



Julia Bergman & Johanna Sjögren

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 HP, VKG11X, VKG33X, VT 2014

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Grundnivå

Handledare: Birger Hagren

Examinator: Åsa Kneck

Upplevelser av att leva med diabetes

En litteraturöversikt

Experiences of living with diabetes

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes är en vanligt förekommande sjukdom som främst delas upp i två huvudtyper, typ 1 och 2. För att personen ska kunna leva ett sådant gott liv som möjligt har sjuksköterskan en central roll i understödandet av personens egenvård. Det är en process att integrera en kronisk sjukdom i livet. Erikssons teori "den lidande människan" beskrivs som teoretisk utgångspunkt.

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

Metod: En litteraturöversikt som baserades på elva vetenskapliga artiklar hämtade från databaserna CINAHL plus with Full Text och MEDLINE with Full Text. Artiklarna var empiriska, hade en kvalitativ ansats och söktes fram utifrån sökord som kunde ge svar på översiktens syfte. Artiklarna analyserades och slutligen utformades två kategorier med tillhörande underkategorier.

Resultat: Översiktens resultat presenteras utifrån två kategorier: *Personens anpassning till diabetes* som framhåller personens uppfattningar av diabetes samt faktorer som kan påverka livet med sjukdomen. *Personens anpassning till det förändrade livet* beskrivs utifrån personens existentiella perspektiv och handlar om den inre anpassningen och upplevelsen av det förändrade livet.

Diskussion: Det framkommer att diabetes kan påverka personen utifrån olika perspektiv, dels ett medicinskt då sjukdomen/disease synliggörs samt utifrån ett perspektiv relaterat till det existentiella/illness. Underkategorierna diskuteras utifrån teorin "den lidande människan", hälsa samt utifrån nytillkomna källor. Erikssons teori kan tillämpas i relation till diabetes. Det framkommer även att lidande inte alltid behöver vara någonting ont eller någonting som är en motsats till upplevelsen av hälsa.

Nyckelord: Diabetes, upplevelser, leva med, anpassning, integrering, lidande, hälsa.

Abstract

Background: Diabetes is a common disease which is divided in different types, type 1 and 2. The nurse has a central role in the support of the person's self-care, so the person can live the best life as possible. It's a process to integrate a chronic illness into one's life. Eriksson's theory "the suffering human being" is described as a theoretical framework.

Aim: The aim of the study was to describe persons' experiences of living with diabetes.

Methods: A literature review based on eleven scientific articles which were gathered from the databases CINAHL plus with Full Text and MEDLINE with Full Text. The articles were empirical, had a qualitative approach and were searched based on keywords that could provide answers to the aim of the literature review. The chosen articles were analyzed and two categories with subcategories were finally established.

Results: The result of the review is presented from two categories: *The person's adaption to diabetes* which emphasizes the person's experiences of diabetes and factors which can affect the life with the illness. *The person's adaption to the changed life* is described from the person's existential perspective and concerns the internal adjustment and the experience of the transformed life.

Discussions: It appears that diabetes can affect the person in different perspectives, one which mainly emphasizes the medical perspective/disease and another perspective which can be related to the existential/illness. Subcategories are discussed from the theory "the suffering human being", health and newly added sources. Eriksson's theory can be applied in relation to diabetes. It appears that suffering doesn't have to be something evil or something which is the opposite to the experiences of health.

Keywords: Diabetes, experiences, living with, adaption, integration, suffering, health.

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2. 1 DIABETESSJUKDOMENS PREVALENS, PATOFYSIOLOGI, DIAGNOS OCH BEHANDLING.....	1
2. 2 KOMPLIKATIONER.....	2
2. 3 SJUKSKÖTERSANS FUNKTION VID HÄLSA OCH EGENVÅRD.....	2
2. 4 LIVSSITUATION VID KRONISK SJUKDOM.....	4
2. 5 PROBLEMFÖRMULERING.....	5
3. SYFTE	5
4. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	5
5. METOD	7
5. 1 DATAINSAMLING.....	7
5. 2 URVAL.....	8
5. 3 ANALYS.....	9
6. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
7. RESULTAT	10
7. 1 PERSONENS ANPASSNING TILL DIABETES.....	10
7. 1. 1 SJUKDOMSUPPFATTNING.....	10
7. 1. 2 MÖTET MED VÅRDGIVAREN.....	11
7. 1. 3 UPPLEVELSEN AV KONTROLL I RELATION TILL SJUKDOMEN.....	12
7. 1. 4 TANKAR KRING KOMPLIKATIONER.....	13
7. 2 PERSONENS ANPASSNING TILL DET FÖRÄNDRADE LIVET.....	13
7. 2. 1 FÖRÄNDRAD SJÄLVUPPFATTNING.....	13
7. 2. 2 INTEGRERA EN NY LIVSSÄTT.....	14
7. 2. 3 KÄNSLOR KRING FRAMTIDEN.....	15
8. DISKUSSION	16
8. 1 METODDISKUSSION.....	16
8. 2 RESULTATDISKUSSION.....	18
9. KLINISKA IMPLIKATIONER	21
10. FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	22
11. SLUTSATS	22
REFERENSFÖRTECKNING	24

BILAGA 1, SÖKMATRIS	28
BILAGA 2, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT.....	30

1. Inledning

Som sjuksköterska kommer man i kontakt med personer som har diabetes oavsett var man väljer att arbeta. Under tidigare praktiker har vi mött flera människor som har haft diabetes, trots det så fick vi inte så mycket information från sjuksköterskeutbildningen samt den verksamhetsförlagda utbildningen kring sjukdomen mer än det rent medicinska. Utifrån detta vill vi därför genom vår litteraturöversikt belysa personernas perspektiv och därmed framhålla hur de olika studierna beskriver att människan upplever sitt liv med diabetes.

2. Bakgrund

Bakgrunden till litteraturöversikten syftar till att dels ge en beskrivning av diabetessjukdomens prevalens, patofysiologi, diagnostisering och behandling. Vidare kommer de fysiska komplikationer som kan uppstå i relation till sjukdomen att tas upp. Sedan framkommer även en förklaring av sjuksköterskans ansvar kring egenvården samt dennes upplevelser och funktion vid främjandet av personens hälsa. Slutligen ges en beskrivning av hur livssituationen med en kronisk sjukdom kan se ut, med grund från tidigare forskning. Bakgrunden får i övrigt stöd från litteratur samt andra vetenskapliga artiklar.

2. 1 Diabetessjukdomens prevalens, patofysiologi, diagnos och behandling

Ungefär fyra procent av den vuxna befolkningen i Sverige har diabetes (Mosand & Stubberud, 2011). En större andel män har diabetes jämfört med kvinnor (Guðbjörnsdóttir et al., u.å.). Diabetes delas främst upp i två huvudtyper, typ 1 och 2 (Ericson & Ericson, 2012). Tillståndet karaktäriseras av kronisk hyperglykemi, högt plasmaglukos. Diabetes typ 1 orsakas av en autoimmun reaktion av kroppsegna betaceller, insulinceller, som då skapar insulinbrist och därmed orsakar det stigande plasmaglukosvärdet (Mosand & Stubberud, 2011). Vid diabetes typ 2 uppkommer insulinbrist som kan orsakas av insulinresistens och orsakar hyperglykemin (Ericson & Ericson, 2012). Uppkomsten av typ 2 diabetes påverkas bland annat av genetiska faktorer samt av högt blodtryck (Mosand & Stubberud, 2011).

Diagnos av diabetes sker dels genom plasmaglukosmätning (Ericson & Ericson, 2012). Om värdet överstiger 7 mmol/l under fasta vid minst två tillfällen kan diagnosen fastställas (Mosand & Stubberud, 2011). Andra diagnosmetoder kan vara peroral glukosbelastning samt test av uringlukos och/eller ketonkroppar (Ericson & Ericson, 2012). Ett mått som kan ge en indikation på hur mycket insulin betacellerna kan frisätta är att mäta mängden C-peptid i blodet som är låg vid typ 1 diabetes och kan vara hög vid typ 2.

Behandlingen av diabetes sker med hjälp av medicinsk behandling samt genom förändringar i livsstilen, så som förbättrad kost (Ericson & Ericson, 2012). Den medicinska behandlingen ska kompensera insulinbristen. Vid typ 1 diabetes tillförs insulin med en exogen tillförsel och vid typ 2 stimuleras insulinsekretionen av perorala antidiabetika. Personer med diabetes typ 2 kan även i ett senare skede behöva påbörja insulinbehandling då kroppens insulinproduktion successivt försämras. Den medicinska behandlingen syftar till att reglera blodglukosnivån för att uppnå symtomfrihet och för att förhindra uppkomsten av komplikationer.

2. 2 Komplikationer

Personer med diabetes kan drabbas av akuta och sena komplikationer (Ericson & Ericson, 2012). Personen kan drabbas av den akuta komplikationen hypoglykemi, för låg plasmaglukosnivå (Mosand & Stubberud, 2011). De symptom som hypoglykemi kan medföra är bland annat hjärtklappning, skakningar och beteendeförändringar. De sena komplikationerna relateras till långvarig hyperglykemi (Ericson & Ericson, 2012). De sena komplikationerna beskrivs exempelvis vara retinopati som uppkommer av förändringar på näthinnan som orsakar synförändringar (Mosand & Stubberud, 2011). Nefropati är en annan sen komplikation som påverkar njurfunktionen medan neuropati är en nervsjukdom som är orsakad av skador på mikrovaskulära kärl. En annan sen komplikation som nämns är även diabetiska fotsår som uppkommer på grund av nervskada samt nedsatt blodcirkulation.

2. 3 Hälsa, egenvård samt sjuksköterskans roll och upplevelser

För att personen ska kunna hantera sin sjukdom och uppnå en sådan god glukoskontroll så att komplikationer kan förebyggas, är undervisning och handledning av stor vikt (Mosand & Stubberud, 2011). Sjuksköterskans roll gällande personens hälsoupplevelse samt egenvård är central då sjuksköterskan enligt International Council of Nurses (2007) etiska kod bland annat ska främja och återställa hälsa. Konsensusbegreppet hälsa kan förklaras som att personerna upplever sig ha möjligheter att genomföra saker av värde (Dahlberg & Segesten, 2010) och påverkas av upplevelsen av mening (Willman, 2009). I Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska framhålls det att sjuksköterskan ska tillvarata det friska samt lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005). Lidande kan uppstå exempelvis på grund av långvarig sjukdom, men samtidigt kan personen erfara ett välbefinnande, hälsa och lidande behöver utifrån detta inte ha ett motsatsförhållande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

För att personen ska kunna leva ett sådant gott liv som möjligt så är sjuksköterskans

funktion vid diabetesbehandling därför delvis att understödja personens egenvård (Mosand & Stubberud, 2011). Egenvård kan beskrivas som det personen med långvarig sjukdom behöver lära sig för att kunna leva så normalt som möjligt (Kneck, 2013). För personer med diabetes kan egenvård vara kunskap om kostvanor och blodsockerkontroller. Egenvård innefattar även att personen utvecklar strategier för att hantera psykologiska och sociala konsekvenser som kan medföras av sjukdomen. Egenvården utvecklas genom att personens självständighet främjas (Mosand & Stubberud, 2011). Vid sjukdomsdebuten är sjuksköterskans roll vid undervisningen av mer styrande karaktär, som sedan övergår till en mer rådgivande och handledande inriktning.

