Hansson Scherman, M. & Runesson, U. (red.) (2009). *Den lärande patienten*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Hariprasad, S. M., Mieler, W. F., Grassi, M., Green, J. L., Jager, R. D., Miller, L. (2008). Vision-related quality of life in patients with macular oedema. *British Journal of Ophthalmology*, 92, 89-92.

Hörnsten, Å. (2004). *Experiences of diabetes care - patients' and nurses' perspectives*. Avhandling (sammanfattning) Umeå: Univ., 2004. Umeå.

Institutionen för Svenska Språket (Göteborg) Svenska Akademien (Stockholm) (2009). *Svensk ordbok: utgiven av Svenska Akademien / [2] M - Ö*. (1. uppl., 1. tryck.) Stockholm: Norstedt.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Klang Söderkvist, B. (red.) (2008). *Patientundervisning*. (2., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (red.) (2005). *Grundläggande omvårdnad. 1*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

*Lamoureaux, E. L., Hassel, J. B., Keeffe, J. E. (2004). The Impact of Diabetic Retinopathy on Participation in Daily Living. *Archives of ophthalmology*, 122, 84-88.

*Lamoureux, E, L., Tai, E, S., Thumboo, J., Kawasaki, R., Saw, S, M., Mitchell, P., Wong, T, Y. (2010). Impact of Diabetic retinopathy on vision-specific function. *Ophthalmology*, 117, 757-765.

Lawton, J., Parry, O., Peel, E & Douglas, M. (2004). Diabetes service provision: a qualitative study of newly diagnosed Type 2 diabetes patients' experiences and views. *Diabetic Medicine* 22, 1246-1251.

Lejsgaard Christensen, S. & Huus Jensen, B. (2004). *Didaktik och patientutbildning*. Lund: Studentlitteratur.

*Leksell, J, K., Sandberg, G, E., Wikblad, K, F. (2005). Self-perceived health and self-care among diabetic subjects with defective vision. A comparison between subjects with threat of blindness and blind subjects. *Journal of Diabetes and Its Complications* 19, 54-59.

*Mazhar, K., Varma, R., Choudhury, F., McKean-Cowdin, R., Shtir, C, J., Azen, S, P. (2010). Severity of diabetic retinopathy and health-related quality of life the Los Angeles latino Eye Study. *Ophthalmology*, 10, 1-8

Mulder, H. (2008). *Diabetes mellitus- ett metabolt perspektiv på en växande folksjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Olafsdottir, E., Andersson, D, K., Stefánsson, E. (2007). Visual acuity in a population with regular screening for typ 2 diabetes mellitus and eye disease. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 85: 40-45.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*Robertson, N., Burden, M, L., Burden, A, C. (2006). Psychological morbidity and problems of daily living in people with visual loss and diabetes: do they differ from people without diabetes? *Diabetic medicine*, 23, 1110-1116.

*Scanlon, P, H., Martin, M, L., Bailey, C., Johnson, E., Hykin, P., Keightley, S. (2005). Reported symptoms and quality of life impacts in patients having laser treatment for sight-threatening diabetic retinopathy. *Diabetic Medicine*, 23, 60-66.

Sengül, M., Erdogan, M., Sökmen, N., Canataroglu, A. (2008). Evaluation of life quality functions in patients with type 2 diabetes mellitus. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 12, 68-72.

*Smith, D, H., Johnson, E, S., Russell, A., Hazlehurst, B., Muraki, C., Nichols, G, A., Oglesby, A., Betz-Brown, J. (2008). Lower visual acuity predicts worse utility values among patients with type 2 diabetes. *Quality of Life Research*, 17, 1277-1284.

Socialstyrelsen, (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtat 2010-10-12 från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010. – Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2010-05-08 från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17924/2010-2-2.pdf>

Starts-Hopko, N, C. (2010). Lifestyle Strategies for the prevention of Vision Loss. *Holistic Nursing Practise*. 24, 284-291.

