



Annika Basun och Alina Dahl

Sjuksköterskeprogrammet 180hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, V51, VT13

Grundnivå

Handledare: Åsa Kneck

Examinator: Kent-Inge Perseius

En pågående inre kamp

En litteraturöversikt om upplevelsen av egenvård vid diabetes typ 2

An ongoing inner struggle

A literature review of the experience of self-management in type 2 diabetes

Sammanfattning

- Bakgrund:** Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som ökar kraftigt i världen. Behandlingen grundar sig i livsstilsrelaterade åtgärder som ofta innebär en förändring av kost- och motionsvanor. Egenvård vid kronisk sjukdom beskrivs som en process som påverkas av olika faktorer. Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att stödja personen i denna process utifrån varje individs behov och erfarenheter. För att kunna ge adekvat stöd är det betydelsefullt att få en ökad förståelse av upplevelsen av egenvård vid diabetes typ 2.
- Syfte:** Syftet var att beskriva upplevelsen av egenvård hos personer med diabetes typ 2.
- Metod:** En litteraturoversikt genomfördes baserat på tio kvalitativa artiklar hämtade från databaserna CINAHL och PubMed. Artiklarna analyserades och de likheter som identifierades lyftes fram och bildade nya teman.
- Resultat:** Det övergripandet temat som representerar hela resultatet är *upplevelsen av en inre kamp*. Temat beskriver hur egenvården upplevs som en ständig kamp där sjukdomens krav vägs mot vad som är betydelsefullt i livet. Subtemat, *upplevelsen av att integrera egenvården i vardagen* berör egenvårdsprocessen. Resterande subteman; *sociala relationers betydelse för egenvården*, *informationens och kunskapens betydelse för egenvården* och *den psykiska och fysiska miljöns betydelse för egenvården* beskriver vad som underlättar samt försvårar integration av egenvård i dagliga livet.
- Diskussion:** Författarna diskuterar svårigheter med att integrera nya vanor i livet och vad som påverkar egenvårdsprocessen. Diskussionen berör bland annat autonomi, syn på framtiden och behovet av att skapa kontroll över sin livssituation. Diskussionen knyter även an till Meleis' transitionsteori.
- Nyckelord:** Diabetes typ 2, egenvård, upplevelse, egenvårdsprocess, inre kamp

Abstract

Background: Type 2 diabetes is a chronic disease that is increasing worldwide. The treatment is based on lifestyle-related measures that often mean a change in diet and exercise habits. Self-management in chronic illness is described as a process that is influenced by various factors. Nurses have a key role in supporting the person in this process based on each individual's needs and experiences. In order to provide adequate support, it is important to get a better understanding of the experience of self-management in type 2 diabetes.

Aim: The aim was to describe the experience of self-management among people with type 2 diabetes.

Methods: A literature review based on ten scientific articles. All articles were qualitative and found in the databases CINAHL and PubMed. The articles were analyzed and the similarities were highlighted and created new themes.

Results: The overall theme representing the result is *the experience of an inner struggle*. The theme describes how self-management is experienced as a constant struggle between the disease demands and what is valuable in life. The sub-theme, *the experience of integrating self-management in daily life*, affects the self-management process. The remaining sub-themes describe the barriers to and facilitators of integrating self-management in daily life.

Discussions: The authors discuss the difficulty of integrating new habits in life and what influences the process. The discussion includes autonomy, view of the future and the need to gain control. The discussion also relates to Meleis' Transition Theory.

Keywords: Type 2 diabetes, self-management, experiences, self-management process, inner struggle

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND.....	1
2.1 DIABETES TYP 2.....	1
2.1.1 Komplikationer	2
2.2 EGENVÅRD	3
2.2.1 Egenvård vid diabetes typ 2.....	3
2.3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ROLL I MÖTET MED PERSONER MED DIABETES TYP 2	4
2.4 PROBLEMFÖRMULERING	6
3 SYFTE.....	6
4 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	6
5 METOD	8
5.1 URVAL OCH DATAINSAMLING	8
5.2 ANALYS	9
6 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
7 RESULTAT.....	11
7.1 UPPLEVELSEN AV EN INRE KAMP	11
7.1.1 Upplevelsen av att integrera egenvården i vardagen.....	11
7.1.2 Sociala relationers betydelse för egenvården	13
7.1.3 Informationens och kunskapens betydelse för egenvården.....	14
7.1.4 Den psykiska och fysiska miljöns betydelse för egenvården	15
8 DISKUSSION	17
8.1 RESULTATDISKUSSION.....	17
8.1.1 Att anpassa sig till en ny situation	18
8.1.2 Vad underlättar respektive försvårar egenvård	20
8.2 METODDISKUSSION.....	21
8.3 SLUTSATS.....	23
8.4 PRAKTISKA IMPLIKATIONER	24
8.5 FÖRSLAG PÅ FORTSATT STUDIER.....	24
REFERENSFÖRTECKNING	28
BILAGA 1, SÖKMATRIS	28
BILAGA 2, KVALITETSGRANSKNING AV KVALITATIVA STUDIER.....	29
BILAGA 3, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	30

1 Inledning

Diabetes typ 2 är en livsstilssjukdom som ökar kraftigt i världen. Diabetes typ 2 har ett starkt samband med levnadsvanor och allt yngre människor diagnostiseras med sjukdomen.

Ökningen innebär att fler personer får lära sig att leva med diabetes. En stor del av behandlingen utgår från egenvård kring livsstilsrelaterade åtgärder, exempelvis kost och motion, vilket innebär livsstilsförändring för många personer. Under verksamhetsförlagd utbildning har vi mött ett flertal personer med diabetes typ 2 och några av dem har utvecklat långt gångna komplikationer som påverkat deras vardagliga liv. Var och en av dessa personer har en egen historia om hur det är att leva med en kronisk sjukdom.

2 Bakgrund

2.1 Diabetes typ 2

Diabetes typ 2 ökar över hela världen och år 2012 var förekomsten beräknad till cirka 312 miljoner människor (World Health Organization [WHO], 2013). År 2030 beräknas den totala populationen av diabetes typ 2 stiga till cirka 439 miljoner. Majoriteten av de personer som har sjukdomen bor i låg- och medelinkomstländer (Olokoba, Obateru & Olokoba, 2012). I Sverige har cirka tre till fyra procent av befolkningen diagnostiserats med diabetes typ 2 vilket motsvarar cirka 300 000 människor (Nationella Diabetesregistret, 2012; Svenska Diabetesförbundet, 2011).

Tidigare benämndes diabetes typ 2 som åldersdiabetes då det främst var äldre personer som drabbades. Ålder är fortfarande en riskfaktor för att utveckla sjukdomen men skälet till att yngre personer drabbas beror framförallt på livsstilsfaktorer där kostvanor och brist på fysisk aktivitet spelar roll (Alberti et al., 2004). Fetma är den största riskfaktorn till att utveckla diabetes typ 2 och orsakas av överkonsumtion av fettrik mat i jämförelse med vad som förbrukas energimässigt. Andra riskfaktorer är rökning och överkonsumtion av alkohol (Olokoba et al., 2012; Hjelm, 2012). Det förekommer även en hög ärftlighet av diabetes typ 2 i form av genetik samt livsstilsvanor (Olokoba et al., 2012).

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som innebär insulinresistens i kroppens insulinberoende vävnader (muskel- och fettvävnad och lever) samt en minskad insulinproduktion i pankreas. Till en början arbetar betacellerna i pankreas för att kompensera för insulinresistensen genom att producera mer insulin. I längden är detta inte hållbart och insulinproduktionen börjar avta cirka 10-15 år efter insulinresistensens start. Insulinresistens i vävnaderna och en minskad insulinproduktion innebär kroniskt förhöjda blodglukosvärden

vid obehandlad diabetes vilket blir mer påtagligt ju längre sjukdomen pågår (Lindholm, 2010; Ericson & Ericson, 2010, s. 522-523).

Diabetes diagnostiseras bland annat genom att mäta fastebloodsockret. Är värdet 7,0 mmol/l eller över vid två tillfällen ställs diagnosen. Diagnosen kan även ställas med ett icke fastande blodglukosvärde som är $\geq 11,1$ mmol/l (WHO, 2006). Efter att diagnosen ställts är det möjligt att kontrollera medelvärdet av långtidsglukosnivån, HbA1c, på en tid över åtta till tio veckor (Ericson & Ericson, 2010, s.524). Socialstyrelsen (2012) rekommenderar att värdet av HbA1c inte ska överstiga 52 mmol/mol eftersom det medför risk att utveckla komplikationer. Överstiger värdet 73 mmol/mol ökar risken ytterligare att utveckla komplikationer. Denna riskgrupp har ökat de senaste åren och Socialstyrelsen (2012) har därför utfärdat en rekommendation att minska andelen som har ett HbA1c över denna gräns.

2.1.1 Komplikationer

Både akuta och sena komplikationer förekommer vid diabetes typ 2. Hypo- och hyperglykemi är akuta komplikationer och är tecken på för lågt eller för högt blodglukos och förekommer framförallt vid en längre tids sjukdom (Ericson & Ericson, 2010, s. 541-543).

Sena komplikationer är förknippade med långvarig hyperglykemi som orsakar skador i blodkärlen. Exempel på sena komplikationer är makro- och mikroangiopati. Makroangiopati är skador på stora blodkärl och påskyndar aterosklerosprocessen vilket medför ökad risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar (Fowler, 2008). Komplikationer i hjärta och kärl är den främsta dödsorsaken hos personer med diabetes typ 2 och motsvarar cirka 50 procent av alla dödsfall (Fowler, 2008; WHO, 2013). Mikroangiopati är skador på små blodkärl i njurar och ögon. Njurarna påverkas genom en minskad filtrationsyta i glomeruli och därmed en försämrad njurfunktion, så kallad nefropati. Skador på små kärl i ögat kan skapa förändringar på ögats näthinna vilket påverkar synen till det sämre, så kallad retinopati. Till mikroangiopati tillhör även neuropati vilket innebär skador på nervfibrernas funktion. Symtom som stickningar, domningar och känselnedsättning i perifera kroppsdelar är vanligt förekommande. Andra symtom som impotens och blåsdysfunktion är också orsakat av nedsatt nervfunktion (Fowler, 2008). Neuropati är källan till ytterligare en sen komplikation, den så kallade *diabetesfoten*. Diabetesfoten kännetecknas av svårsläkta sår på fötter och ben samt en förändring av fotens formation (Ericson & Ericson, 2010, s. 545-552).

2.2 Egenvård

Begreppet egenvård vid kronisk sjukdom har beskrivits många gånger och med tiden har innebörden förändrats och begreppet utvecklats. Tidigare låg fokus för egenvården i att främja hälsa genom att upptäcka och behandla fysiska symtom vid sjukdom. Idag beskrivs egenvård ur ett bredare perspektiv där egenvårdsaktiviteter syftar till att upprätthålla både fysisk och psykisk hälsa genom att tillgodose sociala och psykologiska behov. Egenvårdsaktiviteter beskrivs vara en del av vardagen där individer månar om att upprätthålla hälsa och välbefinnande. Begreppet innebär mer än att endast inneha specifik faktakunskap om hälso- och sjukdomsfrågor. Stort fokus ligger på att lära sig sätta upp mål och strategier för att kunna organisera sina resurser och på så sätt hantera egenvården (Godfrey et al., 2011).