I en studie av Yen et al. (2010) användes fokusgrupper och i dessa inkluderades även sjuksköterskor. De diskuterade vikten av att kunna identifiera personers individuella förmågor och lärande samt behovet av kunskap för hanteringen av deras egenvård. Deltagarna beskrev att de ville ha mer stöd för att kunna agera som mentorer för personernas egenvård. Det är av vikt att sjukvårdspersonalen besitter tillräckligt med kunskap då studien av Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn och Grol (2010) framhöll att sjuksköterskorna inom primärvårdens livsstilsrådgivning till personer med typ 2 diabetes upplevde bristande kunskaper kring fysisk aktivitet samt kost. Sjuksköterskorna upplevde detta som ett hinder för att kunna bidra med en god livsstilskonsultation. En barriär var även brist på empati som ett resultat av att sjuksköterskorna inte förstod personernas svårigheter i att förändra livsstilen. De kunde vidare beskriva svårigheter gällande att anpassa livsstilskonsultationen utifrån personens individuella stadie. Studien av Hörnsten, Lundman, Almqvist och Sandström (2008) framhöll situationer som kunde ge upphov till konflikter inom diabetesvården och det kunde vara konflikten mellan medicinsk kunskap och levd erfarenhet. En andel av sjuksköterskorna beskrev att deras medicinska kunskap om diabetesbehandlingen värderades högre än personens kunskap som hade uppstått från den individuella upplevelsen av att ha en sjukdom.

En god relation med diabetesteamet samt kontinuitet är viktigt att sträva efter (Ericson & Ericson, 2012). Sjuksköterskorna i studien av Donohue-Porter (2013) menade att de värnade om relationerna till personerna med komplexa behov. De förklarade vidare att de stöttade dem genom sin närvaro, uppmärksamhet och känslomässiga stöd. Edwall, Danielson och Öhrn (2010) förklarade att egenvården hos en person med diabetes kunde främjas genom en regelbunden kontakt med en diabetessjuksköterska och att denna person kunde ge stöd gällande hälsan. Vidare beskrevs det att diabetessjuksköterskan kunde bidra med förståelig information som kunde vara svår att exempelvis läsa sig till, därför bidrog det ofta till att

personerna fick en ökad förståelse för hur de skulle ta hand om sig själva på bästa sätt i relation till sin sjukdom.

2. 4 Upplevelser av livet med kronisk sjukdom

Diabetessjuksköterskan har en central roll för personens hantering av sjukdomen men sjukdomen ger även upphov till inre upplevelser hos personen som kan skildras utifrån olika begrepp. I engelskan kan sjukdom skildras utifrån begreppen illness eller disease (Dahlberg & Segesten, 2010). Disease beskriver den medicinska strukturen, exempelvis en diagnos, medan illness beskriver hur sjukdomen påverkar personens liv och hur sjukdomen upplevs. Att lära sig att leva med en kronisk sjukdom kan ses som en transition, en förändringsprocess, som kan påverka personens upplevelse av hälsa (Kneck, 2013). Om personen kan integrera sjukdomen i sitt liv och skapa en ny meningsfull tillvaro så är transitionen hälsosam, men om personen inte klarar av detta är transitionen ohälsosam och ett ökat lidande och beroende uppstår. Integration kan förklaras som lärandet vid långvarig sjukdom, vilket handlar om att förena det som tidigare varit till det nya sammanhanget. Då sjukdomen är närvarande i personens handlade, varande och tänkande så kan den integreras.

Whittemore och Dixon (2008) beskriver att personen fick lägga ner tid och engagemang på att integrera den kroniska sjukdomen i sin livssituation. Att integrera sjukdomen i livet beskrevs vara en process som bland annat inkluderade att personen förstod sina egenvårdsbehov samt innebörden av att leva med sjukdomen. Personer som anser att de själva har ansvaret för sin hälsa och som är mer självständiga i sin egenvård, kan ofta vara mer benägna att integrera sjukdomen i sitt dagliga liv (Kneck, 2013). Att reflektera kring hur de hade hanterat och klarat av tidigare utmaningar och svårigheter var en del av att möjliggöra att de skulle se sin sjukdom som en del av deras liv, snarare än att se livet utifrån sjukdomen (Jacobi & MacLeod, 2011).

Personer med kroniska sjukdomar beskrev ofta olika värden som kunde vara meningsfulla i vardagslivet, så som självkontroll samt upplevelsen av det egna ansvaret (Delmar et al., 2006). Andra människor kunde bidra med assistans och stöd, men det krävdes tid och tillförlit till andra innan personen öppnade upp sig gällande sin sjukdom och aspekterna av lidandet. I studien av Lundman och Jansson (2007) beskrev personer med långvariga sjukdomar att tröst och lättnad kunde upplevas genom att de kände att de hade någon att dela sitt vardagsliv med och genom att de hade någon som förstod dem. Vidare kunde livet med en långvarig sjukdom ge upphov till funderingar på framtiden hos deltagarna. Det beskrevs svårigheter gällande att

acceptera att de var tvungna att undvika vissa aktiviteter på grund av sjukdomen. Personer med kroniska sjukdomar i studien av Jeon et al. (2010) beskrev svårigheter och frustration gällande tillgången till hälso- och sjukvården samt hur de professionella utformade den. Vidare önskade personerna att sjukvårdspersonal hade en djupare insikt i deras komplexa hälsotillstånd som de ofta kämpade med och hur detta påverkade deras liv.

2. 5 Problemformulering

Sjuksköterskan har en central roll gällande undervisning och främjandet av egenvård hos personer som lever med diabetes, för att de ska kunna leva ett sådant gott liv som möjligt. Kroniska sjukdomar kan påverka upplevelsen av hälsa och kan medföra ett lidande. Eftersom en del av sjuksköterskans funktion syftar till att lindra lidande blir det relevant att beakta personens upplevelser av att leva med diabetes i relation till detta. Det framkommer dock att sjuksköterskor kan ha svårigheter gällande konsultation och främjande av egenvård hos personerna. Sjuksköterskor kan ha svårt att anpassa informationen utifrån individen och personernas kunskap utifrån upplevelsen av att leva med sjukdomen kan anses vara mindre lämplig än sjuksköterskornas medicinska kunskap. Sjukvårdspersonal kan uppleva en kunskapsbrist och de uttrycker att de behöver stöd för att kunna främja personernas egenvård. Vidare framkommer det att det är en process att integrera kroniska sjukdomar i livet och att personer som lever med långvariga sjukdomar kan uppleva att sjukvårdspersonal behöver en djupare insikt i deras komplexa hälsotillstånd och hur detta påverkar deras liv. Utifrån detta är det centralt att fördjupa kunskapen kring hur människorna upplever livet med sjukdomen.

3. Syfte

Syftet med översikten var att beskriva personers upplevelser av att leva med diabetes.

4. Teoretisk utgångspunkt

Kate Erikssons teori ”den lidande människan” blir central då sjukdom drabbar människan (Eriksson, 1994). Denna teori tillämpas i litteraturöversikten då det har framkommit att det verkar finnas ett samband mellan lidande och att leva med kronisk sjukdom. Eriksson beskriver begreppet ”patient” i sin teori, därav kommer begreppet synliggöras i relation till teorin men inte i övrigt i översikten då begreppet anses vara för sjukdomsinriktat. Teorin presenteras vidare i relation till uppsatsens resultatdiskussion.

Lidande har olika dimensioner och behöver inte endast beskriva det negativa. Lidandets huvudsakliga dimensioner är att lidande är: någonting meningsbärande, en kamp, någonting

negativt eller ont eller någonting människan är tvungen att leva med. Att leva ett liv inkluderar även att människan blir utsatt för lidande. Lidandet i sig har ingen mening, men genom att gå igenom lidande kan det tillskrivas mening. Patienten definieras som den lidande människan och lidandet innebär alltid en kamp. Kampen mot lidandet kan ses utifrån olika perspektiv. Det goda lidandet innebär att människan för en kamp för mening och strävar efter integration till att bli hel. Det onda lidandet gör ofta att människan upplever sin tillvaro som hopplös, men lidandet är alltid en blandning mellan gott och ont samt av lust och lidande trots att lidandet kan uttryckas på olika sätt. Kampen mot lidandet är även en kamp för friheten eftersom människans ofrihet är en grund till lidande.

Frågan om varför lidande existerar är en existentiell frågeställning och alla som drabbas av lidande ställer sig frågan: varför? Frågan kanske inte har ett svar och då människan slutar fråga sig detta så är den första kampen avklarad och lidandet kan bearbetas. Strävan efter att finna mening i lidandet och genom det försöka hitta ett svar på frågan är ett sätt att bekräfta sin värdighet. Lidandet kränker värdigheten, därmed är det centralt att möta en lidande människa på ett sådant sätt att personen får bekräftelse på sin värdighet som individ. När människan försonas med situationen så uppstår meningen i lidandet.

Lidande och hälsa är det centrala i lidandets kamp. Lidandet kan ge hälsan en mening genom att lidandet gör att människan blir medveten om kontrasterna mellan begreppen. Hälsa, likväl som lidande, är en helhet som utgör en del av människans livsprocess. Antingen kan människan välja att göra lidandet till en faktor för utveckling eller till en hämmande faktor. För att främja att lidandet blir en utveckling så behöver människan få bekräftelse på sitt lidande och det kan vara betydelsefullt att dela lidandet med en annan person.

Lidandet som möts i vården är *sjukdomslidande*, *vårdlidande* och *livslidande*. *Sjukdomslidande* är det lidande som personen kan uppleva relaterat till behandling och sjukdom. Fysisk smärta är en vanlig orsak till lidande men även själsligt och andligt lidande kan uppstå av sjukdom och behandling. Själsligt och andligt lidande kan orsakas av upplevelser av förnedring eller skam som kan relateras till sjukdomen och behandlingen. Situationer som kan orsaka skam och förnedring kan vara personens upplevelser av att känna sig misslyckad som patient.

Vårdlidande är lidandet som uppstår då personer utsätts för lidande i samband med vårdsituationen. Det finns olika kategorier inom begreppet vårdlidande: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Kränkning av patientens värdighet handlar om att patienten fräntas möjligheten att vara människa till fullo och möjligheterna att använda inneboende resurser minskar. Detta kan exempelvis ske då

patienterna inte skyddas vid vårdåtgärder som berör personliga frågor. Genom att ge en individuell vård så bekräftas människans värdighet. Fördömelse och straff är nära relaterat till kränkning av värdigheten men kan exempelvis vara att patienten straffas genom att han eller hon nonchaleras. Maktutövning kan vara direkt eller indirekt och kan orsaka lidande då det kan beröva patientens frihet. Maktutövning kan exempelvis vara att patienten inte tas på allvar. Utebliven vård kan orsakas av brister i att se patientens individuella behov.

Livslidandet upplevs i relation till personens unika liv. Sjukdom och upplevelsen av att vara patient påverkar hela människans livssituation. Personens tidigare liv omformuleras och människan står inför ett lidande. Livslidande kan exempelvis uppstå i relation till förlusten av möjligheten att genomföra sociala angelägenheter.

5. Metod

Till denna uppsats har det tillämpats en litteraturöversikt. En litteraturöversikt innebär att det skapas en förståelse över hur kunskapsläget ser ut inom ett visst område (Segesten, 2012). Författarna till litteraturöversikten sökte i olika omvårdnadsinriktade databaser efter vetenskapliga artiklar som besvarade översiktens syfte. De valda artiklarnas kvalitetsgranskades sedan kritiskt i olika steg i enlighet med Friberg (2012) och sammanställdes därefter utifrån artiklarnas resultat. Metoden gav författarna en ökad kunskap kring vad som återfanns från aktuell forskning om personens upplevelse av att leva med diabetes. Genom den tillämpade litteraturöversikten kunde författarna slutligen utforma ett resultat baserat på kategorier och underkategorier utifrån noggrant utvalda vetenskapliga artiklar som svarade på litteraturöversiktens syfte.

