



Helena Burström och Jenny Gerdin

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Vetenskaplig metod och examensarbete 22 hp, Kurs V61, VT2012

Grundnivå

Handledare: Vera Dahlqvist

Examinator: Charlotte Prah

”Den är konstant, varje dag, varje timme...” – upplevelser av egenvård hos patienter med diabetes typ 2

”It is constant, it is every day, every hour...” – perceived facilitators and barriers to self-management by patients living with diabetes type 2

Sammanfattning

Bakgrund: Allt fler människor drabbas av den kroniska sjukdomen diabetes typ 2. Att leva med sjukdomen upplevs olika, av vissa som en naturlig del av livet, av andra som något patologiskt. Delaktighet och egenvård har nära samband för att patienten ska kunna anpassa sig till den nya situationen. För att kunna stötta patienterna och motivera till god egenvård är det också viktigt för hälso- och sjukvården att ha kunskap om patienters upplevelser av egenvård.

Syfte: Syftet var att utifrån ett patientperspektiv beskriva upplevelser av främjande respektive hindrande faktorer i egenvården hos patienter med diabetes typ 2.

Metod: En litteraturstudie genomfördes baserad på tio kvalitativa artiklar insamlade från databaserna Cinahl och PubMed. Artiklarna analyserades genom att identifiera gemensamma nämnare i artiklarnas resultat och därefter skapades teman.

Resultat: Tre huvudteman med tillhörande subteman identifierades. I huvudtemat Främjande och hindrande faktorer i mötet med andra beskrivs hur människor i patientens omgivning upplevs som främjande respektive hindrande för egenvården. Huvudtemat Främjande och hindrande faktorer i mötet med sig själv handlar om faktorer i relation till patienten själv och i det tredje huvudtemat, Främjande och hindrande faktorer i mötet med praktiska omständigheter, presenteras upplevelser av hur egenvården påverkas av praktiska faktorer.

Diskussion: Resultatet visar sig gå i linje med tidigare forskning inom området. Centrala faktorer som visat sig påverka egenvården, såsom familj och vårdpersonal/vårdorganisation, diskuteras också utifrån hur de påverkar hälsan. I enlighet med andra studier visar resultatet även att vissa faktorer upplevs främjande/hindrande beroende på patienternas ursprung eller landet de bor i.

Nyckelord: diabetes typ 2, egenvård, patient, upplevelser, främjande och hindrande

Abstract

Background: The number of people living with diabetes type 2 increases. Perceptions of living with the disease differ; some see it as a natural part of life whilst others see it as pathological. Self-management and involvement in care are central for the patient's opportunity adjusting to the new situation. Health care needs knowledge about patients' perceptions of self-management for being able to motivate them.

Aim: The aim was to describe perceived facilitators and barriers to self-care by patients living with diabetes type 2.

Method: A review was carried out, which included ten qualitative articles collected through the databases Cinahl and PubMed. The articles were analysed by identifying common denominators in the articles' results. Themes were created.

Results: Three main themes with associated subthemes were identified. Facilitators and barriers in the meeting with others focus on how people in the patient's environment are perceived as a facilitator and/or a barrier. Facilitators and barriers in the meeting with oneself, describes how the patient herself affects the self-management. In Facilitators and barriers in the meeting with practical circumstances, factors in relation to the patient's practical environment are presented.

Discussion: The result goes in line with previous research. Areas, which turned out to be central for the patients' self-management, such as family and different aspects of health care, are also discussed in relation to health. Additionally, some perceived facilitators/barriers are in accordance to other studies shown to be more or less prominent depending on the patients' origin or country they live in.

Key words: diabetes type 2, self-management, patient, perceptions, facilitators and barriers

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
2	Bakgrund	1
2.1	Egenvård och delaktighet	2
2.2	Upplevelser av egenvård	3
2.3	Diabetes	3
2.3.1	Prevalens och incidens	4
2.4	Diabetes typ 2	4
2.4.1	Riskfaktorer, symtom och diagnostisering	4
2.4.2	Komplikationer och behandling	5
2.5	Problemformulering	5
3	Syfte	6
4	Teoretisk referensram	6
4.1	Hälsa ur ett holistiskt perspektiv	7
5	Metod	8
5.1	Datainsamling	8
5.2	Urval	8
5.3	Dataanalys	9
6	Forskningsetiska överväganden	10
7	Resultat	10
7.1	Främjande och hindrande faktorer i mötet med andra	11
7.1.1	Vårdpersonal	11
7.1.2	Andra i omgivningen	12
7.2	Främjande och hindrande faktorer i mötet med sig själv	13
7.2.1	Anpassning till ny livssituation	14
7.2.2	Drivkraft	15
7.2.3	Kunskap	15
7.2.4	Personlig inställning	16
7.2.5	Den egna fysiska kroppen	17
7.3	Främjande och hindrande faktorer i mötet med praktiska omständigheter	17
7.3.1	Vårdkvalitet	17
7.3.2	Ekonomiska förutsättningar	18
7.3.3	Tid	19

8	Diskussion	19
8.1	Metoddiskussion	19
8.2	Resultatdiskussion	20
8.2.1	Familjen och partners betydelse för egenvård och hälsa	21
8.2.2	Förmåga till anpassning, med fokus på kosten, och dess betydelse för egenvård och hälsa	21
8.2.3	Vårdpersonalens och vårdorganisationens betydelse för egenvård och hälsa ..	22
8.2.4	Upplevelser av egenvård och hälsa beroende på patientens ursprung eller vilket land hon/han bor i	24
8.3	Praktiska implikationer och förslag till fortsatta studier	25
	Referensförteckning	26
	Bilaga 1	30
	Bilaga 2	31

1 Inledning

Antalet människor som lever med den kroniska sjukdomen diabetes ökar – år 2030 beräknas 366 miljoner människor världen över leva med sjukdomen. Ökningen gäller främst diabetes typ 2 (World Health Organisation, 2004).

Detta tillsammans med ett intresse för att öka vår kunskap om och förståelse för sjukdomen och dess konsekvenser för individen, ledde oss in på spåret att studera patienters upplevelser av egenvård. En insikt i sjuksköterskans centrala roll i patientens omvårdnad och egenvård erhöles efter placering som sjuksköterskestudent på en diabetesvårdavdelning. Detta gjorde att vi valde att lägga fokus på patientupplevelser av faktorer som främjar respektive hindrar en god egenvård.

2 Bakgrund

Att leva med diabetes innebär att leva med en kronisk sjukdom. Delmar et al. (2006) beskriver att människan själv beslutar hur hon vill leva, vad ett värdigt liv innebär och hur hon vill handskas med en situation och ta itu med villkoren som den kroniska sjukdomen för med sig. Att inte välja är också ett val som görs och ibland är valet så svårt att det kan upplevas som att välja mellan pest eller kolera. Att kunna ta ansvar över sitt eget liv, att känna självständighet och självkontroll upplevs som betydelsefulla värden för patienter, men även känslor av skuld, straff och synd är, enligt Delmar et al. (2006), framträdande hos patienter med kronisk sjukdom. Centralt är att erfarenheterna som patienterna beskriver är liknande oavsett diagnos.

Hörnsten, Sandström och Lundman (2004) har studerat upplevelser hos patienter med diabetes typ 2. Några upplever sin diabetes som en naturlig del av livet, som någonting kopplat till den åldrande kroppen eller något som förväntas att komma förr eller senare eftersom den redan finns bland många släktingar. Andra upplever det som något onormalt och patologiskt. Några ser sjukdomen som något odramatiskt men jobbigt, någonting man måste acceptera och stå ut med, medan vissa upplever sjukdomen som någonting allvarligt och livshotande, utan möjlighet att göra någonting åt.

En positiv aspekt som kan följa av sjukdomen har beskrivits vara att den bland annat ger motivation till en hälsosammare livsstil och blir en utgångspunkt för ett nytt liv (Hörnsten, Sandström & Lundman, 2004). Efter en tid med sjukdomen kommer också ett självförtroende som gör människan till expert på sin egen sjukdom och hjälper henne att själv kunna bestämma vilka råd hon vill ta till sig från sjukvård, familj och andra i samhället (Hood, Huber, Gustaffson, Scambler & Asimakopoulou, 2009).

2.1 Egenvård och delaktighet

Egenvården är en central aspekt av att leva med diabetes. Egenvård kan definieras som de åtgärder den enskilde individen kan vidta vid enkla och vanliga symtom, sjukdomar och skador (Egenvård, n.d.). Orem (1995, s.103) utvecklar begreppet i sin beskrivning när hon menar att egenvård innebär människors sätt att ta hand om sig själva i sin dagliga tillvaro och deras förmåga att styra interna och externa faktorer som påverkar individens funktionalitet och utveckling.

För att patienter, framför allt de som lever med en kronisk sjukdom, ska kunna anpassa sig till sin nya situation och nå välbefinnande är det inte möjligt att fatta beslut ”över huvudet” på patienten (Björvell & Insulander, 2008, s.91). Patienten har nämligen en unik kunskap om sig själv, sina egna levnadsförhållanden och andra förutsättningar som kan komma att påverka egenvården (Socialstyrelsen, 2012b). Söderholm Werkö (2008, s.7) visar på liknande då hon menar att läkare kan lära sig att bli experter på att hantera sjukdomar, men det är bara patienten själv som kan vara expert på hur hon hanterar sina egna livsförhållanden. Även Dahlberg och Segesten (2010, s.109-110) poängterar att patienten måste få möjlighet att, i mötet med vårdpersonal, dela med sig av sina erfarenheter för att få en god vård. Ovanstående belyser vikten av delaktighet i vården för patientens möjlighet till en god egenvård. Socialstyrelsen (2012b) poängterar särskilt delaktighet hos patienter med kronisk sjukdom för kvalitet och säkerhet i vården.

Patienters delaktighet i vården handlar enligt Dahlberg och Segesten (2010, s.112) om patientens möjlighet att själv påverka och ta ansvar för sin hälsosituation. En patient som inte tillåts vara delaktig i sin egen vård kränks som individ (Wiklund, 2003, s.201). Vidare beskrivs att delaktighet främjas när patienten blir sedd som en unik person med individuella behov och förutsättningar (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2007) och inte bara som en patient med en sjukdom (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003, s.95).

Patientens rätt till delaktighet i sin egen vård regleras också i lag. Vården ska, enligt Patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659, 6 kap. 1 §), så långt som möjligt utformas i samråd med patienten och enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763, 2a §) ska vården även bygga på respekt för patientens självbestämmande.

I förståelsen av delaktighetsbegreppet är det dock viktigt att även poängtera att innebörden av begreppet inte är att vården ska leverera det patienten ”vill ha” (Dahlberg och Segesten, 2010, s.110). Det handlar inte om ett antingen-eller, utan om ett samspel där båda parternas ställningstaganden och åsikter visas hänsyn, respekteras och integreras i vården.

Vårdaktiviteter som syftar till förändring där patienten själv är aktiv anses främja patientens delaktighet och även förmåga till egenvård (Wiklund, 2003, s.194). Hos människor med diabetes har ett aktivt deltagande i egenvård uppmärksammats som en av de mest centrala faktorerna för effektiv vård och behandling (Socialstyrelsen, 2012a).

2.2 Upplevelser av egenvård

Patienters förmåga till egenvård påverkas av såväl hindrande som främjande faktorer.

Polonsky (1999/2002, s.29-38) redovisar tre huvudområden för de hinder som kan göra det svårt att hantera sin egenvård: personliga, mellanmänskliga och miljömässiga. De områden som hör till de svåraste att hantera för människor med diabetes typ 2, har beskrivits vara kost, fysisk aktivitet och stress (Sprague, Armstrong Shultz & Branen, 2006). Gamla kostvanor, lättillgänglig frestande mat och smärta vid fysisk aktivitet kan exemplifiera hinder i relation till kost och fysisk aktivitet (Anderson-Loftin & Moneyham, 2000).