Audulv, Norbergh, Asplund och Hörnsten (2009) beskriver egenvård vid långvariga sjukdomstillstånd som en process bestående av en inre förhandling där personen tar egna beslut gällande sin egenvård. Processen utgår från en individuell syn på hälsa och sjukdom. När hotet mot ett normalt hälsosamt liv blir påtagligt börjar en förståelse för sjukdomens allvar att synliggöras. I mötet med sjukdomens allvar uppstår ofta ett behov av att utföra egenvård. Förhandling kring egenvårdens betydelse innebär att väga för- och nackdelar mot varandra vilket beskrivs ske mellan sociala och medicinska behov. Det kan exempelvis uttryckas som i en förhandling mellan att uppleva välbefinnande i dagsläget mot en vetskap om försämrad hälsa i framtiden. Faktorer som kan påverka egenvårdsprocessen är tron på dess effekt, individens prestationsförmåga, upplevelsen av stigmatisering och normalisering samt stöd under processens gång.

2.2.1 Egenvård vid diabetes typ 2

Vid diabetes typ 2 innebär egenvård livsstilsrelaterade åtgärder kring kost, motion samt blodglukoskontroll. Det är viktigt att varje person med diabetes typ 2 kan mäta sitt blodsocker, tolka resultatet samt vidta relevanta åtgärder vid behov. Vidare är det essentiellt att personen erhåller kunskap om hur kost och motion påverkar kroppen och blodsockret. I och med att egenvård är den viktigaste behandlingen vid diabetes typ 2 ställs det krav på personens engagemang och delaktighet i sin sjukdom (Socialstyrelsen 2011b).

Socialstyrelsen (2011a) rekommenderar fyra olika kosttyper som alla påvisar god effekt på HbA1c och blodfettsnivåer. Några livsmedel som förekommer i samtliga typer av kost är frukt, grönsaker, linser, bönor, fullkornsprodukter och fisk. Det faktum att flera olika typer av kost har visat sig vara gynnsamma vid diabetes gör att det finns stora möjligheter att anpassa kosten utifrån varje individs önskemål. Förändring av kostvanor bör ske stegvis och utgå från

personens befintliga kost. Socialstyrelsen (2011a) framhäver att det pågår mycket forskning kring kost vid diabetes och att deras rekommendationer kommer att ändras allteftersom ny kunskap tillkommer.

Regelbunden fysisk aktivitet ökar insulinkänsligheten hos personer med diabetes typ 2 både under pågående aktivitet och i vila. Fysisk aktivitet bidrar även på lång sikt till sänkt blodtryck samt förbättrade blodfettssvärden vilket är gynnsamt då personer med diabetes typ 2 löper en risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar. Generella rekommendationer innefattar daglig motion, som promenad eller trädgårdsarbete, i minst 30 minuter. Detta bör kombineras med konditionsträning, exempelvis cykling, joggning eller stavgång, två till tre gånger per vecka samt styrketräning. Rekommendationerna ska anpassas efter varje persons förutsättningar och önskemål (Statens Folkhälsoinstitut, 2008). Ytterligare förebyggande åtgärd för att minska risken för komplikationer vid diabetes typ 2 är rökstopp. Både minskning av ohälsa och dödlighet har påvisats (Socialstyrelsen, 2012).

När livsstilsrelaterade åtgärder inte räcker till kan medicinsk behandling bli aktuell för att upprätthålla en god blodglukoskontroll. Inledningsvis sker detta med tablettbehandling som antingen ger en förbättrad insulinkänslighet och/eller ökar insulinproduktionen. I de fall tabletter inte ger tillräcklig effekt är insulinbehandling ett alternativ (Statens Folkhälsoinstitut, 2008; Svenska Diabetesförbundet, 2012).

2.3 Hälsa- och sjukvårdens roll i mötet med personer med diabetes typ 2

I Sverige vårdas personer med diabetes typ 2 främst inom primärvården där de möter sjuksköterskor och läkare för kontinuerliga kontroller av bland annat blodglukos samt uppföljning av egenvård. Vid mer komplicerade fall flyttas vården till sjukhus eller diabetesmottagningar. Ambitionen för diabetesvården är att jobba utifrån multiprofessionella team där bland annat dietist, fotvårdsterapeut, kurator och sjukgymnast ingår (Socialstyrelsen, 2011b). Teamarbete innebär att tillsammans sträva efter gemensamt uppsatta mål där varje person i teamet är expert inom sitt kunskapsområde, vilket även involverar patienten då denne är expert på sig själv (Wikblad, 2012). I en nationell utvärdering från Socialstyrelsen (2012) framkommer det en skillnad i hur diabetesmottagningar och primärvård arbetar i multiprofessionella team. Nästintill alla diabetesmottagningar i Sverige arbetar i team medan det inom primärvården framkommit vara cirka 30 procent.

Enligt nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2011b) ska diabetesvården grunda sig på ett personcentrerat förhållningssätt där respekt för individens värderingar beaktas. Kommunikation, lyhördhet och delaktighet är grundläggande förutsättningar för att ge en god

vård. Sjuksköterskan har en viktig roll i att stödja personer med diabetes typ 2 för att personen ska kunna fatta egna individuella beslut rörande sin egenvård. Då alla personer har olika erfarenheter och förutsättningar för att hantera egenvården är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal utgår från varje persons unika livssituation.

Vården bör dessutom erbjuda grupputbildningar som inbegriper information om kost, motion och blodglukoskontroll. Utbildningarna ska ledas av personer med ämneskompetens och pedagogisk förmåga (Socialstyrelsen, 2011b).

Funnell och Andersson (2003) beskriver att det har skett ett paradigmskifte kring hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt i diabetesvården. Tidigare har vården präglats av ett synsätt där patienten förväntas följa personalens råd och ordinationer gällande egenvårdsbehandling och medicinering. Detta synsätt benämns compliance och innebär att mötet med patienten utmärks av att hälso- och sjukvårdspersonal försöker modifiera patientens beteende genom sin expertis. Funnell och Andersson (2003) beskriver att detta förhållningssätt ofta medför misslyckade försök i att hjälpa patienten att leva med diabetes. Istället för compliance menar artikelförfattarna att empowerment är mer gynnsamt och bör prägla diabetesvården (Funnell & Andersson, 2003). Empowerment är ett filosofiskt förhållningssätt där syftet är att stärka patienten till att ta makten över sitt liv och styra det åt det håll denne vill (Nationalencyklopedin, 2013). Empowermentfilosofin innebär ett personcentrerat förhållningssätt som främjar en vårdrelation där sjuksköterskan och patienten ses som jämlika. En grundläggande förutsättning till empowerment är att sjuksköterskan delger patienten kunskap och färdigheter så att denne kan fatta autonoma beslut gällande sin egenvård (Funnell & Andersson, 2003). Det förutsätter även att patienten vill vara delaktig i sin vård och ta ett personligt ansvar (Funnell, 2012). Vidare har det visat sig att sjuksköterskor i diabetesvården upplever svårigheter i mötet med patienten. En konflikt har uppstått när medicinska mål för sjukdomen inte överensstämmer med patientens upplevelser av att leva med sjukdomen. Sjuksköterskors medicinska kunskap prioriteras före patientens egna erfarenheter (Hörnsten, Lundman, Almberg och Sandström, 2008). Hörnsten et al. (2008) diskuterar att anledningen till denna konflikt kan bero på övergången från det traditionella auktoritära förhållningssättet till ett mer personcentrerat förhållningssätt. Sjuksköterskor upplever också frustration när personer med diabetes typ 2 inte uppskattar och följer egenvårdsrekommendationer.

Det har framkommit att personer med diabetes typ 2 som blivit tilldelade information och kunskap från hälso- och sjukvården och därefter aktivt tagit ansvar över sin egenvårdsbehandling har ett lägre HbA1c än personer som endast strikt följer vårdens

rekommendationer gällande egenvård. Integration av sjukdomen i vardagen tycks vara gynnsamt för ett stabilt blodglukosvärde (Vég, Rosenqvist & Sarkadi, 2006). Dessvärre har det visat sig att det saknas kompetens och färdigheter hos sjuksköterskor för att motivera personer till egenvård samt till att göra en livsstilsförändring. Det sätts ofta för höga förväntningar på patienten att genomföra en livsstilsförändring och sjuksköterskor upplever det svårt att anpassa rådgivningen till det skede där patienten befinner sig (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn & Grol, 2010).

2.4 Problemformulering

Som framkommer i bakgrunden sker det en stadig ökning av diabetes typ 2 i världen och i Sverige. I och med ökningen kommer sjuksköterskan sannolikt att träffa personer med diabetes typ 2 i flera olika vårdformer. Den viktigaste behandlingen utgörs av egenvård vilket ställer krav på personens delaktighet i sin vård. Alla personer med diabetes typ 2 har olika erfarenheter och därmed olika förutsättningar för att hantera egenvården. Sjuksköterskan har som uppgift att stötta personer i deras egenvårdsprocess och utgå ifrån varje persons individuella behov. Det har dock visat sig vara svårt att kombinera medicinska riktlinjer med personers upplevelser av att leva med sjukdomen. För att som sjuksköterska kunna ge adekvat stöd till personer med diabetes typ 2 är det betydelsefullt att få en ökad förståelse av personers upplevelse av egenvård.

3 Syfte

Syftet var att beskriva upplevelsen av egenvård hos personer med diabetes typ 2.

4 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska referensram som har valts till detta arbete är Meleis' transitionsteori. Anledning till att denna teori har valts är att den bygger på en övergångsprocess och därmed går att relatera till processen om egenvård.

Transition är ett komplext och mångdimensionellt begrepp som har beskrivits på följande sätt:

A passage from one life phase, condition, or status to another...transition refers to both the process and the outcome of complex person-environment interactions. It may involve more than one person and is embedded in the context and the situation. Defining characteristics of transition include process, disconnectedness perception, and patterns and response (Chick & Meleis, 1986, s.239–240)

Transition är en övergångsprocess där grundläggande livsmönster är under förändring, vilket framkallas av specifika händelser i livet. På individ- och familjenivå utmärker sig begreppet transition av förändring i identitet, roller, relationer, förmågor och beteendemönster, antingen i relation till sig själv eller till andra. På organisationsnivå utmärker sig transition som en övergångsperiod där struktur, funktion och dynamik blir utmärkande (Schumacher & Meleis, 1994). Meleis (2010) beskriver transitionsteorin utifrån två huvuddelar. Den första delen inbegriper åtgärder som sjuksköterskan kan vidta för att underlätta i transitionsprocessen och främja personens välmående. Sjuksköterskan kan stödja personen genom att erbjuda kunskap, färdigheter och strategier för att personen ska kunna hantera upplevelsen av transition. Den andra delen av teorin innebär att sjuksköterskan ska ha förståelse för innebörden och upplevelsen av transition.

