



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Vuxna personers erfarenheter av att leva med diabetes mellitus typ 2.

-En litteraturstudie

Kajsa Östlin
Sara Jansson

Mars 2016

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap 15 hp

Handledare: Heidi Hagerman
Examinator: Elisabeth Häggström

Sammanfattning

Bakgrund: Antal fall av diabetes mellitus typ 2 ökar i Sverige samt över hela världen. Okunskap om hur sjukdomen utvecklas och hanteras kan leda till komplikationer och andra sjukdomar.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva vuxna personers erfarenheter av att leva med diabetes mellitus typ 2, samt att beskriva de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod.

Metod: Litteraturstudien har deskriptiv design. Studien inkluderar 12 kvalitativa artiklar funna i databaserna PubMed och Cinahl.

Huvudresultat: I analysen av artiklarna framkom kategorier som besvarade vuxna personers erfarenheter av att leva med diabetes mellitus typ 2. Kategorierna var: Erfarenheter av att ha diagnostiserats med diabetes typ 2, Vuxna personers erfarenheter av kontroll och behandling av diabetes typ 2, Erfarenheter av kostförändringar i samband med diabetes typ 2 hos vuxna personer, Erfarenheter av sociala sammanhang hos vuxna personer med diabetes typ 2 och Erfarenheter och hanteringssätt att leva med sin diabetes typ 2. Resultatet reflekterar positiva och negativa erfarenheter i det vardagliga livet i hos personer med diabetes mellitus typ 2.

Slutsater: Att få diabetes mellitus typ 2 medförde många olika känslor hos flera informanter. Diabetes påverkade vardagliga livet och krävde förändringar i den drabbades liv. Flera informanter erfor frustation över vården och många erfor stöd från familj och vänner. Rädsla för att drabbas av komplikationer till följd av sin sjukdom och inte få se sina barn växa upp gav motivation till att ta hand om sin sjukdom.

Nyckelord: diabetes mellitus typ 2, erfarenheter, egenvård, vuxna

Abstract

Background: The number of cases of type 2 diabetes mellitus is increasing in Sweden and worldwide. Ignorance about how the disease develops and managed can lead to complications and other diseases.

Aim: The aim of the literature review was to describe adults experience of living with diabetes mellitus type 2, and to describe the data collection method in the included articles.

Method: The literature review has a descriptive design.

The study includes 12 qualitative articles and were found in the databases PubMed and Cinahl.

Main Result: In the analysis of the articles, categories responding to adults experience of living with diabetes mellitus type 2 emerged. The categories were: The experience of being diagnosed with diabetes type 2, Adults experience of control and treatment of diabetes type 2, Adults experiences of dietary change associated with type 2 diabetes, Adults with diabetes type 2 experiences of the social context and Experience and management ways to be able to live with diabetes type 2. The result reflects positive and negative experiences in the daily life of people with diabetes mellitus type 2.

Conclusions: To be diagnosed with type 2 diabetes mellitus causes many different emotions in several informants. Diabetes effected everyday life and changes needed to be done in the person's life. Several informants experienced frustration over the care and many required support from family and friends. Fear of suffering from complications of their disease and not be able to see their children grow up gave them motivation to take care of the disease.

Keywords: diabetes mellitus type 2, experience, self-care, adults

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1 Diabetes Mellitus	1
1.2 Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans	2
1.3 Sjuksköterskans roll vid omvårdnad	3
1.4 Att vara närstående eller anhörig till en person med diabetes typ 2	3
1.5 Problemformulering	4
1.6 Syfte	4
1.7 Frågeställningar	4
2. Metod	5
2.1 Design	5
2.2 Sökstrategier	5
2.3 Urvalskriterier	7
2.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar	7
2.5 Dataanalys	8
2.6 Forskningsetiska överväganden	9
3. Resultat	10
3.1 Erfarenheter av att ha diagnostiserats med diabetes typ 2	11
3.1.1 Erfarenheter i samband med diagnosen	11
3.1.2 Erfarenheter av att acceptera diagnosen	12
3.2 Vuxna personers erfarenheter av kontroll och behandling av diabetes typ 2	12
3.2.1 Erfarenheter av blodsockerkontroller	12
3.2.2 Erfarenheter av vården	13
3.3 Erfarenheter av kostförändringar i samband med diabetes typ 2 hos vuxna personer	14
3.4 Erfarenheter av sociala sammanhang hos vuxna personer med diabetes typ 2	14
3.5 Erfarenheter och hanteringssätt att leva med diabetes typ 2	15
3.5.1 Existentiella erfarenheter	15
3.5.2 Fysiska erfarenheter	15
3.5.3 Hantering av diabetes typ 2	16
3.6 Valda artiklars datainsamlingsmetod	16
4. Diskussion	19
4.1 Huvudresultat	19