5. 1 Datainsamling

De vetenskapliga artiklar som valdes ut till litteraturöversikten söktes fram från databaserna CINAHL plus with Full Text och MEDLINE with Full Text. Dessa databaser tillämpades då de båda är omvårdnadsinriktade. De fritextord som användes vid sökningen var "experience", "experiences of", "living with", "diabetes", "diabetes mellitus", "lifestyle changes", "personal understandings", "nurs*", "perception", "perceptions of", "men living with" och "transitions in life". Denna form av sökning gav ett maximalt antal träffar på 79 artiklar. Detta antal ansågs vara rimligt att gå igenom och författarna kunde genom detta antal välja ut de artiklar som bedömdes passa till litteraturöversikten. För att sambandet mellan de olika sökorden skulle variera tillämpades en boolsk sök teknik (Östlundh, 2012). Det innebar

att ordet ”AND” lades till för att kopplingen mellan sökorden skulle bli specifik. Eftersom de flesta studierna berörde kvinnornas perspektiv söktes det på ”men living with” AND ”diabetes” AND ”nurs*” för att få fram studier gällande mäns perspektiv av att leva med diabetes. Sökningen presenteras i sökmatrixen i *bilaga 1*.

5. 2 Urval

Urvalet avgränsades till empiriska, vetenskapliga artiklar som var skrivna mellan år 2000-2014. Eftersom inget intresse för äldre material fanns utformades detta. Det kan även vara av fördel att avgränsa åren, enligt Östlundh (2012), eftersom att vetenskapligt material är en färskvara.

Inklusionskriteriet ”Scholarly (peer reviewed) Journals” tillämpades vid sökning av artiklarna i CINAHL plus with Full Text för att försäkra författarna till litteraturöversikten om att artiklarna var publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Eftersom detta inklusionskriterium inte kunde uppnås i databasen MEDLINE With Full text så kontrollerade författarna dessa tidskrifters hemsida för att få information om att tidskriften blivit vetenskapligt granskad. Ett annat inklusionskriterium till litteraturöversikten var avgränsning av åldern på deltagarna i studierna till över 18 år, då det enbart fanns ett intresse av att undersöka vuxna människors upplevelser. Efter att ha hittat en intressant artikel i en övrig studies referenslista så söktes denna fram i databasen MEDLINE With Full text. Då denna artikel inte kunde sökas fram med inklusionskriteriet över 18 år så mailades studiens författare angående deltagarnas ålder. Då deltagarna visade sig vara över 18 år så inkluderades denna i översiktens resultat. Artiklarnas länder togs även i beaktande, eftersom sjukvården och därmed upplevelsen av att leva med diabetes kan skilja sig åt. Ett exklusionskriterium var reviewartiklar då det bedömdes att dessa inte var lämpliga att göra en litteraturöversikt utifrån.

Litteraturöversikten syftar till att belysa personers upplevelser av att leva med typ 1 och typ 2 diabetes. Det är av vikt att typerna inte slås samman till att det är samma sjukdom och typerna ska heller inte jämföras med varandra, men gällande personernas upplevelser av att leva med typerna verkade det inte framkomma några centrala skillnader mellan typ 1 och typ 2. Vidare ansågs det vara lämpligt att inkludera båda typerna då en andel av tidigare forskning inte gjort någon skillnad mellan upplevelser av att leva med typ 1 och typ 2 diabetes. Därav bedömde författarna att en översikt av de båda typerna var passande utifrån översiktens syfte.

Efter sökningarna valdes 14 vetenskapliga artiklar ut, tre av dessa valdes efter noggrann kritiskt granskning bort. Slutligen återstod sedan elva artiklar till litteraturöversiktens resultatdel.

5. 3 Analys

Analysen av de valda artiklarna skedde i olika steg, i enlighet med Friberg (2012). De valda artiklarna analyserades först genom upprepad läsning på varsitt håll för att författarna skulle kunna skapa sig en helhetsbild över innehåll och sammanhang i artiklarna. På skilda håll sammanfattade författarna likheter och skillnader från artiklarna, med fokus på artiklarnas resultatdel utifrån det som svarade på översiktens syfte. Författarna träffades sedan vid upprepade tillfällen för att jämföra sammanfattningen av de fynd som hade upptäckts individuellt. Detta utfördes för att fördjupa förståelsen av vad artiklarnas resultat hade framhållit och för att kontrollera att båda författarna hade uppfattat artiklarna på samma sätt. Vidare fördes ytterligare diskussion sinsemellan författarna kring de identifierade fynden så att konsensus skulle uppnås. Därefter kunde författarna utforma och sammanställa underkategorier utifrån de likheter och skillnader som uppkommit från de identifierade fynden. Utifrån underkategorierna kunde sedan kategorier utformas. Efter utformandet av kategorier utfördes sedan en sekundär läsning då författarna återigen läste artiklarnas resultatdel för att säkerhetsställa att relevanta fynd inte förbisetts. Sammantaget utformades det två kategorier samt sju underkategorier.

6. Forskningsetiska överväganden

Vid granskning och i valet av artiklarna till denna litteraturöversikt eftersträvades ett öppet förhållningssätt vilket innebar att författarna agerade objektivt gentemot både positiva och negativa forskningsresultat. Eftersom en av författarna till denna litteraturöversikt har diabetes typ 1 så har det funnits i beaktande att vara objektiva och kritiskt inställda till detta och vara öppensinnade gentemot alla forskningsresultat. Eftersom de valda artiklarna till litteraturöversiktens resultatdel var skrivna på engelska krävdes det att tillvägagångssättet av översättningen av dessa beaktades noggrant. För att inte egna tolkningar skulle uppkomma lästes artiklarna noggrant, översattes enskilt samt diskuterades mellan författarna.

Författarna till denna litteraturöversikt strävade även efter att det skulle framkomma att studierna blivit forskningsetiskt granskade. Detta ansågs vara viktigt beakta för att det vetenskapliga värdet skulle öka (Wallengren & Henricson, 2012). Det framkom dock att

resultatartikeln av Olshansky et al. (2008) inte hade beskrivit om artikeln hade blivit etiskt granskad. Efter sökning på tidskriftens hemsida framkom det att tidskriften är medlem i en etisk kommitté, ”Committee on Publication ethics”.

7. Resultat

Utifrån översiktens syfte att belysa personers upplevelser av att leva med diabetes framkom två kategorier: *personens anpassning till diabetes* samt *personens anpassning till det förändrade livet*. Den första kategorin, *personens anpassning till diabetes*, berör individens uppfattning av diabetessjukdomen och faktorer som kan påverka livet med den. Den andra kategorin, *personens anpassning till det förändrade livet*, framhåller det existentiella perspektivet och handlar om inre anpassning och upplevelser av det förändrade livet.

7. 1 Personens anpassning till diabetes

Denna kategori består av fyra underkategorier: *sjukdomsuppfattning*, *mötet med vårdgivaren*, *upplevelsen av kontroll i relation till sjukdomen* samt *tankar kring komplikationer*.

7. 1. 1 Sjukdomsuppfattning

Personernas perspektiv på diabetes beskrevs i ett antal studier (Ahlin & Billhult, 2012; Due-Christensen, Borrild & Larsen, 2006; Hörnsten, Sandström & Lundman 2004; Rasmussen, Ward, Jenkins, King & Dunning, 2011). Sjukdomsbilden påverkades av tidigare erfarenheter kring sjukdomen som Hörnsten et al. (2004) beskrev som igenkännande, naturlighet, allvarlighetsgrad samt uthållighet. Sjukdomsuppfattningen påverkades dels av igenkännande, alltså av att sjukdomen var känd sedan tidigare eller inte. Om det fanns familjemedlemmar med diabetes så kunde det bidra till en personlig förståelse av sjukdomen och dess konsekvenser. Att diabetessjukdomen hade en naturlig aspekt uppkom då sjukdomen antingen kunde ses som en naturlig del relaterat till åldrande eller inte. Allvarlighetsgraden relaterades till om personernas syn på sjukdomen var odramatisk eller allvarlig och slutligen framkom uthållighet som en faktor. Uthålligheten relaterades till hur de upplevde hanteringen av diabetessjukdomen, om det var lätt ansåg de inte att sjukdomen var en börda. Om sjukdomen däremot beskrevs som svår att hantera behövdes energi för att hantera den. Personerna i studien av Ahlin och Billhult (2012) beskrev att de kände sig orättvist behandlade av livet och hur de blev offer i relation till sjukdomen och dess medförande krav.

En grupp av deltagare som bevarade en distans till sin sjukdom beskrevs av Due-Christensen et al. (2006). De valde beteenden som minskade sjukdomens påverkan på det dagliga livet. Personerna med distans hade inte integrerat sjukdomen, därför tog de inte till sig råd från vårdgivarna och de valde att undvika hälsofrämjande åtgärder som kunde öka sjukdomens delaktighet i livet. Deltagarna i studien av Rasmussen et al. (2011) prioriterade sjukdomen olika och hanteringen skiljde sig åt beroende på vad som hände i den drabbades liv, exempelvis vid transitioner. Vidare beskrevs det att transitioner kunde vara livsförändringar som upplevdes vara stressiga och som resulterade i förändringar i blodsockernivåerna. En strategi inför hanteringen av förändringarna kunde vara att prioritera diabetessjukdomen annorlunda än innan. I vissa fall kunde diabetessjukdomen hamna i bakgrunden då annat i livet kunde behöva mer uppmärksamhet.

7. 1. 2 Mötet med vårdgivaren

Personernas relation till samt uppfattning av vårdgivaren beskrevs (Due-Christensen et al., 2006; Kneck, Klang & Fagerberg, 2011; Kneck, Klang & Fagerberg, 2012). När osäkerhet uppstod hos deltagarna i studien av Kneck et al. (2011) så upplevde de sjukvården som pålitlig och säker att vända sig till. En förutsättning för detta var att personalen var tillgängliga och fokuserade på varje individs specifika behov. Sjukvårdspersonalens råd ansågs vara mer pålitliga än från andra källor, så som råd från familjen. Misstro till sjukvården kunde dock uttryckas när deltagarna fick råd som inte var lämpliga i den specifika situationen. I mötet med sjukvårdspersonal så kunde även en känsla av besvikelse uttryckas. Besvikelsen grundade sig i att det endast verkade finnas tid för konkreta problem, exempelvis blodsockernivåer istället för sådant som handlade om deras oro.

Den deltagargruppen som hade ändrat sina beteenden i relation till diabetes i studien av Due-Christensen et al. (2006) beskrev en upplevelse av förbättrade relationer till sina vårdgivare efter att ha integrerat sjukdomen. Ibland beskrevs dock en oro inför kontakten med sjukvården om sjukdomen var okontrollerad. Vidare beskrevs det att personerna upplevde att det kändes bättre att ta kontakt med sjukvården efter att de hade insett att det var för deras egen skull och utifrån testresultaten kunde de själva välja om de ville förändra någonting eller inte. En dialog kring kraven relaterat till sjukdomen gav dem en ökad känsla av flexibilitet i valet av hälsofrämjande åtgärder.