Schumacher och Meleis (1994) beskriver fyra olika typer av transition som alla är relevanta inom hälso- och sjukvården. Typerna skiljer sig åt då transitionerna utgår från olika kontexter. *Utvecklingsrelaterad transition* associeras med att träda in i en ny fas i livet. Den mest omtalade är att bli förälder men den innefattar även exempelvis utveckling från tonår till vuxen ålder. *Situationsbunden transition* skildrar övergång i specifika situationer. Dels beskrivs utbildnings- och yrkesrelaterade förändringar men även förändringar i familjekonstellationer. *Organisatorisk transition* påverkar individen då förändring sker i omgivningen. Detta sker ofta i en vidare social kontext med exempelvis politisk eller ekonomisk förändring. Förändringar som har illustrerats berör ledarskap, yrkesroller och implikation av nya riktlinjer. Den sista typen av transition är *hälso- och sjukdomsrelaterad*. Övergången berör hälsa och sjukdom och beskrivs utifrån hur individer och familjer hanterar förändring relaterat till bland annat diagnos av kronisk sjukdom och rehabilitering. Transition framställs som en övergång från välmående till ohälsa men kan även ske ur ett omvänt perspektiv. Den sista typen av transition innefattar även övergång i vårdkedjan från sjukhusvård, rehabilitering, hemsjukvård och utskrivning till hemmet.

Oberoende av vilken typ av transition som pågår finns det gemensamma egenskaper som ingår i transitionsprocessen. Egenskaperna influerar varandra och utgör tillsammans en del av en komplex process. *Medvetenhet* relaterar till perception, kunskap och igenkännande i upplevelsen av transition. *Engagemang* beskriver hur delaktig personen är i transitionsprocessen. Graden av medvetenhet påverkar personens engagemang. *Förändring* beskrivs alltid vara en del av en transition men alla förändringar behöver inte vara relaterade till transition i sig. Transition är resultat av förändringar men kan också resultera i förändring. *Tidsperiod* beskriver hur alla transitioner karakteriseras av en rörelse som sker över en tid.

Den sista egenskapen utgörs av *kritiska händelser* och innefattar specifika händelser som inverkar på processen, exempelvis att få en sjukdomsdiagnos. De kritiska händelserna är ofta associerade med en ökad medvetenhet om att det sker en förändring och kan leda till ett större engagemang i transitionsupplevelsen (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000)

Begreppet transition är beskrivet som en central del i sjuksköterskans arbete (Schumacher & Meleis, 1994). Meleis och Trangenstein (1994) framhåller att sjuksköterskan har en unik roll i mötet med personer som genomgår transition då sjuksköterskans förhållningssätt syftar till att främja välmående och hälsa. Alla individer upplever transitioner på olika sätt. För att underlätta transition menar Schumacher och Meleis (1994) att sjuksköterskan bör inneha förståelse för de transitionsvillkor som påverkar processen. Dessa villkor är; meningsskapande, förväntningar, kunskapsnivå, miljö, planeringsnivå samt känslomässigt och fysiskt välmående. Hur dessa villkor inverkar i transitionen skiljer sig från person till person.

Vidare har tre indikatorer visat sig vara betydelsefulla för att uppnå en lyckad transition; en känsla av välmående, förmåga att bemästra nya roller och situationer samt relationer som bringar välbefinnande. Dessa indikatorer kan inträda vid olika tidpunkter under transitionsprocessens gång (Schumacher & Meleis, 1994). Chick & Meleis (1986) menar att transition är en positiv händelse som i slutändan medför en ökad stabilitet i jämförelse med tidigare.

5 Metod

Metoden som har använts för detta examensarbete är en litteraturöversikt och innefattar granskning av tidigare kvalitativa forskningsstudier för att få en bild av personers upplevelser av egenvård. En litteraturöversikt innebär att kartlägga det nuvarande kunskapsläget inom ett specifikt omvårdnadsvetenskapligt område (Friberg, 2012a).

5.1 Urval och datainsamling

Litteratursökningen har genomförts i databaserna CINAHL Plus with Full Text, *advanced search*, och PubMed, *advanced*, för att få fram relevanta artiklar för granskning. De sökord som har använts är följande: *diabetes type 2, self-management, self care, experience, living with, life style, behavior, self-management experiences* samt *integration*. Dessa sökord har använts i olika kombinationer för att få fram artiklar som relaterar till det valda syftet.

Litteratursökningen sammanfattas i sökmatrixen, bilaga 1.

Inklusionskriterier för samtliga artiklar sökta i CINAHL Plus with Full Text var att de skulle vara skrivna på engelska samt vetenskapligt granskade, så kallad *peer reviewed*.

Artiklar publicerade innan 2003 exkluderades för att få tillgång till den senaste forskningen inom ämnet. Gemensamma inklusionskriterier för sökningarna i PubMed var att varje artikel publicerats på engelska samt att artiklar publicerade innan 2003 exkluderades. Vid en sökning exkluderades de sökresultat som inte var utgivna i en *nursing journal*. Denna begränsning gjordes för att minska antalet sökresultat och därmed göra urvalet hanterbart. Eftersom det inte är möjligt att avgränsa till *peer reviewed* i PubMed är de valda artiklarna kontrollerade så att de har publicerats i en vetenskapligt granskad tidskrift (Östlundh, 2012). Denna information är tagen från respektive tidskrifts hemsida.

Datinsamlingen skedde i tre steg. I det första steget lästes samtliga titlar och de titlar som syntes passa syftet valdes ut för ytterligare granskning. Steg två innefattade en granskning av artiklarnas sammanfattning vilket skapade ett vidare perspektiv av studiernas innehåll (Friberg, 2012a). De artiklar som valdes bort i detta steg ansågs inte motsvara det syfte som litteraturöversikten strävade efter att undersöka. I det tredje steget lästes resterande artiklar, de som fortfarande syntes passa syftet, i full text (Friberg, 2012a). Författarna läste sammanlagt 18 stycken artiklar. Samtliga artiklar kvalitetsgranskades utifrån frågor som berör forskningsprocessens steg och därmed dess vetenskapliga grund. Granskningen av artiklarnas vetenskapliga kvalitet utgick ifrån de exempel på frågor som Friberg (2012a) presenterar gällande granskning av kvalitativa studier. Dessa frågor presenteras i bilaga 2. Kvalitetsgranskningen resulterade i att ytterligare några artiklar valdes bort då de var av bristande vetenskaplig kvalitet. De tio valda artiklarna presenteras utförligt i bilaga 3.

5.2 Analys

Analysarbetet liknas vid en rörelse från helheten till delarna för att sedan bilda en ny helhet igen (Friberg, 2012b). Analysen av de valda artiklarna har utgått ifrån Fribergs (2012b) riktlinjer. Inledningsvis lästes de valda artiklarna var för sig ett flertal gånger för att skapa en helhetsbild av innehållet relaterat till syftet. Därefter lades fokus på varje enskild artikels resultat för att identifiera det som var mest framträdande i förhållande till denna studies syfte, så kallade nyckelfynd (Friberg, 2012b). En skriftlig sammanställning av samtliga resultat gjordes separat av båda författarna för att skapa en egen förståelse av innehållet. Sammanställningarna jämfördes sedan med varandra för att säkerställa att författarna förstått innehållet på samma sätt. Dessa sammanställningar har genomgående använts som stöd under analysarbetets gång. Därefter sökte författarna tillsammans likheter och skillnader i studiernas resultat. De valda artiklarnas resultat/teman antecknades på en whiteboardtavla och grupperades in efter likheter. För att underlätta analysarbetet använde författarna färgkodning

för att enklare kunna urskilja likheterna. De likheter som återfanns bildade nya subteman och ett övergripande tema. Under analysarbetets gång skedde hela tiden en återkoppling till denna studies syfte för att säkerställa att resultatet motsvarade vad studien ämnade undersöka (Friberg, 2012b). En översikt av artiklarnas syfte, metod och resultat har sammanställts i en matris, bilaga 3. Även denna sammanställning har varit till hjälp vid analysarbetet.

6 Forskningsetiska överväganden

All forskning har som syfte att bidra till ökad kunskap för att driva utvecklingen framåt, exempelvis inom vårdvetenskap och medicinsk vetenskap som berör hälso- och sjukvårdens intresse. Intresset av att införskaffa ny kunskap kan komma i konflikt med etiska frågor och principer som berör människans rätt till integritet och handlingsfrihet (Vetenskapsrådet, 2011). Det finns fyra etiska principer som nämns inom forskningsetiken. Dessa är; autonomiprincipen, godhetsprincipen, principen att inte skada och rättvisepincipen. Tillsammans utgör de en grund inom forskningsetiken för forskare att förhålla sig till (Olsson & Sörensen, 2011, s.82-84). Ytterligare finns det lagar och föreskrifter som forskare ska ha i åtanke vid uppstart och under ett forskningsprojekt. Exempel på detta är den svenska lagen om etikprovning (SFS 2008:192). Sedan år 2008 är det obligatoriskt att all forskning, som innefattar mänskligt deltagande och/eller känsliga personuppgifter, godkänns av en etikprovningnämnd. Grundläggande krav på forskningen är att den ska innefatta hänsynstagande gällande mänskliga rättigheter och att den ska utföras med respekt för människovärdet samt tillvarata individens frivillighet (Olsson & Sörensen, 2011, s.86).

Författarna till denna litteraturöversikt har strävat efter att välja artiklar som är godkända av en etisk nämnd. Fundamentala frågor som ska beröras i etisk granskning är frivillighet att delta i studien, samtycke till studien, rätten till anonymitet samt att data behandlas konfidentiellt (Vetenskapsrådet, 2011). Nio av tio valda artiklar är granskade och godkända av en etisk nämnd. Den tionde artikeln, (Song, Lee & Shim, 2010) som inte granskats av en etisk kommitté, inkluderades efter noggrann kontroll av att diskussion kring etiska frågor berörts.

I urvalet samt analysen av de valda artiklarna har författarna strävat efter att inneha ett öppet men kritiskt förhållningssätt till det som presenterats i studierna. Författarna resonerar att öppenhet är betydelsefullt för att på ett trovärdigt sätt presentera resultatet. Öppenhet gör det möjligt att bortse från förförståelse.

7 Resultat

Resultatet presenteras i ett övergripande tema, *upplevelsen av en inre kamp*. Subtemat *upplevelsen av att integrera egenvården i vardagen* berör egenvårdsprocessen och de egenskaper som ingår i den. Resterande subteman *sociala relationers betydelse för egenvården*, *informationens och kunskapens betydelse för egenvården* samt *den psykiska och fysiska miljöns betydelse för egenvården* berör tillsammans de faktorer som antingen underlättar eller försvårar integrationen av egenvård i det dagliga livet.

7.1 Upplevelsen av en inre kamp

Upplevelsen av en inre kamp genomsyrar hela resultatet där en kamp mellan "jag borde" och frestelser belyses.