4.2 Resultatdiskussion	19
4.3 Den metodologiska aspekten	22
4.4 Metoddiskussion	24
4.5 Kliniska implikationer för omvårdnad	26
4.6 Förslag till fortsatt forskning	26
4.7 Slutsats	26
5. Referenslista	27
6. Bilagor	

1.Introduktion

1.1 Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus är en sjukdom där sockerhalten i blodet är för hög. Sjukdomen uppkommer genom att bukspottskörteln i kroppen inte kan producera något eller tillräckligt av hormonet insulin (Lindholm 2010). Blodsockernivån hos en frisk person varierar beroende på fysisk aktivitet, matintag och om personen har fastat och skall vara mellan 3,8-8,0 mmol/l (Ericson & Ericson 2012). Insulin är ett hormon som har funktionen att reglera kroppens sockerhalt i blodet så en jämn balans uppstår. Vid intag av föda gör insulinet det möjligt för kroppen att uppta energi från kolhydraterna (sockret) i födan för att få energi direkt eller lagra i levern för framtida bruk (Christensen 2012). Diabetes mellitus delas in i diabetes typ 1 eller typ 2 beroende på sjukdomens uppkomst. Diabetes typ 1 utvecklas till följd av bristfällig insulinproduktion från bukspottskörteln (Lindholm 2009) av okänd anledning (Ericson & Ericson 2012). Vid typ 2 diabetes är det mängden insulin som inte räcker till. Kroppen orkar antingen inte producera tillräckligt med insulin för behovet som finns eller så kan en större dos behövas då cellerna blivit insulinresistenta. Insulinresistens betyder att förmågan hos cellen att utnyttja det insulin som redan finns har blivit nedsatt och större dos behövs (Ericson & Ericson 2012).

Livsstil och miljöfaktorer har en betydande roll för att utveckla diabetes typ 2 (Östenson 2009). Riskfaktorer för typ 2 är övervikt och fetma till följd av för lite fysisk aktivitet och felaktig kost tillsammans med ärftliga faktorer (Ericson & Ericson 2012). Några vanliga symptom för båda typer är ökad törst, stora urinmängder och trötthet (Lindholm 2009). Komplikationer som njursvikt, ögonskador och nervpåverkan kan utvecklas då de små kärlen i kroppen påverkas av den höga sockerhalten i blodet. Benägenheten för att drabbas av en stroke eller hjärtinfarkt ökar också till följd av det höga blodsockret (Ericson & Ericson 2012). Diabetes typ 2 kan debutera i alla åldrar, mest förekommande hos vuxna (International diabetes federation 2015). En vuxen person beskrivs som en individ som är fullt utvecklad mentalt, fysiskt och känslomässigt (Haglund 2016). Enligt föräldrabalken (SFS 1949:381) är personer över 18 år myndiga.

Diabetes har beskrivits som en sjukdom som främst finns i västvärlden där en stillasittande livsstil är vanlig och en stor tillgång på snabbmat råder. Dock har det visat sig att det är i låg- och medelinkomstländerna diabetes ökar mest, då de börjat ta över västvärldens levnadssätt vad gäller snabbmat och inaktiv livsstil (Glans & Shaat 2009). Diabetes typ 2 är den vanligaste typen av diabetes både i Sverige och internationellt (Lindhom 2009) och antalet personer som upptäcks med diagnosen ökar (Idf 2015). Diabetesförbundet (2013) räknar att ca. 350 000 personer i Sverige har diabetes typ 2 (Glans & Shaat 2009) och att det i världen fanns 415 miljoner människor år 2015 som levde med diabetes, varav 90% med diabetes typ 2 (Idf 2015).