Främjande faktorer är till exempel stöd från andra samt inspiration som visar på hopp för ett normalt liv (Anderson-Loftin & Moneyham, 2000). Det senare poängteras även av Gomersall, Madill och Summers (2011), som också framhåller stöd utifrån kulturella aspekter som en viktig del i förmågan att sköta sin sjukdom, till exempel stöd från sin Gud.

Sjukvårdspersonalens betydelse för egenvården hos människor med diabetes har också framhållits som en främjande faktor i ett antal studier (Gomersall et al., 2011). Sprague et al. (2006) visar på att råd från hälso- och sjukvården, inom områdena kost och fysisk aktivitet, har stor betydelse för patienternas målsättning i förhållande till sin sjukdom. Liknande har framkommit i en studie bland afroamerikaner, där en vanligt förekommande strategi för att lära sig hantera sin sjukdom är att söka information från sjukvården (Anderson-Loftin & Moneyham, 2000). Stöd i form av personal som visar vilja till att hjälpa, är uppriktiga, litar på patienten och inte är dömande anses också viktigt. Även Hörnsten, Lundman, Selstam och Sandström (2004) beskriver att patienter är nöjda med sjukvårdens bemötande när personalen visar empati och en förståelse för det arbete som krävs i relation till egenvården.

Vårdpersonalens bemötande och rådgivning är således viktiga faktorer för patienter med diabetes typ 2. Patienter behöver utbildning för att kunna ta ansvar för sin egen vård, vilket förutsätter att vårdpersonal har goda kunskaper om sjukdomen (Socialstyrelsen, 2010).

2.3 Diabetes

World Health Organisation (1999) definierar diabetes som en metabolisk sjukdom som karaktäriseras av kronisk hyperglykemi med störningar i kroppens kolhydrat-, fett- och proteinmetabolism. Störningarna uppkommer på grund av brister i insulinsekretionen

och/eller möjligheten för kroppen att dra nytta av insulinet, således de processer som reglerar glukoskoncentrationen i kroppen (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist & Östenson, 2007, s.23).

2.3.1 Prevalens och incidens

Den globala utvecklingen av antalet människor som lever med diabetes ökar (Danaei et al., 2011) och framför allt i länder med stigande levnadsstandard (Hellerström, Kaj, Dock, Cederquist & Wallenberg-Henriksson, 2002). Enligt World Health Organisation (2011) lider 346 miljoner människor över hela världen av diabetes och 3.4 miljoner människor uppskattades dö till följd av sjukdomen år 2004.

I Sverige lever cirka 365 000 människor med diabetes, ungefär hälften är i yrkesverksam ålder och något fler kvinnor än män är drabbade (Socialstyrelsen, 2009a). Diabetes är också vanligare bland personer med låg utbildningsnivå eller med arbetaryrken, i synnerhet hos män (Socialstyrelsen, 2005a). Vidare beskrivs att förekomsten av diabetes har ökat med drygt 40 procent i Sverige sedan 80-talet, mycket beroende på den förändrade åldersstrukturen som innebär att människor lever allt längre, men även på grund av den minskade dödligheten i diabetes.

Majoriteten av alla människor med diabetes lider av typ 2, såväl i Sverige som i världen. Både Socialstyrelsen (2009a) och World Health Organisation (2011) rapporterar att omkring 90 % av alla diabetesfall är av denna typ.

2.4 Diabetes typ 2

Orsakerna bakom diabetes typ 2 är inte helt klarlagda. Fastställt är dock att insulinproduktionen inte är utslagen utan att det råder en brist på insulin, antingen beroende på minskad frisättning eller att vävnaderna har nedsatt känslighet för insulin. Oavsett orsak kommer för lite glukos in i cellerna, vilket leder till att blodsockerkoncentrationen i blodet höjs (Alvarsson et al., 2007, s.23-24, 32).

2.4.1 Riskfaktorer, symtom och diagnostisering

Framträdande riskfaktorer för diabetes typ 2 är övervikt och fetma, framför allt bukfetma (Alvarsson et al., 2007, s.24, 30). Sjukdomen har också visat sig förekomma i större utsträckning hos människor med samtidigt förekommande bukfetma, hypertoni och dyslipidemi (World Health Organisation, 2012). Sjukdomsriskerna ökar också vid rökning och riskkonsumtion för alkohol (Socialstyrelsen, 2009b), låg fysisk aktivitet och ohälsosam diet (World Health Organisation, 2012). I en studie av Hu et al. (2001) framhålls just livsstilsrelaterade faktorer innebära en markant risk för kvinnor att drabbas av diabetes typ 2.

Ärftlighet är ytterligare en riskfaktor. Det är dock inte klarlagt hur ärftligheten påverkar, men risken ökar när nära släktingar har sjukdomen (Socialstyrelsen, 2009a).

Symtom vid diabetes typ 2 är ökad törst och ökade urinmängder, klåda i underlivet, urinvägsinfektioner, trötthet, torrhet i munnen (Alvarsson et al., 2007, s.55) samt oförklarlig viktnedgång och synnedsättning (World Health Organisation, 2012). En vanlig metod för att diagnostisera sjukdomen är att vid upprepade tillfällen testa fasteblodsockret, det vill säga blodsockerkoncentrationen i blodet efter åtta timmars fastande. Värdet över 7.0 mmol/l vid samtliga tillfällen fastställer diagnos (World Health Organisation, 1999).

2.4.2 Komplikationer och behandling

Obehandlad diabetes kan innebära en rad komplikationer för kroppens organ, vanligtvis tillstöter de efter många års sjukdom (Alvarsson et al., 2007, s.122-125). Kroppens kärl, små (mikro) som stora (makro), är särskilt utsatta. *Mikroangiopati* orsakar till exempel synnedsättning och påverkar njurfunktionen negativt. Åderförfettning och senare åderförkalkning vid *makroangiopati* ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar, däribland hjärtinfarkt och stroke. *Neuropati*, förändringar i kroppens nerver, är en annan konsekvens av diabetes. Detta kan på sikt orsaka nedsatt känsel i extremiteterna samt sämre blodcirkulation i huden och således öka risken för fotsår.

Att minska risken för komplikationer är en viktig aspekt av behandlingen av diabetes typ 2 (Alvarsson et al., 2007, s. 76-77, 129). Till det övergripande målet för behandlingen hör också att undvika kraftiga blodglukossvängningar samt sträva efter god livskvalitet. Tablett- och/eller insulinbehandling kan ibland vara nödvändigt för patienter med diabetes typ 2. National Diabetes Information Clearinghouses (2008) rekommenderar patienterna att följa sin individuella måltidsplanering, ta sina mediciner som bestämt, att vara fysiskt aktiva och regelbundet kontrollera blodglukoskoncentrationen för att sköta sin diabetes på ett bra sätt. Till den viktigaste delen i behandlingen hör livsstilsförändringar (Socialstyrelsen, 2009b), förändringar gällande kostvanor och fysisk aktivitet är särskilt framträdande (Socialstyrelsen, 2009a; Socialstyrelsen, 2010). För att kunna anpassa sig till en hälsosam diet och livsstil menar Hu (2011) att såväl individuella beteendeförändringar som förändringar i den sociala miljön är nödvändigt.

2.5 Problemformulering

Oavsett behandlingsform, poängteras patienters eget ansvar och delaktighet i sin egen vård (Socialstyrelsen, 2009b). Det ställs således stora krav på att människor själva ska kunna handskas med sin sjukdom och sköta en stor del av sin vård på egen hand. Människor som

lever med diabetes kan idag leva ett självständigt och oberoende liv med möjligheter att sköta sin diabetes på bästa sätt. Det krävs dock stora insatser från hälso- och sjukvården för att kunna ge patienterna goda förutsättningar för att lyckas med sin egenvård, något som också framhålls av World Health Organisation (2012).

Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005b) ska sjuksköterskan på ett respektfullt och lyhört sätt kunna ge stöd och vägledning för att möjliggöra patienters optimala delaktighet i vård och behandling. Vidare ska sjuksköterskan ge information och undervisa patienter och förvissa sig om att given information är uppfattad korrekt samt uppmärksamma patienter som inte själva visar sitt informationsbehov eller som har ett speciellt uttalat informationsbehov.

Diabetesvården kan anses utgöra ett tydligt exempel på område där kvaliteten på information och undervisning som ges kan innebära en avgörande främjande faktor eller ett stort hinder för patienters motivation till egenvård. Individanpassad information utifrån patienternas olika behov och förutsättningar måste kunna erbjudas. Litteraturstudiens författare anser därför att det är av stor vikt att vårdpersonalen har kunskap om patienters upplevelser om vilka faktorer han/hon tycker är främjande respektive hindrande för att kunna motivera och stötta patienterna till en god egenvård.

3 Syfte

Syftet är att utifrån ett patientperspektiv beskriva upplevelser av främjande respektive hindrande faktorer i egenvården hos patienter med diabetes typ 2.

4 Teoretisk referensram

Teoretisk referensram för denna litteraturstudie är begreppet hälsa och återspeglas i studiens resultatdiskussion. Hälsa valdes som teoretisk referensram mot bakgrund av att flera författare lyfter att det finns en relation mellan egenvård och hälsa. Orem (1995, s.103-104) menar att förmågan att kunna ta hand om sig själv i sin dagliga tillvaro är en förutsättning för såväl välbefinnande som hälsa. Vidare beskriver Liljeberg (2005) att det finns ett nära samband mellan förmågan att påverka sin egen situation och hälsa. Dessutom poängterar Socialstyrelsen (2010) att människan kan göra mycket på egen hand för att påverka sin hälsa positivt eller negativt.

Hälsa som begrepp har dock många olika innebörder och definitioner (Kallenberg & Larsson, 2004, s.25). Begreppet kan definieras utifrån ett synsätt där hälsan existerar när de biologiska systemen fungerar optimalt, eller utifrån ett holistiskt synsätt, som innebär en

helhetssyn på människan och även innefattar människors upplevelse av välbefinnande (Dahlberg & Segesten, 2010, s.51-56).

Eftersom diabetes är en kronisk sjukdom, kan hälsa för en individ med diabetes aldrig innebära ett tillstånd utan sjukdom. Hälsa måste definieras utifrån ett bredare hälsobegrepp. Således utgår denna litteraturstudie från hälsa sett ur ett holistiskt perspektiv. Egenvården blir därmed en åtgärd för att hantera befintlig sjukdom och skapa förutsättningar för hälsa utifrån en helhetssyn på människan. Att uppnå hälsa blir en drivkraft för att arbeta med egenvård.

4.1 Hälsa ur ett holistiskt perspektiv

I definitionen från år 1948 beskriver World Health Organisation hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykisk och socialt välbefinnande och ej endast frånvaro av sjukdom eller funktionshinder. En senare utveckling av definitionen betonar hälsa som en resurs i det dagliga livet där personliga och sociala egenskaper såväl som fysiska resurser inbegrips (World Health Organisation, 1986).

Medin och Alexanderson (2000, s.69-70) presenterar i sin litteraturstudie olika syner på hälsa utifrån teman. Tre teman beskriver hälsa utifrån ett holistiskt perspektiv. Ett av dem handlar, likt World Health Organisations syn på hälsa, om hälsa som resurs, ett hjälpmedel för individen att nå de mål hon har i livet. I de två andra beskrivs hälsa som upplevelse eller process. Hälsa som upplevelse är synonymt med att uppleva ett välbefinnande. Hälsa som en process innebär att hälsa är ett föränderligt och påverkbart tillstånd och som utvecklas i relationen till individen, handling och omgivning.

Hur man väljer att se på människan påverkar synen på hälsa (Kallenberg & Larsson, 2004, s.27). Vårdvetenskapen som disciplin vilar sin syn på människan utifrån en humanvetenskaplig grund, där människan förstås som helhet, som en enhet av kropp, själ och ande (Eriksson, 1986, s.13). Denna humanistiska människosyn har inom omvårdnaden haft betydelse för hur olika teoretiker väljer att beskriva hälsa. Antonovsky menar att människan rör sig mot hälsa genom en känsla av sammanhang (KASAM) (Antonovsky, 1987/2005, s.25-62) och en annan teoretiker, Eriksson, ser hälsa som sundhet, friskhet och välbefinnande (Eriksson, 1986, s.32-48). Orem menar att hälsa uppkommer när människan är strukturellt och funktionellt hel och sund (Orem, 1995, s.96-97).