7.1.1 Upplevelsen av att integrera egenvården i vardagen

Något som framkom i flera studier var svårigheter med att integrera nya vanor i livet (Ahlin & Billhult, 2012; Handley, Pullon & Gifford, 2010; Hörnsten, Jutterström, Audulv & Lundman, 2011; Lin, Anderson, Hagerty & Lee, 2008; Mathew, Gucciardi, De Melo & Barata, 2012; Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Oftedal, Karlsen & Bru, 2010; Song et al., 2010). Flera studier beskrev att acceptans av sjukdomen var en förutsättning för att göra egenvården till en del av det dagliga livet (Handley et al., 2010; Jutterström, Isaksson, Sandström & Hörnsten, 2012; Lin et al., 2008). Att finna balans mellan livet och hanteringen av sjukdomen (Hörnsten et al., 2011; Jutterström et al., 2012) samt inneha en positiv attityd som strategi (Lin et al., 2008; Nagelkerk et al., 2006) beskrevs som värdefullt för att integrera sjukdomen i vardagen. Integrationen av sjukdomen präglades av att väga sjukdomens krav mot att leva ett meningsfullt liv (Hörnsten et al., 2011). En kvinna beskrev hur hennes spirituella tro låg till grund för synen på livet. Hon beskrev synen på människan som en varelse med behov av att ha en vision i livet, vilket hjälpte henne att acceptera och integrera sjukdomen (Handley et al., 2010).

Något centralt som framkom var känslan av begär. Detta utspelade sig framförallt i kampen mellan kostrekommendationer och frestelser (Ahlin & Billhult, 2012; Handley et al., 2010; Lin et al., 2008; Mathew et al., 2012; Oftedal et al., 2010; Song et al., 2010). Personer med diabetes typ 2 beskrev att de inte hade tillräckligt med självdisciplin att följa hälso- och sjukvårdens rekommendationer (Song et al., 2010). En person beskrev att när han såg andra äta sådant som han inte borde äta var det svårt att motstå begäret (Handley et al., 2010). Brist

på följsamhet gällande kosten framkallade ångestfyllda känslor när personer, enligt de själva, fuskade i sin diet (Ahlin & Billhult, 2012).

Hur personer upplevde och hanterade egenvården påverkades av vilken syn och förståelse denne hade om sjukdomen (Hörnsten et al., 2011; Jutterström et al., 2012). Något som inverkade på en persons beslut kring egenvården var upplevelsen av sjukdomens allvar. De flesta personer i studien av Hörnsten et al. (2011) beskrev att sjukdomen hade en låg inverkan på deras dagliga liv då de inte upplevde några symtom. De personer som upplevde att sjukdomen påverkade deras vardag tonade likväl ner allvaret, bland annat genom att jämföra diabetes med andra mer allvarliga sjukdomar. Liknande beskrivningar återfanns i andra studier. En deltagare berättade att om hon kände sig sjuk skulle det öka motivationen till att ändra kosten och motionera mer (Handley et al., 2010). I studien av Holmström och Rosenqvist (2005) hade en deltagare svårt att förstå allvaret i sjukdomen eftersom denne upplevde sig vara frisk.

Deltagarna i studien av Jutterström et al. (2012) beskrev att de kom till en punkt när det inte längre gick att ignorera allvaret av sjukdomen. Flera hade familj och vänner som avlidit till följd av sjukdomen vilket påverkade deras syn på egenvårdens betydelse. Hotet från komplikationerna blev verkligt och därmed insåg de att de var tvungna att göra en förändring i sina liv (Jutterström et al., 2012). Rädsla för att drabbas av komplikationer beskrevs som motiverande till att sköta sin egenvård. Många personer hämtade sin motivation till att leva ett hälsosamt liv ur önskan att bibehålla sin livskvalitet och leva ett långt liv utan komplikationer (Song et al., 2010; Oftedal et al., 2010; Hörnsten et al., 2011).

Resultatet i flertalet av artiklarna visade hur autonomi var en essentiell del i beslutet angående egenvård (Handley et al., 2010; Hörnsten et al., 2011; Jutterström et al., 2012; Oftedal et al., 2010; Song et al., 2010;). Jutterström et al. (2012) beskrev att deltagarna fann motivation till att ändra livsstilsvanor genom att inse att det bara var de själva som kunde fatta beslutet. De upplevde att det inte spelade någon roll vad hälso- och sjukvårdspersonal eller anhöriga sade utan motivationen till förändring var tvunget att komma från dem själva. I studien av Oftedal et al. (2010) framkom det också hur viktigt det var att kunna fatta egna individuella beslut rörande sin vård och behandling. Deltagarna såg läkare och sjuksköterskor som en viktig partner vid diskussion kring egenvård och behandling men betonade samtidigt vikten av att ta självständiga beslut. Rätten att kunna avstå från behandling samt att ställa krav på vården ansågs betydelsefullt bland personerna i studien. Liknande resultat sågs även i studierna av Handley et al. (2010) och Song et al. (2010). Dessa studier visade på att när

personen fann egen motivation och insåg att det var de själva som hade makten över sitt liv var det möjligt att genomföra en livsstilsförändring.

Det framkom blandade känslor från kravet av egenvård. Några personer upplevde att egenvårdsaktiviteter förde med sig en känsla av välmående då det skapade en möjlighet att fortsätta med vad som ansågs bringa livskvalitet. Kost och motion ansågs öka det kroppsliga välbefinnandet genom att exempelvis minska besvärliga fysiska symtom (Hörnsten et al., 2011; Oftedal et al., 2010). Andra personer upplevde ett minskat välbefinnande då egenvårdsaktiviteter ökade kraven i det dagliga livet. Fysisk aktivitet gav ett kroppsligt obehag uttryckt i både utmattning och smärta (Oftedal et al., 2010). Följsamhet till egenvårdsrekommendationer upplevdes vara orsak till att behöva ge upp vad som var meningsfullt och viktigt i livet (Hörnsten et al., 2011).

7.1.2 Sociala relationers betydelse för egenvården

En betydelsefull resurs i egenvården för personer med diabetes typ 2 som framkom i studierna var stöd från familj och vänner (Handley et al., 2010; Jutterström et al., 2012; Lin et al., 2008; Mathew et al., 2012; Nagelkerk et al., 2006; Oftedal et al., 2010; Song et al., 2010). Genom stöd och inspiration från närstående upplevde personer med diabetes typ 2 sig stärkta och motiverade till att genomföra en förändring i deras kost- och motionsvanor (Jutterström et al., 2012). Något som uppskattades mycket var när familjen påminde och/eller deltog i egenvårdsaktiviteter tillsammans med dem (Lin et al., 2008; Nagelkerk et al., 2006; Song et al., 2010). Önskan om att se sina barn och barnbarn växa upp upplevdes även som motiverande (Oftedal et al., 2010).

En annan betydelsefull resurs för att ändra sina kost- och motionsvanor var stödet från andra personer med diabetes (Lin et al., 2008; Oftedal et al., 2010; Song et al., 2010). Aktiviteter anordnades som relaterade till egenvården där personer träffades och exempelvis lagade hälsosam mat, utförde friluftaktiviteter eller tränade tillsammans. Detta medförde att dessa personer upplevde en social tillhörighet med andra som var i samma situation och därmed fick ökad motivation till egenvård (Oftedal et al., 2010). Socialt stöd återfanns även i självhjälpgrupper där personer med diabetes typ 2 delade erfarenheter och gav varandra råd kring egenvård. Upplevelsen av att möta personer i samma situation medförde att de effektivt kunde hantera svårigheter som uppstod i samband med den dagliga egenvården (Lin et al., 2008; Song et al., 2010).

Betydelsen av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal beskrevs som motiverande (Jutterström et al., 2012; Mathew et al., 2012; Nagelkerk et al., 2006). Personer kände sig

stärkta när vårdpersonalen gav dem individuell och specifik information kring kost, medicinering och blodglukoskontroll (Nagelkerk et al., 2006). Det uppskattades även när vårdpersonalen tog sig tid att lyssna på personliga berättelser samt när de fick en kontinuerlig uppföljning relaterat till blodglukoskontroll och medicinering (Mathew et al. (2012).

En studie visade att kvinnor sökte stöd i ett större socialt nätverk än vad män gjorde. Kvinnorna samtalande öppet om sin sjukdom och sökte stöd hos familj och vänner samt i självhjälpgrupper mer frekvent än männen. Männen fann istället stöd hos sin partner och upplevde inte behov av att dela med sig av sina funderingar till andra i sin omgivning (Mathew et al., 2012). Det framkom även en skillnad mellan hur män och kvinnor upplevde den typ av stöd de fick från sin partner. Männen beskrev framförallt ett stort stöd från deras fruar som tog hand om matlagningen i hemmet. Kvinnorna tog ansvar för att både planera och laga maten vilket underlättade en förändring av kostvanor för deras respektive (Mathew et al., 2012; Nagelkerk et al., 2006; Song et al., 2010). Ofta involverades hela familjen till att göra en kostförändring vilket ansågs vara ett stort stöd (Mathew et al., 2012). Kvinnorna i studien av Song et al. (2010) beskrev att det stöd de fick från sin partner var relaterat till påminnelser om vad de borde göra.

Sociala relationer beskrevs främst som ett stöd i egenvårdsprocessen hos personer med diabetes typ 2. Två studier visade dock att sociala relationer hade en negativ inverkan vid egenvård och livsstilsförändring. I båda studierna beskrev kvinnor hur de upplevde att sociala relationer försvårade förändring och daglig egenvård, speciellt angående kostvanor. Kvinnorna beskrev svårigheter kring matlagning och kosthållning när de fick balansera sina egna behov gentemot familjens. Kvinnorna upplevde en känsla av isolering då de åt annan mat än resten av familjemedlemmarna (Ahlin & Billhult, 2012; Mathew et al., 2012). En annan aspekt som påverkade kvinnors upplevelser av sociala relationer negativt var när familj och vänner upprepade gånger påpekade vad de borde och inte borde äta (Mathew et al., 2012).

7.1.3 Informationens och kunskapens betydelse för egenvården

En faktor som framkom tydligt i flertalet av studierna var kunskap och hur det påverkar förståelsen och hanteringen av egenvård (Ahlin & Billhult, 2012; Holmström & Rosenqvist, 2005; Hörnsten et al., 2011; Lin et al., 2008; Mathew et al., 2012; Nagelkerk et al., 2006; Song et al., 2010). I majoriteten av studierna framkom det att personer med diabetes typ 2 hade god kunskap om att kost och motion var viktigt för hälsan och att utförandet av egenvård bidrog till minskad risk för komplikationer (Ahlin & Billhult, 2012; Holmström & Rosenqvist, 2005; Hörnsten et al., 2011; Lin et al., 2008; Mathew et al., 2012; Song et al.,

2010). I en studie framkom det att trots denna kunskap saknades en större förståelse för hur kost och motion påverkade hälsan mer specifikt. Ett missförstånd gällande kosten var att fett var den bidragande faktorn till förhöjd blodglukos. En kvinna var överraskad över att hon fortfarande hade högt blodglukos trots att hon tagit bort allt margarin på smörgåsen (Holmström & Rosenqvist, 2005). Bristande kunskap om vikten av att utföra egenvårdsaktiviteter kontinuerligt när det gäller medicinering samt fotvård framkom. Personer beskrev hur de modifierade egenvårdsrekommendationer genom att bestämma själva hur ofta de borde utföras. Vid vissa tillfällen exkluderades medicin från egenvårdsbehandlingen med anledning av att personen inte ätit något och därmed inte ansåg sig behöva ta medicin (Song et al., 2010). Det framkom även att flera personer inte visste varför de skulle testa sitt blodsocker samt att de inte hade kunskap om vad mätvärdet innebar. Denna kunskapsbrist resulterade i att personerna inte reglerade sin insulindos relaterat till blodglukosvärdet (Holmström & Rosenqvist, 2005).