Svensk sjuksköterskeförening. (2010, a). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2011-02-20 från

http://www.swenurse.se/PageFiles/9595/Nr80_26nov_OM%20Personcetrerad.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2010, b). *Värdegrund för sjuksköterskor*. Hämtad 2011-02-20 från

http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr40_17sept_Vardegrund_Litteraturstudie.pdf

Woodcock, A, Bradley, C, Plowright, R, Ffytche, T, Kennedy-Martin, T, Hirsch, A. (2003). The influence of diabetic retinopathy on quality of life Interviews to guide the design of a condition-specific, individualised questionnaire: the RetDQoL. *Patient Education and Counseling* 53, 365-383.

World Health Organisation (2009), *Visual impairment and blindness*. Hämtad 2010-09-10 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html>

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
100921	Elin	Quality of life and diabetes and vision	Ej äldre än 10 år	Enkel sökning	18	En artikel valdes ut. Innehållet motsvarar ej syftet	Health-related quality of life in patients with type 1 diabetes- association with diabetic complications
101201	Cinahl	Diabetes AND retinopathy AND quality of life AND/OR daily life AND vision	Vuxna, 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år Vetenskapligt granskade	Avancerad sökning Sökord Abstract	35	Innehållet motsvarade ej syftet. För liten undersökningsgrupp	0
101205	Elin	Retinopathy and daily living	Ej äldre än 10 år	Enkel sökning	4	En artikel valdes ut. Innehållet motsvarar ej syftet	Impact of Diabetic Retinopathy on Vision-specific Function
		Diabetic retinopathy and low vision	Ej äldre än 10 år	Enkel sökning	4	Innehållet motsvarar ej syftet	0
		Diabetic retinopathy and quality of life	Ej äldre än 10 år	Enkel sökning	1	Dublett	0

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
101207	Eric	Quality of life and diabetes	Ej äldre än 10 år	Avancerad sökning	30	Ej vetenskaplig artikel. Innehållet motsvarar ej syftet	0
		Daily living and diabetes	Ej äldre än tio år	Avancerad sökning	11	En artikel valdes ut. Innehållet motsvarar ej syftet	The impact of diabetic retinopathy: perspectives from patient focus groups
101209	Cinahl	Diabetic Retinopathy AND quality of life	Vuxna, 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år Vetenskapligt granskade	Avancerad sökning Major Headings All text	14	Innehållet motsvarade ej syftet.	0
101211	PubMed	Diabetic retinopathy AND Health-Related Quality of life	Vuxna, 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år	MESH-termer All text	60	En artikel valdes ut Innehållet motsvarade ej syftet.	Severity of Diabetic retinopathy and Health-Related Quality of Life.
101214	PubMed	Diabetic retinopathy AND human activities	Vuxna , 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år	MESH-termer All text	23	Två artiklar valdes ut Två dubletter Innehållet motsvarade ej syftet	Psychological morbidity and problems of daily living in people with visual loss and diabetes: do they differ from people without diabetes? The impact of diabetic retinopathy on participation in daily living

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
101214	Pubmed	Diabetic retinopathy AND Quality of life	Vuxna, 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år	MESH-termer All text	35	En artikel valdes ut En artikel var ej vetenskaplig Innehållet motsvarade ej syftet.	Reported symptoms and quality-of-life impacts in patients having laser treatment for sight-threatening diabetic retinopathy.
101219	Cinahl	Diabetes and retinopathy AND quality of life	Vuxna, 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år Vetenskapligt granskade	Avancerad sökning Major Headings Abstract	22	Innehållet motsvarade ej syftet.	0
101219	Cinahl	Diabetic Retinopathy AND activities of daily living	Vuxna, 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år Vetenskapligt granskade	Avancerad sökning Major Headings All text	2	Innehållet motsvarade ej syftet	0
101220	Pubmed	Diabetic retinopathy AND Activities of daily living	Vuxna, 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år	MESH-termer Title/abstract	7	Fyra dubletter En artikel utan abstract Innehållet motsvarade ej syftet.	0

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
110111	Pubmed	Diabetes AND retinopathy and self-care and blindness	Vuxna, 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år	Sökord All text	11	Två dubletter Innehållet motsvarade ej syftet	Self-perceived health and self-care among diabetic subjects with defective vision: a comparison between subjects with threat of blindness and blind subjects.
101114	Cinahl	Diabetes mellitus AND diabetic retinopathy AND vision disorders	Vuxna, 19 år och äldre Engelska Ej äldre än 10 år Vetenskapligt granskade	Avancerad sökning Major Headings All text	1	Innehållet motsvarade ej syftet	0
110111	Elin	Retinopathy and experiences	Ej äldre än 10 år	Enkel sökning	20	Innehållet motsvarar ej syftet	Experiences of people in Wales who are registered blind or partially sighted due to diabetic retinopathy
		Retinopathy and experience and diabetes and patient	Ej äldre än 10 år	Enkel sökning	13	Två dubletter. Innehållet motsvarade ej syftet.	0