Ett holistiskt hälsobegrepp med en helhetssyn på människan innebär också att varje individ kan och har rätt att avgöra vad hälsa innebär för den egna personen, med andra ord ska hälsa alltid relateras till den berörda individen, dennes situation och mål i livet (Statens Folkhälsoinstitut, 2004). I dagens samhälle värderas hälsa högt, den har blivit ett viktigt värde

för många, för vissa till och med en del av livets mening (Kallenberg & Larsson, 2004, s.18).

5 Metod

Metoden för examensarbetet är en litteraturstudie. Detta innebär, enligt Friberg (2006b, s.115), en studie som används för att skapa en beskrivande översikt av ett kunskapsområde.

Litteraturstudien baseras på enbart kvalitativa studier, eftersom syftet var att beskriva patienters *upplevelser*. Friberg (2006a, s.105) menar att kvalitativa studier bidrar till en bättre förståelse för hur patienters upplevelser och behov kan mötas. Detta kan betonas vara särskilt viktigt inom diabetesvården.

5.1 Datainsamling

Litteraturstudiens datakällor var litteratur i form av vetenskapligt granskade artiklar.

Sökvägarna som användes var databasererna Cinahl plus with full text, PubMed och Nursing & Allied Health Source. Vid sökningar i PubMed användes också funktionen "Related citations".

Som sökord användes "type 2 diabetes", "self-care", "self-management", "self-regulation", "lived experience", "adult", "patient" och "qualitative". De begränsningar som användes vid sökningarna var "Humans", "Languages: English, Swedish" och "Full text". Även relevanta ålderskategorier kryssades i. Inga begränsningar gjordes avseende det geografiska läget. Dels på grund av att världens länder blir allt mer mångkulturella, vilket också syns inom vården, och dels finns många studier som undersöker minoritetsgruppers upplevelser av faktorer som påverkar egenvården.

Studien hade följande inklusionskriterier: artiklar där patienterna hade diabetes mellitus typ 2, där patienterna var 18 år eller äldre och där patienterna haft sin sjukdom minst ett år. I en studie (Chlebwoy, Hood & LaJoie, 2010) varierar dock sjukdomsdurationen mellan mindre än ett till mer än 25 år. Men eftersom medellängden var tio år och artikelns innehåll ansågs vara av stor relevans för denna litteraturstudies syfte, beslutades den ändå för att inkluderas.

Inga artiklar från Nursing & Allied Health Source inkluderades i litteraturstudien, eftersom de relevanta studier som hittades där redan hade inkluderats från Cinahl plus with full text eller PubMed. Detaljerad information om sökningarna redovisas i bilaga 1.

5.2 Urval

Efter varje sökning valdes artiklar med irrelevanta titlar för litteraturstudiens syfte bort. Kvarvarande artiklars abstrakt lästes. Därefter valdes artiklar bort, vars abstrakt beskrev upplevelser av egenvård hos patienter med diabetes typ 1 eller enbart fokuserade på

upplevelser av att leva med diabetes som sjukdom istället för upplevelser av egenvård. Om abstraktet visade att artikeln var relevant för litteraturstudien lästes artikeln som helhet av båda författarna. Artikeln kvalitetsgranskades sedan utifrån Fribergs (2006b, s.119-120) förslag på frågor vid granskning av vetenskapliga studier och beslöts därefter för att inkluderas i resultatet eller ej. Exempel på de frågor som ställdes vid kvalitetsgranskningen var: Vad är syftet, är det klart formulerat? Hur analyserades data? Förs några etiska resonemang? Kvaliteten på artiklarna bedömdes också översiktligt genom att använda Lincoln och Gubas kriterier, återgivna av Polit och Beck (2010, s.492-493), för hur kvalitativa studier kan uppnå ett tillförlitligt resultat. Detta innebar att artiklarnas resultats *credibility* (övertygelse om att presenterad data är sann), *dependability* (trovärdighet över en längre tid och i andra sammanhang), *confirmability* (datan representerar deltagarnas åsikter), *transferability* (möjligheten att kunskapen kan appliceras i andra kontexter) och *authenticity* (datan representerar olika verkligheter) beaktades.

Totalt ingår tio artiklar i litteraturstudiens resultat (se bilaga 2). Nio av artiklarna är rent kvalitativa. I den artikel som använder sig av blandad metod valdes dock att endast använda artikelns kvalitativa resultat.

5.3 Dataanalys

Analysen utgick från Friberg (2006a, s.110-112) och genomfördes som följer:

Samtliga artiklar lästes noggrant igenom flera gånger av litteraturstudiens båda författare på var sitt håll. I artiklarnas resultat identifierade båda författarna nyckelfynd i form av meningar som svarade på litteraturstudiens forskningsfråga, det vill säga meningar som innehöll främjande och hindrande faktorer för egenvården. Författarna skrev ned dessa meningar i var sitt dokument.

De identifierade meningarna gick sedan igenom gemensamt av litteraturstudiens författare. Detta för att jämföra hur och på vilket sätt de ansåg att artiklarna svarade på litteraturstudiens syfte. I de få artiklar som inte uppfattats på samma sätt, resonerades en samsyn fram. Ord som motsvarade främjande eller hindrande faktorer för egenvården i respektive identifierad mening skrevs över till ett enskilt dokument.

Av ord som hade gemensamma nämnare skapades huvudteman som innehöll både hindrande och främjande faktorer. Varje huvudtema granskades ytterligare och delades upp i subteman för att på ett tydligare sätt kunna presentera resultatet (se tabell 1). De faktorer som handlade om samma sak, till exempel önskan om att få se sina barnbarn växa upp och att vilja

leva ett hälsosamt liv även som gammal, hamnade under samma subtema. I det här fallet fick subtemat namnet ”Drivkraft”.

6 Forskningsetiska överväganden

När en forskare analyserar, tolkar och presenterar sitt resultat kan lyftas som krav att hon/han aldrig ska förvränga eller försköna resultaten i syfte att framhäva en viss hypotes (Gustafsson, Hermerén & Petersson, 2005). Gustafsson et al. (2005) menar att hela projektet också ska kännetecknas av klarhet, ordning och struktur. I denna litteraturstudie granskades både resultat från tidigare forskning såväl som resultat från litteraturstudien kritiskt och objektivt. Kritisk granskning kan genomföras när individen är medveten om hur känslor, både de egna och andras, kan påverka oss och de beslut vi fattar (Stenbock-Hult, 2004, s.145).

Vidare granskades de vetenskapliga artiklar som inkluderades i studien utifrån deras etiska överväganden. I de studier där ett sådant övervägande inte redovisades med given rubrik, togs ställning till huruvida artikeln skulle inkluderas eller ej. Detta genom att leta efter om det i löpande text framkom att författarna till exempel lät deltagarna själva fick välja intervjuplats, att deltagarna gav sitt godkännande till deltagande eller att deltagarnas personuppgifter behandlades konfidentiellt.

7 Resultat

Resultatet presenteras i relation till tre huvudteman, *Främjande och hindrande faktorer i mötet med andra*, *Främjande och hindrande faktorer i mötet med sig själv* och *Främjande och hindrande faktorer i mötet med praktiska omständigheter*, samt ett antal subteman relaterade till respektive huvudtema (se tabell 1).

Tabell 1 Presentation av huvudteman och subteman

Huvudtema	Subtema
Främjande och hindrande faktorer i mötet med andra	Vårdpersonal Andra i omgivningen
Främjande och hindrande faktorer i mötet med sig själv	Anpassning till ny livssituation Drivkraft Kunskap Personlig inställning Den egna fysiska kroppen
Främjande och hindrande faktorer i mötet med praktiska omständigheter	Vårdkvalitet Ekonomiska förutsättningar Tid

7.1 Främjande och hindrande faktorer i mötet med andra

Huvudtemat *Främjande och hindrande faktorer i mötet med andra* beskriver patienternas upplevelser av främjande respektive hindrande faktorer i sin egenvård relaterat till människor i sin omgivning. Under detta huvudtema återfinns två subteman, *Vårdpersonal* och *Andra i omgivningen*. Dessa beskriver hur vårdpersonal, familj, andra patienter med diabetes samt allmänheten upplevs inverka på egenvården.

7.1.1 Vårdpersonal

Mötet med vårdpersonalen kan upplevas som både främjande och hindrande i patienters egenvård (Furler et al., 2008; Nagelkerk, Reick, & Meengs, 2005; Oftedal, Karlsen & Bru, 2010; Wellard, Rennie & King, 2008). I en studie av Oftedal et al. (2010) betonas ett empatiskt bemötande av vårdpersonal vara centralt för hur man som patient motiveras till egenvård. Empati beskrivs av patienterna i studien som en person som lyssnar, är förstående och ser patienten utifrån helheten. I mötet med empatisk vårdpersonal ingavs en känsla av förtroende och trygghet och informationen som gavs av empatisk personal togs på större allvar.

Patienter upplever att en bra relation med vårdpersonalen är en viktig aspekt gällande den egna förmågan att sköta sin diabetes (Furler et al., 2008). Liknande framkommer i en annan studie (Nagelkerk et al., 2005), där många patienter upplever samarbetet mellan patient och vårdpersonal som en väsentlig del i främjandet av egenvården. De uppskattar personal som

uppmuntrar egenvård och eget ansvarstagande samt personal som ger positiv coachning. Patienter känner sig styrkta i sin förmåga att klara av egenvården på ett bra sätt när vårdpersonalen tar dem på allvar och kommer med positiv feedback (Ofstedal et al., 2010). Delaktighet upplevs vara en annan viktig egenvårdsfrämjande faktor i mötet med vården. Patienten är expert på att leva med sin diabetes i vardagen, medan vårdpersonalen har expertkunskap om sjukdomen och behandlingen. I förhållandet mellan vårdpersonal och patient upplevs det som viktigt att båda parter är delaktiga i beslutsfattandet.

Patienter beskriver även upplevelser av möten med oempatisk vårdpersonal som stod i skarp kontrast till deras uppfattningar av det stöd de skulle behöva för att klara av sjukdomen i vardagen (Ofstedal et al., 2010; Wellard et al., 2008). De upplever det som ett hinder när personalen inte har en helhetssyn utan enbart ser patienterna som sin sjukdom (Ofstedal et al., 2010). Andra patienter upplever att ett möte med oempatisk vårdpersonal, det vill säga vårdpersonal som inte kan sätta sig in och förstå patientens situation, leder till en frustration hos patienten och en känsla av att inte få den hjälp de önskar (Wellard et al., 2008). Många upplever även hinder i form av vårdpersonal som inte lyssnar på dem och inte ens ber om deras synpunkter i viktiga beslut som kommer att påverka hur de kommer att leva med sin diabetes. När patienterna upplever att deras åsikter ignoreras minskar deras vilja att besöka vården och även deras ansträngningar med egenvården (Ofstedal et al., 2010).

7.1.2 Andra i omgivningen

Andra patienter med diabetes upplevs vara en främjande faktor för egenvården (Chlebowy et al., 2010; Nagelkerk et al., 2005; Ofstedal et al., 2010; Song et al., 2008). Uppmuntran från andra patienter med diabetes i en självhjälpgrupp lyfts som främjande för egenvården (Song et al., 2008) och vikten av diskussion och utbyte av erfarenheter för att hjälpa patienterna hantera sin sjukdom påvisas (Chlebowy et al., 2010; Lin et al., 2006; Nagelkerk et al., 2005; Ofstedal et al., 2010). Att som individ känna att man tillhör en grupp betonas också av patienter i andra studier vara främjande för egenvården, men då för att engagemanget till fysisk aktivitet ökar (Chlebowy et al., 2010; Ofstedal, Karlsen & Bru, 2009).