Vissa personer beskrev att den kunskap de hade om egenvård blev till en börda när motivationen inte fanns till att genomföra den. En deltagare beskrev att det alltid fanns ursäkter till att inte utföra egenvården (Ahlin & Billhult, 2012).

Kunskap ansågs också som ett positivt redskap för egenvården. Grundläggande kunskap om kost och motion och dess verkan på den fysiska kroppen (Oftedal et al., 2010) samt kunskap om sena komplikationer beskrevs som motiverande för att utföra egenvård (Lin et al., 2008). Genom att lära sig upptäcka samband mellan livshändelser och kroppsliga symtom skapades en känsla av trygghet. Strategier för hantering av sjukdomen och egenvården utvecklades i relation till att personerna lärde sig känna sin kropps signaler för antingen högt eller lågt blodglukos. Detta beskrevs som värdefullt (Lin et al., 2008).

Information kring kost upplevdes vara för generell och istället efterfrågades en mer specifik och individanpassad information. Även grupputbildningar upplevdes för generella och bidrog inte till vidare kunskap för hantering av egenvård (Nagelkerk et al., 2006). Brist på samordnad vård mellan vårdpersonal resulterade i att personer fick motsägelsefull information angående egenvård. Detta medförde att de upplevde det förvirrande gällande vilka kostråd de skulle följa och såg därför informationen som ett hinder (Holmström & Rosenqvist, 2005).

7.1.4 Den psykiska och fysiska miljöns betydelse för egenvården

Stigmatisering och en känsla av omgivningens krav beskrevs i flera studier (Ahlin & Billhult, 2012; Hörnsten et al., 2011; Lin et al., 2008; Oftedal et al., 2010). Lin et al. (2008) beskrev i deras studie att många personer med diabetes i Taiwan upplevde sig särbehandlade vid sociala

sammanhang då diabetes ansågs vara en smittsam sjukdom. Detta visade sig exempelvis genom att de fick äta på särskilda tallrikar för att undvika att föra smittan vidare. I studien av Ahlin och Billhult (2012) beskrevs det hur omgivningens krav och förväntningar på hur personer med diabetes bör leva sina liv försvårade egenvården. Dessa krav och åsikter beskrevs som överväldigande och resulterade i bristande motivation till att förändra kost-och motionsvanor. Liknande resultat ses i en annan studie där deltagare upplevde att de behandlades annorlunda till följd av omgivningens attityder och tankar kring vad de borde/inte borde äta. Vikten av att passa in och därmed undvika social stigmatisering framhölls som betydelsefullt (Oftedal et al., 2010).

I samband med diagnosen av diabetes typ 2 upplevdes känslor av skam och skuld (Hörnsten et al., 2011; Mathew et al., 2012). I studien av Mathew et al. (2012) beskrev flera personer, främst män, att de undvek att berätta för personer i sin närhet att de hade diabetes eftersom de kände sig generade och skamfyllda. Liknande resultat framställde Hörnsten et al. (2011) i en berättelse om en kvinna som upplevde sig stigmatiserad. Anledningen till att hon kände sig stigmatiserad var på grund av omgivningens dömande attityd gentemot henne. Personer runt omkring såg på henne som om att det var hennes eget fel att hon drabbats av diabetes.

Kulturella normer beskrevs ha en påverkan på utförandet av egenvård. Song et al. (2010) beskrev hur sociala situationer inverkar på egenvårdsbeteendet hos personer med diabetes typ 2. Koreanska män ansåg det vara svårt att tacka nej till alkoholhaltiga drycker de blev bjudna på i sociala sammanhang eftersom drycken symboliserade gästfrihet. Personer från Taiwan upplevde också kulturen som ett hinder för egenvården då diabetes beskrevs som de rikas sjukdom och att det är de som drabbas av den. Det framkom vara traditionellt tabu att tala om diabetes då sjukdomen ansågs ha ett starkt samband till pengar. För att undvika stigmatisering och uppståndelse kring sjukdomen valdes egenvården bort i det offentliga rummet (Lin et al., 2008).

Den fysiska miljön har visat sig påverka utförandet av egenvården. Bristande tillgång på rinnande varmvatten inomhus uppfattades som ett hinder då det upplevdes vara besvärligt att koka vatten för skötsel av fötter. Det kalla vädret i Korea vintertid beskrevs av flera personer som ett hinder för att utföra fysisk aktivitet (Song et al., 2010). Långa och stressiga arbetsdagar upplevdes försvåra utförandet av egenvård på grund av tidsbrist (Oftedal et al., 2010). I en studie från USA framkom det att ekonomiska faktorer påverkade hanteringen av egenvård. Låg inkomst och avsaknad av försäkring resulterade i att personer inte kunde delta i grupputbildningar eller bekosta inköp av medicin. Några personer utvecklade ineffektiva

strategier för att ha råd att sköta sina medicinska behov. Bland annat halverade de tabletter och kontrollerade blodsockret mer sällan än rekommenderat. Dessa ekonomiska svårigheter resulterade i frustration av sjukdomshanteringen (Nagelkerk et al., 2006). En studie som undersökte äldres upplevelse av egenvård kom fram till att åldersrelaterade faktorer utgjorde ett hinder till att utföra fysisk aktivitet. Det främsta hindret som beskrevs var ledsmärta i knän vilket gjorde att de inte kunde träna. Kognitiva begränsningar beskrevs även försvåra egenvården då flera deltagare berättade att de glömt ta sin medicin (Song et al., 2010). Detta beskrevs även i studien av Nagelkerk et al. (2006) då personer upplevde det svårt att komma ihåg att både ta och ta med sig medicin.

8 Diskussion

Diskussionen är uppdelad i två delar; resultatdiskussion och metoddiskussion. Resultatet knyter an till Meleis' transitionsteori och det diskuteras hur sjuksköterskan kan stödja personer i deras egenvårdsprocess. Metoddiskussionen berör styrkor och svagheter med denna litteraturöversikt. Avslutningsvis diskuteras hur resultatet kan implementeras i praktiken och därefter presenteras förslag på fortsatta studier.

8.1 Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva hur personer med diabetes typ 2 upplever egenvård. Resultatet visar på att egenvård upplevs som en inre kamp där sjukdomens krav vägs mot vad som är betydelsefullt i livet.

Det går inte att generalisera och påpeka att egenvård upplevs och ter sig på ett visst sätt utan varje berättelse om egenvård är unik. Däremot är det möjligt att urskilja gemensamma egenskaper som flera personer har upplevt påverka integrationen av egenvård. Dessa egenskaper är; att komma till en vändpunkt, syn på framtiden, självbestämmande och syn på sjukdomen. Det pekar på att egenskaperna influeras av varandra samtidigt som det tydliggörs att de ter sig och upplevs olika från person till person. Resultatet i denna litteraturöversikt har även identifierat olika faktorer som påverkar egenvårdsprocessen antingen positivt eller negativt och därmed underlättar eller försvårar hanteringen av egenvård. Dessa faktorer är sociala relationer, information och kunskap samt den psykiska och fysiska miljön. Hur dessa faktorer påverkar upplevelsen av egenvård skiljer från person till person.

8.1.1 Att anpassa sig till en ny situation

Resultatet visar att egenvård är en komplex process som påverkas av flera olika faktorer. Detta är väl dokumenterat i andra studier där egenvård vid kronisk sjukdom beskrivs som en fortlöpande process som syftar till att skapa ordning i vardagen (Kralik, Koch, Price & Howard, 2004; Kralik, Price & Telford, 2010; Whittmore & Dixon, 2008). Kralik et al. (2010) beskriver egenvård vid olika kroniska tillstånd som en process där personer mer eller mindre blir tvungna att anpassa sig till en ny livssituation.

Det som genomsyrar denna litteraturöversikts resultat är svårigheter med att integrera nya vanor i livet. Detta utmärks genom att sjukdomens krav vägs mot att leva ett värdefullt liv. En framträdande egenskap som tycks påverka integration av egenvård i det dagliga livet är att komma till en vändpunkt där personen inser vikten av att sköta sin egenvård. Vad som leder till en vändpunkt skiljer sig mellan olika personer. Ett utmärkande skäl tycks ändå vara en rädsla att drabbas av komplikationer. Vändpunkter går att likna med Meleis' et al. (2000) beskrivning av kritiska händelser i en transition. Kritiska händelser är förknippade med specifika händelser i livet och bidrar ofta till ökad medvetenhet i en transitionsprocess.

Synen på framtiden har också en betydande roll i huruvida personer lyckas integrera egenvårdsaktiviteter i det dagliga livet. Resultatet i föreliggande studie visar att många personer hämtar motivationen i att leva ett långt och hälsosamt liv. Detta styrks av Kralik et al. (2010) som menar på att egenvård anpassas och påverkas av individens syn på sig själv och sin framtid. Något som beskrivs som motiverande är att sätta upp framtida mål och känna att livet bringar något meningsfullt. Det beskrivs även meningsfullt att ta till vara på vad livet har att erbjuda här och nu framför att älta sådant som inte går att påverka. Schumacher och Meleis (1994) beskriver att personens subjektiva meningsskapande påverkar förändringen. Genom att inneha en förståelse för hur personen ser på och värderar sin framtid kan sjuksköterskan, tillsammans med individen, planera egenvården. Schumacher & Meleis (1994) framställer planering som en viktig del i en hälsosam transition vilket förutsätter en god kommunikation mellan de personer som är involverade i förändringen.

Ytterligare en egenskap som påverkar integrationen av egenvård är huruvida personen själv bestämmer sig för att ta makten över sitt liv. Flera personer finner motivation till att utföra egenvård vid insikten om att ingen annan kan påverka deras beslut. Motivationen är bunden till en känsla av att kunna styra livet åt det håll man vill. Liknande beskriver Mamhidir och Lundman (2004) i sin studie att insikten om eget ansvar har identifierats som en essentiell vändpunkt för att integrera egenvård i vardagen. Detta stämmer överens med hälso- och sjukvårdspersonalens uppfattning om att beslutet kring livsstilsrelaterade åtgärder

måste komma från personen själv (Jallinoja et al., 2007). Liknande resultat ses även i en annan studie där det framkommer att det endast är personen själv som kan bestämma hur mycket sjukdomen ska få påverka livet (Kralik et al., 2010). Eftersom självbestämmande är en essentiell del i egenvårdsprocessen så anser författarna till denna litteraturöversikt att empowerment skulle kunna vara gynnsamt i mötet med personer med diabetes typ 2. Genom att sjuksköterskan främjar personens autonomi kan det leda till att personen tar beslut angående sin egenvård och på så sätt kan genomföra en livsstilsförändring.