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Ahola, A, Sarahheimo, Forsblom, C, Hietala, K, Sintonen, H, Groop, PH, Finland 2009	Health- related quality of life in patients with type 1 diabetes- association with diabetic complications	Att utvärdera hälsorelaterad livskvalitet hos ett stort urval av finska patienter med typ 1 diabetes.	Kvantitativ metod. 979 patienter med retinopati av 1074 patienter från FinnDiane Study deltog.	Beskrivande statistik redovisas som procentsatser för kategorisk data. En Tobit regressionsmodell användes.	Patienter med retinopati fick lägre poäng då man ser till rörlighet, äta, vanliga dagliga aktiviteter jämfört med de utan retinopati	Hög
Bourne, J United Kingdom 2005	Experiences of people in Wales who are registered blind or partially sighted due to diabetic retinopathy	Att fastställa det grundläggande för att utveckla en samlad vård och omsorg för personer som är blinda eller svårt synskadade	Kvalitativ metod. Tio kvinnor och sex män intervjuades. De valdes ut från en databas och hade diagnos diabetes retinopati och var blinda eller svårt synskadade	Intervju data analyserades av en grund teori med systematisk temainriktad analys och uppgiftslämnarens godkännande	Viktigt med muntlig och skriftlig information. Informanten skall kännas kunnig.	Låg
Coyne, K,S., Margolis, M, K., Kennedy-Martin, T., Baker, T,M., Klein, R., Paul, M,D., Revicki, D, A USA 2004	The impact of diabetic retinopathy: perspectives from patient focus groups	Att utvärdera på vilket sätt symptomen på diabetesretinopati påverkade livskvaliteten och de vardagliga sysslorna	Kvalitativ och kvantitativ metod. 15 personer Fyra fokusgrupper	Fokusgrupp Innehållsanalys (Content analysis) Beskrivande statistik Två frågeformulär som systematiskt jämfördes Temor identifierades	Svårigheter att köra bil, problem att läsa. Inskränkningar t ex på jobbet, utöva idrott och att läsa böcker. För de med sämst syn; att förbereda och ge sig insulininjektioner, samt motionera. Bli beroende av andra, rädsla för olyckor, och inverkan och begränsningar på sociala aktiviteter.	Hög

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Devenney, R & O'Neill, S. Irland 2010	The experience of diabetic retinopathy: A qualitative study	Att utforska de erfarenheter personer med diabetes retinopati har och hur de klarade sina dagliga aktiviteter.	Kvalitativ metod. Tio personer med diabetes och diabetesretinopati deltog. De var över 18 år.	Halvstrukturerade intervjuer som videoinspelades. Tolkande fenomenologisk analysmetod.	Synnedstättningen ledde till beroende, social isolering och förlust av viktiga sociala och yrkesrelaterade roller. De behövde stöd socialt för att klara av livsstilsförändringar för att upprätthålla psykologiskt välbefinnande.	Medel
Lamoureaux, E, L., Hassel, J, B., Keeffe, J, E. Australien 2004	The Impact of Diabetic Retinopathy on participation in Daily Living	Beskriva begränsningar i det dagliga livet som följd av synförsämring vid diabetesretinopati	Kvantitativ metod. 45 individer med diabetesretinopati och synnedstättning varav 20 män. Frågeformulär med demografiska frågor. Medicinsk journal. Ögonundersökning	Fysiska och mentala komponenterna bedömdes med Medical Outcomes Study 12-Item Short-form frågeformulär (SF- 12). Beskrivande analys	Inskränkningar på fritid och arbete, sociala kontakter och rörlighet. Känsломässig frustration över hotet om progression av synförsämring. Hushållsarbete och personlig omvårdnad minst.	Hög
Lamoureaux, L., Tai, E, S., Thumboo, J., Kawasaki, R., Saw, s-M., Mitchell, P. Wong, T, Y. Singapore 2010	Impact of Diabetic Retinopathy on Vision-Specific Function	Utforska sambandet mellan svårighetsgraden av diabetesretinopatin och synrelaterad på verkan beträffande vardagliga sysslor för att avgöra när preventiva åtgärder bör sättas in	Kvantitativ metod 357 deltagare med diabetes. 257 utan diabetesretinopati. Grupperna jämfördes Synfunktionsskala med elva frågor (VF-11)	Synfunktionsskala som innehöll 11 frågor, för att bedöma nivån på svårigheterna att utföra dagliga aktiviteter . Statistisk analys (Rasch analys)	De svåraste synberoende aktiviteterna för personer med diabetesretinopati var; läsa liten text, fylla i lottsedlar, läsa tidningen.	Hög