Familjen spelar en betydande roll för egenvården hos patienter med diabetes typ 2 (Chlebowy, Hood & LaJoie, 2010; Furler et al., 2008; Lin, Anderson, Hagerty & Lee, 2006; Nagelkerk et al., 2005; Song, Lee & Shim, 2008; Wellard et al., 2008). Familjen upplevs främst som en främjande faktor (Chlebowy et al., 2010; Furler et al., 2008; Lin et al., 2006; Nagelkerk et al., 2005; Song et al., 2008; Wellard et al., 2008). Patienter beskriver att familjemedlemmarna stöttar dem, både genom att påminna om att medicinerna ska tas och

genom att administrera medicinerna (Chlebowy et al., 2010; Lin et al., 2006). De hjälper även patienterna att äta rätt typ av mat (Furler et al., 2008; Nagelkerk et al., 2005; Song et al., 2008; Wellard et al., 2008). I andra studier lyfts familjemedlemmarnas stöttade roll i relation till ökad fysisk aktivitet, antingen genom att påminna patienterna (Song et al., 2008) och/eller att tillsammans med patienten delta i fysiska aktiviteter (Nagelkerk et al., 2005). En livspartner poängteras ha särskild betydelse för egenvården, både när det gäller sunda matvanor, ett aktivt liv och att följa med på vårdbesök (Wellard et al., 2008).

Familjemedlemmars okunskap kan medföra att familjen upplevs som ett hinder (Furler et al., 2008). Även brist på stöd från familjen, såväl den närmsta som utvidgade, upplevs hindrande för egenvården hos människor med diabetes typ 2 (Wellard et al., 2008). Patienter från Korea upplever det svårt att ta itu med egenvården då de prioriterar familjen före sjukdomen och tar hand om barnbarnen istället för att ta hand om sig själva (Song et al., 2008).

Upplevelser av stigmatisering, viljan av att vara normal och inte sticka ut från omgivningen, upplevs också hindrande för egenvården (Lin et al., 2006; Oftedal et al., 2009). Bidragande orsaker till upplevelserna anses vara okunskap hos andra, såsom uppfattningar att diabetessjukdomen är en infektionssjukdom och endast drabbar de rika (Lin et al., 2006). Även bristande kunskap hos allmänheten om dietrutiner och andra faktorer som påverkar egenvården hos patienter med diabetes anses vara en barriär (Wellard et al., 2008). För individen i ett socialt sammanhang upplevs svårigheten att avstå från alkohol (Song et al., 2008) och att behöva välja att acceptera ohälsosam mat eller inte (Wellard et al., 2008) också hindrande för egenvården.

7.2 Främjande och hindrande faktorer i mötet med sig själv

Huvudtemat *Främjande och hindrande faktorer i mötet med sig själv* beskriver upplevelser av faktorer som påverkar egenvården i relation till individen själv. Under detta huvudtema återfinns fem subteman, *Anpassning till ny livssituation*, *Drivkraft*, *Kunskap*, *Personlig inställning* och *Den fysiska kroppen*. Dessa beskriver hur man som individ klarar av att anpassa sig till en ny situation, vilka drivkrafter individen har, hur befintlig kunskap och strävan efter ny kunskap påverkar egenvårdsförmågan, personliga inställningar samt uppfattningar om den fysiska kroppen som underlättar eller försvårar för egenvården.

7.2.1 Anpassning till ny livssituation

Eftersom diabetes är en livslång sjukdom upplever många patienter att de, för att kunna sköta sin egenvård på ett bra sätt, har ett behov av att kunna hantera känslomässiga toppar och dalar (Furler et al., 2008).

Att få in rutiner i vardagen och göra egenvården till en vana i den dagliga tillvaron upplevs underlätta egenvården (Chlebowy et al., 2010; Lin et al., 2006; Nagelkerk et al., 2005; Song et al., 2008). Rutiner och vanor underlättar framför allt patienternas medicinering och kontroll av sitt blodglukosvärde (Chlebowy et al., 2010; Nagelkerk et al., 2005), men även kontroll över kosten påverkas (Song et al., 2008).

Egenutvecklade strategier och kreativa lösningar upplevs vara en främjande faktor för att lättare kunna sköta sin diet, medicinering, komma ihåg att röra på sig och lättare kunna handskas med sjukdomen i sociala sammanhang (Barko et al., 2011; Lin et al., 2006; Nagelkerk et al., 2005; Wellard et al., 2008). En del patienter tar exempelvis med sig egna godsaker till sociala tillställningar (Wellard et al., 2008), medan andra kompenserar med att äta extra nyttigt dagen efter ett restaurangbesök (Barko et al., 2011).

Bristande disciplin betonas som ett hinder för egenvården (Chlebowy et al., 2010; Song et al., 2008). Att vara disciplinerad beskrivs vara särskilt svårt i samband med motion för vissa patienter. De upplever motionen som motig och slarvar därför med den (Song et al., 2008). Även god, ohälsosam mat gör det svårt för många att upprätthålla disciplinen (Chlebowy et al., 2010; Song et al., 2008). Just frestande mat och svårigheten att avstå från den upplevs av många vara ett hinder (Chlebowy et al., 2010; Furler et al., 2008; Handley, Pullon & Gifford, 2010; Lin et al., 2006; Oftedal et al., 2009; Song et al., 2008). Patienter betonar deras förkärlek till mat med högt fett- och sockernehåll samt deras oförmåga att hålla sig till enbart nyttig mat (Handley et al., 2010; Oftedal et al., 2009). Många patienter upplever just svårigheten med att lägga om sin kost som ett hinder för egenvården (Chlebowy et al., 2010; Furler et al., 2008; Handley et al., 2010; Lin et al., 2006; Oftedal et al., 2009; Song et al., 2008), trots medvetenhet om kostens centrala roll i den (Lin et al., 2006). Andra patienter upplever emellertid att de får motivation till nyttigare kostvanor och en starkare självdisciplin som håller dem borta från ohälsosam mat sedan de diagnostiserats med diabetes (Barko, Corbett, Allen & Armstrong Shultz, 2011). Svårigheter att ändra sin livsstil rent allmänt tas också upp i en studie av Handley et al. (2010). Vissa patienter upplever att de belöningar man på kort sikt får av de stora, komplexa livsstilsförändringar som rekommenderas, inte känns konkreta nog och därför inte upplevs motiverande nog till att faktiskt genomföra.

7.2.2 Drivkraft

Uppsatta mål och drömmar om framtiden upplevs främjande för egenvården hos patienter med diabetes typ 2 (Barko et al., 2011; Oftedal et al., 2009). Dessa kan liknas vid en drivkraft som styrker patienterna till att sköta sin diabetes. Att fortsätta jobba mot sin drömvikt eller att börja göra hälsosammare mat är två mål som upplevs motivera till egenvården (Barko et al., 2011). En del nämner barn och barnbarn som en drivkraft, viljan att få vara med och se dem växa upp (Oftedal et al., 2009). För de patienter som uppskattar och trivs bra på sitt arbete, är viljan att kunna fortsätta arbeta en drivkraft för egenvården. Ett flertal värderar möjligheten att kunna leva ett långt och hälsosamt liv högt och känner sig motiverade att sköta sin egenvård för att kunna uppleva ett kroppsligt välbefinnande även som gammal. Även en önskan om att undvika medicinering anses motiverande för de patienter som enbart kostbehandlas, medan en önskan om att hålla medicineringen på en låg nivå anses vara motiverade för de medicinbehandlade. Deras önskan får dem att hålla sig till en hälsosam kosthållning (Oftedal et al., 2009).

7.2.3 Kunskap

Kunskapen som den egna individen besitter upplevs vara en grundläggande faktor som kan främja eller hindra patienters egenvård (Barko et al., 2011; Chlebowy et al., 2010; Song et al., 2008). De patienter som upplever kunskap som en främjande faktor säger sig få en större kontroll över sin diabetes ju mer de sätter sig in i sjukdomen (Chlebowy et al., 2010). De upplever även att det blir lättare och mer motiverande att utföra egenvården när de har större förståelse och kunskap om sjukdomen. I en studie av Furler et al. (2008) upplever patienter att känslan av att kunna ha kontroll över sin sjukdom motiverar dem till att söka ny information och kunskap. De beskriver hur de är beredda att byta läkare och använda sig av flera olika hälsovårdsinstanser för att få vad de är ute efter. För att utöka sina kunskaper beskrivs medier såsom Internet och television vara vanliga informationskällor för några patienter, medan andra söker sig till kommunala hälsocenter eller vetenskapliga tidsskrifter för att få reda på de nyaste rönen (Wellard et al., 2008). Att känna till egenvårdens fördelar och inse hur man som patient på egen hand kan förebygga komplikationer upplevs motiverande (Song et al., 2008). Förståelsen för sin kropps signaler är en annan kunskap som upplevs kunna förbättra patienters strategier att handskas med sin sjukdom (Lin et al., 2006). De berättar hur de känner att kroppen slår larm när de ätit för mycket/lite och hur blodglukosnivåerna höjs efter att de varit upprörda eller stressade. Ett sätt att lättare lära känna sin kropp beskrivs av några

patienter vara att regelbundet kolla sitt blodglukosvärde (Barko et al., 2011). De kan på så sätt lättare identifiera hyper- och hypoglykemiska symtom.

Bristande kunskap om egenvårdens betydelse upplevs vara ett hinder för att sköta sin diabetes (Song et al., 2008). Hos vissa patienter kvarstår hindret trots genomgången egenvårdsutbildning (Song et al., 2008). I en annan studie (Barko et al., 2011) beskriver patienter olika upplevelser och tecken på hyper- respektive hypoglykemi, men utan att visa att de förstår sambandet mellan symtomen och deras diabetes.

7.2.4 Personlig inställning

Att kunna behålla en positiv inställning till livet upplevs vara en viktig egenskap för att kunna integrera egenvården som en del av livet (Lin et al., 2006; Nagelkerk et al., 2005). En kvinna beskriver hur hon som hemmafru kan bestämma över intaget av hälsosam mat och på så sätt väva in egenvården i vardagen (Lin et al., 2006). En annan patient uttrycker att om man väl har fått sjukdomen, kan man passa på att göra det bästa av situationen och leva ett bra liv (Lin et al., 2006). Trots utveckling av diabeteskomplikationer och svårigheter med glykemisk kontroll kan patienter ändå uppleva en känsla av att redan förvärvat kunskap, inlärd färdigheter, förtroende och stöd kan hjälpa en tillbaka till en bra balans (Handley et al., 2010). En positiv inställning visar sig också hos patienter som talar positivt om de nya matvanorna som rekommenderas, ser ersättningen av stekt mat mot färsk och grillad mat som en positiv förändring och uppskattar god, fin olivolja som ersättning för billiga, mindre goda oljor (Furler et al., 2008).

Patienters personliga inställning kan också höra ihop med deras förmåga att acceptera sin sjukdom. En del patienter med maorisk bakgrund upplever att andliga övertygelser och spirituellt tro hjälper dem att acceptera sjukdomen och därmed främjar egenvården (Handley et al., 2010). Andra patienter upplever att det i ett tidigt stadie av sjukdomen kan vara svårt att acceptera den, men att en acceptans kommer med tiden (Lin et al., 2006). Även patienternas inställning gentemot behandlingen, påverkar egenvården. Tilltro till konventionell behandling upplevs främjande (Lin et al., 2006). En patient beskriver vikten av att hålla sig till de tre grundprinciperna: diet, motion och regelbunden medicinering.

En mer pessimistisk inställning till sin sjukdom upplevs hindra patienterna i egenvården. Detta visar sig hos patienter genom uttryck av sådant man förlorat och vad man inte längre kan njuta av (Furler et al., 2008). Att inte kunna acceptera sin sjukdom framhålls också som något negativt för patienters möjlighet att sköta sin diabetes (Lin et al., 2006; Wellard et al., 2008). En bristande acceptans leder lätt till oregelbundna vårdbesök, bristfällig uppföljning av

sitt blodglukosvärde och dålig kosthållning (Wellard et al., 2008). En inställning som präglas av misstro till konventionell behandling av diabetes upplevs också som ett hinder för egenvården (Lin et al., 2006). Patienter beskriver hur de testat alternativa behandlingar som enbart orsakat onödiga kostnader, avsaknad av effekt och stopp i deras konventionella behandling.

