



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Vuxna personers upplevelse av att leva med diabetes mellitus typ II

- En litteraturstudie

Emma Gussing

Nina Kristoffersson

Handledare: Isabelle Karlström

Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2015

Vuxna personers upplevelse av att leva med diabetes mellitus typ II

Emma Gussing
Nina Kristoffersson

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes mellitus typ II är en ökande folkhälsosjukdom där cirka fyra procent av Sveriges befolkning beräknas ha sjukdomen. Diabetes mellitus typ II är en kronisk sjukdom som kan leda till svåra komplikationer. Därmed är det viktigt att personer med sjukdomen får god information om egenvård för att själva kunna minska riskerna för att utveckla komplikationer. Inom diabetesegenvården är det viktigt med fysisk aktivitet, en god glukoskontroll, god fotvård samt en bra kost. En persons upplevelse är aldrig densamma som någon annan person i samma sist. Därför är det viktigt att sjukvårdspersonalen har en förståelse för hur personernas livsvärld kan förändras i samband med diabetes mellitus typ II. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa vuxna personers upplevelse av att leva med diabetes mellitus typ II.

Metod: Studien som gjordes var en litteraturstudie med en kvalitativ metod, med åtta artiklar som grund för resultatet. Innehållsanalysen genomfördes enligt Graneheim och Lundmans tolkning av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom det att personernas upplevelse av att leva med diabetes mellitus typ II var blandade känslor där dem upplevde oro, trötthet, förändrad personlighet och en känsla av skam. De upplevde att sjukdomen påverkade deras vardag genom att de var tvungna att lägga om hela sin livsstil, genom bland annat egenvård. Personerna upplevde olika känslor angående egenvården där de flesta uttryckte en svårighet med att få in egenvården i vardagen. De kände även en stark känsla av att vilja leva, för både sig själva och familjen, vilket gjorde att dem var redo att kämpa. Personerna upplevde en oro för att få komplikationer så som amputation, blindhet och njurproblem.

Slutsats: Studiens resultat framhävde att många personer med diabetes mellitus typ II upplevde en förändrad livsvärld. Att leva med sjukdomen gjorde att personerna upplevde en rad olika känslor och tankar, som sjukvårdspersonalen bör ha i beaktning. Genom ett livsvärldsperspektiv kan sjukvårdspersonalen få en ökad förståelse över vad personen med diabetes mellitus typ II upplever.

Nyckelord: Diabetes mellitus typ II, Livsvärld, Upplevelse, Vuxna.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Diabetes mellitus typ II	4
Upplevelse	5
Upplevelsen av att leva med en kronisk sjukdom	6
Livsvärldsperspektiv	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	7
Kvalitetsgranskning	8
Analys	9
Resultat	10
Upplevelsen av att hantera sin egenvård	10
Känslan av att vilja leva	11
Leva med en känsla av trötthet	12
Leva med en känsla av oro och rädsla	13
Leva med en känsla av skam	13
Leva med en förändrad personlighet	14
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Slutsats	21
Självständighet	21
Referenslista	22
Bilaga 1 - Databassökningar	25
Bilaga 2 - Granskningsprotokoll	28
Bilaga 3 – Innehållsanalys	29
Bilaga 4 - Artikelöversikt	30

Inledning

Diabetes mellitus typ II är en folkhälsosjukdom som ökar stadigt i hela världen, cirka nio procent av alla vuxna människor i världen har sjukdomen. Statistik förutsäger att diabetes mellitus typ II kommer vara den sjunde största dödsorsaken år 2030 (World Health Organisation, 2015). Vid en kronisk sjukdom som diabetes mellitus typ II är det viktigt med en personcentrerad omvårdnad för att få en förståelse för hur personen upplever sin sjukdom (Berne & Sörman, 2007). Genom en personcentrerad omvårdnad är personen i centrum där deras upplevelser uppmärksammas och respekteras. Att ha en förståelse för personens upplevelser är en förutsättning för att den enskilda individen ska få en så bra och säker omvårdnad som möjligt (Slater, 2006). Ett samspel mellan patienten och vårdpersonal ska byggas av respekt, omtanke och alltid med hänsyn till personens livsupplevelse, vilket ger en god personcentrerad omvårdnad (Berne & Sörman, 2007).

Friberg och Scherman (2005) beskriver att det finns begränsat med forskning som fokuserar på personers upplevelser av att leva med kroniska sjukdomar. Det behövs alltså mer forskning kring patienternas upplevelser. Friberg och Scherman (2005) menar även på att om förståelsen för upplevelsen av olika sjukdomstillstånd ökar får patienten ett bättre omhändertagande och därmed bättre vård (Friberg & Scherman, 2005). Denna studie är viktig att göra då den ska fylla ut det gap som finns i forskningen kring upplevelsen av att leva med en kronisk sjukdom som diabetes mellitus typ II. Detta leder därmed till en ökad förståelse kring hur personerna upplever sitt liv med diabetes mellitus typ II.

Bakgrund

Diabetes mellitus typ II

Ungefär fyra procent av Sveriges befolkning har diabetes mellitus och cirka 90 procent av dessa har diabetes mellitus typ II (Nationella diabetesregistret, 2013). Östman (2007) förklarar att diabetes mellitus typ II innebär att det finns en bristande insulinsekretion och/eller en insulinresistens i vävnaderna. Detta innebär att kroppen fortfarande producerar insulin, men inte i tillräcklig mån för att tillgodose kroppens behov, vilket innebär en bristande insulinsekretion. Detta leder till att sockret lagras i blodet vilket kan bland annat

skada njurarna, fötterna samt ögonen. Vid diabetes mellitus typ II blir även kroppens celler mindre mottagliga för påverkan av insulin, vilket innebär en så kallad insulinresistens. De vanligaste symtomen vid diabetes mellitus typ II är ökad törst, ökad urinmängd, trötthet, huvudvärk, torra slemhinnor, viktnedgång, illamående och kräkningar. Vidare förklarar Östman (2007) för att kunna ställa diagnosen diabetes mellitus typ II tas ett blodprov för att kontrollera plasmaglukosen. Om diabetes mellitus typ II föreligger är plasmaglukosen vid fasta över 7,0 mmol/l. Blodprovet kan behöva tas några extra gånger för att säkerställa resultatet (Östman, 2007). Den främsta orsaken till diabetes mellitus typ II är personens livsstil, där livsstilsfaktorerna kan vara exempelvis inaktivitet, övervikt, dåliga matvanor och den socioekonomiska statusen. En annan stor orsak till utvecklandet av sjukdomen är den genetiska faktorn (Scherstén, 2007).

Berne och Sörman (2007) förklarar att diabetes mellitus typ II är en kronisk sjukdom som kan leda till svåra komplikationer som exempelvis amputation och njurskador. Det är viktigt att personer med diabetes typ II får information om egenvård för att de ska ha en möjlighet till att minska risken för att utveckla komplikationer. Personens egenvård innebär det som själv kan göra för att må bra trots sin kroniska sjukdom. Viktiga delar i diabetes egenvården är fysisk aktivitet, hålla en god glukoskontroll, god fotvård och en bra kost. För att öka chanserna till att personen klarar av dessa förändringar är det viktigt att sjukvårdspersonalen ger information och det stöd som behövs. Personen ansvarar själv för vilka förändringar de vill göra i sitt liv men sjukvårdspersonalen ska stötta, ge information och tips om vad som kan göras för att förhindra komplikationer (Berne & Sörman, 2007).