Kneck et al. (2012) visade i sin studie att när deltagarna upplevde att de behärskade sin situation, så var det tillräckligt att endast veta att sjukvården fanns tillgänglig. Vidare beskrevs det som svårare att få vård när det behövdes om det inte fanns en nära relation till

sjukvården. Deltagarna i studien uttryckte att det ofta fanns ett medicinskt fokus från sjukvårdspersonal, exempelvis på blodsockernivån. Deltagarna önskade att få diskutera hur de skulle hantera livet rent generellt i relation till sjukdomen.

7. 1. 3 Upplevelsen av kontroll i relation till sjukdomen

Känslan av kontroll beskrevs på olika sätt (Handley, Pullon & Gifford, 2010; Hörnsten et al., 2004; Kay, Davies, Gamsu & Jarman, 2009; Kneck et al., 2011; Kneck et al., 2012; Koch, Kralik & Taylor, 2000; Rasmussen et al., 2011). Männerna i studien av Koch et al. (2000) relaterade upplevelsen av kontroll till att kontrollera blodsockernivåerna och även deltagarna i studien av Kneck et al. (2011) framhöll blodsockermätarens betydelse för upplevelsen av kontroll och säkerhet. Att ta hand om diabetessjukdomen betydde att ta hand om hela sig själv och blodsockermätaren var hjälpsam för att förstå kroppens reaktioner (Kneck et al., 2012). Vidare beskrev Kneck et al. (2011) att blodsockermätningen gav deltagarna en förståelse för hur kroppen fungerade och vad som påverkade blodsockernivån. Även Rasmussen et al. (2011) framhöll att personen över tid lärde sig att känna igen kroppens symtom och att åtgärda dessa. I studien av Mathew, Gucciardi, De Melo och Barata (2012) beskrev deltagarna vikten av att själva kunna övervaka sina blodsockernivåer. Kroppen blev en grund för beslutsfattande kring hälsan och den bidrog med en upplevelse av kontroll (Kneck et al., 2012).

Hörnsten et al. (2004) menade att ett sätt att hantera sjukdomen var att ta kontroll över den nya livssituationen. Känslan av kontroll skedde i olika steg (Handley et al., 2010). Vid diagnos förlorades kontrollen men genom processen att anpassa livet och livsstilsförändringarna så kunde kontrollen återupptas. Bevarandet av kontrollen handlade om utvecklingen av en känsla av styrka, integration och acceptans av sjukdomen. Kampen mellan känslan av kontroll kontra känslan av sårbarhet beskrevs bland kvinnorna i studien av Kay et al. (2009). Livet med diabetessjukdomen upplevdes ibland som en kamp vilket i vissa fall resulterade i en sårbarhet. Personerna upplevde en växling mellan att känna att de antingen hade kontroll eller inte. Deltagarna i Rasmussen et al. (2011) studie beskrev upplevelsen av kontroll i relation till kunskap. När de upplevde att de kunde utöka sin kunskap så ökade därmed deras känsla av kontroll och deras förmåga att hantera transitioner i livet.

7. 1. 4 Tankar kring komplikationer

En andel av studierna beskrev personernas upplevelser och tankar kring komplikationer (Due-Christensen et al., 2006; Handley et al., 2010; Hörnsten et al., 2004; Kay et al., 2009; Koch et al., 2000; Olshansky et al., 2008; Rasmussen et al., 2011). Rasmussen et al. (2011) beskrev att en transition kunde vara olika händelser som fick personerna att vakna till och ändra attityden gentemot sin egenvård, så som risken att utveckla diabetesrelaterade komplikationer. Detta gjorde att personernas upplevelser av sitt ansvar över sig själva förändrades. Männen i studien av Koch et al. (2000) framhöll oro för att utveckla komplikationer och detta gjorde att de ansåg att det var viktigt att ta bättre hand om sig själva. De framhöll främst oro inför att drabbas av påverkan på ögonen och att de därför undersökte ögonen regelbundet. I studien av Olshansky et al. (2008) framkom också rädslor kring sjukdomen och dess konsekvenser som kunde uppstå.

Bland den deltagargruppen som hade utvecklat diabetesrelaterade komplikationer i studien av Due-Christensen et al. (2006) så upplevdes konsekvenser av dessa som någonting som ändrade deras uppfattning om hur det var att leva med diabetes. De reagerade på komplikationerna och resultatet av detta var bland annat att de integrerade sin kunskap om sjukdomen. Deltagarna hade i beslutsfattandet kring hälsan börjat kompensera för komplikationernas konsekvenser. Handley et al. (2010) beskrev att personerna trots en progression av diabetesrelaterade komplikationer och svårigheter gällande kontroll av blodglukosnivåerna, upplevde att motgångarna var väntade. Balans kunde dock återigen uppnås genom ökat stöd och kunskap.

7. 2 Personens anpassning till det förändrade livet

Under denna kategori beskrivs tre underkategorier: *förändrad självuppfattning, integrera en ny livsstil* samt *känslor kring framtiden*.

7. 2. 1 Förändrad självuppfattning

Uppfattningen personen hade om sig själv kunde förändras i relation till diabetes (Ahlin & Billhult, 2012; Due-Christensen et al., 2006; Hörnsten et al., 2004; Kay et al., 2009; Kneck et al., 2012; Koch et al., 2000; Mathew et al., 2012; Olshansky et al., 2008; Rasmussen et al., 2011). Integrationen av diabetes handlade om att personen successivt vände sig vid den nya rollen som en person med en sjukdom (Hörnsten et al., 2004). Due-Christensen et al. (2006) framhöll att deltagarna i en av deltagargrupperna hade lyckats integrera sjukdomen och att de

upplevde en positiv förändring i sin självuppfattning. Deltagarna i Olshansky et al. (2008) studie menade att diabetes inte bara var en sjukdom, utan även en faktor för hur de definierade sig själva. Personerna kunde dock uppleva en kamp mellan att känna sig annorlunda och definiera sig själv utifrån sjukdomen samtidigt som de lade ner tid på att ta sig an en ny identitet som en person *med* diabetes då diabetessjukdomen blir mindre central. Även Koch et al. (2000) beskrev hur deltagarnas uppfattning om sitt liv påverkades och menade att de upplevde att sjukdomen bidrog till en positiv inverkan på hur de levde sitt liv. Det beskrevs vidare av männen att diabetes inte var en sjukdom, utan en del av deras liv. De hade normaliserat sitt liv efter diagnosen och uppfattade inte sig själva som sjuka. Deltagarna i studien av Rasmussen et al. (2011) beskrev att diabetes inte var den viktigaste delen av deras personlighet. Kvinnorna i studien av Kay et al. (2009) menade att de inte ville definieras utifrån sjukdomen och att de hade funderingar om hur andra människor uppfattade dem.

Skillnader gällande personernas förhållningssätt till sin tillvaro beskrevs av Mathew et al. (2012). Kvinnorna identifierade sig själva som att de hade diabetes och var mer öppna med sjukdomen. Män dolde oftare diagnosen från sin familj och sina vänner och var inte lika öppna om den i sociala sammanhang. Kay et al. (2009) beskrev att kvinnorna i studien uttryckte en negativ kroppsuppfattning. Deltagarna menade att diabetessjukdomen påverkade deras kroppar negativt. Hälsan kunde ställas emot vikten och hyperglykemi kunde användas som ett medel för viktnedgång. Kneck et al. (2012) menade att personerna pendlade mellan att integrera och separera sjukdomen i livet. När sjukdomen var integrerad förändrades personen och dennes sätt att vara på och tillvaron upplevdes vara enkel, diabetes var då en del av personens nya jag.

Hörnsten et al. (2004) beskrev att det inte behöver finnas överförbarhet mellan att drabbas av sjukdomen och att acceptera den samt att diagnosens betydelse handlade om rollkonflikter. Vidare beskrevs utmaningar gällande rollerna i studien av Ahlin och Billhult (2012) som framhöll att kvinnorna beskrev att de upplevde svårigheter gällande att kombinera att vara mamma, fru samt att ta hand om sin hälsa, de egna behoven kom sist. Även Rasmussen et al. (2011) framhöll detta och menade att kvinnornas ansvar över sin egenvård fick en längre prioritet i jämförelse med att ta hand om familjen.

7. 2. 2 Integrera en ny livsstil

Diabetes gav upphov till förändringar av personernas livsstil och upplevelserna kring detta beskrevs på olika sätt (Ahlin & Billhult, 2012; Handley et al., 2010; Kay et al., 2009; Kneck et al., 2011; Kneck et al., 2012; Koch et al., 2000; Mathew et al., 2012; Olshansky et al.,

2008). Efter att ha blivit diagnostiserad med diabetes så förändras det dagliga livet och en ny tillvaro och nya prioriteringar samt en ny livsstil blev nödvändig (Kneck et al., 2011). Sjukdomen skapade behov av förändringar och personerna kunde då börja reflektera över vilka beteenden som behövdes förändras och vilka som kunde bevaras. Sjukdomen kunde prioriteras eller inte beroende på situationen (Kneck et al., 2012). Beslutsfattande relaterat till sjukdomen och hälsan kunde ses som en naturlig del av livet eller som en kamp.

De livsstilsförändringar som personerna behövde genomgå, så som att avstå från en viss typ av mat, bidrog i vissa fall till känslan av att känna sig annorlunda i jämförelse med andra personer som inte hade diabetes (Olshansky et al., 2008). Att anpassa livet och livsstilsförändringarna var en process för att de skulle kunna hantera tillståndet. Handley et al. (2010) framhöll att deltagarna i studien ofta saknade motivation till att ta till sig hanteringen av tillståndet samt livsstilsförändringarna. Även i studien av Ahlin och Billhult (2012) beskrevs en brist på motivation i relation till livsstilsförändringar på grund av de krav som ställdes på personen. Personerna hade svårt att hitta en balans och kom ofta på ursäkter till att inte ändra sin livsstil. Både män och kvinnor i studien av Mathew et al. (2012) upplevde ibland svårigheter gällande måttlighet, restriktioner samt att integrera rekommendationer gällande dieten.

Synen på den förändrade livsstilen skiljde sig åt och deltagarna i studien av Koch et al. (2000) ansåg i vissa fall att diabetes hade ändrat dem till det bättre i relation till hur de levde sitt liv. En transition till en bättre livsstil efter diagnosen beskrevs i relation till detta. Däremot framkom det att en del av personerna i studien av Kay et al. (2009) upplevde att livsstilens restriktioner begränsade dem och en känslomässig påverkan uppkom på grund av detta. Även Mathew et al. (2012) framhöll att en andel av kvinnorna sörjde förlusten av en viss typ av mat då den inte ingick i deras diet.

7. 2. 3 Känslor kring framtiden

Diabetes kunde bidra till en förändrad syn på framtiden (Hörnsten et al., 2004; Kay et al., 2009; Kneck et al., 2012; Rasmussen et al., 2011). I studien av Kay et al. (2009) beskrevs de begränsningar och nackdelar som sjukdomen kunde föra med sig. Kvinnorna i denna studie kände sig stundvis missgynnade i jämförelse med personer som inte lever med diabetes. Tankar kring framtiden och begränsningar, så som i relation till karriärsväl, beskrevs av vissa deltagare. Vidare framkom oro kring framtiden i relation till en eventuellt kommande graviditet. Oron grundade sig i sådant som kunde uppstå i samband med en graviditet och förlossning samt risken att deras barn skulle kunna ärva sjukdomen. Tankar kring eventuellt

kommande barn framkom även i studien av Rasmussen et al. (2011) där det beskrevs att en vanlig transition som kvinnor med diabetes genomgår är att bli gravida och genomgå en förlossning samt att bli förälder. Dessa transitioner krävde en vaksam kontroll över blodsockernivån vilket i sin tur gav upphov till en ständig oro över hälsan hos deras ofödda barn. Rasmussen et al. (2011) beskrev vidare att det största bekymret hos kvinnorna efter deras förlossning var att barnet skulle ärva sjukdomen.