7.2.5 Den egna fysiska kroppen

Patienter med diabetes typ 2 upplever olika faktorer i relation till den fysiska kroppen som hindrande för egenvården (Barko et al., 2011; Chlebowy et al., 2010; Nagelkerk et al., 2005, Oftedal et al., 2009; Song et al., 2008). Frustration över att behöva handskas med multipla hälsoproblem är hindrande för några patienter (Barko et al., 2011). En känsla av trötthet, svaghet och kroppsligt obehag (Oftedal et al., 2009) samt smärta (Song et al., 2008) hindrar patienter från att vara fysiskt aktiva. Särskilt smärta från leder (Song et al., 2008) och muskler (Oftedal et al., 2009) betonas av några patienter. Även smärta relaterat till sticken vid blodglukoskontrollerna upplevs hindra patienters egenvård (Chlebowy et al., 2010).

Hinder för egenvården i förhållande till medicineringen har visat sig kunna höra ihop med minnet (Chlebowy et al., 2010; Nagelkerk et al., 2005; Song et al., 2008). Svårigheter att komma ihåg att ta sin medicin (Chlebowy et al., 2010; Nagelkerk et al., 2005; Song et al., 2008), veta huruvida man har tagit sin medicin eller inte (Song et al., 2008) samt var man har sin medicin (Nagelkerk et al., 2005) upplever patienter försvårar skötseln av sin sjukdom.

7.3 Främjande och hindrande faktorer i mötet med praktiska omständigheter

Huvudtemat *Främjande och hindrande faktorer i mötet med praktiska omständigheter*

beskriver de praktiska omständigheter individen med diabetes typ 2 möter i sin vardag. Under detta huvudtema återfinns tre subteman: *Vårdkvalitet*, *Ekonomiska förutsättningar* och *Tid*.

Dessa beskriver upplevelser av hur vårdkvalitetens variation, ekonomiska begränsningar och förmåner samt hur tiden påverkar patienternas egenvård.

7.3.1 Vårdkvalitet

Kvaliteten på vården påverkar möjligheten till egenvård hos patienter med diabetes typ 2 (Barko et al., 2011; Furler et al., 2008; Nagelkerk et al., 2005; Oftedal et al., 2010; Wellard et al., 2008). Till vårdkvaliteten räknas här bland annat den information patienterna får av vårdpersonalen. Patienter upplever individanpassad information som främjande för egenvården (Oftedal et al., 2010). Några patienter eftersträvar information om praktiska råd i vardagen, vad man får och inte får göra (Oftedal et al., 2010). Andra vill ha koncis och

specifik information om kost, mediciner och blodglukosregistrering (Nagelkerk et al., 2005). Vissa patienter önskar också specifik information om diabetes som sjukdom, medan andra hellre vill ha mer generell information (Ofstedal et al., 2010). Samtidigt upplevs information från flera olika yrkeskategorier, däribland dietister (Barko et al., 2011; Furler et al., 2008), sjuksköterskor och fotspecialister (Furler et al., 2008) underlätta egenvården.

Bristande vårdkvalitet som visar sig genom dåligt utformad information och otillräckliga kunskaper hos vårdpersonalen, upplevs hindra patienterna från att på ett tillfredsställande sätt kunna sköta sin diabetes (Ofstedal et al., 2010). Några patienter upplever särskilt att dietister inte alltid bidrar med ny kunskap och att råden patienterna får om en hälsosam diet är motstridiga (Wellard et al., 2008). Personalens varierade kunskapsnivåer resulterar i att de inte längre kan lita på vad personalen informerar om (Ofstedal et al., 2010). Även bristande vårdkvalitet i form av att vården inte är samordnad mellan olika vårdinstanser och yrkeskategorier (Nagelkerk et al., 2005) eller en begränsad tillgång till fotspecialister, dietister och diabetesutbildare (Wellard et al., 2008) upplevs hindra patienterna i egenvården. Hos en patient beskrivs problemet ligga i att hon inte regelbundet kan besöka sin fotspecialist på grund av stor vårdtyngd. Patienter med mer akuta problem tas emot av specialisten framför de som endast vill genomgå regelbundna kontroller.

7.3.2 Ekonomiska förutsättningar

Patienternas ekonomiska förutsättningar påverkar möjligheten till egenvård (Barko et al., 2011; Furler et al., 2008; Nagelkerk et al., 2005; Wellard et al., 2008). Några patienter beskriver att de genom ett medlemskap i National Diabetes Service Scheme (NDSS) får rabatt på diabetesrelaterade produkter (Wellard et al., 2008). De patienter som tar upp ekonomiska förutsättningar i samband med sin sjukdom, upplever dem dock ofta som hindrande. I två studier från USA upplever patienter att begränsad inkomst och det faktum att vara oförsäkrad är hindrande i relation till att kunna sköta sin medicinering (Barko et al., 2011; Nagelkerk et al., 2005). För en patient innebär den ekonomiska begränsningen att hon ibland tvingas ta av sin mans läkemedel, men eftersom intaget av medicinen sker oregelbundet leder det till höga blodglukosvärden hos patienten. Att vara oförsäkrad upplevs också som ett hinder för några patienters förmåga att sköta sina blodglukoskontroller på grund av brist på den medicinska utrustning som då behövs (Barko et al., 2011).

Ekonomiska begränsningar leder också till att möjligheten att få nödvändig vård från olika yrkeskategorier, såsom dietister (Nagelkerk et al., 2005; Wellard et al., 2008) och fotspecialister (Wellard et al., 2008), minskar för patienterna. Ytterligare hinder för

egenvårdsförmågan upplevs vara att inte ha råd med att träna på gym (Furler et al., 2008) eller att delta i utbildningssessioner i grupp kostar för mycket (Nagelkerk et al., 2005).

7.3.3 Tid

Svårigheter att få tiden att räcka till upplevs hindra egenvården hos patienter med diabetes typ 2 (Oftedal et al., 2009; Song et al., 2008). Detta kan illustreras av en patient som menar att han inte har tid med att sköta sin diabetes i den mån han skulle vilja på grund av sitt tidskrävande jobb (Oftedal et al., 2009). Arbetet beskrivs också kunna hindra patienter från att följa en särskild diet (Oftedal et al., 2009). Hos några patienter upplevs tidsbrist vara ett hinder framför allt i förhållande till fysisk aktivitet och att vårda sina fötter (Song et al., 2008). Anledningar till tidsbristen anses vara att man måste ta hand om sina barnbarn, utföra andra familjeplikter eller delta i andra sociala aktiviteter såsom att gå på bröllop eller att gå till frisören.

En del patienter upplever att den tid som diabetessjukdomen kräver av dem är övermäktig (Chlebowy et al., 2010). De nödvändiga livsstilsförändringarna är en del av sjukdomssituationen som upplevs särskilt tidskrävande (Chlebowy et al., 2010; Handley et al., 2010). Den frustration som upplevs i relation till detta påverkar egenvården negativt (Chlebowy et al., 2010). En annan tidskrävande aspekt av sjukdomssituationen är de gruppmöten som vissa patienter väljer att delta i. De upplevs som för långa och anses vara förlagda på obekväma tider (Nagelkerk et al., 2005).

8 Diskussion

Diskussionsavsnittet delas upp i två huvudrubriker, dels förs en diskussion i förhållande till litteraturstudiens metod och dels i förhållande till resultatet.

8.1 Metoddiskussion

Den kvalitetsgranskning som genomfördes av litteraturstudiens författare kan sägas motsvara en del av deras kritiska förhållningssätt vid datainsamlingen. Stenbock-Hult (2004, s.49) menar att förhållningssättet är en metod som bygger på vilka brister som finns och på uppfattningar om vad som är bra eller mindre bra. Vidare bedömdes artiklarna redovisa tillförlitliga resultat utifrån Polit och Becks (2010, s.492-493) beskrivning av Lincolns och Gubas bedömningskriterier.

Författarnas val av sökord och begränsningar vid datainsamlingen anses hjälpt dem att hitta relevanta vetenskapliga artiklar som speglade litteraturstudiens syfte. Vidare anses antalet inkluderade artiklar (tio) tillräckligt för att besvara litteraturstudiens syfte, vilket bland

annat grundas på Polit och Becks (2010, s.318) kommentar om att syftet med kvalitativa studier inte är att generalisera. Samtidigt hade fler artiklar kanske kunnat få en faktor att framstå än mer central i egenvården.

Att studierna är genomförda i olika länder och världsdelar anses vara positivt av litteraturstudiens författare, eftersom meningen var att presentera upplevelser hos patienter oavsett var de bor eller kommer ifrån. Det anses också positivt för att utifrån bättre förutsättningar kunna möta patienter från olika länder. Att artiklarna är publicerade mellan år 2005 och 2011 innebär att litteraturstudien presenterar aktuell kunskap utifrån hur läget ser ut idag.

Det kritiska förhållningssättet vid analysen innebar att författarna uppmärksammade den förförståelse en av författarna har efter att ha varit verksam som student på en diabetesvårdavdelning under verksamhetsförlagd utbildning. De ställde sig därför kontinuerligt frågor såsom: Är vår uppfattning av ett visst innehåll i en artikel en tolkning utifrån en förförståelse? Låter vi känslor som vi associerar till ett visst innehåll i en artikel styra analysen?

Vid identifiering av meningar som ansågs besvara litteraturstudiens syfte, var det som noterats näst intill detsamma hos litteraturstudiens båda författare. Detta styrker en förutsättningslös läsning och att studiens författare inte lade in egna tolkningar av innehållet.

Samtidigt var arbetsmaterialet omfattande, det innehöll många olika främjande/hindrande faktorer. Detta bidrog till svårigheter att bilda huvud- respektive subteman och det upplevdes också finnas en risk för tolkning. Eventuell tolkning undveks efter bästa förmåga genom kontinuerlig jämförelse av koderna mot de ursprungliga artiklarna. En annan risk för tolkning fanns också med tanke på att alla artiklar var på engelska. För en språkligt korrekt presentation av materialet, var således författarna noggranna med att diskutera meningar och ord de inte förstod.

Avslutningsvis vill nämnas att en viktig erfarenhet som litteraturstudien gav författarna var vikten av ett strukturerat och ett noggrant arbetssätt, såväl vid insamling som vid analys av data.

8.2 Resultatdiskussion

Resultatet av denna litteraturstudie tar upp upplevelser av egenvård i tre huvudteman:

Främjande och hindrande faktorer i mötet med andra, i mötet med sig själv och i mötet med praktiska omständigheter. I resultatdiskussionen kommer familjen, individens förmåga till anpassning med fokus på kosten samt olika aspekter av vården att belysas. Avslutningsvis

förs en diskussion utifrån hur upplevelser påverkar egenvård och hälsa beroende på patientens ursprung eller vilket land hon/han bor i.

8.2.1 Familj och partners betydelse för egenvård och hälsa

Litteraturstudiens resultat pekar på att *familj* och *partners* närvaro spelar en central främjande roll för egenvården och den hälsa patienter med diabetes typ 2 upplever. Detta visar sig gå i linje med tidigare forskning. Chun, Chesla och Kwan (2011) beskriver patienters upplevelser av att bättre kunna sköta sin diabetes tillsammans med sin partner. Stöd från familj rent generellt framhålls hjälpa patienter att hantera sin sjukdom (Utz et al., 2006).

Familjens roll i patienternas egenvård kan kopplas till patienternas fysiska hälsa, eftersom de har betydelse för patienternas nödvändiga fysiska aktivitet. Liknande resultat presenteras av Qiu, Sun, Cai, Liu och Yang (2012) som visar att motivationen till fysisk aktivitet minskar hos patienter med bristande stöd från familjen. Just bristen på stöd beskriver Polonsky (1999/2002 s.215) att patienter upplever för att de antingen inte har familj som delar deras dagliga liv, eller att familjen inte backar upp dem i deras strävanden.