Upplevelse

Enligt Eriksson (1991) är en människas upplevelse unik och kan aldrig riktigt förstås eller tolkas av en annan individ till hundra procent. Även om två personer har genomgått samma händelse i livet, som exempelvis att insjukna i en kronisk sjukdom, är deras upplevelse aldrig likadan. I vårdvetenskapen framkommer det att vid en upplevelse, upplever människan i många fall ett möte med sig själv där man finner sitt inre väsen. Där framkommer personens hopp, längtan och önskan i livet och där man når det nya djupet och kunskaper. Det viktigaste att komma ihåg är att en upplevelse alltid är subjektiv (Eriksson, 1991).

Upplevelsen av att leva med en kronisk sjukdom

Begreppet kronisk sjukdom har ingen vedertagen definition. Däremot brukar kroniska sjukdomar beskrivas som en sjukdom som en person har under en lång tid eller under hela livstiden. Forskning påvisar att utvecklingen av kroniska sjukdomar går att bryta, då de flesta av sjukdomarna går att förebygga genom goda levnadsvanor. Kroniska sjukdomar kräver ofta en behandling som är livslång. De personer som får en god behandling kan i de flesta fall leva med en god hälsa och därmed leva sitt liv fullt ut (Socialdepartementet, 2014). Whittemore och Dixon (2008) förklarar att leva med en kronisk sjukdom påverkar en persons liv på många olika plan. Det kan handla om emotionella-, existentiella-, fysiologiska- och sociala förändringar i deras liv. Att anpassa livet till sin kroniska sjukdom beskriver Wittemore och Dixon (2008) är något som de flesta upplever som svårt men som ett nödvändigt ont. De flesta behöver hitta ett eget sätt som gör att dem kan anpassa sig till sin sjukdom. När en person lever med en kronisk sjukdom finns sjukdomen i deras liv ständigt och är något som alltid finns i deras tankar. Detta kan upplevas krävande för många personer som lever med kroniska sjukdomar, de uttrycker en känsla av en förändrad livsvärld (Wittemore & Dixon, 2008).

Livsvärldsperspektiv

Med ett livsvärldsperspektiv innebär det att fokus ligger på personens upplevelser och erfarenheter i livet. Livsvärlden är en verklighet som många personer tar för givet, men det är något alla lever i dagligen och är något som alla upplever olika. Livsvärldsperspektivet lägger stor vikt på hur personerna upplever sin hälsa, sitt välbefinnande, sitt lidande eller vården dem får. Vidare förklarar Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg (2003) att en persons tillgång till världen och livet är via deras kropp, vilket gör att livsvärlden förändras vid varje kroppslig förändring. Detta blir extra tydligt vid bland annat en kronisk sjukdom. Personens levda liv bör utgöra stommen för vårdandet. Det innebär att sjukvårdspersonalen bör öppna upp för en dialog med personen för att visa öppenhet och intresse. På så vis kan det skapas ett band som gör att sjukvårdspersonalen kan försöka förstå, se och analysera personens syn på deras värld. För att kunna förstå en människans unikheter är det till stor vikt att personerna möts så fördomsfritt som möjligt (Dahlberg et al., 2003). Genom en ökad förståelse för personens livsvärld kan sjukvårdspersonalen stärka individens hälsoprocesser. Om sjukvårdspersonalen förstår hur en specifik sjukdom påverkar en persons vardag kan personerna få det stöd de behöver. Med ett livsvärldsperspektiv kan personen få hjälp med att återfå en balans i det vardagliga livet (Dahlberg & Segesten, 2013).

Tidigare studier påvisar att livsvärldens hos personer med diabetes mellitus typ II förändrades drastiskt i samband med sjukdomen då de behövde anpassa sig till livet på ett annat sätt för att de skulle få en balans (Handly, Pullon & Gifford, 2010).

Syfte

Syftet med studien var att belysa vuxna personers upplevelse av att leva med diabetes mellitus typ II.

Metod

Studien är en litteraturstudie med en kvalitativ metod. Detta valdes då Olsson och Sörensen (2011) förklarar att kvalitativa metoder har som syfte att beskriva ett fenomen eller en upplevelse och utgår från ett holistiskt synsätt. En kvalitativ forskning ger beskrivande data som fokuserar på människans egna talade eller skrivna ord, vilket fångar personens upplevelse. En litteraturstudie innebär att utifrån sitt syfte kritiskt granska vetenskaplig kunskap för att få svar på sitt syfte till ett resultat (Olsson & Sörensen, 2011).

Urval

Inklusionskriterierna för artiklarna var att de skulle ha en kvalitativ metod och vara skrivna på engelska. Deltagarna i studien skulle vara både män och kvinnor och de skulle vara och de skulle vara diagnostiserade med diabetes mellitus typ II. Artiklarna skulle vara peer reviewed, research article och de skulle vara publicerade på 2000-talet. Olsson och Sörensen (2011) förklarar att peer reviewed innebär att artiklarna har en god vetenskaplig standard då de har blivit granskade av andra forskare inom samma ämne (Olsson & Sörensen, 2011). En annan inklusionskriterie var att deltagarna skulle vara över 18 år gamla, efter artikelsökningarna blev den slutgiltiga åldersgruppen 30-87 år.

Datansamling

Databaserna som användes för att hitta vetenskapliga artiklar var Cinahl och PubMed. Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) skriver att databasen Cinahl är en förkortning på Cumulative index to nursing and allied health litterature. Cinahls litteratur består främst av vetenskapliga artiklar med omvårdnadsinriktning. PubMed har, till skillnad från Cinahl, både en medicinsk och omvårdnadsinriktning på sina artiklar (Willman et al., 2011). Databaserna ansågs vara relevanta då syftet i studien har ett vårdvetenskapligt perspektiv.

Vid artikelsökning i databaserna användes det fritext- och strukturerad sökning. Vid de första sökningstillfällena användes det fritextsökning som Axelsson (2012) förklarar är bra att använda till en början vid en datainsamling då det ger en överblick över de vetenskapliga artiklarna (Axelsson, 2012). Vid en fritextsökning inkluderas alla artiklar som innehåller det sökta ordet. Detta innebär att sökningen blir bred där många oväsentliga artiklar kan framkomma. Genom fritextsökning blev det sökblock som därefter kombinerade med de booleska sökoperatorerna "AND" och "OR" för att få fram så många relevanta artiklar som möjligt (Willman et al., 2011). Fritextsökningarna gjordes för att maximera sökresultaten.

Vid dem strukturerade sökningarna i PubMed användes MeSh-termer för få fram korrekta sökningar. Willman et al. (2011) förklarar att PubMeds artiklar är sammankopplade med ämnesord som uppdateras årligen. Ämnesorden kallas MeSH-termer och finns i MeSh-databasen, som är som ett uppslagsverk. Vid strukturerade sökningar i databasen Cinahl användes Cinahl Headings för att få fram relevanta ämnesord. Willman et al. (2011) förklarar vidare att Cinahl Headings är Cinahls uppslagsverk. De förklarar om sökningen ska bli korrekt utförd räcker det inte alltid med att söka på ämnesordet i sökrutan, utan ämnesorden behöver hämtas från de olika databasernas uppslagsverk. Även under den strukturerade sökningen användes de booleska sökoperatorerna "AND" och "OR" för att få fram relevanta artiklar (Willman et al., 2011). Utav de sökningarna som gjordes lästes titlarna på cirka 750 artiklar. Abstrakten blev därefter lästa på de artiklar som ansågs vara relevanta till studiens syfte med tanke på deras titel. Antal abstrakt som blev lästa var 284 stycken. De artiklar som inte uppfyllde studiens inklusionskriterier valdes bort. Det var 13 artiklar som ansågs vara relevanta som fick genomgå en kvalitetsgranskning. För en sammanställd lista på sökningar och sökträffar se bilaga 1.