Även i artikeln av Hörnsten et al. (2004) uttrycktes tankar och förhoppningar kring framtiden i relation till sjukdomen. Det framkom olika sätt att se på det, dels fanns det en tydlig bild av hur framtiden skulle komma att se ut, medan andra uttryckte en hotad framtid baserat på de komplikationer och andra problem som sjukdomen kunde föra med sig. Det beskrevs att deltagarna i studien av Kneck et al. (2012) hade svårt att hantera att de behövde leva med det som sjukdomen kunde föra med sig resten av sina liv.

8. Diskussion

Diskussionen inleds med en metoddiskussion som syftar till att ge en beskrivning av översiktens kvalitet utifrån dess styrkor och svagheter. Vidare presenteras översiktens resultatdiskussion utifrån resultatets underkategorier. Dessa diskuteras utifrån översiktens bakgrund samt Erikssons teori "den lidande människan" då författarna hade en hypotes om att teorin var tillämpbar i relation till översiktens syfte. Diskussionen får även stöd från litteratur och nytillkomna artiklar.

8. 1 Metoddiskussion

Att tillämpa en litteraturoversikt var positivt eftersom vi fick en överblick över kunskapsområdet kring upplevelserna av att leva med diabetes. Vi upplevde att en fördjupad kunskap kunde nås genom denna metod trots tidsbegränsningen.

Genomförandet av datainsamlingen skedde från databaserna CINAHL plus with Full Text och MEDLINE with Full Text genom att bland annat använda sökorden "diabetes mellitus" eller "diabetes" som inkluderar båda typerna. Ingen typ prioriterades utan artiklarna valdes ut objektivt, alltså utifrån syftet. Att syftet inte riktade in sig på en typ uppkom som resultat av att andra högst relevanta studier hade berört båda typerna utan att särskilja dem. Detta kan anses vara en styrka med översikten då den inte framhäver skillnader mellan typerna utan skillnader mellan individernas upplevelser av att leva med diabetes. Med detta som grund kan

vi argumentera för att ett personcentrerat resultat framkom snarare än ett resultat utifrån personernas diabetestyp.

Utifrån en generell sökning av tidigare forskning kommer endast studier om kvinnor eller om båda könen fram. Eftersom vi ansåg att det är av vikt att belysa både mäns och kvinnors upplevelser tillämpades sökningen ”men living with”. Då framkom en studie som belyste männens upplevelse av diabetes och denna inkluderades i litteraturöversiktens resultatdel. Detta medförde att reflektioner uppstod kring varför det verkar finnas en brist på forskning av mäns upplevelser av att leva med diabetes. Att litteraturöversikten belyser båda könens upplevelser var just för att få fram en variation i personernas perspektiv, för att sedan kunna främja individperspektivet.

En svaghet gällande datainsamlingen till litteraturöversikten kan vara att resultatartiklarna endast söktes fram från två databaser. Däremot utfördes sökningar i andra databaser utan att få fram studier som var passande till översikten. Vi beslutade oss för att använda oss av de tillämpade databaserna då tillräckligt många resultatartiklar framkom som passade vårt syfte. Två av artiklarna till resultatet är skrivna av samma författare, men olika år och med skilda syften. Det kan dock ha haft en negativ inverkan på översiktens resultat då bredden av olika infallsvinklar från olika författare minskar. Vidare kan vi dock argumentera för att vi har använt oss av de båda studierna då de belyser upplevelsen av att leva med diabetes men ur olika tidsperspektiv.

Resultatartiklarna är skrivna i Sverige, Danmark, Nya Zeeland, Storbritannien, Australien, Kanada och USA. Urvalet skedde med beaktande av vilket land studien hade upprättats i, eftersom sjukvården kan skilja sig åt markant mellan olika länder och världsdelar. Fyra av elva artiklar är dessutom från Sverige. Detta kan ses som en styrka i litteraturöversikten.

Analysen av resultatartiklarna kan framhållas som en styrka eftersom författarna i första hand enskilt analyserade artiklarna och sedan träffades för att diskutera de enskilda resultaten. Eftersom vi upplever att samarbetet har varit välfungerande så har vi kunnat ha ett kritiskt förhållningssätt gentemot de individuella fynden. Utifrån detta har det varit en fördel att ha haft möjligheten att vara två författare då det inte fanns lika stort utrymme för tolkning som hade kunnat uppkomma om det endast hade funnits en författare. Ett hinder som uppstod i utförandet av analysen var svårigheter gällande att urskilja fynd från varandra i upprättandet av underkategorier. Genom att vi träffades upprepade gånger och diskuterade fynden så främjades utformandet av underkategorierna.

8. 2 Resultatdiskussion

I bakgrunden framkom det att begreppet "sjukdom" skildras utifrån definitionerna illness eller disease och vidare i översikten blir dessa begrepp synliga utifrån resultatets kategorier. Den första kategorin *Personens anpassning till diabetes* framhåller personers uppfattningar och anpassningar till den mer medicinska sjukdomen, disease. Den andra kategorin *Personens anpassning till det förändrade livet* belyser personens upplevelser av livet med sjukdomen och därmed illness. Främst illness framhålls då översiktens syfte är att belysa upplevelser av att leva med diabetes men även begreppet disease blir synligt i relation till personernas upplevelser av livet med den medicinska sjukdomen, exempelvis upplevelsen av kontroll i relation till kontroll av blodglukosnivåerna. Både begreppen illness och disease framkom på olika sätt i artiklarnas resultat och ett flertal av studierna beskrev diabetes snarare som illness. Underkategorierna diskuteras främst utifrån Erikssons teori, men delvis även i relation till begreppen.

Underkategorin "*Sjukdomsuppfattning*" framhåller till en viss del hur väl sjukdomen integreras i det dagliga livet. Det beskrevs att en andel av personerna strävade efter att bibehålla en distans till sjukdomen på grund av de dagliga kraven som den medförde. Vidare beskrev studien av Hörnsten, Jutterström, Audulv och Lundman (2011) att det verkade finnas ett samband mellan att sjukdomen kunde integreras och emotionella reaktioner kunde accepteras först när personen i fråga hade tagit eget ansvar över sin vård. Detta nämns även i översiktens bakgrund där det tas upp att processen att integrera sjukdomen i livet hör ihop med att individen är medveten om sina egenvårdsbehov. Detta kan relateras till Erikssons (1994) *sjukdomslidande* då detta lidande kan relateras till sjukdom och behandling.

Sjukdomslidandet synliggörs återigen i underkategorin "*mötet med vårdgivaren*". Där blir sjukdomslidandet tydligt då Eriksson (1994) beskriver detta lidande som exempelvis skam utifrån upplevelsen av att känna sig misslyckad som patient. Detta beskrevs i översiktens resultat då det framkom att sjukvårdskontakt kunde undvikas på grund av känslor som vi tolkar som skamfyllda. Studien av Hörnsten et al. (2011) bekräftade att känslor som skam kunde uppkomma i relation till diabetes. Vissa av deltagarna i studien skyllde på sig själva när de fick diagnosen, att de inte hade levt tillräckligt hälsosamt liv samt tagit hand om sig själva och att de därför drabbats av den krävande, skamfyllda och livshotande sjukdomen.

Begreppen illness och disease kan relateras till det som framkommer i underkategorin "*mötet med vårdgivaren*", där det visade att fokus ofta ligger på personernas medicinska sjukdom och inte upplevd sjukdom, vilket gav upphov till negativa känslor. Ett fokus på det

medicinska beskrevs även i översiktens bakgrund då sjuksköterskorna kunde uttrycka att deras medicinska kunskap spelade en mer central roll än patientens upplevda kunskap. Utifrån detta menar vi att sjukvårdspersonalen fokuserade på personens medicinska sjukdom/disease snarare än den upplevda sjukdomen/illness. Utifrån detta resonemang är det av vikt att sjukvårdspersonal strävar efter att ha personens illness i beaktande för att främja personens hälsoupplevelse. Svenaeus (2003) styrker detta och framhåller att personen inte ska ses som ett biologiskt objekt, utan även som ett lidande subjekt. Personer med diabetes måste förstås och mötas utifrån olika plan, så som biologiska och psykologiska. Delmar et al. (2005) beskrev dock att många av deltagarna kunde ha svårt för att be om hjälp, speciellt då sjukdomen och lidandet inte syntes på utsidan. Personens upplevelse av hälsa och självständighet kan främjas genom att sjuksköterskan stöttar personen i att integrera sjukdomen (Kneck, 2013). Eriksson (1994) menar att människan behöver få bekräftelse på sitt lidande för att främja att lidandet blir en utveckling. Vidare i underkategorin beskrevs det att vården upplevdes vara pålitlig om personalen fokuserade på individen. I Studien av Nagelkerk, Reick och Meengs (2006) framkom det dock att det fanns brister gällande den information som personerna fick från sjukvården. Vårdandet ansågs vara antingen för generellt uppbyggt eller inte tillräckligt individanpassat. Med detta som grund så kan vi argumentera för att *vårdlidandet* blir centralt då ett individperspektiv inte uppmärksammas.

I underkategorin '*upplevelsen av kontroll i relation till sjukdomen*' beskrivs det delvis att personernas bevarande av känslan av kontroll kunde relateras till utvecklingen av en känsla av acceptans och integration av sjukdomen. Detta anknyter vi till Erikssons (1994) teori om det goda lidandet då detta dels beskrivs vara en strävan efter integration till att bli hel.

Sjukdomslidandet framkommer i underkategorin "*tankar kring komplikationer*" då sjukdomen medförde en oro för de komplikationer som kunde uppstå i samband med den. Delmar et al. (2005) framhöll däremot att personerna kunde se förbi sitt lidande och sin sjukdom och att de vägrade att anpassa sig utifrån den kroniska sjukdomen. De kunde förneka verkligheten med den kroniska sjukdomen och ständigt tro att komplikationerna inte skulle drabba dem och denna förnekelse gjorde det svårare att uppnå harmoni.

I underkategorin "*förändrad självuppfattning*" beskrevs det hur diabetes kunde påverka personernas självuppfattning och i denna kategori framkom det att personer kunde uppleva en kamp mellan att definiera sig själva utifrån diabetessjukdomen och att uppleva sig vara en person *med* diabetes. Eriksson (1994) framhåller kampen och menar att en av lidandets huvudsakliga dimensioner är att lidandet innebär en kamp. Lidande och hälsa är det centrala och lidandet kan ge hälsan en mening och det kan göras till en faktor för utveckling eller till

en hämmande faktor. I bakgrunden beskrivs det av Kneck (2013) att transitionen som en kronisk sjukdom medför kan påverka personens upplevelse av hälsa. Om sjukdomen integreras är transitionen hälsosam men om den inte integreras uppstår lidande. Vi menar att kampen och integreringen synliggörs i underkategorin och skillnader mellan män och kvinnor beskrevs. Männerna kunde beskriva en mer positiv syn i relation till diabetes än vad kvinnorna framhöll. Medan männen i vissa fall inte uppfattade sig själva som sjuka så framhöll en andel av kvinnorna däremot att diabetessjukdomen gav upphov till mer negativa förändringar. Det framkom dock att personer med diabetes oavsett kön kan pendla mellan att integrera och separera sjukdomen i livet och att tillvaron upplevdes vara enkel om sjukdomen hade integrerats i livet. Delmar et al. (2005) menade att personer som lider av kroniska sjukdomar gjorde många förändringar men att lärandet samt acceptansen av sjukdomen medförde att personen hittade sig själv igen och att personen då även hanterade sina förändrade livsvillkor. Utifrån detta framhåller vi att diabetes kan ge upphov till lidande som blir en faktor för utveckling om sjukdomen integreras.