Andra studier, däribland Schiøtz, Bøgelund, Almdal, Jensen och Willaing (2011), belyser utöver familjens betydelse för den fysiska hälsan dess betydelse för den psykiska hälsan. Ett väl fungerande socialt nätverk, familjen inkluderad, minskar den emotionella stressen som diabetessjukdomen för med sig.

Resultatet går också att tolka utifrån Orems (1995, s.96-97) åsikt om att hälsa omfattar det som gör en individ till människa, där samlevnad med andra människor är en central aspekt av detta. Samlevnaden, den sociala aspekten av hälsan, ses också som oskiljaktig från övriga aspekter som har betydelse för hälsan: den fysiska, psykiska och interpersonella. Även Dahlberg och Segesten (2010, s.140) poängterar betydelsen av att befinna sig i ett socialt sammanhang för människans hälsa.

8.2.2 Förmåga till anpassning, med fokus på kosten, och dess betydelse för egenvård och hälsa

Resultatet visar på att många patienter upplever svårigheter med att anpassa sig till nya kostvanor och att detta hindrar dem från en god egenvård. Det sociala nätverket visar sig i såväl resultatet som i tidigare forskning (Schiøtz et al., 2011; Macaden & Clarke, 2006) ha betydelse för en hälsosam kosthållning. Macaden och Clarke (2006) beskriver att patienter upplever att förmågan att hålla sig till en speciell kosthållning hindras av att inte vilja avvika från andras beteenden, speciellt då de är bjudna till sociala tillställningar. Likväl beskriver resultatet och annan forskning också att det är just den frestande maten som är ett hinder i

egenvården. Att hantera sitt matbegär och sin hunger och undvika sötsaker upplevs utmanande hos patienter i en studie av Utz et al. (2006).

Förmågan att anpassa sig till nya kostvanor kan kopplas till hälsa som en upplevelse av välbefinnande. Socialstyrelsen (2011) menar att få åtgärder är så effektiva vid diabetes som att anpassa energiintaget och förbättra ohälsosamma matvanor. Samtidigt beskrivs den traditionella diabeteskosten innebära ett minskat fettintag för många patienter. Fett i maten, som smör och grädde, förhöjer ofta smaken (Livsmedelsverket, 2011). Att avstå från sådan mat kan därför hävdas minska den kortsiktiga känslan av välbefinnande och också innebära ett hinder för egenvården i relation till kosten.

Samtidigt kan patienternas förmåga att anpassa sig till den nya kosten, att hålla sig till en hälsosam diet, relateras till människans sundhet. *Sundhet*, menar Eriksson (1986, s.36), refererar till människans handlingar och konsekvensinsikt, att vara hälsosam, och är ett kännetecken på hälsa. Således kan patienterna, om de i sin egenvård gör ohälsosamma kostval, uppleva mindre sundhet vilket också minskar patienternas möjlighet till upplevelse av hälsa.

8.2.3 Vårdpersonalens och vårdorganisationens betydelse för egenvård och hälsa

Litteraturstudiens resultat visar att *vårdpersonalen* och *vårdorganisationen* i stort är faktorer som kan påverka patienters egenvård både positivt och negativt. Vårdgivarens empatiska bemötande och förmåga att individanpassa vården framkommer i resultatet som främjande för patienternas egenvård. Detta stöds av Anderson-Loftin och Moneyham (2000), i vars studie det framkommer att tillgången av stödjande vårdgivare är en viktig faktor vad gäller patienters förmåga att tänka på sjukdomen i nya banor, ändra på gamla vanor och göra nyttigare val.

I resultatet framkommer också att vården ibland misslyckas med sin utbildningsmässiga och stöttande roll och då upplevs som hindrande för god egenvård. Rygg, Rise, Lomundal, Strøm Solberg och Steinsbekk (2010) visar på liknande. Patienter beskriver hur vårdpersonal knappt tar sig tid till att ge den mest grundläggande informationen och att dietister som kommer med motstridiga råd. Hos patienterna skapar detta förvirring och minskat förtroende för vården, men även minskad förmåga att sköta om sin sjukdom.

Vårdpersonalens betydelse för patienters egenvård och hälsa kan relateras till komponenterna begriplighet och hanterbarhet i Antonovskys teori om hälsa som en känsla av sammanhang. *Begriplighet* berör människans förmåga att uppleva yttre och inre stimuli som begripbara, att de går att ordna och förklara (Antonovsky, 1987/2005, s.44). När den vård som

ges stöttar patientens förmåga att ändra på vanor och tänka i nya banor, kan vården sägas främja patientens hälsa genom att bygga upp en begriplighet där patientens känsla av sammanhang blir starkare. *Hanterbarhet* definieras av Antonovsky (1987/2005, s.45) som en känsla av att det finns resurser som står till ens förfogande. Hög grad av hanterbarhet innebär att individen inte upplever sig själv som ett offer för omständigheterna utan att hon har en förmåga att med hjälp av sina generella motståndsresurser möta de krav hon utsätts för. När vården stärker patientens egna resurser, stöttar dennes tro på sin egenvårdsförmåga samt hjälper till att öka patientens kunskap, kan vården även sägas främja patientens upplevelse av hanterbarhet och därmed även hälsan.

Att vårpersonal ger patienter möjlighet till kontroll och att de bidrar med kunskap belyses också av Statens Folkhälsoinstitut (2004) hjälpa patienter att utifrån egna värderingar göra val i riktning mot hälsa. Detta kan hävdas förutsätta patienters delaktighet i vården. Betydelsen av delaktighet för hälsan lyfts också av Dahlberg och Segesten (2010, s.191). Såväl vårdpersonal som patient upplever dock att det yttersta ansvaret för att göra hälsofrämjande val och utföra en god egenvård ligger hos patienten själv, men att vårdpersonalen, enligt dem själva, ska ha en stärkande, uppmuntrande och utbildningsmässig roll (Evans, Greaves, Winder, Fearn-Smith & Campbell, 2007).

Brist på delaktighet, något som beskrivs av bland andra Pooley, Gerrard, Hollis, Morton och Astbury (2001), kan antas innebära att patienternas möjlighet till upplevelse av hälsa försvåras eftersom det finns brister i kontakten mellan patienten och vårdaren. Dahlberg och Segesten (2010, s.190) menar att en fungerande mellanmänsklig kontakt är nödvändig för att kunna bedriva ett vårdande där patientens hälsoprocesser stärks. Relationen är därmed också viktig för att kunna bedriva en god omvårdnad, något Meleis (2012, s.101) menar ytterst handlar om att hjälpa patienten uppleva eller återuppbygga hälsa genom att maximera patientens styrkor, förmågor och kunskaper. En ömsesidig relation med god kontakt kan dessutom anses central för att kunna uppfylla såväl målet för hälso- och sjukvården, vilket enligt Hälso- och sjukvårdlagen (SFS, 1982:763, 2 §) är en god hälsa för hela befolkningen, som kravet på hälsa som en grundläggande rättighet (World Health Organisation, 1998).

Vid upplevelser av brist på delaktighet i vården och den negativa effekt det har på egenvården och hälsan, kan hävdas att patienterna hjälps av att gå med i ett gruppbaserat egenvårdsprogram som erbjuds av hälso- och sjukvården. Patienter som gjort detta beskriver hur programmet förändrar deras inställning till sjukdomen, får dem att börja äta bättre och motiverar dem till en bra egenvård (Moriyama et al., 2009). De talar uppskattande om de individuella mål som sätts upp och den personliga rådgivning de får, den regelbundna

telefonkontakten samt att informationen som ges är lätt att både förstå och använda i vardagen. Liknande presenteras i en studie av Lorig et al. (2001). Det visar sig finnas ett samband mellan stöd, hjälp och uppmuntran från vårdpersonal i ett egenvårdsprogram och ökad hälsa hos patienter som lever med en kronisk sjukdom. Särskilt minskar patienternas oro över sin hälsa tack vare att de genomgår programmet.

8.2.4 Upplevelser av egenvård och hälsa beroende på patientens ursprung eller vilket land hon/han bor i

Ekonomiska förutsättningar är en faktor som i resultatet framkommer spela en roll i patienters upplevelser av egenvården och som beror på vilket land de bor i. Framför allt patienter bosatta i USA beskriver hur man som oförsäkrad inte hade råd med nödvändiga läkemedel och annan medicinsk utrustning. Detta framkommer även i en studie av Chun, Chesla och Kwan (2010) där patienter bosatta i USA berättar hur deras ekonomiska svårigheter inverkar negativt på egenvården genom att de inte har råd med heltäckande sjukförsäkring och förebyggande vård.

Resultatet presenterar också att upplevelserna av familjens roll i egenvården kan skilja sig åt beroende på var patienterna kommer ifrån. Detsamma visar Lawton, Ahmad, Hanna, Douglas och Hallowell (2006), då de tar upp att pakistanierna och indierns starka plikt känsla gentemot familjen går före egna intressen. Liknande värdering om hur familjen går före en själv beskrivs av kineser som upplever att behovet hos många går före behovet hos den enskilde (Chesla & Chun, 2005). En trevlig måltid med god mat anses avgörande för livskvaliteten och patienterna känner att de inte vill begränsa familjens livskvalitet genom att införa diabetesanpassad kost. En måltid med andra människor kan enligt Dahlberg och Segesten (2010, s.226) ge mening och sammanhang åt individen och därmed främja en individs hälsoprocesser. Samtidigt framhåller de att konflikter kan skapas när det råder olika åsikter om vilken mat som ska serveras. För att hitta tillbaka till ett hälsofrämjande måltidsmönster eller för att skapa ett nytt kan ett vårdande samtal mellan vårdpersonal och familj vara nödvändigt.

Resultatet visar också på att vissa faktorer som påverkar egenvården, såsom religion och spirituellt tro, nämns oftare av patienter som tillhör olika minoritetsgrupper. Polzers och Miles (2007) stöder detta i sin studie där de utvecklar en teoretisk modell för hur afroamerikaner påverkar sin egenvård genom religion. En del patienter upplever att en stark tro och en hög grad av andlig mognad kan bota diabetesjukdomen. Andra lägger ansvaret hos sig själva men ser på Gud som ett stöd vilket motiverar dem i egenvården. I en annan studie beskriver en äldre sydasiat, bosatt i Storbritannien, och hur han till skillnad mot andra i landet, tror att

Allah ger människor sjukdomar oavsett hur bra och hälsosam man är (Macaden & Clarke, 2006).

Kallenberg och Larsson (2004, s.83-84) diskuterar förhållandet mellan religionen och hälsa och tar upp att det finns studier som bekräftar såväl religionens goda effekter på hälsan som motsatsen. Trots att det är svårt att bevisa religionens inverkan på hälsa inger tron ofta en upplevelse av trygghet och meningsfullhet. Människans religiösa tro kan anses främja hälsan eftersom den kan skänka vad Antonovsky menar att meningsfullhet kan ge människan. Enligt Antonovsky (1987/2005, s.46) syftar meningsfullhet till människans upplevelse av en känslomässig innebörd i livet, den utgör drivkraften för att öka förståelsen av ens inre värld och har stor betydelse för upplevelsen av hälsa.

8.3 Praktiska implikationer och förslag till fortsatta studier

Resultatet av denna litteraturstudie bidrar med en ökad förståelse för upplevelser av främjande respektive hindrande faktorer för egenvården hos patienter med diabetes typ 2. Resultatet visar på betydelsen av delaktighet i vården för en god egenvård, för att kunna leva med och kontrollera sin sjukdom och därmed även för möjligheten att uppleva hälsa.

Inom hälso- och sjukvården, omvårdnaden inkluderad, är det viktigt att beakta individualitet högre prioritet än gruppen för att inte kategorisera och etikettera (Dahlberg et al., 2003, s.25-26). Således har den kunskap litteraturstudien bidrar med betydelse för att i vårdandet kunna möta patienter med diabetes typ 2 öppet och förutsättningslöst samt för att kunna erbjuda information utifrån patientens egna förutsättningar. Patientens unikheter kan beaktas.