Sökord

Sökord som användes till studien var: *Diabetes mellitus type 2, adaptation, attitude to illness, perception, living with, patients attitudes, life experience, experience, life change events, life changes, attitude* och *attitude to health*.

Kvalitetsgranskning

För att säkerställa de valda artiklarnas kvalitet lästes artiklarna ett flertal gånger, både enskilt och tillsammans. Därefter gjordes det först en kvalitetsgranskning på alla artiklarna enskilt,

för att sedan göra om kvalitetsgranskningen tillsammans för att se om det framkom samma poäng på de olika artiklarna. Det var 13 artiklar som genomgick kvalitetsgranskning, där fem utav artiklarna föll bort på grund av att de inte kom upp i tillräckligt med poäng i kvalitetsgranskningen eller på grund av att vissa av artiklarna inte kunde ge ett tydligt svar på denna studies syfte. En annan brist som gjorde att en artikel föll bort var att deltagarna kunde antingen ha diabetes mellitus typ I eller II. Därefter kvarstod det åtta artiklar som blev valda för att ha med i resultatet. Det användes ett kvalitetsgranskningsformulär från Olsson och Sörensen (2011). Genom kvalitetsgranskningsformuläret fick artiklarna poäng efter deras innehåll. Poängen räknades om till procent där det fanns tre kvalitetsnivåer. 80 procent innebar grad I, 70 procent innebar grad II och 60 procent innebar grad III (Olsson & Sörensen, 2011). I denna studie skulle artiklarna ha en kvalitet som låg på minst 70 procent efter kvalitetsgranskningen. Olsson och Sörensen (2011) förklarar att artiklar som har en procent som är lägre än 60 procent ska exkluderas då de inte uppnår tillräcklig kvalitet för en litteraturstudie (Olsson & Sörensen, 2011). Kvalitetsgranskningsformuläret som användes finns som bilaga 2.

Analys

Innehållsanalysen som användes i denna studie var inspirerad av Graneheim och Lundmans tolkning av kvalitativ innehållsanalys där det endast var artiklarnas resultat som genomgick en innehållsanalys. Artiklarnas resultat som skulle användas till denna studie lästes igenom ett flertal gånger för att få en djupare förståelse av innehållet. Därefter togs det enskilt ut meningsenheter från artiklarnas resultat som svarade på studiens syfte. De enskilda meningsenheterna sammanställdes därefter. Graneheim och Lundman (2004) förklarar att en meningsenhet är ett eller flera ord som har en meningsbärande del av texten. Meningsenheterna ska innehålla aspekter som hör ihop med sitt innehåll. Därefter kondenserades meningsenheterna, vilket innebär att meningsenheterna förkortas ner men kärnan i innehållet bevaras. Efter detta kodades de kondenserade meningsenheterna vilket innebär att de får en etikett som förklarar vad dem handlar om. Koderna bildade därefter kategorier. Kategorierna ska enligt Graneheim och Lundman (2004) vara uppbyggda av koder som har samma innebörd, vilket bidrar till en röd tråd genom resultatet. Innehållsanalysen kan göras med både ett manifest eller ett latent innehåll. Där ett manifest innehåll innebär att analysen hålls textnära och ett latent innehåll innebär att en tolkning har skett under innehållsanalysen (Graneheim & Lundman, 2004). Denna studie hade ett manifest innehåll där ett latent inslag kunde ha förekommit i innehållsanalysen då Graneheim och Lundman

(2004) förklarar att det är svårt att komma ifrån den egna tolkningen helt (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på innehållsanalysen redovisas i bilaga 3.

Resultat

Studiens resultat består av sex kategorier som redovisas nedan (Se figur 1).



Figur 1. Sammanställning av kategorier som belyser upplevelsen av att leva med diabetes mellitus typ II.

Upplevelsen av att hantera sin egenvård

Personerna med diabetes mellitus typ II upplevde att egenvården var en stor del av att leva med sin sjukdom. För att klara av egenvården krävdes det ett personligt engagemang, styrka samt ha ett mål för sitt välmående. Personerna beskrev att de behövde hjälp och stöd för att klara av att genomföra sin egenvård. Personerna behövde också känna en tillit för sjukvården att de skulle finnas där till hjälp när det behövdes. Personerna upplevde att det var deras ansvar att sköta sin egenvård och att de fick tillräckligt med information om diabetes mellitus typ II för att kunna hantera sin egenvård (Hörnsten, Sandström & Lundman, 2004).

Många av personerna beskrev att de tyckte det var svårt att få in egenvården i det vardagliga livet då de var tvungna att prioritera annorlunda. De upplevde att egenvården krävde tid och att de behövde hjälp av sin familj och övriga anhöriga (Hörnsten et al., 2004). Många av personerna uppgav att de behövde göra många förändringar där bland annat deras familjemedlemmar också fick ändra sina vanor för att vardagen skulle bli enklare. De som

inte fick stöd av andra människor runt om kring sig uttryckte en svårighet med att hantera det som egenvården krävde (Vinter–Repalust, Petréek & Katiaë, 2004).

Personerna beskrev att det var viktigt att skapa nya och egna rutiner för att kunna hantera de förändringar som krävdes för att hantera sin egenvård (Hörnsten et al., 2004). De beskrev att de behövde anpassa sin livsstil till sin egen vardag för att få det att fungera (Jutterström, Isaksson, Sandström & Hörnsten, 2012). Många av personerna upplevde att det var svårt att göra de förändringar som egenvården krävde. Vissa tyckte att deras liv hade förändrats till det sämre medan vissa tyckte att livet var ungefär som innan även om de tyckte att egenvården var jobbig. Att hantera egenvården blev extra svårt när de hade andra stora problem i livet. Den kunskap de fick av sjukvårdspersonalen om egenvården tyckte dem var svårt att införliva i det verkliga livet. De tyckte att matvanorna var det svåraste att förändra, då många var vana vid att äta mat som exempelvis potatis och ris. De tyckte även att det var svårt att hålla sina nya matvanor när dem var bortbjudna då de inte ville verka otrevliga genom att tacka nej. Personerna visste dessutom hur viktigt det var med fysisk aktivitet, men de uttryckte svårigheter att genomföra det då de hade brist på motivation, lathet och tidsbrist samt en känsla av trötthet (Beryl–Pilkington et al., 2010; Vinter–Repalust et al., 2004).

”I cannot say all this is negative. I have thought of changing habits for a long time, but felt that my energy has been too low” (Hörnsten et al., 2004, s. 178).

En del av personerna med diabetes mellitus typ II upplevde att sjukdomen hade gett dem en anledning till att förändra de levnadsvanor som egenvården krävde. Efter att personerna hade gjort de olika livsstilsförändringarna som krävdes, upplevde dem att de fick mer energi och var mer positiva (Hörnsten et al., 2004). En del av personerna upplevde en positiv effekt genom att de lärde känna sin kropp bättre och därmed blev det lättare att skapa en egenvård som var anpassade för dem (Beryl–Pilkington et al., 2010).