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Leksell, J Sandberg, G, Wikblad, K Sverige 2004	Self-perceived health and self-care among diabetic subjects with defective vision A comparison between subjects with threat of blindness and blind subjects	Att jämföra självupplevd hälsa bland diabetespatienter som upplevde hot om blindhet eller som redan blivit blinda	Kvalitativ och kvantitativ metod 21 patienter med risk för att bli blinda och 23 blinda patienter vid 4 ögonkliniker deltog Ögonundersökning Ett frågeformulär the 63-items Swedish Health-Related Quality of life Survey användes av intervjuare. Strukturerad intervju .	Frågeformulär Strukturerade intervjuer Dataprogrammet StatView Multiple logistic regression analysis Bivariate analyses Correlational analysis	De flesta patienterna hade god kunskap om samspelat insulin, mat och motion. De hade god kunskap om hyperglykemi och hypoglykemi men hade svårt att omsätta denna kunskap till egenvård	Hög
Mazhar, K., Varma, R., Choudly, F., Mc-Kean-Cowdin, R., Shtir, CJ., Azen, SP USA 2010	Severity of Diabetic Retinopathy and Health-Related Quality of Life The Los Angeles latino Eye Study	Att bedöma hur svårighetsgraden av diabetesretinopatin påverkade den hälsorelaterade livskvaliteten	Kvantitativ metod 1064 deltagare med diabetes typ 2: NEI-VFQ-25 (frågeformulär) SF-12 (hälsoenkät) Ögonbottenfotografering	En sammanställande värdering gjordes av resultatet Multipel linjär regressionsanalys.	Ju svårare grad av diabetesetinopati desto sämre upplevdes den hälsorelaterade livskvaliteten. Mest gällde detta aktiviteter i det dagliga livet, att vara beroende av andra och psykisk hälsa.	Hög
Robertson, N., Burden, M, L., Burden, A, C. Storbritannien 2006	Psychological morbidity and problems of daily living in people with visual loss and diabetes: do they differ from people without diabetes?	Att undersöka hur personer med synnedättning pga. diabetes kunnat anpassa sig psykiskt och praktiskt till dagliga aktiviteter och jämföra dem med personer med synnedättning utan diabetes	Kvalitativ och kvantitativ metod 124 deltagare. Strategiskt urval. Strukturerade intervjuer	Sex korta frågeformulär i en förutbestämd ordning. Statistisk analys	Psykisk hälsa upplevdes samma av de båda grupperna men de med diabetes och synnedättning uppvisade större svårigheter vid aktiviteter i det dagliga livet och upp levde sämre hälsotillstånd.	Hög