Kunskapen kan också förstås som ett underlag för all hälso- och sjukvårdspersonal, inte bara för sjuksköterskor. Den bör dessutom inte bara vara av intresse för vårdpersonal inom diabetesvården, utan för personal oavsett vårdområde. Detta med tanke på att diabetes är en kronisk sjukdom och att mötet med patienterna därför kan ske i många olika vårdssammanhang.

En fråga som väckts med litteraturstudiens resultat i åtanke är varför patienter fortfarande inte, trots mycket forskning på patienters upplevelser av främjande och hindrande faktorer i egenvården, verkar uppleva att de får tillräckligt med stöd och hjälp från hälso- och sjukvårdspersonalen. Av intresse vore därför att undersöka sjukvårdspersonals kunskap om de faktorer de tror främjar och hindrar patienters egenvård. Detta för att på ett annat sätt angripa problemområdet och skapa förutsättningar för patienten att få den individanpassade vård hon har rätt till.

Referensförteckning

* *Artiklar inkluderade till litteraturstudiens resultat.*

- Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E., & Östenson, C.-G. (2007). *Diabetes*. Stockholm: Karolinska University Press.
- Anderson-Loftin, W., & Moneyham, L. (2000). Long-term disease needs of southern African Americans with diabetes. *The Diabetes Educator*, 26, (5), 821-832.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (M. Elfstadius övers.). Stockholm: Natur och Kultur (Originalarbete publicerat 1987).
- * Barko, R., Corbett, C. F., Allen, C. B., & Armstrong Shultz, J. (2011). Perceptions of diabetes symptoms and self-management strategies: a cross-cultural comparison. *Journal of Transcultural Nursing*, 22, (3), 274-281.
- Björvell, H., & Insulander, L. (2008). Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning* (2 uppl.) (s.89-111). Lund: Studentlitteratur.
- Chesla, C. A., & Chun, K. M. (2005). Accommodating type 2 diabetes in the Chinese American family. *Qualitative Health Research*, 15, (2), 240-255.
- * Chlebowy, D. O., Hood, S., & LaJoie, S. A. (2010). Facilitators and Barriers of type 2 diabetes among urban African American Adults. *The Diabetes Educator*, 36, (6), 897-905.
- Chun, K. M., Chesla, C. A., & Kwan, C. M. (2011). "So we adapt step by step": acculturation experiences affecting diabetes management and perceived health for Chinese American immigrants. *Social Science and Medicine*, 72, (2), 256-264.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Danaei, G., Finucane, M. M., Lu, Y., Singh, G. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., Lin, J. K., Farzadfar, F., Khang, Y.-H., Stevens, G. A., Rao, M., Ali, M. K., Riley, L. M., Robinson, C. A., & Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*, 378, (9785), 31-40.
- Delmar, C., Bøje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jokobsen, C., Møller, M.-B., Sønder, H., & Pedersen, B. D. (2006). Independence/dependence: a contradictory relationship? Life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, (3), 261-268.
- Egenvård. (n.d.). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad mars, 14, 2012 från http://eshproxy.esh.se:2085/?i_ne.se.id=300307703&login=yes
- Eldh, A.-C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2007). Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations*, 11, (3), 263-271.
- Eriksson, K. (1986). *Hälsans idé* (2 uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Evans, P. H., Greaves, C., Winder, R., Fearn-Smith, J., & Campbell, J. L. (2007). Development of an educational "toolkit" for health professionals and their patients with prediabetes: the WAKEUP study (Ways of Addressing Knowledge Education and Understanding in Prediabetes). *Diabetic Medicine, a Journal of the British Diabetic Association*, 24, (7), 770-777.
- Friberg, F. (2006a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.105-114). Lund: Studentlitteratur.

- Friberg, F. (2006b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.115-124). Lund: Studentlitteratur.
- * Furler, J., Walker, C., Blackberry, I., Dunning, T., Sulaiman, N., Dunbar, J., Best, J., & Young, D. (2008). The emotional context of self-management in chronic illness: a qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. *Biomedical Central Health Service Research*, 8:214.
- Gomersall, T., Madill, A., & Summers, L. K. M. (2011). A metasynthesis of the self-management of type 2 diabetes. *Qualitative Health Research*, 21, (6), 853-871.
- Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petersson, B. (2005). *Vad är en god forskningsssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig http://www.vr.se/download.186.6b2f98a910b3e260ae28000334/god_forskningssed_3.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), 12-19.
- Hellerström, C., Kaj, G., Dock, A.-M., Cederquist, E., & Wallenberg-Henriksson, H. (2002). *Diabetes: forskningen, framstegen, framtiden*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Hood, G., Huber, J., Gustafsson, U., Scambler, S., & Asimakopoulou, K. (2009). "With age comes wisdom almost always too late": older adults' experiences of T2DM. *European Diabetes Nursing*, 6, (1), 23-28.
- Hu, F. B. (2011). Globalization of diabetes: the role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes Care*, 34, (6), 1249-1257.
- Hu, F. B., Manson, J. E., Stamper, M. J., Colditz, G., Liu, S., Solomon, C. G., & Willett, W. C. (2001). Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *The New England Journal of Medicine*, 345, (11), 790-797.
- Hörnsten, A., Lundman, B., Kihl Selstam, E., & Sandström, H. (2004). Patient satisfaction with diabetes care. *Journal of Advanced Nursing*, 51, (6), 609-617.
- Hörnsten, A., Sandström, H., & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with diabetes type 2. *Journal of Advanced Nursing*, 47, (2), 174-182.
- Kallenberg, K., & Larsson, G. (2004). *Människans hälsa: livsåskådning och personlighet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M., & Hallowell, N. (2006). "I can't do any serious exercise": barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with type 2 diabetes. *Health Education Research: Theory & Practice*, 21, (1), 43-54.
- Liljeberg, K. (2005). *Hur påverkas hälsan av delaktighet och inflytande i samhället? En litteratursammanställning* (Rapport från Statens Folkhälsoinstitut, nr 2005:2). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut, FHI. Tillgänglig www.fhi.se/PageFiles/3311/r200502delaktighetinflyt0504.pdf
- * Lin, C.-C., Anderson, R. M., Hagert, B. M., & Lee, B.-O. (2006). Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 17, (5a), 34-42.
- Livsmedelsverket. (2011). Fakta om fett. [Elektronisk]. Hämtad april, 6, 2012 från www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/Vad-innehaller-maten/Fett/Fakta-om-fett
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown Jr, B. W., Bandura, A., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39, (11), 1217-1223.
- Macaden, L., & Clarke, C. L. (2006). Risk perception among older South Asian people in the UK with type 2 diabetes. *International Journal of Older People Nursing*, 1, (3), 177-181.
- Medin, J., & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Moriyama, M., Nakano, M., Kuroe, Y., Nin, K., Niitani, M., Nakaya, T. (2009). Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: results of a 12 month trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 6, (1), 51-63.
- * Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L. (2005). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54, (2), 151-158.
- National Diabetes Information Clearinghouse. (2008). Your guide to diabetes: type 1 and type 2. United States: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Available <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/type1and2/YourGuide2Diabetes.pdf>
- * Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2009). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, (17-18), 2548-2556.
- * Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010). Perceived support from healthcare practioners among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66, (7), 1500-1509.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polonsky, W. (2002). *Diabetes hela livet* (A. Sandberg övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 1999).
- Polzers, R. L., & Miles, M. S. (2007). Spirituality in African Americans with diabetes: self-management through a relationship with God. *Qualitative Health Research*, 17, (2), 176-188.
- Pooley, C. G., Gerrard, C., Hollis, S., Morton, S., & Astbury, J. (2001). "Oh it's a wonderful practice... you can talk to them": a qualitative study of patients' and health professionals' views on the management of type 2 diabetes. *Health and Social Care in the Community*, 9, (5), 318-326.
- Qiu, S. H., Sun, Z. L., Cai, X., Liu, L., & Yang, B. (2012). Improving patients' adherence to physical activity in diabetes mellitus: a review. *Diabetes & Metabolism Journal*, 36, (1), 1-5.
- Rygg, L. Ø, Rise, M. B., Lomundal, B., Strøm Solberg, H., & Steinsbekk, A. (2010). *Scandinavian journal of public health*, 38, (8), 788-793.
- Schiøtz, M. L., Bøgelund, M., Almdal, T., Jensen, B. B., & Willaing, I. (2011). Social support and self-management behaviour among patients with type 2 diabetes. [Electronic version]. *Diabetic Medicine*, doi:10.1111/j.1464-5491.2011.03485.x
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005a). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009a). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009b). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Typ 2-diabetes: vad du kan göra och vad vården bör göra. Rekommendationer ur nationella riktlinjer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes: en vägledning till hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012a). Omvårdnad. [Elektronisk]. Hämtad mars, 10, 2012 från www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvarden/omriktlinjerna/omradeniriktlinjerna/omvardnad

- Socialstyrelsen. (2012b). Samverkan mellan personal och patient. [Elektronisk]. Hämtad mars, 10, 2012 från www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forebygga/samverkamedpatienten
- * Song, M., Lee, M., & Shim, B. (2008). Barriers to and facilitators of self-management adherence in Korean older adults with type 2 diabetes. *International Journal of Older People Nursing*, 5, (3), 211-218.
- Sprague, M. A., Armstrong Shultz, J., & Branen, L. J. (2006). Understanding patient experiences with goal setting for diabetes self-management after diabetes education. *Family and Community Health*, 29, (4), 345-352.
- Statens Folkhälsoinstitut. (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning* (Rapport från Statens Folkhälsoinstitut, nr 2004:33). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut, FHI. Tillgänglig www.fhi.se/PageFiles/3247/r200433halsoframjandehalsosjukvard.pdf
- Stenbock-Hult, B. (2004). *Kritiskt förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Söderholm Werkö, S. (2008). *Patient patients? Achieving patient empowerment through active participation, increased knowledge and organisation* (avhandling för doktorsexamen, Stockholms Universitet, 2008).
- Utz, S. W., Steevens, R. H., Wenzel, J., Hinton, I., Jones, R. A., Andrews, D., Muphy, A., Oliver, M. N. (2006). "Working hard with it": self-management of type 2 diabetes. *Family Community Health*, 29, (3), 195-205.
- * Wellard, S. J., Rennie, S., & King, R. (2008). Perceptions of people with type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services. *Contemporary Nurse*, 29, (2), 218-226.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organisation. (1986). *Ottawa charter for health promotion first international conference on health promotion*. Ottawa: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (1998). *Health 21: an introduction to the health for all framework for the WHO European Region* (European Health for All Series, No. 5). Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office of Europe.
- World Health Organisation. (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus*. Geneva: Department of Noncommunicable Disease Surveillance, World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2004). *Diabetes action now*. Geneva: World Health Organisation in cooperation with International Diabetes Federation Consultation.
- World Health Organisation. (2011). Diabetes. [Electronic]. Fact sheets. Available www.who.int, Media centre.
- World Health Organisation. (2012). About diabetes. [Electronic]. Diabetes Action Online: Diabetes Programmes. Available www.who.int, Programmes and projects.

Bilaga 1

Matris över sökvägar, sökord, antal träffar, lästa abstract och valda artiklar till resultatet.

Sökväg/Databas	Sökord/Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Valda artiklar
CINAHL plus with full text	Type 2 diabetes AND Self-management / Fulltext, Peer reviewed, Publication: Journal of Clinical Nursing, European Diabetes Nursing, Journal of Advanced Nursing, Research in Nursing and Health, Journal of the American Academy of nurse practioners	33	11	Artikel nr.25 Nagelkerk, Reick & Meengs. (2005).
CINAHL plus with full text	Type 2 diabetes AND Self-regulation AND Qualitative/ Fulltext, Peer reviewed	1	1	Artikel nr.1 Oftedal, Karlsen & Bru. (2009).
CINAHL plus with full text	Type 2 diabetes AND Self-management AND Qualitative / Fulltext, Peer reviewed	23	6	Artikel nr.3, 4, 6 & 8 3: Oftedal, Karlsen & Bru. (2010). ¹ 4: Handley, Pullon & Gifford. (2010). 6: Wellard, Rennie & King. (2008). 8: Furler, Walker, Blackberry, Dunning, Sulaiman, Dunbar, Best & Young (2008).
PUBMED	Type 2 diabetes AND Self-care AND Adult AND Qualitative / Humans, English, Swedish, Young Adult:19-24 years, Adult:19-44 years, Middle Aged: 45-64 years, Middle Aged+Aged: 45+ years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years.	124	26	Artikel nr. 7, 16 & 17. En artikel inkluderades också från ”Related citations” och blev litteraturstudiens tioende artikel. 7: Barko, Corbett, Allen & Armstrong Shultz. (2011). 16: Chlebowy, Hood & LaJoie. (2010). 17: Song, Lee & Shim. (2008). ¹ ”Related citations”: Lin, Anderson, Hagerty & Lee. (2006).