Känslan av att vilja leva

Många av personerna upplevde trots sin sjukdom att det fanns hopp och en mening med livet. Den känslan gjorde att de ville kämpa för sin egna och familjens skull. För att behålla ett värdigt liv uppgav de att egenvården var en viktig aspekt. De beskrev att så länge det finns liv finns det hopp, och det gav dem motivation (Hörnsten et al., 2004). Många av personerna

upplevde en stark känsla av att vilja leva då de var för unga för att dö och att de ville leva för personerna runt omkring sig. De uttryckte dessutom att de inte längre kunde ignorera att deras sjukdom var allvarlig och därför behövde de göra något för att undvika komplikationer och andra hot från sjukdomen som kunde försämra deras liv (Jutterström et al., 2012).

”Now I understand that I can die of... or the consequences of the disease. I am more motivated now – it is about life or death. My children should not grow up and not have a mother” (Jutterström et al., 2012, s. 48).

Personerna upplevde att viljan att kämpa med sin egenvård blev starkare när de insåg att det endast var dem själva som kunde ändra hur framtiden skulle se ut. Detsamma gällde när de förstod att de aldrig skulle bli av med sin sjukdom och därmed fann de motivation till att kämpa för livet (Jutterström et al., 2012).

Leva med en känsla av trötthet

Många av personerna med diabetes mellitus typ II upplevde en trötthet. Tröttheten gjorde att de blev påmind om att dem var sjuka och det gjorde så dem såg sig själva som patienter. I många fall var tröttheten orsakad av stress och i vissa fall depression, vilket blev en negativ inverkan i deras dagliga liv (Manderson & Kokanovic, 2009). Tröttheten gjorde att personerna kände sig äldre än vad dem var då de inte längre orkade göra saker som dem hade gjort förr. Personerna upplevde att de inte längre hade samma energi till att kunna leka med sina barn (Heuer & Lausch, 2006).

”Taking care of the kids. I want to have energy for them. You know I take them to the park and they want to play and I don't have enough energy to get up and play with them...” (Heuer & Lausch, 2006, s. 58).

Personerna upplevde att tröttheten påverkade deras familjeliv och sociala liv, då de uppgav att de behövde mer sömn än innan de fick sjukdomen och mer än vad andra personer behövde. Tröttheten gjorde att de kände sig isolerade från omvärlden då de inte längre orkade träffa andra människor (Manderson & Kokanovic, 2009).

Personerna uppgav att i vissa fall var det svårt för deras familj att förstå varför de var så pass trötta som dem var. De uppgav att familjen inte förstod hur de kunde vara trötta trots att de

inte hade gjort någon fysisk aktivitet eller ansträngning. Då deras trötthet i själva verket berodde på att dem hade lågt blodsocker (Nam, Song, Park & Song, 2013).

Leva med en känsla av oro och rädsla

Många av personerna med diabetes mellitus typ II upplevde en känsla av oro och rädsla inför vad som skulle ske i framtiden, med tanke på deras sjukdom. De kände även en oro över vad som skulle hända med deras barn ifall det skulle hända något med dem själva (Beryl-Pilkington et al., 2010; Poopola, 2005). Många personer beskrev att oro var en känsla som de ofta upplevde (Manderson & Kokanovic, 2009). Oron och rädslan var ofta grundad i känslor om att deras framtid skulle vara hotad av framtida komplikationer (Hörnsten et al., 2004). Komplikationer som de var rädda över att få var njursjukdomar, att bli blind, att behöva amputera någon kroppsdel eller att de skulle avlida. Att få njurproblem och därmed behöva gå på dialys var något som många kände en rädsla för. Vissa uttryckte även att det hade varit bättre att avlida än att behöva amputera bort en kroppsdel. Denna oro och rädsla förstärktes för dem som kände någon som hade fått komplikationer som just amputation (Heuer & Lausch, 2006). Några av personerna uppgav att de kände personer som hade avlidit på grund av diabetes, vilket ökade deras oro och rädsla ytterligare (Jutterström et al., 2012). Vissa av personerna upplevde en rädsla över att använda sig av nålar, och även de som hade gjort det i flera år tyckte fortfarande att det var lika jobbigt varje gång (Poopola, 2005). En del uppgav dessutom att de inte vågade kontrollera sitt blodsocker hemma då de var oroliga över vad resultatet skulle visa (Vinter–Repalust et al., 2004). En man uttryckte: *“I don’t like taking my own blood! It is so hard for me to find out that results are bad again!”* (Vinter–Repalust et al., 2004). Några av personerna med diabetes mellitus typ II kände en ständig oro över att leva med sjukdomen då deras behandling medförde stora kostnader. De uttryckte en känsla av oro över deras ekonomiska framtid, då sjukdomen hade försämrat deras ekonomiska situation (Poopola, 2005). Att inte kunna sköta kosten på grund av ekonomiska skäl gav upphov till större oro (Beryl–Pilkington et al., 2010; Poopola, 2005).

Leva med en känsla av skam

I resultatet framkom det att en känsla av skam uppstod över att ha sjukdomen diabetes mellitus typ II. De ansåg att de gick runt med en etikett som beskrev att dem hade levtt ett dåligt liv och därför fått sjukdomen (Hörnsten et al., 2004). Personerna uppgav att de kände att det var deras egna fel att dem hade insjuknat i diabetes mellitus typ II. De skämdes över sin gamla livsstil då de hade kunnat äta mindre mat och sötsaker (Heuer & Lausch, 2006). En

person uttryckte att de kände skam över att själv ha diabetes mellitus typ II då de tidigare haft en bild av att personer med sjukdomen hade levt ett dåligt liv (Nam et al., 2013).

“Before I got diabetes, I used to think diabetes was just for someone who can’t control him/herself. I mean someone who has excessive desires of eating and food. I don’t want people to see me as such a person who can’t control their life and is lazy” (Nam et al., 2013, s. 219).

Personerna kände skam då de såg på sjukdomen som ett personligt misslyckande. Detta gjorde att vissa personer gömde sina glukosmätare när dem skulle ha gäster på besök. De kunde också skämmas över att behöva äta ett mellanmål, när andra i deras omgivning inte behövde göra det. De tyckte dessutom att det var pinsamt att fråga om det fanns något att äta till mellanmål om de var bortbjudna. En del av personerna uppgav även att deras familjemedlemmar försökte dölja deras sjukdom, som om det var en psykisk sjukdom (Nam et al., 2013).

Leva med en förändrad personlighet

Många av personerna uttryckte att deras personlighet hade förändrats och hade därmed fått en ny identitet som diabetiker. De förklarade att den nya personligheten gjorde det svårare för dem att leva sitt vardagliga liv. Då diabetes mellitus typ II förändrade deras personlighet medgav det till ett humör som förändrades drastiskt. Personerna blev lättare ledsna, upplevde stress och fick lättare ångest. Humörsvängningarna kom och gick väldigt fort, speciellt när de var ensamma. Många av personerna uppgav att de var lyckligare innan de fick diabetes mellitus typ II. Några av personerna uttryckte dessutom att deras förändrade personlighet var präglad av en brist på självförtroende (Manderson & Kokanovic, 2009).

“I’ve always been the type to get out there and do things. But now it’s different. I just tend to fall back and allow things to happen around me more, you know. I mean, that’s caused by a lack of confidence”
(Manderson & Kokanovic, 2009, s. 25-26).

En del av personerna beskrev att genom deras förändrade personlighet blev de lättare irriterade, vilket ofta ledde till familjebråk och andra dispyter (Heuer & Lausch, 2006; Poopola, 2005). En person beskrev sin situation såhär: *“I think diabetes changes my personality. I get easily irritable and anxious”* (Nam et al., 2013). I samband med att

personerna upplevde en förändrad personlighet så blev det automatiskt att de behövde göra andra förändringar i exempelvis hemmet, jobbet och i sociala aktiviteter (Poopola, 2005).