Underkategorin "*integrera en ny livsstil*" framhåller olika upplevelser av livsstilsförändringar som kan diskuteras utifrån Eriksson (1994) beskrivning av det goda och det onda lidandet. Även i denna underkategori framkommer lidandets kamp. Det onda lidandet ger upphov till en kamp mot lidandet samt en kamp för frihet, då ofrihet kan ge upphov till lidande. I resultatet beskrivs det att sjukdomen kunde medföra en ny livsstil som ofta innebar restriktioner. Dessa upplevdes begränsande och gav upphov till en känslomässig påverkan. Detta kan tolkas som att livsstilsförändringarna kan ge upphov till ett ont lidande. Nagelkerk et al. (2006) beskrev deltagarnas livsstilsförändringar i relation till kosten, det framhölls svårigheter gällande de nya kostdirektiven. Även detta skulle kunna beskrivas som ett ont lidande då det verkar finnas en kamp gällande kostdirektiv. Däremot kan vi argumentera för att livsstilsförändringarna kan ge upphov till ett gott lidande, då lidandet kan bidra till en utveckling (Eriksson, 1994). Eriksson (1994) beskriver vidare att *lidandets mening* uppstår när människan upplever försoning med situationen. Översiktens resultat styrker detta då det framkommer att diabetes har ändrat vissa personer till det bättre, då de uppmärksammar sin hälsa i större utsträckning efter diagnosen. Svenaeus (2003) framhåller å andra sidan *sjukdomens mening* och att den kan förklaras som att den förändrar personernas liv och tolkningar av det och utifrån detta menar vi att sjukdomens mening blir aktuell i relation till lidandets mening. I studien av Delmar et al. (2005) menade författarna att en faktor för att uppnå harmoni kunde vara att personerna anpassade livet utifrån den nya situationen. Att anpassa sig själv utifrån någonting kunde vara utmanande, men om personen

klarade av detta så medförde det att personen omvandlade sig själv utifrån sjukdomen samt att personen uppmärksammade den som en del av sig själv. Anpassningen gjorde även att en väg mot acceptans kunde uppkomma, det handlade om att personen accepterade sig själv och sin situation. Utifrån detta kan vi argumentera för att personer trots sjukdom samt lidande kan uppleva hälsa och att vårdpersonal kan stödja personerna genom att uppmärksamma detta.

I underkategorin "*Känslor kring framtiden*" berördes de begränsningar i livet som sjukdomen kunde medföra och som främst beskrevs av kvinnor. Det framkom att vissa kvinnor kunde uppleva sig vara missgynnade och begränsade på grund av sjukdomen och att tankarna kring framtiden kunde påverka detta. Diabetessjukdomen kunde hindra dem från att göra många saker i livet. *Livslidandet* blir aktuellt då detta uppstår, eftersom det medför en förlust av möjligheten att genomföra sociala angelägenheter (Eriksson, 1994). *Livslidandet* blir även nära relaterat till personens upplevelse av hälsa då hälsoupplevelsen beskrivs i översiktens bakgrund som någonting som kan påverkas av personens upplevelser att vara "i stånd till" att genomföra saker (Dahlberg & Segesten, 2010). Vidare i underkategorin "*känslor kring framtiden*" synliggörs återigen livslidandet samt det onda lidandet då sjukdom kan påverka hela människans livssituation samt då det onda lidandet kan ge upphov till att tillvaron upplevs som hopplös (Eriksson, 1994). Detta berörs delvis av ett fynd från denna kategori som beskrev kvinnornas oro och tankar kring en eventuellt kommande graviditet. De beskrev hur blodglukosnivåerna gav upphov till en oro över deras ofödda barn. Utifrån detta tolkar vi att kvinnornas oro på grund av sjukdomen påverkar hela deras livssituation då de bär på en ständig oro över barnets hälsa och därmed synliggörs livslidandet. Vidare kan vi därför argumentera för att livslidandet synliggörs i relation till personernas kön i denna underkategori då det främst är kvinnorna som uttrycker oro och känslor kring framtiden med diabetes. Vidare upplevde sig kvinnorna vara missgynnade jämfört med de som inte levde med diabetes, utifrån detta menar vi att ett ont lidande kan uppstå.

9. Kliniska implikationer

Resultatet från denna litteraturöversikt har bidragit med kunskap som kan användas för att fördjupa förståelsen kring hur det är att leva med diabetes utifrån olika perspektiv, mer relaterat till sjukdomen eller det förändrade livet. Eftersom översikten framhåller olika perspektiv och nivåer kan förståelsen av hur personerna upplever livet med diabetes fördjupas och därmed bidra till en förståelse för hur vården kan utformas utifrån detta. Resultatet har

visat att upplevelsen av att leva med diabetes skiljer sig åt mellan individerna. Således bör vården utformas individuellt i enlighet med personen och dennes förutsättningar. Det blir särskilt betydelsefullt då vården inte bör bedrivas utifrån hypoteser om vad personerna framhåller som centralt för deras vård, utan utifrån hur de faktiskt upplever sin situation och vad de behöver för att hantera sitt dagliga liv. Det har framkommit att det behövs ett bredare fokus ifrån sjukvården, som inte enbart berör det medicinska kring personen. Personerna upplevde att diabetes var mer än en diagnos som krävde medicinska åtgärder, utan även en sjukdom som gav upphov till tankar och oro.

10. Förslag till fortsatt forskning

Efter sökning på diabetes, som inkluderar de olika diabetestyperna, framkommer det flest resultat på diabetes typ 2. Detta synliggör att det behövs mer forskning om diabetes typ 1. Trots många likheter mellan typerna kan det vara av vikt att belysa perspektivet ifrån personer med just diabetes typ 1 då det verkar finnas brister i forskningen inom detta område. Eftersom diabetes typ 1 i större grad drabbar yngre personer medan typ 2 är vanligare bland äldre så hade forskning kring unga människors upplevelser av diabetes typ 2 och/eller äldres upplevelser av typ 1 bidragit med ett intressant och värdefullt perspektiv.

Det framkommer i bakgrunden av denna litteraturöversikt att diabetes drabbar fler män jämfört med kvinnor. Trots detta verkar forskning kring upplevelser av att leva med diabetes i högre grad beröra kvinnors upplevelser snarare än mäns. Utifrån detta kan forskning förslagsvis fokusera på att belysa just männens upplevelser av att leva med diabetes.

11. Slutsats

Upplevelsen av att leva med diabetes är högst individuell. Män och kvinnor kan genomgå liknande förändringar, så som förändrad självuppfattning, men förändringarna upplevs på olika sätt. Likheter mellan könen blir delvis synliga, främst gällande kvinnors känslor kring framtiden i relation till att få barn, men vidare uttrycks likheter och skillnader i huvudfynden utifrån individerna oavsett om de är kvinnor eller män. Utifrån detta är det centralt att inte generalisera utifrån personens kön utan att istället bemöta individen. Det blir synligt att diabetes kan medföra många tankar i relation till sjukdomen, exempelvis tankar kring eventuella diabetesrelaterade komplikationer samt vilken betydelse mötet med vårdgivaren kan ha för individen. Diabetes kan även påverka personen på ett existentiellt plan då de inre tankar synliggörs, sjukdomen ger upphov till förändringar så som förändringar av sig själv. Personen behöver få möjligheten att tala om sina upplevelser kring sin sjukdom då resultatet

delvis visar på att personer kan uppleva funderingar kring hur framtiden med diabetes kan komma att se ut. Utifrån detta är det därför av vikt att sjuksköterskor inte generaliserar vården och fokuserar på det medicinska, utan att de lyssnar på individens behov.

Referensförteckning

*= artiklar till resultatdelen

- *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(1), 41-47. doi:10.3109/02813432.2012.654193
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Delmar, C., Bøje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Møller, M., Sønder, H., & Pedersen, B.D. (2005). Achieving harmony with oneself: Life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 204–212. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00334.x
- Delmar, C., Bøje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Møller, M., Sønder, H., & Pedersen, B.D. (2006). Independence/dependence- a contradictory relationship? Life with chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 261-268. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00403.x
- Donohue-Porter, P. (2013). Nursing's role in courage development in patients facing complications of diabetes. *Journal of Holistic Nursing*, 31(1), 49-61. doi:10.1177/0898010112461975
- *Due-Christensen, M., Borrild, L., & Larsen, K. (2006). Perception and integration of people living with type 1 diabetes – an empirical study. *European Diabetes Nursing*, 3(1), 13-18. Hämtad från databasen CINAHL Plus with Full Text.
- Edwall, L.-L., Danielson, E., & Öhrn, I. (2010). The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 341-348. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00726.x
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: Patofysiologi, omvårdnad, behandling* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-142). Lund: Studentlitteratur.
- Guðbjörnsdóttir, S., Elisasson, B., Cederholm, J., Zethelius, B., Svensson, A.-M., & Samuelsson, P. (u.å). *Nationella diabetesregistret. Årsrapport 2012 års resultat*. Göteborg: Registercentrum Västra Götaland. Från https://www.ndr.nu/pdf/Arsrapport_NDR_2012.pdf

- *Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H. (2010). Living with type 2 diabetes: `Putting the person in the pilots` seat`. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 12-18. Hämtad från databasen CINAHL Plus with Full Text.
- Hörnsten, Å., Jutterström, L., Audulv, 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(1), 41–51. doi:10.1111/j.1752-9824.2010.01078.x
- Hörnsten, Å., Lundman, B., Almberg, A., & Sandström, H. (2008). Nurses' experiences of conflicting encounters in diabetes care. *European Diabetes Nursing* 5(2), 64-69. doi: 10.1002/edn.112
- *Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 174-182. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03076.x
- International Council of Nurses. (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev. utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>
- Jacobi, S. & MacLeod, R. (2011). Making sense of chronic illness - a therapeutic approach. *Journal of Primary Health Care* 3(2), 136-141. Hämtad från databasen CINAHL Plus with Full Text.
- Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: A qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11(41). doi:10.1186/1471-2296-11-41
- Jeon, Y.-H., Jowsey, T., Yen, L., Glasgow, N.J., Essue, B., Kljakovic, M., Pearce-Brown, C., Mirzaei, M., Usherwood, T., Jan, S., Kraus, S.G., & Aspin, C. (2010). Achieving a balanced life in the face of a chronic illness. *Australian Journal of Primary Health* 16(1), 66-74. doi:10.1071/PY09039
- *Kay, C., Davies, J., Gamsu, D., & Jarman, M. (2009). An exploration of the experiences of young women living with type 1 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 242-250. doi:10.1177/1359105308100208
- Kneck, Å. (2013). *Lärandet i livet med långvarig sjukdom*. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (3. uppl., s. 17-39). Lund: Studentlitteratur.
- *Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: Experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 558-566. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x
- *Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2012). Learning to live with diabetes – integrating an illness or objectifying a disease. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2486-2495. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05947.x.