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Scanlon, P.H., Martin, M, L., Bailey, C, Johnson, E., Hykin, P., Keightley, S. Storbritannien. 2005	Reported symptoms and quality-of-life impacts in patients having laser treatment for sight- threatening diabetic retinopathy	Studien undersökte hur svårighetsgraden av symtom från ögonen relaterat till diabetes upplevdes och hur dessa påverkades av upprepade laserbehandlingar	Kvalitativ och kvantitativ metod 227 deltagare med proliferativ diabetesretinopati och makulaödem som behandlats med laser Intervju (kvalitativ) Enkät (kvantitativ)	Intervjuerna som bandades gjordes före och efter laserbehandlingarna a. De analyserades sedan in i olika teman och jämfördes med enkäten. Wilcoxon´s signed rank test.	Oro att kunna hantera situationen, humörsvängningar och känsla av håglöshet. Upplevelse av begränsningar att göra sådant de var vana vid och vissa upplevde chock och förvåning av den uppkomna situationen. Rädsla för framtida synförsämring eller blindhet.	Hög
Smith, D, Johnson, E, Russel, A, Hazlehurst, B, Muraki, C, Nichols, G, Oglesby, A, Betz-Brown, J USA 2008	Lower Visual acuity predicts worse utility values among patients with type 2 diabetes	Att hitta samband hos människor med diabetes med hjälp av ett samhällsbaserat urval och variabler som förknippas med livskvalitet	Kvantitativ metod 4000 personer med besök hos ögonspecialist under de två senaste åren valdes ut.	2074 som besvarade alla frågorna deltog i studien	En fördubbling av den visuella vinkeln är associerad med en blygsam men statistiskt signifikant lägre livskvalitet.	Hög

Bilaga 3

Checklista för kvalitativa artiklar.

A. Syftet med studien?

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen? Ja Nej

B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

Urval- finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

Vilken urvalsmetod användes?

Strategiskt urval

Snöbollsurval

Teoretiskt urval

Ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

Är undersökningsgruppen lämplig? Ja Nej

C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamlingen)?

Ja Nej

Beskriv metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)?

Ange datainsamlingsmetod:

Ostrukturerade intervjuer

Halvstrukturerade intervjuer

Fokusgrupper

Observationer

Video-/bandinspelning

Skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll)? Ja Nej

D. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om:

teman är utvecklade som begrepp

det finns episodiska presenterade citat

de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna

svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultat diskuterade? Ja Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)? Ja Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)? Ja Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)? Ja Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen? Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlades data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)? Ja Nej

E. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan? Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat? Ja Nej

Har resultaten klinisk relevans? Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias? Ja Nej

Finns risk för bias? Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren?

Håller du med om slutsatsen? Ja Nej

Ska artikeln inkluderas? Ja Nej

Bilaga 4

Checklista för kvantitativa artiklar.

A. Syftet med studien?

Är frågeställningarna tydligt beskrivna? Ja Nej

Är designen lämplig utifrån syftet? Ja Nej

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är exklusionskriterierna?

Vilken urvalsmetod användes?

Randomiserat urval

Obundet slumpmässigt urval

Kvoturval

Klusterurval

Konsekutivt urval

Urvalet är ej beskrivet

Är undersökningsgruppen representativ? Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

När genomfördes undersökningen?

Vilket antal deltagare inkluderades i studien?

C. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

Var reliabiliteten beräknad? Ja Nej

Var validiteten diskuterad? Ja Nej

D. Analys

Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna? Ja Nej

Om nej, vilka skillnader fanns?

Hur stort var bortfallet?

Fanns en bortfallsanalys?

Var den statistiska analysen lämplig? Ja Nej

Om nej, varför inte?

Vilka var huvudresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader? Ja Nej

Om ja vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författaren?

Instämmer du? Ja Nej

E. Värdering

Kan resultaten generaliseras till annan population? Ja Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse? Ja Nej

Överväger nyttan av interventionen ev. risker? Ja Nej

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien? Ja Nej

Motivera varför eller varför inte!

Bilaga 5

Kriterier för kvalitetsbedömning

Hög kvalitet

Randomiserad kontrollerad studie

Större, väl genomförd multicenterstudie med tydlig beskrivning av studieprotokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Patientmaterialet är tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.

Kvasi-experimentell studie

Väldefinierad frågeställning, tillräckligt stort patientmaterial och adekvata statistiska metoder, reliabilitets- och validitetstestade instrument.

Icke- experimentell studie

Stort konsekutivt patientmaterial som är väl beskrivet. Lång uppföljning.

Låg kvalitet

Randomiserad kontrollerad studie

Randomiserad studie med för få patienter och/eller för många interventioner, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfällig materialbeskrivning, stort bortfall av patienter.

Kvasi-experimentell studie

Litet patientmaterial, ej reliabilitets- och validitetstestade instrument. Tveksamma statistiska metoder.

Icke- experimentell studie

Begränsat patientmaterial, otillräckligt beskrivet och analyserat med tveksamma metoder.