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod valdes att göra till studien då Willman et al. (2011) beskriver att en kvalitativ forskningsmetod används för att en människas uppfattningar och upplevelser ska belysas (Willman et al., 2011). Då denna studies syfte fokuserade på att belysa upplevelser ansågs en kvalitativ metod vara mest relevant. De artiklar som valdes till resultatet var kvalitativa och de gav tydliga svar på hur personer med diabetes mellitus typ II upplevde hur det var att leva med sjukdomen. Den kvalitativa metoden gjorde att studien kunde fånga upp vad personerna upplevde, det var därmed en fördel för studien att denna metod valdes. Det fanns tillräckligt med artiklar för att kunna genomföra den kvalitativa metoden i studien. De artiklar som hittades resulterade i en god förståelse för personers upplevelse av att leva med diabetes mellitus typ II. En kvantitativ metod valdes bort då Olsson och Sörensen (2011) förklarar att arbetsmaterialet i kvantitativa studier ofta består av siffror och syftet ofta är att förklara ett mätningresultat. I den kvantitativa metoden läggs det stor vikt över att ha många deltagare och få variabler, vilket inte ger ett djupt resultat inom upplevelsen av att leva med en sjukdom (Olsson & Sörensen, 2011). En empirisk studie hade varit det bästa för att få fram personernas upplevelse men Olsson och Sörensen (2011) förklarar vidare att litteraturstudier är en vanligt förekommande metod vid examensarbete. Genom en litteraturstudie störs inte verksamheten inom hälso-och sjukvård, vilket är att föredra vid ett examensarbete (Olsson & Sörensen, 2011).

För att få ett bredare perspektiv på upplevelsen av en sjukdom fanns både män och kvinnor som en inklusionskriterie. De vetenskapliga artiklarna skulle vara skrivna på engelska då de ansågs vara lämpligast. Då de ansågs vara enklare att förstå än om dem hade varit skrivna på andra språk. Detta var en fördel då Willman et al. (2011) påvisade att artiklar som är skrivna på ett språk som författarna behärskar är till fördel för studien (Willman et al., 2011). Stycken eller ord som var av svår engelska kontrollerades i ordlistor för att få bästa möjliga översättning och därmed för att undvika missförstånd. Eftersom orden kontrollerades var risken för några missförstånd liten. Artiklarna skulle vara skrivna under 2000-talet då forskningen skulle vara relativt ny. Axelsson (2012) beskriver att en litteraturstudie ska hålla

sig så uppdaterad som möjligt, vilket innebär en så ny forskning som möjligt inom området bör användas (Axelsson, 2012).

I studiens resultatartiklar var forskningen gjord i Sverige, Kanada, Australien, Kroatien och USA. Att det var blandade länder kan ha påverkat resultatet då Sveriges kommuner och Landsting (2005) förklarar att olika länder har olika hälso- och sjukvårdssystem. Det finns inte en statligt betald sjukvård i USA och Kroatien, vilket det finns i dem andra länderna som fanns med i studien. Det kan även finnas kulturella skillnader mellan länderna som kan ha påverkan på upplevelsen (Sveriges kommuner och Landsting, 2005). Resultatets överförbarhet till svenska förhållanden kan därför vara någorlunda begränsat. Artiklarna ansågs vara relevanta till studien trots att sjukvården är annorlunda i USA och Kroatien, även om det kan påverka deras upplevelse och där med studiens resultat.

Inklusionskriterierna för deltagarna i artiklarna var att de skulle vara över 18 år då studien skulle belysa de vuxna personernas upplevelse. Efter att ha hittat artiklarna till resultatet blev åldersgruppen 30-87 år. Åldern kan innebära att slutsatser dras som inte kan tillämpas i alla ålderskategorier. Trots detta kändes det viktigt att belysa både de yngres och äldres upplevelse av diabetes mellitus typ II. Socialstyrelsen (2009) förklarar att sjukdomen tidigare har kallats åldersdiabetes men att numera får även yngre personer sjukdomen (Socialstyrelsen, 2009). Åldersskillnaden kan ha påverkat resultatet då personerna var i olika faser i sina liv, då vissa hade småbarn medan andra var i sin pension.

Då studien har ett vårdvetenskapligt perspektiv ansågs databaserna Cinahl och PubMed vara dem mest relevanta för att hitta vårdvetenskapliga artiklar. Willman et al. (2011) förklarar att databasen Cinahls litteratur främst består av artiklar med en omvårdnadsinriktning. PubMed har däremot både en medicinsk- och omvårdnadsinriktning på sina artiklar. Databaserna ansågs räcka för att få fram tillräckligt med artiklar till studiens resultat, då de har ett omfattande utbud av vårdvetenskapliga artiklar (Willman et al., 2011). När artiklar söktes i databaserna användes det både fritext- och en strukturerad sökning. Under de första sökningstillfällena användes det en fritextsökning som Axelsson (2012) förklarar kan vara bra att använda i början av artikelsökningen då det ger en större överblick över vad det finns för vetenskapliga artiklar, vilket gjorde det lättare till de andra sökningarna (Axelsson, 2012). Under artikelsökningarna användes de booleska sökoperatoren ”AND” och ”OR”. Detta användes för att Willman et al. (2011) påvisade att det inte är effektivt nog att endast använda

ett sökord i artikelsökningen. Den booleska sökoperatören ”NOT” användes inte under artikelsökningarna då Willman et al. (2011) förklarade att den gör så att artiklar som innehåller ett visst valt ord inte kommer med i sökningarna (Willman et al., 2011). I studien användes inte ”NOT” då sökningen skulle bli så bred som möjligt och därmed inte utesluta några specifika ord. Willman et al. (2011) förklarar att genom användandet av de booleiska sökoperatörerna kombinerades de olika söktermerna med varandra, vilket gjorde att det blev en effektiv sökning. Både Cinahl och PubMed använder sig av de booleiska sökoperatörerna, vilket gjorde att de kunde användas vid alla artikelsökningar till studien (Willman et al., 2011). Exempel på hur de booleska sökoperatörerna användes är: *Diabetes mellitus type 2 OR (MM "Diabetes Mellitus, Type 2") AND Life experience*. För att se ytterligare sökningar, se bilaga 1.

För få fram vetenskapliga artiklar med en god kvalitet gjordes det en kvalitetsgranskning på de 13 artiklar som hade framkommit efter artikelsökningarna. Olsson och Sörensen (2011) förklarar att en kvalitetsgranskning används för att säkerställa den vetenskapliga kvaliteten på en artikel (Olsson & Sörensen, 2011). I kvalitetsgranskningen användes hela kvalitetsbedömningsformuläret från Olsson och Sörensen (2011) då alla frågor i formuläret ansågs vara relevanta. De åtta artiklarna som kvarstod efter kvalitetsgranskningen hade minst grad II som poäng vilket gjorde att de betraktades ha en så pass god kvalitet som gynnade studiens resultat. Olsson och Sörensen (2011) förklarar vidare att artiklarna som får poäng så de hamnade under grad III inte borde användas då kvaliteten sviktar, vilket hade kunnat påverka resultatet negativt (Olsson & Sörensen, 2011). Graneheim och Lundmans tolkning av kvalitativ innehållsanalys valdes. Detta var en fördel till studien då Graneheim och Lundman (2004) förklarar att innehållsanalysen är anpassad för omvårdningsforskning med en kvalitativ metod (Graneheim & Lundman, 2004). Då det valdes att göra en manifest innehållsanalys med latenta inslag innebar det enligt Graneheim och Lundman (2004) att risken för feltolkningar av texten minskade. Däremot är det nästan omöjligt att helt utesluta en viss grad av tolkning (Graneheim och Lundman, 2004). Det var till fördel för denna studie att en manifest innehållsanalys valdes för att få fram textens innebörd och därmed personernas upplevelse.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom det att personerna med diabetes mellitus typ II upplevde stora förändringar i livet i samband med sin sjukdom. De upplevde att egenvården var en stor del