I resultatet av denna litteraturöversikt beskriver flertalet personer att de inte upplever att sjukdomen påverkar det dagliga livet och att fysiska symtom inte är påtagliga. Eftersom de upplever sig friska måste de finna drivkraften till förändring i något annat än själva sjukdomen. Kralik et al. (2010) beskriver att egenvård till stor del innebär att ha kontroll över fysiska symtom och inte låta sig påverkas av dessa. Det innefattar även att göra aktiva val och känna att de justeringar som görs kring sjukdomen medför en känsla av välbefinnande.

Egenvård kan bidra till en känsla av välmående men också till ett minskat välmående. Positiva upplevelser av egenvård påvisas när egenvårdsaktiviteter skapar möjlighet att fortsätta med sådant som bringar livskvalitet. Negativa upplevelser beskrivs vara när krav från egenvården inkräktar på det dagliga livet och på så sätt upplevs som en börda. Meleis et al. (2000) beskriver att medvetenhet bringar engagemang i en transitionsprocess. I egenvårdsprocessen innebär det att medvetenhet och kunskap om positiva och negativa aspekter gynnar processen och därmed bidrar till ett ökat engagemang hos personen. Den inre kamp som beskrivs i denna litteraturöversikt handlar om att finna en balans mellan de krav sjukdomen medför och att fortsätta leva ett vanligt liv. Liknande diskuterar Kneck, Klang och Fagerberg (2012) i sin studie. Meningen med att lära sig leva med diabetes kan förstås som en rörelse mellan balans och kamp. Att vara i balans betyder att integrationen av diabetes involverar hela personens existens och formar ett nytt sätt att vara (Kneck et al., 2012).

Utifrån ett transitionsperspektiv kan integration av en kronisk sjukdom innebära förändring i roller, relationer och identitet (Schumacher & Meleis, 1994). Detta innebär att roller och relationer kan påverkas hos personer med diabetes typ 2 som genomgår en förändring i livsstilsvanor. I denna studie beskrivs detta ske i bland annat sociala sammanhang med vänner och familj. Vidare kan det förstås att egenvårdsprocessen i sig medför en förändring i personens livssituation men den kan även resultera i andra förändringar i livet. Exempel på detta ses i Kneck et al. (2012) studie där det framkommer att individen förändras när diabetes integreras i livet. Förändringen involverar både den fysiska kroppen och livet runt omkring vilket formar ett nytt sätt att leva.

Integration av egenvård i det dagliga livet handlar om att skapa kontroll över sin livssituation. Vid svårigheter att integrera egenvården i vardagen har känslor av frustration framkommit. Genom att tillgodose kunskap, färdigheter och strategier kan hälso- och sjukvårdspersonal underlätta att skapa kontroll. Det kan bidra till att personen känner sig förberedd om vad som kan förväntas i en transition vilket Meleis (2010) menar underlättar i processen. Mamhidir och Lundman (2004) beskriver att en stark vilja och en positiv syn på livet underlättar att skapa kontroll. Meleis & Trangenstein (1994) klargör att sjuksköterskan har en unik roll i mötet med personer som genomgår en transition och därmed de som befinner sig i en egenvårdsprocess. För att underlätta förändring ska sjuksköterskan vara medveten om de transitionsvillkor som påverkar förändringen samt att det är en subjektiv upplevelse (Meleis & Trangenstein, 1994; Schumacher & Meleis, 1994).

8.1.2 Vad underlättar respektive försvårar egenvård

Resultatet i denna litteraturoversikt visar att sociala relationer framförallt är en resurs för att kunna integrera egenvård i vardagen. Sociala relationer innefattar hälso- och sjukvården, familj och vänner samt andra personer med diabetes. Liknande resultat ses i studien av Tang, Brown, Funnell och Anderson (2008) som visar att socialt stöd, generellt sett, spelar en viktig roll i egenvården hos personer med diabetes typ 2. Ytterligare har det framkommit att socialt stöd bidrar till ökad livskvalitet (Göz, Karaoz, Goz, Ekiz & Cetin, 2007). I en annan studie har det dock visat sig att stöd från vänner och familj sällan ansågs vara motiverande till att förändra kost- och motionsvanor. Däremot ansågs hälso- och sjukvården vara ett viktigt stöd i egenvården (Ofstedal, Bru & Karlsen, 2011). Det är tydligt att socialt stöd är ett komplext fenomen som kan inverka och förstås på flera olika sätt. Exempel på detta är när påminnelser om egenvård från familj och vänner övergår till tjat och resulterar i att socialt stöd upplevs som en börda.

Socialt stöd återfinns även som en resurs i transitionsteorin. Relationer som ger ett ökat välbefinnande beskrivs enligt Schumacher och Meleis (1994) som en betydelsefull del för att uppnå en lyckad transition. Då familj och vänner är av stor betydelse för personer med diabetes typ 2 bör sjuksköterskan finna ett sätt att stödja även dem. Exempelvis skulle det kunna göras genom att involvera familj och närstående i utbildning av egenvård, vilket också ligger i linje med sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005).

Vidare framkommer det att social stigmatisering och en känsla av omgivningens krav försvårar hanteringen av egenvård. Förväntningar och åsikter från omgivningen om hur personer med diabetes bör leva sina liv beskrivs påverka negativt. Stigmatisering ter sig olika

beroende på var i världen det förekommer. Exempelvis har det påvisats att stigmatisering är sammankopplat med kulturella normer i vissa länder. Oberoende var i världen stigmatisering förekommer har det en negativ inverkan på upplevelsen av egenvård. Detta styrks av Simmons, Lillis, Swan och Haar (2007) som har identifierat psykosociala faktorer som hinder för egenvård. De psykosociala faktorer som Simmons et al. (2007) presenterar berör omgivningens krav på samma sätt som denna litteraturöversikts resultat, det vill säga omgivningens attityder gentemot personer med diabetes typ 2. Social stigmatisering och dess påverkan på upplevelsen av en transition belyses även i transitionsteorin. Meleis et al. (2000) beskriver hur stigmatisering inverkar på personens emotionella tillstånd och på så sätt kan försvåra en transition. Vidare menar Meleis et al (2000) att upplevelsen av stigmatisering kan medföra skamfyllda känslor. I föreliggande studie framkommer både generade och skamfyllda känslor vid diagnos av sjukdomen samt frustration vid svårigheter att integrera egenvården i vardagen.

Ur ett samhällsperspektiv är det tydligt att det krävs ett öppet klimat gentemot personer med diabetes typ 2 för att ta bort udden av stigmatisering. Författarna anser att detta skulle kunna göras genom utbildning om diabetes typ 2 och egenvård för att eventuellt minska förutfattade meningar och missförstånd kring sjukdomen.

8.2 Metoddiskussion

Syftet med en litteraturöversikt är att få en översikt av ett visst kunskapsområde vilket anses vara en passande metod för detta examensarbete. Friberg (2012a) skriver dock att kritik har riktats mot denna typ av studie då kunskapsunderlaget ofta är begränsat. Detta arbete baseras på tio kvalitativa artiklar vilket kan anses otillräckligt för att skapa en fullständig överblick av ämnet. Författarna anser dock att de haft tillräckligt med material att arbeta med för att skapa sig en förståelse av det valda ämnet. Syftet med kvalitativ forskning är inte att generalisera resultatet utan att få en fördjupad förståelse av ett valt fenomen (Segesten, 2012). Detta gör att mängden artiklar kan anses tillfredställande.

Två databaser har använts för datainsamling vilket kan innebära ett begränsat urval vid artikelsökning. Författarna är dock nöjda med det slutgiltiga urvalet av artiklar då dessa svarar mot studiens syfte. De sökord som initialt användes var *self care* och *self-management* kombinerat med sökord som *diabetes type 2* och *experience*. Dessa sökningar gav dessvärre inte ett tillfredställande resultat och författarna valde därför att utvidga sökningen med sökorden *living with*, *life style*, *behavior* och *integration*. Vid första anblick kanske inte dessa sökord anses vara optimala för studiens syfte men författarna menar att de ingår i

egenvårdsbegreppet och på så sätt är relevanta. Begreppen *behavior* och *integration* har även påträffats i andra artiklar vid tidigare sökningar. Flertalet av de artiklar som har använts till resultatet återfanns i flera av sökningarna vilket anses vara positivt då de svarar på de valda sökorden.

Fritextsökningarna som har gjorts i både CINAHL och PubMed kan ses som en svaghet då det finns en risk för att sökresultatet innefattar irrelevanta artiklar utanför det valda ämnesområdet, vilket också blev fallet. Sökningarna resulterade i artiklar som inte berörde det valda ämnet. De flesta artiklar som exkluderades i urvalsprocessen var med anledning att de berörde, förutom diabetes typ 2, diabetes typ 1 eller andra kroniska sjukdomar. Vid sökningarna framkom även flera artiklar som berörde upplevelsen av egenvård hos en specifik population. Författarna har medvetet exkluderat de studier som haft en för specifik inriktning, exempelvis låginkomsttagare eller etniska grupper, då dessa studier har haft fokus på hur ekonomiska faktorer eller kultur påverkat upplevelsen och hanteringen av egenvård. Emellertid har författarna valt att inkludera artiklar från hela världen för att få en bred och nyanserad bild av upplevelsen av egenvård. Eftersom Sverige är ett mångkulturellt land resonerar författarna att det kan vara betydelsefullt att belysa upplevelsen av egenvård utifrån olika delar av världen. I alla artiklar har kultur och normer troligtvis påverkat upplevelsen av egenvård men det är bortom författarnas förmåga att kontrollera. Resterande av de bortvalda artiklarna har exkluderats då de har varit av bristande vetenskaplig kvalitet, exempelvis på grund av att metoden inte varit tillräckligt beskriven eller saknad av etiska resonemang.

Majoriteten av artiklarna är publicerade från år 2010 och framåt vilket visar att denna litteraturöversikt grundar sig på den senaste forskningen inom ämnet. Det var inte ett medvetet val att de valda artiklarna skulle komma från de senaste tre åren då begränsningen var till de senaste tio åren. Det påvisar dock att det pågår aktuell forskning inom ämnet.

En av de valda resultatartiklarna (Mathew et al., 2012) är publicerad i en medicinsk tidskrift. Artikeln inkluderades eftersom innehållet är vårdvetenskapligt och berör upplevelsen av egenvård. Två av artiklarna (Hörnsten et al., 2011 och Jutterström et al., 2012) har delvis samma författare vilket kan vara en svaghet då resultatet av deras studier kan ha influerats av varandra. Författarna är medvetna om att en av de valda artiklarnas syfte (Holmström et al., 2005) inte stämmer överens med denna litteraturöversikts syfte. Resultatet i artikeln tar främst upp missförstånd kring sjukdomen diabetes typ 2 och dess behandling men berör även upplevelsen av egenvård, vilket gör artikeln relevant för denna litteraturöversikt.

Det faktum att författarna har sammanställt resultatet var för sig och sedan jämfört med varandra minskar risken för feltolkningar och styrker därmed resultatet. Detta beskriver Polit

och Beck (2012, s. 584-585) som en essentiell del i att uppnå tillförlitlighet i kvalitativ forskning. Samtliga resultatartiklar är skrivna på engelska och författarna är medvetna om att det kan ha medfört språkliga feltolkningar och missuppfattningar. För att säkerställa en så korrekt översättning som möjligt har författarna diskuterat vissa svåröversatta begrepp tillsammans samt använt sig av en ordbok vid behov.