- *Koch, T., Kralik, D., & Taylor, J. (2000). Men living with diabetes: Minimizing the intrusiveness of the disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9(2), 247-254. doi:10.1046/j.1365-2702.2000.00341.x
- Lundman, B., & Jansson, L. (2007). The meaning of living with a long-term disease. To revalue and be revalued. *Journal of Clinical Nursing* 16(7b), 109-115. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01802.x
- *Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M., & Barata, P. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: A qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 13(1), 1-12. doi:10.1186/1471-2296-13-122
- Mosand, R. D., & Stubberud, D.-G. (2011). *Omvårdnad vid diabetes mellitus*. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (2. uppl., s. 499-528). Stockholm: Liber.
- Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54(2), 151-158. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03799.x
- *Olshansky, E., Sacco, D., Fitzgerald, K., Zickmund, S., Hess, R., Bryce, C., McTigue, K., & Fischer, G. (2008). Living with diabetes: Normalizing the process of managing diabetes. *The Diabetes Educator*, 34(6), 1004-1012. doi:10.1177/0145721708327304.
- *Rasmussen, B., Ward, G., Jenkins, A., King, S.J., & Dunning, T. (2011). Young adults' management of type 1 diabetes during life transitions. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 1981-1992. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03657.x
- 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.
- Socialstyrelsen. (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Artikelnummer 2005-105-1). Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Svenaesus, F. (2003). *Sjukdomens mening: Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (481-495). Lund: Studentlitteratur.
- Whittemore, R., & Dixon, J. (2008). Chronic illness: The process of integration. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 177-187. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x.
- Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 27-43). Lund: Studentlitteratur.
- Yen, L., Gillespie, J., Jeon, Y.-H., Kljakovic, M., Brien, J., Jan, S., Lehbom, E., Pearce-Brown, C., & Usherwood, T. (2010). Health professionals, patients and chronic

illness policy: a qualitative study. *Health Expectations* 14(1), 10-20. doi:
10.1111/j.1369-7625.2010.00604.x

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	Antal träffar	Valda artiklar
CINAHL Plus with Full Text.	Experiences of AND living with AND Diabetes <i>Begränsningar:</i> Scholarly (peer reviewed) Journals År: 2000-2014 Ålder: All adult	79	Handley, Pullon & Gifford (2010) Kay, Davies, Gamsu & Jarman (2009) Kneck, Klang & Fagerberg (2011) Kneck, Klang & Fagerberg (2012) Mathew, Gucciardi, De Melo & Barata (2012)
CINAHL Plus with Full Text	Lifestyle changes AND Diabetes AND Experience <i>Begränsningar:</i> Scholarly (peer reviewed) Journals År: 2000-2014 Ålder: All adult	20	Ahlin & Billhult (2012)
CINAHL Plus with Full Text	Living with AND perception AND diabetes AND Nurs* <i>Begränsningar:</i> Scholarly (peer reviewed) Journals År: 2000-2014 Ålder: All adult	3	Due-Christensen, Borrild & Larsen (2006)
CINAHL Plus with Full Text	Personal understandings AND Diabetes <i>Begränsningar:</i> Scholarly (peer reviewed) Journals År: 2000-2014 Ålder: All adult	2	Hörnsten, Sandström & Lundman (2004)

CINAHL Plus With Full Text	Men living with AND Diabetes AND Nurs* <i>Begränsningar:</i> Scholarly (peer reviewed) Journals År: 2000-2014	14	Koch, Kralik & Taylor (2000)
MEDLINE With Full Text	Perceptions of AND Living with AND Diabetes mellitus AND Nurs* <i>Begränsningar:</i> År: 2000-2014 Ålder: All adult	15	Olshansky, Sacco, Fitzgerald, Zickmund, Hess, Bryce, McTigue & Fischer (2008)
MEDLINE With Full Text	Diabetes AND Transitions in life <i>Begränsningar:</i> År: 2000-2014 Ålder: All adult	29	Rasmussen, Ward, Jenkins, King & Dunning (2011)

Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Ahlin, K., & Billhult, A.	Lifestyle changes- a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study.	2012, Sverige, Scandinavian Journal of Primary Health Care.	Beskriva hur kvinnor hanterar nödvändiga livsstilsförändringar till följd av kronisk sjukdom, diabetes typ 2.	<p>Metod: Kvalitativ studie med djupgående intervjuer.</p> <p>Urval: 10 kvinnor som fanns registrerade på en diabetesdatabas, mellan 37-87 år, med typ 2 diabetes.</p> <p>Datainsamling: Djupgående intervjuer som spelades in, transkriberades och analyserades.</p> <p>Analys: Analys genom Giorgi´s fenomenologiska ansats i fem olika steg. Samt kodning av texterna.</p>	Att göra livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes kan beskrivas som en inre kamp och kvinnorna såg sig själva som orättvist behandlade av livet. Studiens resultat presenterade fem teman som sammanfattningsvis handlade om andra människors delaktighet i kvinnornas liv och att de upplevde sig vara offer pga. stora krav. De upplevde att de hade brister gällande sin kunskap. Trots att kunskap sågs som nödvändigt upplevdes livet fortfarande som en kamp och kunskapen som en börda. Livsstilsförändringarna var även påfrestande då personerna upplevde att de ville göra allt rätt men att deras drift att inte göra rätt skapade en kamp, ex om de kände för att äta någonting de skulle undvika. Slutligen beskrevs personernas resonemang kring att rättfärdiga sitt beteende, ex att hitta anledningar till att avvika från kostrekommendationerna.
Due-Christensen, M., Borrild, L., & Larsen, K.	Perception and integration of people living with type 1 diabetes- an empirical study.	2006, Danmark, European Diabetes Nursing.	Undersöka upplevelser av acceptans, kunskap, socialt stöd och relationen till sjukvården bland vuxna med diabetes typ 1 som har förbättrat sin metabola kontroll.	<p>Metod: Deskriptiv, teoretisk inspirerad och retrospektiv metod.</p> <p>Urval: 10 deltagare (5 män och 5 kvinnor) valdes ut till studien utifrån provsvar ifrån ett ”diabetes center” i Danmark. Deltagarna skulle ha levt med</p>	Resultatet presenterades i 3 teman utifrån de tre olika grupperna och deras copingstrategier gällande deras uppfattning och integration av diabetes för att förbättra sin metabola kontroll: Den första gruppen hade utvecklat uppfattningar över en längre period och de hade integrerat sin sjukdom och beskrev livet som ”före och efter”. Den andra gruppen bestod av personer som

				<p>diabetes typ 1 i mer än 3 år. Deltagarna var mellan 23-71 år.</p> <p>Datinsamling: Fenomenologiska kvalitativa semistrukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades innan analys.</p> <p>Analys: Intervjuerna analyserades utifrån meningskomprimering, enligt Kvale. Svaren jämfördes och likheter/skillnader identifierades och slutligen delades deltagarna in i tre grupper.</p>	<p>hade utvecklat komplikationer och upplevde konsekvenserna av dessa i sitt dagliga liv. Konsekvenserna som komplikationerna medförde ändrade deras upplevelser av att leva med diabetes.</p> <p>Den sista gruppen bevarade en distans till sjukdomen och den var inte integrerad i deras självuppfattning. Deras uppfattning av att leva med diabetes hade inte förändrats sedan de hade diagnostiserats.</p>
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.	Att öka förståelsen för vuxnas (med diabetes typ 2) vardagsupplevelser, speciellt deras tidigare och nuvarande förmåga till egenvård.	<p>Metod: Kvalitativ studie med aspekter från både fenomenologisk och grundad-teori design.</p> <p>Urval: 9 deltagare, (5 kvinnor och 4 män) med diabetes typ 2, mellan 43-79 år. Tiden sedan diagnostiseringen varierade mellan 1-23 år.</p> <p>Datinsamling: semi-strukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades.</p> <p>Analys: Vissa aspekter från grundad-teori användes vid analys för utveckling av teman från dialogen. Detta följdes av en innehållsanalys för att identifiera nya teman.</p>	<p>7 kategorier skapades utifrån datan och slutligen skapades 3 kategorier/teman: Det första temat berör när personen diagnostiseras, fysiska symtom och känslomässiga faktorer som tillsammans påverkar personens upplevelse av balans. Det andra temat handlar om processen att få kontroll genom att anpassa livsstilsförändringarna som är nödvändiga för att hantera tillståndet. Slutligen handlar det sista temat om att ha och bevara kontrollen genom att utveckla en känsla av styrka och integration/acceptans av sjukdomen.</p>

Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B.	Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes.	2004, Sverige, Journal of Advanced Nursing.	Beskriva den personliga förståelsen av sjukdom med andra ord.	<p>Metod: Kvalitativ studie.</p> <p>Urval: 44 deltagare, (21 kvinnor och 23 män) mellan 47-80 år med diabetes typ 2, som blivit diagnostiserade inom de senaste 2 åren. Deltagarna rekryterades från 4 vårdcentraler i Sverige.</p> <p>Datainsamling: Narrativa intervjuer, utifrån en intervjuguide som spelades in och transkriberades ordagrant.</p> <p>Analys: Analys genom kvalitativ innehållsanalys. Texterna lästes sedan upprepade gånger och diskuterades. Det bildades sedan innebördsmeningar som kodades. Sedan uppstod det kategorier med tillhörande underkategorier.</p> <p>.</p>	<p>Resultaten sammanfattas i 6 huvudkategorier och 16 subkategorier.</p> <p>-Uppfattningar kring sjukdomen: berör reflektionerna som baseras på upplevelser från personernas tidigare liv snarare än deras nya upplevelser av att leva med diabetes, exempelvis om diabetesjukdomen var känd sedan innan eller inte samt om diagnosen uppfattades som allvarlig eller inte.</p> <p>-Diagnosens mening: berör personernas känslor eller rollkonflikter, så som att ändra tidigare vanor samt förändrad identitet relaterat till rollförändringarna och upplevelsen av skuld.</p> <p>-Integration av sjukdomen: handlade om att successivt vänja sig vid den nya rollen som en person med diabetes.</p> <p>-Sjukdomens utrymme: värde och prioritering är centralt för det personliga utrymmer som personen fördelar mellan sig själv och sjukdomen.</p> <p>-Ansvar för vården: personens upplevelser av egenvård och delaktighet i medicinska beslut samt mål för personens hälsa och välbefinnande.</p> <p>-Framtidsutsikter: handlar om personernas planer och förhoppningar kring framtiden men även kring oro för framtiden relaterat till diabetesrelaterade komplikationer.</p>
Kay, C., Davies, J., Gamsu, D., & Jarman, M.	An exploration of the experiences of young women living with type 1 diabetes.	2009, Storbritannien, Journal of Health Psychology.	Undersöka unga kvinnors upplevelser av att leva med diabetes typ 1.	<p>Metod: Explorativ kvalitativ studie.</p> <p>Urval: 9 kvinnor mellan 18-24 år med diabetes typ 1, som pratade flytande engelska. Deltagarna rekryterades från specialister inom diabetesvård.</p>	<p>Studien resulterade i 4 huvudteman med subteman:</p> <p>-Relationen till kroppen: kvinnornas syn på sina kroppar kunde förändras och det uppstod ett dilemma mellan vikten kontra hälsan. Vid perioder med stress påverkades kroppen då personerna tog fler risker gällande sin hälsa, så som att glömma att ta sina sprutor.</p> <p>- Personliga utmaningar: berörde</p>