av deras nya vardag och att den krävde ett stort personligt engagemang. Det framkom att personerna tyckte det var svårt att få in egenvården i det vardagliga livet, vilket de behövde hjälp och stöd med. Vissa av personerna upplevde dock att diabetes mellitus typ II hade gett dem en nystart i livet då deras levnadsvanor var förändrade till det bättre. Resultatet styrks då Moser, Van Der Bruggen, Spreeuwenberg och Widdershoven (2008) förklarar att personer med diabetes mellitus typ II behöver lära sig att hantera dem nya vanorna i livet. Personerna uttryckte också att de upplevde de nya livsstilsförändringarna som egenvården krävde som svåra. De tyckte att det var svårt att hitta bra egenvårdsrutiner som var anpassade efter dem. Efterhand försvann deras gamla livsstilsvanor mer och mer, där dem tillslut var utbytta mot dem nya, hälsosammare vanorna. Deras motivation ökade då de förstod att det endast var dem själva som var ansvariga för att ta hand om sin egenvård, för att öka chanserna för en god hälsa i framtiden. Det framkom att det var viktigt att personer med diabetes mellitus typ II skulle få tid till att ändra sin livsstil efter diagnosen, då det var en stor utmaning för många av personerna (Moser et al., 2008). I resultatet framkom det att personerna med diabetes mellitus typ II upplevde en ny livsvärld genom förändrade vanor och rutiner. Resultatet stärks då en kronisk sjukdom kan påverka personens livsvärld då personens tillgång till världen och deras liv är genom kroppen. Detta gör att livsvärlden förändras vid varje kroppslig förändring som sker, vilket är specifikt vid en kronisk sjukdom så som diabetes mellitus typ II. Det är därför till stor vikt att uppmärksamma personens nya upplevda livsvärld då deras livsvärld är något de dagligen ska leva i. Om sjukvårdspersonalen har ett livsvärldsperspektiv ger det dem en ökad förståelse för den värld patienten lever i, vilket ger dem en god personcentrerad omvårdnad (Dahlberg et al., 2003). Då livsvärlden förändrades drastiskt för personerna med diabetes mellitus typ II behövde dem anpassa sitt liv för att skapa en balans och livsstil som de kände sig trygga med (Handly et al., 2010).

Resultatet påvisade att många av personerna, trots sin sjukdom upplevde att det fanns en mening med deras liv, vilket gjorde att dem var redo att kämpa för livet. Insikten om att diabetes mellitus typ II var en allvarlig sjukdom som kunde förkorta deras liv gav dem motivation till att fortsätta kämpa mot komplikationer och andra hot från sjukdomen. De kom till insikt att det bara var dem själva som kunde påverka sin framtid genom att ta hand om sig själv på ett bättre sätt än vad de tidigare hade gjort. Resultatet motsägs då Moser et al. (2008) påvisar att en del av personerna med diabetes mellitus typ II fick en insikt om att sjukdomen de hade var kronisk, vilket gav dem en känsla av hopplöshet då de förstod att de inte kunde bli av med sjukdomen. De upplevde då en mindre känsla av att vilja leva. Detta kan dock vara

påverkat av att personerna inte riktigt hade accepterat sin sjukdom (Moser et al., 2008). För att en person ska kunna fortsätta med sitt liv trots sin kroniska sjukdom, krävs det att dem känner motivation och mening med livet. Med en känsla av motivation och mening påverkas personernas upplevelse av sin vardag positivt, vilket gör att dem orkar kämpa vidare. Genom att sjukvårdspersonal har ett livsvärldsperspektiv kan de stötta personerna till att återfå sin livsglöd och därmed en bra balans i livet (Dahlberg & Segesten, 2013).

Resultatet påvisade att det var många personer med diabetes mellitus typ II som upplevde en trötthet, som gav en negativ inverkan på deras liv. Tröttheten gjorde att personerna kände sig isolerade då dem inte längre orkade med de sociala aktiviteterna som de hade gjort tidigare. De upplevde att dem behövde mycket mer sömn än tidigare, vilket var svårt för familjen att förstå. Resultatet förstärks då Koch, Kralik och Sonnack (1999) också förklarade att personer med diabetes mellitus typ II upplevde att sjukdomen gav upphov till en stark trötthet som påverkade deras liv. De orkade inte längre göra saker som dem tidigare hade kunnat utföra, så som att dammsuga. Tröttheten pendlade drastiskt under dagen, vilket gjorde att deras livskvalitet påverkades negativt (Koch et al., 1999). Detta kan ses utifrån livsvärldsperspektivet då trötthet är en upplevelse som kan påverka hela personens existens. Då det blir allt svårare att utföra de projekten de tidigare hade planerat att utföra i sitt liv. Detta kan påverka upplevelsen av att ha en god hälsa och ett välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2013). Genom att livsvärlden uppmärksammas hos den enskilda personen kan vårdpersonalen få en djupare insikt om hur just den personen upplever sin vardag. Det är av stor vikt att en personcentrerad omvårdnad sker då den enskilda personens upplevelse av sin livsvärld och vad den innebär främst kan förstås av den personen (Dahlberg et al., 2003).

I resultatet framkom det att en stor del av personerna med diabetes mellitus typ II upplevde en känsla av oro och rädsla, då de inte visste hur framtiden skulle se ut. Oron och rädslan grundades till stor del i tankar om att deras framtid skulle vara hotad av komplikationer. Det framkom även att vissa personer upplevde att deras ekonomi blev negativt påverkad av kostnaderna diabetes mellitus typ II medförde. Detta gav upphov till oros känslor inför framtiden. Resultatet stärks då West och McDowell (2002) påvisar att personer som lever med diabetes mellitus typ II upplevde känslor som oro och rädsla över hoten från sin sjukdom. Hoten de kände en oro och rädsla över var de komplikationer som kunde uppstå på grund av sin diabetes mellitus typ II. Det framkom dessutom andra känslor såsom frustration och osäkerhet då de inte visste hur framtiden skulle se ut (West & McDowell, 2002). Den

ekonomiska oron som framkommer i resultatet kan inte fullt ut överföras till svenska förhållanden då det finns en statligt betald sjukvård i Sverige, vilket det inte finns i bland annat USA (Sveriges kommuner och Landsting, 2005). Personerna med diabetes mellitus typ II uppgav många olika känslor såsom oro och rädsla. När en person upplever många olika känslor kan det påverka deras känsla av existens. En persons livsvärld förenar många olika känslor, som kan innefatta både psykiska och existentiella aspekter. Genom ett livsvärldsperspektiv ges det en djupare förståelse för en persons upplevda känslor (Dahlberg & Segesten, 2013).