Författarna hade inga större svårigheter att urskilja de likheter som fanns i studiernas resultat. Det har dock varit svårt att bestämma hur resultatdelen skulle vara uppbyggd och vad som skulle passa in under varje tema då innehållet influeras och påverkas av varandra. Flera gånger har författarna strukturerat om resultatdelen för att hitta bra benämningar på teman.

I kvalitativ forskning används begreppet *trustworthiness* som ett mått på vilken grad av tillförlitlighet forskningen uppnår. Polit och Beck (2012, s.584-585) beskriver fyra kriterier för att uppnå tillförlitlighet. *Credibility* inbegriper trovärdigheten i forskningens data. *Dependability* beskriver stabiliteten av datamaterialet över tid. *Confirmability* hänvisar till objektiviteten till datamaterialet. Det sista kriteriet, *transferability*, beskriver till vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra sammanhang och grupper. För att uppnå tillförlitlighet i denna litteraturöversikt har författarna resonerat kring dessa begrepp under arbetets gång och varit tydliga i hur de bland annat redovisat urval, datainsamling och analys av insamlat materialet. Författarna har även antagit ett kritiskt förhållningssätt och granskat det som de själva skrivit genom att fundera kring alternativa sätt att presentera granskad data.

8.3 Slutsats

Det som karakteriserar resultatet är upplevelsen av en inre kamp som utspelar sig mellan sjukdomens krav och vad som är betydelsefullt i livet. En central del berör svårigheter med att integrera nya vanor i livet, särskilt med fokus på kostvanor. Resultatet visar att upplevelsen av egenvård är subjektiv. Trots det har det påvisats vissa gemensamma egenskaper som ingår i integrationsprocessen; att komma till en vändpunkt, syn på framtiden, självbestämmande och syn på sjukdomen. Vidare har ytterligare några gemensamma faktorer identifierats som antingen underlättar eller försvårar hanteringen av egenvård. Socialt stöd har bevisligen visats vara en positiv faktor medan krav från omgivningen och sjukdomen noterats vara negativt för möjligheten att integrera egenvård i dagliga livet. Avslutningsvis kan egenvård förstås som att det involverar hela personens existens.

8.4 Praktiska implikationer

Denna litteraturoversikt bidrar till att sjuksköterskan kan få en ökad förståelse och medvetenhet om hur personer med diabetes typ 2 upplever egenvården. Vården ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt där lyhördhet för personens önskningar och vilja beaktas. Alla personer är olika och sjuksköterskan måste kunna anpassa sig och möta varje persons behov och sätt att hantera situationen kring egenvård. Flera personer upplever att det finns annat som är mer värdefullt att prioritera före egenvården. Sjuksköterskan måste därför inneha förståelse och acceptans för att varje person själv väljer hur pass delaktig och aktiv hon eller han vill vara i sin vård.

Denna litteraturoversikt visar några gemensamma egenskaper som är viktiga för att integrera egenvården i vardagen. Genom att visa intresse för personens livssituation och öppna upp för samtal kring dessa egenskaper kan sjuksköterskan främja en medvetenhet hos personen som troligtvis innebär att hon eller han blir mer engagerad i sin egenvård. Vidare kan sjuksköterskan konkret hjälpa personen till att strukturera vardagen genom att tillgodose individanpassad information om egenvårdens betydelse och kroppslig kännedom.

Eftersom stigmatisering påverkar upplevelsen egenvård negativt bör hälso- och sjukvårdspersonal inta ett öppet förhållningssätt för att undvika att personer med diabetes typ 2 upplever sig stigmatiserande i mötet med vården.

Denna studie kan även tänkas ge ökad förståelse för andra kroniska sjukdomar som innefattar egenvårdsbehandling.

8.5 Förslag till fortsatta studier

Eftersom hälso- och sjukvården anses vara en stödande resurs i egenvårdsprocessen skulle det vara intressant att vidare undersöka vad personer med diabetes typ 2 mer specifikt anser är viktigt i en vårdrelation. Det skulle även vara av intresse att studera hur närstående till personer med en kronisk sjukdom upplever sin roll i förhållande till den sjuke.

Referensförteckning

* = de artiklar som ingår i resultatet

- *Ahlin, K., & Billhult, A. (2012). Lifestyle changes - a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 41-47. doi: 10.3109/02813432.2012.654193
- Alberti, G., Zimmet, P., Shaw, J., Bloomgarden, Z., Kaufman, F., & Silink, M. (2004). Type 2 diabetes in the young: the evolving epidemic. *Diabetes Care*, 27, (7), 1798-1811.
- Auduly, Å., Norbergh, K.-G., Asplund, K., & Hörnsten, Å. (2009). An ongoing process of inner negotiation - a Grounded Theory study of self-management among people living with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1, 283-293. doi: 10.1111/j.1752-9824.2009.01039.x
- Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: a nursing concern. I P.L. Chinn (Red.), *Nursing research methodology* (s.237-257). Boulder: Aspen Publication.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2010). Illustrerade medicinska sjukdomar (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Fowler, M.J. (2008). Microvascular and macrovascular complications of diabetes. *Clinical Diabetes*, 26, (2), 77-82.
- Funnell, M.M., & Andersson, R.N. (2003). Patient empowerment: a look back, a look ahead. *The Diabetes Educator*, 29, (3), 454- 464.
- Funnell, M. (2012). Professions- respektive patientcentrerade utbildningsmodeller. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s.111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Godfrey, C.M., Harrison, M.B., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I.D., & Oakley, P. (2011). Care of self - care by other - care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 3-24. doi:10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x
- Göz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., & Cetin, I. (2007). Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1353-1360. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01472.x
- *Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H. (2010). Living with type 2 diabetes: 'putting the person in pilots' seat'. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27, (3), 12-19.
- Hjelm, K. (2012). Diabetespandemi. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s.399-409). Lund: Studentlitteratur.
- *Holmström, I., & Rosenqvist, U. (2005). Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 49, (2), 146-154.
- Hörnsten, Å., Lundman, B., Almberg, A., & Sandström, H. (2008). Nurses' experiences of conflicting encounters in diabetes care. *European Diabetes Nursing*, 5, (2), 64-69.
- *Hörnsten, Å., Jutterström, L., Auduly, Å., & Lundman, B. (2011). A model of integration of illness and self-management in type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 41-51. doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01078.x
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249.
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis.

- [Electronic]. *BMC Family Practice*. Available: <http://www.biomedcentral.com>, [Mars 6, 2013]. doi: 10.1186/1471-2296-11-41
- *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.
- Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2012). Learning to live with diabetes - integration an illness or objectifying a disease. *Journal of Advanced Nursing*, 68, (11), 2486-2495. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05947.x
- Kralik, D., Koch, T., Price, K., & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 259-267.
- Kralik, D., Price, K., & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2, 197-204. doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01056.x
- *Lin, C.-C., Anderson, R.M., Hagerty, B.M., & Lee, B. (2008). Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 17, (5a), 34-42.
- Lindholm, E. (2010). Klassifikation och diagnostik av diabetes. I C.-D. Agardh (Red.), *Typ 2-diabetes* (s.15-28). Stockholm: Liber.
- Mamhidir, A.-G., & Lundman, B. (2004). Having control over type 2 diabetes means daring to be free. *Journal of Diabetes Nursing*, 8, (1), 12-16.
- *Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M., & Barata, P. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. [Electronic]. *BMC Family Practice*. Available: <http://www.biomedcentral.com>, [January 23, 2013]. doi:10.1186/1471-2296-13-122
- Meleis, A.I., & Trangenstein, P.A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of nursing mission. *Nursing Outlook*, 46, (6), 255-259.
- Meleis, A.I., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23, (1), 12-28.
- Meleis, A.I. (2010). Epilogue. I A.I. Meleis (Red.), *Transitions theory. Middle-range and situation specific theories in nursing research and practice* (s.619-624). New York: Springer Publishing Company.
- *Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54, (2), 151-158.
- Nationalencyklopedin. (2013). *Empowerment*. [Hämtad 130130]. <http://www.ne.se/lang/empowerment>
- Nationella Diabetesregistret. (2012). *Årsrapport. 2012 års resultat*. [Hämtad 130603]. www.ndr.nu
- *Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010). Life values and self-regulation behaviors among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2548-2556. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x
- Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2011). Social support as a motivator of self-management among adults with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 12-22. doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01074.x
- Olokoba, A.B., Obateru, O.A., & Olokoba, L.B. (2012). Type 2 diabetes mellitus: a review of current trends. *Oman Medical Journal*, 27, (4), 269-273. doi: 10.5001/omj.2012.68
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assesing evidence for nursing practice*. (9 uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, (2), 119-127.
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.97-100). Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2008:192. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Simmons, D., Lillis, S., Swan, J., & Haar, J. (2007). Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care. *Diabetes Care*, 30, (3), 490-495. doi: 10.2337/dc06-2338
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Hämtad 130225]. www.socialstyrelsen.se
- Socialstyrelsen. (2011a). *Kost vid diabetes - en vägledning till hälso- och sjukvården*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011b). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – stöd för styrning och ledning*. Västerås: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012) *Nationell utvärdering 2011. Diabetesvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Västerås: Socialstyrelsen.
- *Song, M., Lee, M., & Shim, B. (2010). Barriers to and facilitators of self-management adherence in Korean older adults with type 2 diabetes. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 211-218. doi: 10.1111/j.1748-3743.2009.00189.x
- Statens Folkhälsoinstitut. (2008). *FYSS - Fysisk aktivitet i sjukvårdsprevention och sjukdomsbehandling*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Svenska Diabetesförbundet. (2012). *Behandlingsmetoder*. [Hämtad 130308]. <http://diabetes.se/sv/Diabetes1/Om-diabetes/Behandlingsmetoder/>
- Tang, T.S., Brown, M.B., Funnell, M.M., & Anderson, R.M. (2008). Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 34, (2), 266-276. doi: 10.1177/0145721708315680
- Vég, A., Rosenqvist, U., & Sarkadi, A. (2006). Self-management profiles and metabolic outcomes in type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 56, (1), 44-54.
- Whittemore, R., & Dixon, J. (2008). Chronic illness: the process of integration. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 17, (7b), 177-187. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x
- Wikblad, K. (2012). Det multiprofessionella diabetesteamet. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s.27-28). Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningsed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- World Health Organization. (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Genève: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Diabetes*. [Hämtad 130402]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Begränsningar	Antal träffar (=lästa titlar)	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Valda artiklar
CINAHL Plus with Full Text	self-management, AND experience AND diabetes type 2	Peer Reviewed, 2003-2013, English language	53	13	6	1. Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, Å. 2. Lin, C-C., Anderson, R.M., Hagerty, B.M., & Lee, B.
CINAHL Plus with Full Text	diabetes type 2 AND living with AND self-management	Peer Reviewed, 2003-2013, English language	47	12	4	3. Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H
CINAHL Plus with Full Text	diabetes type 2 AND experience AND life style	Peer Reviewed, 2003-2013, English language	19	3	1	4. Ahlin, K., & Billhult, A.
CIHNAL Plus with Full Text	self-management AND diabetes type 2 AND integration	Peer Reviewed, 2003-2013, English language	9	2	1	5. Hörnsten, Å., Jutterström, L., Auduly, Å., & Lundman, B.
PubMed	diabetes type 2 AND living with AND behavior AND self care	Senaste 10 åren, English language, nursing journal,	77	7	4	6. Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. 7. Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L. 8. Song, M., Lee, M., & Shim, B
PubMed	diabetes type 2 AND self-management experiences	Senaste 10 åren, English language	80	9	2	9. Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M., & Barata, P. 10. Holmström, I., & Rosenqvist, U.