¹ Artikel funnen vid flera sökningar.

Bilaga 2

Matris över slutgiltigt urval av artiklar till resultatet.

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod (Urval, Datainsamling, Dataanalys)	Resultat
Barko, R., Corbett, C. F., Allen, C. B., & Armstrong Shultz, J.	Perceptions of diabetes symptoms and self-management strategies: a cross-cultural comparison.	2011, United States, <i>Journal of Transcultural Nursing</i> , 22, (3), 274-281.	Att jämföra och undersöka upplevda symtom och egenvårdsstrategier hos ryskspråkiga slaviska invandrade amerikanska kvinnor (grupp 1, förf. anm.) och icke-invandrande, vita amerikanska kvinnor, utan ursprung från ett spansktalande land, med diabetes typ 2 (grupp 2, förf. anm.).	Kvalitativ studie; Deskriptiv design. Bekvämlighetsurval. 20 deltagare (samtliga kvinnor). Enskilda semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ ansats.	Resultatet redovisas under tre teman: (1) <i>Beskrivna symptom relaterade till diabetes:</i> sjukdomssymtomen beskrivs utifrån en global helhetssyn eller ett mer specifikt fysiologiskt, somatiskt perspektiv, (2) <i>Beskriven egenvård och hälsorelaterade symptom</i> och (3) <i>Identifierade utbildningsbehov:</i> bra utbildning och ökad medvetenhet om hypoglykemi kan motivera till en bättre egenvård.

Chlebowy, D. O., Hood, S., & LaJoie, S. A.	Facilitators and Barriers of type 2 diabetes among urban African American adults.	2010, United States, <i>The Diabetes Educator</i> , 36, (6), 897-905.	Att identifiera hinder och underlättade faktorer för egenvården hos vuxna afroamerikaner med diabetes typ 2.	Blandad metod: kvalitativ metod användes för att kunna beskriva de hindrande och underlättande faktorerna. Typ av urvalsmetod nämns inte. 38 deltagare (27 kvinnor, elva män). Sju fokusgruppsintervjuer. En innehållsanalys genomfördes med hjälp av ett dataprogram för kvalitativ data, Atlas Ti®.	Resultatet av studien presenteras under huvudrubrikerna ”Upplevda hinder” och ”Upplevda främjande faktorer”. Hinder för deltagarnas egenvård är att sjukdomen tar upp mycket tid, brist på självkontroll, smärta vid blodglukoskontroll och glömska. Främjande faktorer anses vara socialt stöd från både familj och andra patienter med diabetes typ 2, invanda rutiner samt kunskap.
Furler, J., Walker, C., Blackberry, I., Dunning, T., Sulaiman, N., Dunbar, J., Best, J., & Young, D.	The emotional context of self-management in chronic illness: a qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes.	2008, Australien, <i>Biomedical Central Health Service Research</i> , 8:214.	Att utforska vuxna människors uppfattningar av egenvårdsstrategier vid diabetes typ 2 samt hur relationen med vårdpersonal kan stödja egenvårdsförmågan.	Kvalitativ studie. Typ av urvalsmetod nämns inte. 52 deltagare (24 kvinnor, 26 män). Fyra fokusgruppsintervjuer. Grundad hermeneutik (Grounded hermeneutics) och tolkande beskrivning.	Resultatet presenteras i tre kategorier: (1) <i>Den emotionella delen av att leva med diabetes</i> : egenvården har ett nära samband med patienters känslor, (2) <i>Strategier för egenvård</i> : hur patienter väljer att hantera sin sjukdom har ett nära känslomässigt samband och (3) <i>Hälso- och sjukvårdens stöd för egenvården</i> : en god relation till vårdpersonal är central för att egenvården ska stöttas.
Handley, J., Pullon, S., & Gifford,	Living with type 2 diabetes:	2010, Nya Zeeland, <i>Australian</i>	Att öka förståelsen för de vardagliga	Kvalitativ studie; delar av både fenomenologi och grundad teori (grounded theory)	Två av de tre teman som presenterades i resultatet var relevanta för vår studies syfte: (1) <i>Få kontroll</i> : patienterna beskriver vilka

H.	”Putting the person in the pilots’ seat”.	<i>Journal of Advanced Nursing</i> , 27, (3), 12-19.	levda erfarenheterna hos vuxna med diabetes typ 2. Av särskilt intresse var att ta reda på deltagarnas tidigare och nuvarande egenvårdsförmågor.	användes vid studiedesign. Syftesurval. Nio deltagare (fem kvinnor, fyra män). Djupgående, semistrukturerade intervjuer. Aspekter från grundad teori och även en innehållsanalys genomfördes.	svårigheter de upplever i försöket att hantera sin sjukdom, t ex att sjukdomen tar upp mycket tid, och (2) <i>Att ha och bevara kontrollen</i> : förmågan att utveckla en känsla av egenmakt och acceptans upplevs vara bäst för att klara av att hantera sin sjukdom.
Lin, C.- C., Anderson, R. M., Hagerty, B. M., & Lee, B.- O.	Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes.	2006, Taiwan, <i>Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness</i> in association with <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17, (5a), 34-42.	Att skapa förståelse för och dokumentera egenvårdstrategier hos taiwanesiska patienter med diabetes typ 2.	Kvalitativ studie. Syftesurval. 41 deltagare (19 kvinnor, 22 män). Fem fokusgruppsintervjuer med sex till tio deltagare i varje grupp. Analys enligt Colaizzi (1978) (kvalitativ ansats).	Tre teman presenteras: (1) <i>Sjukdomens påverkan</i> : här beskrivs främst en rädsla för stigmatisering och konsekvenser av diabetes, (2) <i>”Självregleringsprocess”</i> : här framkommer hur patienterna lär sig att leva med sin diabetes, t ex genom att lära känna sin kropps signaler, och sist (3) <i>”Omvandlingsprocess”</i> : beskrivs som det slutliga steget i processen mot egenvård där den bästa strategin för att hantera sin sjukdom är att acceptera den som en del av sitt liv.
Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L.	Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management.	2005, United States, <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 54,	Att beskriva upplevda hinder för egenvård samt identifiera effektiva	Kvalitativ studie; Explorativ, deskriptiv design. Syftesurval. 24 deltagare (tolv kvinnor, tolv män). Datainsamlingen skedde under år 2002. Tre	Resultatet visar att hinder för egenvård finns i relation till kosthållning, hälso- och sjukvården, hjälplöshet och frustration, resurser, grupputbildning samt medicinering (huvudrubrik ”Upplevda hinder”). Främjande för egenvården upptäckts inom

		(2), 151-158.	egenvårdsstrategier hos vuxna patienter med diabetes typ 2 bosatta på landsbygden.	fokusgruppsintervjuer med sex till tolv deltagare i varje grupp. Innehållsanalys.	liknande områden: relationen till sjukvårdspersonal, positiv attityd, socialt stöd, resurser, medicinering och grupputbildning (huvudrubrik ”Effektiva strategier”).
Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E.	Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes.	2009, Norge, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 19, (17-18), 2548-2556.	Att identifiera livsvärden hos vuxna med typ 2-diabetes och beskriva deras upplevelser av hur värdena påverkar det självreglerande beteendet.	Kvalitativ studie; Explorativ, deskriptiv design. Syftesurval. 19 deltagare (sju kvinnor, tolv män). Databesamlingen skedde från tre vårdinstanser under maj och juni 2007. Tre fokusgruppsintervjuer med fem till sju deltagare i varje grupp. Innehållsanalys.	Författarna redovisar patienternas livsvärden och hur dessa påverkar egenvården i positiv eller negativ bemärkelse. Sex teman identifierades: (1) <i>Bevarande av hälsa och livslängd</i> , (2) <i>En känsla av kroppsligt välbefinnande</i> , (3) <i>Bevarandet av en positiv kroppsuppfattning</i> , (4) <i>Självbestämmande</i> , (5) <i>Bibehållande arbetsförmåga</i> samt (6) <i>Tillhörighet</i> .
Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E.	Perceived support from healthcare practioners among adults with type 2 diabetes.	2010, Norge, <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 66, (7), 1500-1509.	Att beskriva hur vuxna med typ 2-diabetes upplever olika former av stöd från sjukvårdspersonal och hur olika stöttande åtgärder kan påverka människors motivation till att hantera sin	Kvalitativ studie; Explorativ, deskriptiv design. Syftesurval. 19 deltagare (sju kvinnor, tolv män). Databesamlingen skedde från tre vårdinstanser under år 2007. Tre fokusgruppsintervjuer med fem till sju deltagare i vare grupp. Innehållsanalys.	Fem teman hittades: (1) <i>En empatisk inställning</i> : förstående och lyssnade sjukvårdspersonal upplevs motiverande (2) <i>Praktiska råd och information</i> : patienter efterfrågar tydligare råd och samtal om hur sjukdomen lättare kan integreras i vardagen, (3) <i>Medbestämmande i beslutsfattandet</i> : relationen mellan sjukvårdspersonal och patienter upplevs viktig för egenvården, (4) <i>Korrekt och individanpassad information</i> : patienterna efterfrågar individuellt anpassad information samt (5) <i>Kontinuerligt gruppbaserat stöd</i> : möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter, rädslor och

			sjukdom.		frustrationer kan upplevas motiverande för egenvården.
Song, M., Lee, M., & Shim, B.	Barriers to and facilitators of self-management adherence in Korean older adults with type 2 diabetes.	2008, Korea, <i>International Journal of Older People Nursing</i> , 5, (3), 211-218.	Att beskriva hinder och underlättande faktorer för egenvård hos äldre vuxna koreaner med typ 2-diabetes.	Kvalitativ studie. Typ av urvalsmetod nämns inte. 24 deltagare (tio kvinnor, 14 män). Tre fokusgruppsintervjuer. Innehållsanalys.	Patienterna beskriver fyra hindrande faktorer för egenvården: <i>åldersrelaterade fysiska och kognitiva begränsningar, kulturrelaterade restriktioner, brist på självdisciplin samt dålig förståelse för egenvård</i> . De faktorer som underlättar för patienternas egenvård är <i>stöd från familjen, vetskap om fördelarna av samt ha ett system för att kunna återuppta egenvård och att vara mästare över sig själv genom att återskapa tidigare livsvanor</i> .
Wellard, S. J., Rennie, S., & King, R.	Perceptions of people with type 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based services.	2008, Australien, <i>Contemporary Nurse</i> , 29, (2), 218-226.	Att utforska människors erfarenheter av att hantera typ 2-diabetes i ett regionalt samhälle.	Kvalitativ studie med tolkande ansats. Typ av urvalsmetod nämns inte. 24 deltagare (tio kvinnor, 14 män). Enskilda, djupgående, semistrukturerade intervjuer. Utöver anteckningarna av deltagarnas svar, noterades deras icke-verbala signaler. Kvalitativ ansats.	Tre av de fyra teman som presenteras i artikeln ansågs relevanta för litteraturstudiens syfte: (1) <i>Kommunens utbud av vård</i> : svårigheter att få tillgång till vård av hög kvalitet, långa väntetider och svårigheter att göra bokningar beskrivs påverka egenvården, (2) <i>Familjerelationer</i> : stöd och motivation från sin livspartner upplevs främjande för egenvården, (3) <i>Mat i sociala sammanhang</i> : oro att bli socialt stigmatiserade upplevs hindra patienterna i sin egenvård.