				<p>Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer som spelades in och transkriberades.</p> <p>Analys: Transkriberingen analyserades utifrån en kvalitativ analysmodell, kallad: Interpretative Phenomenological Analysis. Transkriberingen lästes sedan igenom ett flertal gånger. Teman uppstod sedan som bildade kategorier.</p>	<p>utmaningarna relaterat till att ha diabetes, så som att inte kunna leva som alla andra. De kämpade med att uppleva kontroll och vara sårbara och uttryckte rädsla inför framtiden.</p> <p>-Påverkan på relationer: personernas relation till andra människor kunde påverka deras uppfattningar av sig själva och diabetesdiagnosen. De kunde exempelvis uttrycka att de hade funderingar kring hur andra uppfattade dem.</p> <p>-Förändra och anpassa: kvinnornas tankar om förändringarna i dem själva över tid kring hur de resonerar om och hanterar diabetes samt hur de hade anpassat sig till att leva med diabetes.</p>
Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I.	Learning to live with illness: Experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus.	2011, Sverige, Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Att uppnå en förståelse för hur personer upplever hur det är att lära sig att leva med diabetes de första två månaderna efter diagnos.	<p>Metod: Longitudinell, kvalitativ, deskriptiv och tolkande design.</p> <p>Urval: 13 deltagare, (4 kvinnor och 9 män) mellan 26-65 år, med både diabetes typ 1 och 2. Diagnos inom 2 månader. Deltagarna rekryterades från en endokrinologisk avdelning på ett universitet sjukhus i Sverige.</p> <p>Datainsamling: Öppna intervjuer utifrån deltagarnas narrativa/individuella upplevelser. Intervjuerna lästes igenom och sedan bildades meningsinnebörder. Slutligen bildades teman och subteman.</p> <p>Analys: Analys utifrån en innehållsanalys. Texterna lästes i sin helhet, meningsinnebörder skapades och slutligen uppstod subteman och</p>	<p>4 teman som belyste hur personerna upplevde lärandet efter diagnos uppkom:</p> <p>-En ny verklighet tar över: det dagliga livet förändrades efter diagnosen och situationer som tidigare hade varit trygga blev främmande. Fokus på att prioritera och lyssna på kroppen. Sjukdomen gjorde även att personerna resonerade kring förändringar av livsstilen.</p> <p>-Kroppen spelar roll i livet: kroppen blev synlig och fick en aktiv roll i livet och blodsockermätaren var ett verktyg för att förstå hur kroppen fungerade.</p> <p>-Olika sätt att lära sig: ny kunskap behövdes och gammal kunskap behövde omformuleras och reflektion och erfarenheter var en källa för kunskap. Känslor var en del av lärandeprocessen, exempelvis känslor av ovisshet.</p> <p>-Sjukvården som en avgörande partner: sjukvården upplevdes vara betydelsefull om personalen var tillgänglig och inriktade på personens behov.</p>

				teman.	
Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I.	Learning to live with diabetes – integrating an illness or objectifying a disease.	2012, Sverige, Journal of Advanced Nursing.	Belysa meningen av att lära sig att leva med diabetes 3 år efter diagnos.	<p>Metod: Kvalitativ studie.</p> <p>Urval: 13 svensktalande deltagare (4 kvinnor och 9 män) mellan 29-68 år, med skillnader i det sociala livet, medicinsk behandling och patofysiologisk orsak. 5 av deltagarna hade diabetes typ 1 och 8 hade diabetes typ 2. Deltagarna rekryterades från en endokrinologisk avdelning på ett universitet sjukhus i Sverige.</p> <p>Datinsamling: Intervjuer med öppna frågor som fokuserade på personens livsvärld som spelades in och transkriberades.</p> <p>Analys: Analys genom en fenomenologisk och hermeneutisk metod enligt Ricoeur. Texterna lästes igenom och delades in i meningsinnehåll för att sedan kunna relateras till varandra. Teman och subteman bildades sedan.</p>	<p>Studien resulterade i 2 huvudteman med tillhörande subteman:</p> <p>-Att lära sig att fatta beslut genom att använda olika informationskällor: kroppen beskrevs som en bas för beslutsfattande och de lärde sig att lyssna och lita på kroppens signaler. Rutiner upplevdes ge en struktur och att välja hälsosamma alternativ upplevdes vara positivt. Personerna involverade sjukvårdspersonalen i beslutsfattandet kring vilken information de behövde.</p> <p>-Att lösa livspusslet: Deltagarna uttryckte att personer med passande upplevelser var en resurs för att de skulle förstå sig själva bättre. Att lära sig att leva med diabetes uttrycktes även som att känna sig sårbar och vara beroende av andra och att detta gjorde att de skapade en balans mellan att vara självständiga och osjälvständiga. Personerna uttryckte att de växlade mellan att integrera sjukdomen och att skilja den från sig själva.</p>
Koch, T., Kralik, D., & Taylor, J.	Men living with diabetes: Minimizing the intrusiveness of the disease.	2000, Australien, Journal of Clinical Nursing.	Förstå hur människor med diabetes typ 2 integrerar den kroniska sjukdomen i sitt liv.	<p>Metod: Studien använde sig av en PAR-grupp (Participatory Action Research).</p> <p>Urval: Gruppen bestod av 6 män med diabetes typ 2 som frivilligt gick med i gruppen samt 3 experter inom området diabetes.</p>	<p>Resultatet presenterades i 6 teman:</p> <p>-Att må bra: ”Diabetes har ändrat mig till det bättre”: Genom att drabbas av diabetes så gav det anledningar till att vilja ändra livsstilen till det bättre. Sjukdomen gjorde att det utvecklades en hälsosammare livsstil.</p> <p>-Sammanhang: ”Diabetes är inte en sjukdom, det är en del av mitt liv”: att inte se sig själv som sjuk, utan att diabetes är ett tillstånd som</p>

				<p>Datainsamling: Gruppen träffades vid upprepade tillfällen under 4 veckor och samtalen noterades genom handskrivna anteckningar av en ur forskargruppen som sedan transkriberades.</p> <p>Analys: Analys genom en deskriptiv, utforskande metod då problem synliggjordes. De diskuterades sinsemellan forskargruppen. Deltagarna fick feedback kring teman och problem, vilket främjade fortsatt diskussion och validerade analysprocessen.</p>	<p>är accepterat.</p> <p>-Val av mat: ”Du väljer vad du kan äta”: medvetenhet gällande kosten och att ha diabetes.</p> <p>-Komplikationer: ”betyder att ta hand om sig själv på ett bättre sätt”: Att ta hand om sig själv för att inte drabbas av komplikationer.</p> <p>-Kontroll: ”Jag vet vad jag måste göra”: att ha kontroll över vad som påverkade blodsockernivån och kontroll över kosten.</p> <p>-Partnerskap: ”Du kan inte beskylla kocken för din obetänksamhet”: relationen till sin partner, som oftast var involverad i deras livsstil.</p>
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.	Att öka förståelsen gällande skillnader i egenvård, specifika behov, barriärer och utmaningar bland kvinnor och män som lever med diabetes typ 2.	<p>Metod: Kvalitativ studie.</p> <p>Urval: 35 deltagare med (51 % kvinnor och 49 % män) med en genomsnittlig ålder på 57 år. Deltagarna rekryterades från ett diabetesutbildningscenter (DEC).</p> <p>Datainsamling: Insamling av data skedde genom 5 fokusgrupper och 9 individuella intervjuer utifrån en intervjuguide, dessa spelades in och transkriberades.</p> <p>Analys: Analys genom en temaanalys, av Meyrick. Kodning skedde sedan individuellt av tre av forskarna.</p>	<p>5 huvudteman uppstod och presenterades i resultatet:</p> <p>-identitet och tydliggörande som en person som lever med diabetes: att antingen identifiera sig själv som en person som har diabetes eller försöka undanhålla diagnosen i sociala sammanhang.</p> <p>-Självkontroll av blodsockernivåer: Att kunna kontrollera blodsockernivån själv ansågs betydelsefullt och att kontroll kunde finnas när deltagarna visste vad som påverkade blodsockernivån.</p> <p>-Dietsvårigheter: bekymmer gällande restriktioner kring kosten, och att behöva avstå från kost som inte rekommenderats.</p> <p>- Användande av resurser rörande diabetes: olika slags källor för att skaffa sig information om sjukdomen föredrogs.</p> <p>-Socialt stöd: Deltagarna använde sig av olika strategier gällande att involvera exempelvis</p>

				Det kunde sedan utformas teman och subteman.	familjen, vissa lät familjen vara delaktig i deras livsstil medan andra höll familjen utanför detta.
Olshansky, E., Sacco, D., Fitzgerald, K., Zickmund, S., Hess, R., Bryce, C., McTigue, K., & Fischer, G	Living with diabetes: Normalizing the process of managing diabetes.	2008, USA, The Diabetes Educator.	Undersöka uppfattningar om upplevelserna av att leva med och hantera sin diabetes.	<p>Metod: Kvalitativ studie med en grundad teori som grund.</p> <p>Urval: Totalt 39 deltagare. Deltagarna skulle vara diagnostiserade med diabetes och äldre än 21 år samt engelsktalande.</p> <p>Datansamling: 10 fokusgrupper med 2-7 deltagare i varje grupp. Datansamlingen transkriberades sedan.</p> <p>Analys: Analys skedde genom en konstant jämförande analysmodell. Uppfattningen av datan diskuterades sedan sinsemellan författarna.</p>	<p>Ett övergripande tema uppkom: Att normalisera en identitet som en person som har diabetes: identitetsförändringar som sjukdomen medför, att identifierade sig själva med att ha diabetes. Att kämpa med att försöka se sig själva som en person som har diabetes istället för en "diabetes-person". Även 4 kategorier framkom:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Att ta till sig en identitet relaterat till att ha diabetes: diabetes är inte bara var en sjukdom utan även någonting som går att identifiera sig med. -Rädsla relaterat till att ha diabetes: rädslor till de konsekvenser som diabetes kan orsaka, exempelvis komplikationer. -Känna sig annorlunda än andra: att känna sig annorlunda jämfört med personer som inte har diabetes. -Normalisera livsstilsförändringar: att så småningom kunna anpassa sig till sjukdomen.
Rasmussen, B., Ward, G., Jenkins, A., King, S.J., & Dunning, T.	Young adults' management of Type 1 diabetes during life transitions.	2011, Australien, Journal of Clinical Nursing.	Identifiera livstransitioner som troligen påverkar diabetesvården bland unga människor med typ 1 diabetes och deras copingstrategier under transitionerna.	<p>Metod: Kvalitativ tolkande studie.</p> <p>Urval: 20 deltagare (15 kvinnor och 5 män) mellan 18-38 år, med typ 1 diabetes. Deltagarna rekryterades genom annons på ett sjukhus samt från en stödgrupps web-sida, båda riktade sig mot unga vuxna med diabetes typ 1.</p> <p>Datansamling: Semi-strukturerade intervjuer utifrån ett intervju-schema som spelades in och transkriberades ordagrant.</p>	<p>Livet består av olika transitioner som kan upplevas vara stressande och som påverkar blodsockernivåerna. Två olika typer av transitioner presenterades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - transitioner i det vanliga livet: de transitioner som vanligtvis sker i livet i relation till sjukdomen. - transitioner som involverade diabetessjukdomen: Att bli diagnostiserad, utveckla komplikationer, använda insulinpump, samt att åka på diabetesläger. 5 olika copingstrategier för att hantera de olika transitionerna framkom: -Att själv agera för att minska risken för svängande blodsocker. -Hantera diabetes genom att använda tidigare

				<p>Analys: Analys genom en konstant jämförande analysmetod enligt Glaser. Kodning skedde sedan med hjälp av en öppen kodningsteknik. Koderna grupperades sedan i kategorier. Kategorierna delades sedan upp i slutgiltiga teman.</p>	<p>erfarenheter. -Komma i kontakt med andra som har diabetes. -Aktivt söka information för att lappa ihop kunskap. -skapa ett perspektiv till sjukdomen.</p>
--	--	--	--	---	--