Bilaga 2, Kvalitetsgranskning av kvalitativa studier enligt Friberg (2012a)

- Finns ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

Bilaga 3, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
I. Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, Å.	Turning points in self-management of type 2 diabetes	2012, Sverige, European Diabetes Nursing	Belysa hur personer med diabetes typ 2 upplever vändpunkter i egenvården.	Kvalitativ metod. Semistrukturerade individuella intervjuer. 18 deltagare varav åtta kvinnor och tio män. Intervjuerna transkriberades och analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.	Analysen resulterade i fyra teman: 1) Befinna sig i en kamp mellan liv och död. 2) Befinna sig i ett vägskäl utan återvändo. 3) Vara den som bestämmer. 4) Vara den som kan påverka resultatet.
2. Lin, C-C., Anderson, R.M., Hagerty, B.M., & Lee, B.	Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes	2008, Taiwan, Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness	Få en ökad förståelse för hur personer i Taiwan upplever processer och strategier kring egenvård vid diabetes typ 2.	Kvalitativ metod. Data samlades in genom fem fokusgrupper. 41 deltagare varav 19 kvinnor och 22 män. Intervjuguide med öppna frågor. Fokusgrupperna spelades in och transkriberades. Analyserade utifrån innehållsanalys.	Analysen resulterade i tre huvudteman respektive subteman. 1) Sjukdomens påverkan. 1a) Ställas inför situationer med stigmatisering. 1b) Oro kring ärftlighet och komplikationer av diabetes. 1c) Sökning efter alternativa metoder för hopp. 2) Egenvårdsprocess. 2a) Kämpa med kosthållning. 2b) Identifiera kroppens signaler. 2c) Anpassning till psykologiska hinder. 2d) Utveckla egenvårdsstrategier för diabetes. 3) Förändringsprocess. 3a) Återuppta konventionell behandling. 3b) Stöd från familjer och andra patienter. 3c) Lära sig att leva med sjukdomen.
3. Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H.	Living with type 2 diabetes; 'Putting the person in the pilots' seat'	2010, Nya Zeeland, Australian Journal of Advanced Nursing	Få en ökad förståelse för hur personer med diabetes typ 2 upplever det dagliga livet, med fokus på tidigare samt nuvarande förmåga att hantera situationen.	Kvalitativ metod med utgångspunkt i fenomenologi och grounded theory. Semistrukturerade intervjuer. Nio deltagare varav fem män och fyra kvinnor. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Tematisk innehållsanalys.	Analysen resulterade i tre teman: 1) Tappa kontrollen. 2) Återfå kontrollen. 3) Att vara i och behålla kontrollen.

4. Ahlin, K., & Billhult, A.	Lifestyle changes - a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: a qualitative study	2012, Sverige, Journal of Primary Health Care	Beskriva hur kvinnor hanterat en livsstilsförändring i samband diabetes typ 2.	Kvalitativ metod. Datainsamling via individuella intervjuer. För att få ett multidimensionellt perspektiv utgick intervjuerna från en medicinsk antropologisk teori. Tio deltagare, samtliga kvinnor. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades. Analysen utgick från Giorgis fenomenologiska metod.	Analysen resulterade i ett övergripande fenomen: en fortsatt inre kamp. Detta fenomen beskrivs genom fem teman. 1) En ambivalent känsla av andras involvering. 2) Bli ett offer för omgivningens krav. 3) Uppleva bristande kunskap. 4) Uppleva begär. 5) Finna skäl till att inte göra en förändring.
5. Hörnsten, Å., Jutterström, L., Audulv, Å., & Lundman, B.	A model of integration of illness and self-management in type 2 diabetes	2011, Sverige, Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness	Beskriva processen kring sjukdomsintegration och egenvård hos personer med diabetes typ 2.	Kvalitativ metod. Narrativa intervjuer med öppna frågor. Totalt 44 deltagare varav 48 % kvinnor och 52 % män. Samtliga deltagare var utvalda att delta i ett egenvårdsprogram. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Resultatet analyserades med innehållsanalys. I den sista fasen influerades även analysen av grounded theory.	Resultatet visar att sjukdomsintegrationen löper parallellt med egenvårdsprocessen. En essentiell del i processen är vändpunkter. Genom att nå en vändpunkt kan personen anpassa sig emotionellt och existentiellt och därmed komma vidare i processen. Processen inkluderar tre kategorier: 1) Misstänka sjukdom och/eller få diagnosen. 2) Förståelse och förklaring till sjukdomen. 3) Förhandla och ta beslut om egenvård. Resultatet visar även på olika teman som påverkar en persons egenvårdsprocess. Dessa teman är: 1) Uppfattning av sjukdomens allvar. 2) Grad av emotionell respons. 3) Egna mål och förväntningar. 4) Uppfattad effekt av egenvård.
6. Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E.	Life values and self-regulation behaviors among adults with type 2 diabetes	2010, Norge, Journal of Clinical Nursing	Identifiera vad som är betydelsefullt i livet hos personer med diabetes typ 2 samt om dessa faktorer inverkar på egenvården.	Kvalitativ metod. Fokusgrupper. 19 deltagare varav tolv män och sju kvinnor. Tre fokusgrupper som träffades vid två tillfällen vardera. Varje grupp utgick från en intervjuguide med semistrukturerade frågor. En observatör deltog vid varje tillfälle. Intervjuerna transkriberades och analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys.	Analysen resulterade i sex teman. 1) Upprätthålla hälsa och livslängd. 2) En känsla av kroppsligt välbefinnande. 3) Bevara en positiv kroppsbild. 4) Självbestämmande. 5) Upprätthålla arbetsförmåga. 6) Tillhörighet.

7. Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L.	Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management	2006, USA, Journal of Advanced Nursing	Beskriva hinder och strategier i egenvården hos vuxna med diabetes typ 2 på landsbygden.	Kvalitativ metod. Datainsamling via tre fokusgrupper med totalt 24 deltagare varav hälften män och hälften kvinnor. Intervjuguide med öppna frågor. Deltagarna fyllde även i en demografisk enkät. Fokusgrupperna spelades in och transkriberades. En observatör deltog även vid varje fokusgrupp och observerade deltagarnas kroppsspråk. Resultatet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.	<p>Analysen resulterade i sex teman utifrån två huvudkategorier: hinder och strategier.</p> <p><i>Hinder:</i> 1) Bristande kunskap och förståelse kring specifik kostplan. 2) Brist på individanpassad och samordnad vård. 3) Hjälpplöshet och frustration kring blodglukoskontroll trots följsamhet. 4) Begränsade resurser för att kunna följa rekommendationer gällande material, mediciner och teststickor. 5) Otiliggängliga, kostsamma och för allmänna grupp utbildningar. 6) Svårigheter att komma ihåg att ta medicin, brist på kunskap om medicinernas verkan och biverkningar.</p> <p><i>Strategier:</i> 1) Utveckla ett givande samarbete med vårdgivare. 2) Upprätthålla en positiv attityd som bidrar till ett proaktivt lärande. 3) Socialt stöd som uppmuntrar och underlättar till egenvård. 4) Erhålla adekvata resurser för egenvård. 5) Upprätthålla rutiner för medicinering. 6) Delta i grupputbildningar som främjar öppenhet och diskussioner kring känslor.</p>
8. Song, M., Lee, M., & Shim, B.	Barriers to and facilitators of self-management adherence in Korean older adults with type 2 diabetes	2010, Korea, International Journal of Older People Nursing	Identifiera vad som försvårar respektive underlättar egenvård hos koreanska äldre vuxna med diabetes typ 2.	Kvalitativ metod. Datainsamling från tre fokusgrupper. 24 deltagare varav tio kvinnor och 14 män. Samtliga deltagare var över 65 år och hade genomfört en utbildning för egenvård. Samtliga intervjuer utfördes av samma person samt två observatörer. Öppna frågor som syftade att leda till diskussion. Insamlad data analyserades med innehållsanalys.	<p>Analysen resulterade i två huvudkategorier: vad som ansågs försvåra egenvård samt vad som underlättade.</p> <p><i>Vad som försvårar</i> 1) Åldersrelaterade fysiska och kognitiva begränsningar. 2) Kulturrelaterade restriktioner. 3) Bristande självdisciplin. 4) Bristande kunskap kring egenvård.</p> <p><i>Vad som underlättar:</i> 1) Känna till fördelarna samt inneha strategier för egenvård. 2) Inneha makt över sitt liv genom att förändra sina levnadsvanor 3) Stöd från familjen</p>

9. Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M., & Barata, P.	Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis	2012, Kanada, BMC Family Practice	Få en ökad förståelse för vilka svårigheter samt skillnader män och kvinnor upplever kring egenvård i samband med diabetes typ 2.	Kvalitativ metod. Fokusgrupper samt individuella intervjuer. Fem fokusgrupper, två med bara män, två med bara kvinnor samt en mixad grupp. 35 deltagare varav 51 % kvinnor och 49 % män. Samtliga deltagare rekryterades från ett utbildningscentrum för diabetes. Fokusgrupperna utgick från en intervjuguide med öppna frågor, likaså de individuella intervjuerna. Samtliga spelades in och transkriberades. Tematisk analys.	Analysen resulterade i fem huvudteman där författarna såg skillnad mellan män och kvinnors upplevelser. 1) Identitet och öppenhet med att leva med diabetes. 2) Egenvård av blodglukoskontroll. 3) Kämpa med att följa kostråd. 4) Användning av informationskällor kring diabetes. 5) Socialt stöd.
10. Holmström, I., & Rosenqvist, U.	Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes	2005, Sverige, Journal of Advanced Nursing	Beskriva de missuppfattningar som svenska patienter med diabetes typ 2 har gällande sin sjukdom och behandling.	Kvalitativ metod influerad av fenomenologi. 18 deltagare varav hälften kvinnor och hälften män. Datainsamling skedde via videoinspelade intervjuer där deltagarna hade ett möte med sin läkare eller sjuksköterska. Deltagarna blev därefter intervjuade samtidigt som de fick titta på det inspelade materialet. Materialet transkriberades och analyserades tematiskt.	Analysen resulterade i fem teman: 1) Diabetes typ 2 är inte 'riktig diabetes', 2) Komplikationer - skräckvisioner eller bortträngning. 3) Egenkontroll av blodglukos och medicinering sker på rutin, inte som ett inlärningsverktyg. 4) Kost - det viktigaste är att reducerad fettintaget. 5) Fysisk aktivitet är bra sägs det.