Resultatet påvisade att en del av personerna som levde med diabetes mellitus typ II upplevde en känsla av skam. Personerna förmodade att andra personer skulle tycka att dem hade levt ett dåligt liv och därmed fått diabetes mellitus typ II. Personerna skämdes över att ha fått sjukdomen då de ansåg att det var ett personligt misslyckande, vilket gjorde att vissa av dem undanhöll sin sjukdom från personer i deras närhet. Resultatet styrks då Haltiwanger (2012) påvisade att många personer med diabetes mellitus typ II upplevde en känsla av skam över att leva med sjukdomen. En del av personerna uppgav att de tyckte att sjukdomen var ett tecken på svaghet. En annan insikt som inte framkom i denna studies resultat, men som Haltiwanger (2012) förklarade var att orsaken till att många kände en skam var att de inte hade accepterat sin kroniska sjukdom (Haltiwanger, 2012). Vad en person uppfattar, känner och genomgår beror på deras livsvärldsuppfattning. De erfarenheter som personen upplever i sitt liv kan vara allt från de djupaste frågorna kring livet till vad olika saker har för funktion och betydelse för dem (Dahlberg et al., 2003).

I resultatet visade det att många av personerna upplevde att deras personlighet hade förändrats. De tyckte att den nya personligheten utgav svårigheter till att leva sitt vardagliga liv. De upplevde att diabetes mellitus typ II förändrade deras personlighet genom att deras humör förändrades drastiskt, de blev lättare stressade, ledsna och fick lättare ångest. Personlighetsförändringarna gjorde att personerna lättare hamnade i familjebråk och andra dispyter. Resultatet styrks då Bird, Wiles, Okalik, Kilabuk Och Egeland (2008) skriver att personer med diabetes mellitus typ II upplevde förändringar i deras personlighet då deras humör hade förändrats (Bird et al., 2008). Resultatet förstärks då livsvärlden påverkar hur en person uppfattar sig själv och sin identitet. När en person lever med en kronisk sjukdom, kan det ge upphov till att personen upplever en ny identitet och personlighet, vilket ger dem en ny

livsvärldsuppfattning. Dessa upplevelser kan kännas skrämmande då de inte längre känner igen sig själva (Dahlberg & Segesten, 2013).

Slutsats

Studiens resultat påvisar den stora förändringen i livsvärlden som många personer med diabetes mellitus typ II upplevde. Då diabetes mellitus typ II är en folkhälsosjukdom som ökar stadigt i hela världen är det viktigt att få en förståelse för hur personernas förändrade livsvärld kan påverka dem. När en person lever med diabetes mellitus typ II förändrades deras livsvärld då de behövde göra en rad olika förändringar i livet, vilket gav upphov till en rad olika känslor och tankar. Ett livsvärldsperspektiv gör så att personens upplevda värld framhävs, vilket ger en ökad förståelse för tankar och känslor kring den förändrade vardagen. Många personer med diabetes mellitus typ II upplevde att det var dem som hade förmågan och ansvaret över sitt liv, men för att klara av detta behövdes det stöd och hjälp från sjukvårdspersonalen. Det är viktigt att det görs fortsatta studier kring personers upplevelse av att leva med diabetes mellitus typ II. Ökar förståelsen för personernas upplevelse av att leva med diabetes mellitus typ II ger det en större chans för sjukvårdspersonal att ge den bästa vården.

Självständighet

Emma Gussing och Nina Kristoffersson bestämde att båda skulle vara lika delaktiga under hela processen av arbetet. Alla delar har gjorts tillsammans förutom den primära kvalitetsgranskningen som först gjordes enskilt för att sedan kunna jämföra bådars resultat till en slutgiltig kvalitetsgranskning. Meningsenheterna togs först ut enskilt och därefter sammanställdes meningensenheterna för att göra resten av innehållsanalysen tillsammans. Resterande delar av arbetet gjordes tillsammans så det skulle bli en röd tråd i arbetet. En planering gjordes för var vecka för att se till att tidsplanen hölls. Både Emma Gussing och Nina Kristofferson har varit lika delaktiga i arbetet och är nöjda med arbetssättet som valdes att göra.

Referenslista

- Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I: M. Granskär., & B. Höglund – Nilsen, (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 203-220). Lund: Studentlitteratur.
- Berne, C., & Sörman, E. (2007). Egenvård. I C-D. Agargh., C. Berne., & J. Östman (Red.), *Diabetes* (142-152). Stockholm: Liber.
- Beryl- Pilkington, F., Daiski, I., Bryant, T., Dinca-Panaitescu, M., Dinca-Panaitescu, S., & Raphael, D. (2010). The experience of living with diabetes for low-income Canadians. *Canadian Journal Of Diabetes*, 3(2), 119-126.
- Bird, S., Wiles, J., Okalik, L., Kilabuk, J., & Egeland, G. (2008). Living with diabetes on Baffin Island: Inuit storytellers share their experiences. *Canadian Journal Of Public Health*, 99(1), 17-21.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2013). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1991). *Pausen – en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almquist och Wiksell AB.
- Friberg, F., & Scherman, M. (2005). Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 274-279.
- Graneheim, 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.
- Haltiwanger, E. P. (2012). Experience of Mexican- American Elders with Diabetes: A phenomenological Study. *Occupational Therapy In Health Care*, 26(2/3), 150-162.
- Handly, J., Pullon, S., & Gifford, H. (2010). Living with type 2 diabetes: 'putting the person in the pilots' seat'. *Australian Journal of advanced nursing*, 27(3), 12-19.
- Heuer, L., & Lausch, C. (2006). 'Living with diabetes: perceptions of Hispanic migrant farmworkers'. *Journal Of Community Health Nursing*, 23(1), 49-64.
- Hörnsten, A., Sandström, H., & Lundman, B. (2004). 'Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes'. *Journal Of Advanced Nursing*, 47(2), 174-182.
- Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, Å. (2012). 'Turning points in self-management of type 2 diabetes'. *European Diabetes Nursing*, 9(2), 46-50.

- Koch, T., Kralik, D., & Sonnack, D. (1999). Women living with type 2 diabetes: The intrusion of illness. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6), 712-722.
- Manderson, L., & Kokanovic, R. (2009). "Worried all the time": distress and the circumstances of everyday life among immigrant Australians with type 2 Diabetes. *Chronic Illness*, 5(1), 21-32.
- Moser, A., Van der Bruggen, H., Spreeuwenberg, C., & Widdershoven, G. (2008). Autonomy through identification: a qualitative study of the process of identification used by people with type 2 diabetes'. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 209-216.
- Nam, S., Song, H., Park, S., & Song, Y. (2013). Challenges of Diabetes Management in Immigrant Korean Americans. *Diabetes Educator*, 39(2), 213-221.
- Nationella diabetesregistret.(2013). *Årsrapport 2013 års resultat*. Hämtad från: http://www.diabetes.se/PageFiles/1251/Årsrapport_NDR_2013.pdf (2015-03-16).
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Poopola, M. (2005). 'Living with diabetes: the holistic experiences of Nigerians and African Americans'. *Holistic Nursing Practice*, 19(1), 10-16.
- Scherstén, B. (2007). Epidemiologi vid typ 2 diabetes och möjligheter till prevention. I C-D. Agargh., C. Berne., & J. Östman (Red.), *Diabetes* (68-76). Stockholm: Liber.
- Slater, L. (2006). Person-centeredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23, 135-144.
- Socialdepartementet. (2014). *Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar*. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/23/33/80/a4122ff1.pdf> (2015-04-14).
- Socialstyrelsen. (2009). *Övervikt, hjärt-och kärlsjukdom och diabetes*. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/documents/7__overvikt.pdf (2015-04-16)
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2005). *Svensk sjukvård i internationell belysning: en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*. Stockholm: SKL.
- Vinter–Repalust, N., Petrček, G., & Katiaë, M. (2004). Obstacles which Patients with Type 2 Diabetes Meet while Adhering to the Therapeutic Regimen in Everyday Life: Qualitative Study. *Croatian Medical Journal*, 45(5), 630-636.
- West, C., & McDowell, J. (2002). The distress experienced by people with type 2 diabetes. *British Journal of Community Nursing*, 7(12), 606-613.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Wittermore, R., & Dixon, J. (2008). Chronic illness: the process of integration.

Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses, 17, 177-187.

World Health Organisation. (2015). *Diabetes*. Hämtad från:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> (2015-03-19).

Östman, J. (2007). Definition, diagnostik och klassificering. I C-D. Agargh., C. Berne., & J. Östman (Red.), *Diabetes* (11-19). Stockholm: Liber.

Bilaga 1 - Databassökningar

Sökningar i Cinahl.

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sök datum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Diabetes mellitus type 2	38,783	150219	0	0
(MM "Diabetes Mellitus, Type 2")	28,662	150219	0	0
Living with	78,901	150219	0	0
Life experience	2553	150219	0	0
(MH "Adaptation, Psychological")	21,260	150219	0	0
(MH "Life Experiences")	13,220	150219	0	0
Diabetes mellitus type 2 OR (MM "Diabetes Mellitus, Type 2")	38,783	150219	0	0
Diabetes mellitus type 2 OR (MM "Diabetes Mellitus, Type 2") AND Living with	363	150219	52	2
Diabetes mellitus type 2 OR (MM "Diabetes Mellitus, Type 2") AND (MH "Adaptation, Psychological").	60	150219	19	1
Experience	54,091	150219	0	0
Life changes	2,911	150219	0	0
Diabetes mellitus type 2 OR (MM "Diabetes Mellitus, Type 2") AND Experience OR Life experience OR Life changes	4,407	150219	46	1

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sök datum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Diabetes mellitus type 2	38,783	150226	0	0
(MM "Diabetes Mellitus, Type 2")	28,662	150226	0	0
Life experience	2553	150226	0	0
Diabetes mellitus type 2 OR (MM "Diabetes Mellitus, Type 2") AND Life experience	27	150226	11	2
Perception	29,640	150226	0	0
Diabetes mellitus type 2 OR (MM "Diabetes Mellitus, Type 2") AND Perception	252	150226	37	1
MH "Attitude to Illness")	6560	150226	0	0
Diabetes mellitus type 2 OR (MM "Diabetes Mellitus, Type 2") AND (MH "Attitude to Illness")	122	150226	18	0
(MH "Patient Attitudes")	26,862	150226	0	0
Diabetes mellitus type 2 OR (MM "Diabetes Mellitus, Type 2") AND (MH "Patient Attitudes")	223	150226		0

Sökningar i PubMed.

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sök datum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
"Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]	88,679	150303	0	0
"Attitude"[Mesh]	272,082	150303	0	0
"Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] AND "Attitude"[Mesh]	1,413	150303	35	1
"Life Change Events"[Mesh]	11430	150303	0	0
"Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] AND	31	150303	5	0

"Life Change Events" [Mesh]				
"Adaptation, Psychological"[Mesh]	59,256	150303	0	0
"Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] AND "Adaptation, Psychological"[Mesh]	262	150303	13	0
Life experience	48,995	150303	0	0
"Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] AND Life experience	315	150303	9	0
Living with	1,245,701	150303	0	0
"Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] AND Living with	6,502	150303	18	0
"Attitude to Health"[Mesh]	198,689	150303	0	0
"Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] AND "Attitude to Health"[Mesh]	2,955	150303	21	0

Bilaga 2 - Granskningsprotokoll

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	>20%	5-20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teorier etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48p)	p	p	p	p
				p
Grad I: 80%				%
Grad II: 70%				Grad
Grad III: 60%				
Titel				
Författare				

Bilaga 3 – Innehållsanalys

Exempel på innehållsanalysen.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Kategori
Jag tror inte att det finns en gräns, när man slutar tänkta på framtiden. Så länge det finns liv finns det hopp.	Finns det liv så finns det hopp om framtiden.	Hopp.	Känslan av att vilja leva
Det är väldigt svårt att följa behandlingen, speciellt den nödvändiga dieten, när man arbetar.	Svårt att följa dieten när man arbetar.	Svårt med egenvård.	Upplevelsen av att hantera sin egenvård
Jag kunde ha tagit bättre hand om mig själv, inte ätit så mycket. Jag skulle inte ha ätit sötsaker.	Kunde tagit bättre hand om mig själv.	Känsla av skam.	Leva med en känsla av skam
Det får mig att känna mig gammal, förbrukad. Jag brukade gå och dansa. Om jag gick till danshallen brukade jag dansa hela tiden, men nu orkar jag inte.	Får mig att känna mig gammal... jag brukade dansa hela tiden men nu orkar jag inte.	Att inte längre orka.	Leva med en känsla av trötthet
Jag tycker att diabetes har förändrat min personlighet. Jag blir lätt väldigt irriterad och ångestfylld.	Förändrad personlighet, blir lätt irriterad och ångestfylld	Förändrad personlighet	Leva med en förändrad personlighet
Ibland känner jag mig orolig för om något händer mig, vad som kommer hända med mina barn.	Orolig för framtiden och mina barn	Oro	Leva med en känsla av oro och rädsla

Bilaga 4 - Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Manderson, L., & Kokanovic, R./2009/ Australien.	'Worried all the time': distress and the circumstances of everyday life among immigrant Australians with type 2 Diabetes	Kvalitativ metod. Djup intervjuer	30 deltagare. Ålder: 44-87. Män och kvinnor med diabetes mellitus typ II.	Grad II
Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B./ 2003/Sverige.	'Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes'	Kvalitativ metod. Tematisk intervju.	44 deltagare. Ålder: 47-80år Män och kvinnor med diabetes mellitus typ II.	Grad I
Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, Å./2012/ Sverige.	'Turning points in self-management of type 2 diabetes'	Kvalitativ metod. Semistrukturerade individuella intervjuer.	18 deltagare. Ålder: 40-80 Män och kvinnor med diabetes mellitus typ II.	Grad II
Heuer, L., & Lausch, C./2006/ USA.	Living with diabetes: perceptions of Hispanic migrant farmworkers	Kvalitativ metod. Intervjuer.	12 deltagare. Ålder: 34-62 Män och kvinnor med diabetes mellitus typ II.	Grad II
Poopola, M./2005/USA.	Living With Diabetes The Holistic Experiences of Nigerians and African Americans	Kvalitativ metod. Intervjuer.	35 deltagare. Ålder: 60-82. Män och kvinnor med diabetes mellitus typ II.	Grad II

Beryl-Pilkington, F., Daiski, Is., Byant, T., Dinca-panaitescu, M., Dinca-panaitescu., & Raphael, D./2010 / Canada	The Experience of Living with Diabetes for Low-income Canadians.	Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer.	60 deltagare. Ålder: 30-82 år. Män och kvinnor med diabetes typ II.	Grad II
Vinter-Repalust, N., Petréek, G., & Katia, M./ 2004/ Kroatien	Obstacles which Patients with Type 2 Diabetes Meet while Adhering to the Therapeutic Regimen in Everyday Life: Qualitative Study	Kvalitativ metod. Grupp intervjuer.	49 deltagare. Ålder: 44-83 Män och Kvinnor med diabetes typ II.	Grad I
Nam, S., Song, H., Park, S., & Song, Y./2013/ USA.	Challenges of Diabetes Management in Immigrant Korean Americans	Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer	23 deltagare. Ålder: 30-75. Män och kvinnor med diabetes typ II.	Grad I