1.2 Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans

Dorothea Orem har utvecklat en teori om egenvårdsbalans (Kirkevold 2001), som innefattar teorierna egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. I den aktuella litteraturstudien kommer Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans att användas med fokusering på egenvårdsteorin och omvårdnadssystemteorin. Teorin om egenvårdsbalansens huvudsakliga påstående är att majoriteten av alla människor har motivationen och förmågan att ta hand om sin hälsa och förebygga sjukdom. Om förmågan saknas eller ha försämrats kan ett behov av hjälp uppstå som Orem anser skall kompletteras med omvårdnad. Dorothea Orem betecknar omvårdnad som en ersättning till människor som har oförmåga att bedriva hälsorelaterade åtgärder. Målet vid omvårdnad är att människan i största utsträckning ska genomföra omvårdnad självständigt vilket betecknas egenvård. Egenvårdsteorin innebär omvårdnadshandlingar som individen själv utför för att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. Handlingarna skall vara nödvändiga för individens grundläggande behov så som föda, vätska, socialt umgänge och förhindra faror. Skaffa medicinsk hjälp, följa ordinationer, ha en förståelse om det egna hälsotillstånd och finna en livsstil som bidrar till fortsatt personlig utveckling är handlingar som utförs vid sjukdom. Sjuksköterskan kan hjälpa personer till egenvård genom att stötta, vägleda och utbilda. Egenvårdsbristteorin beskriver och förklarar varför en person är i behov av omvårdnad. Personen kan inte genomföra egenvården självständigt och då kan exempelvis en närstående hjälpa till. Om varken den närstående eller personen själv kan ta ansvar för egenvården tillsätts professionell hjälp. Omvårdnadssystemteorin beskriver att omvårdnadssystem bygger på hjälpsituationer och omvårdnadssituationer. Hjälpsituation är då en person har begränsade handlingsmöjligheter och hjälp kan tillgodoses för att komplettera dessa.

Detta kan vara i relation mellan patient och sjuksköterska där omvårdnadshandlingar är aktuella i en omvårdnadssituation. Patienten kan vara i stort behov av sjuksköterskans omvårdnad eller så kan det ske i samspel mellan sjuksköterska och patient.

Sjuksköterskan kan gå in i en roll där kunskap förmedlas för att lära patienten åtgärder för att kunna bedriva egenvården på egen hand. Sjuksköterskan kan då hjälpa till med stöttning, vägledning och undervisning (Orem 2001).

1.3 Sjuksköterskans roll vid omvårdnad

Sjuksköterskans roll vid omvårdnad är att främja välbefinnande och hälsa för patienten (Ternstedt & Norberg 2009). Behandling av diabetes bygger på ett samspel mellan sjuksköterska och patient där samtalen skall få patienten att känna en känsla av sammanhang och tillfredställelse. Detta genom att sjuksköterskan skall vara lyhörd, lyssna trovärdigt och vara närvarande (Brobeck, Odencrants, Bergh & Hildingh 2014). Personer som lever med diabetes behöver ha kunskap för att självständigt kunna hantera och genomföra sin omvårdnad. För att detta skall vara genomförbart krävs utbildning och kunskap i området (Berne & Sörman 2009). Sjuksköterskor utbildar både patienter och deras närstående i diabetesvård (Annersten-Gershater, Pilhammar & Alm 2012) och forskning visade att patienter med diabetes typ 2 saknade kunskap om sin sjukdom och behövde få mera information om möjligheter till god hälsa (Wu, Tung, Liang, Lee & Yu 2014). En uppdaterad kunskap om sjukdomen diabetes är även viktig för sjuksköterskan för att kunna informera patienter om grundläggande vård så som hur blodsockerkontroller tas och insulin injiceras. Detta för att patienten skall kunna leva ett självständigt liv och ha eget ansvar för behandlingen i framtiden (Dammen-Mosand & Stubberud 2011). En studie har dock visat att sjuksköterskor hade erfarenheter över att det var svårt att prata med patienter om livsstilsförändringar om sjuksköterskan inte upplevde sig ha tillräckligt med kunskap om det (Jallinoja et al. 2007). En erfarenhet är en upprepad tillämpning av upplevelser, observationer, sinnesintryck, kunskap och färdigheter där individers egna uppfattningar inte kan påverkas av någon annan än individen själv (Haglund 2016).

1.4 Att vara närstående eller anhörig till en person med diabetes typ 2

En närstående beskrivs som en individ med en nära relation till en person vilket kan vara en vän eller granne. Som anhörig räknas en förälder, ett syskon eller annan individ med ett biologiskt band till personen (Benzlein, Hagberg & Saveman 2009). Att vårda en

familjemedlem som har diagnostiserats med diabetes typ 2 kan påverka den anhörigas mentala mående och ge en lägre livskvalité jämfört med de som inte vårdar en familjemedlem (Anaforglu, Ramazanogullari, Algun & Kutanis 2012). När en person med diabetes typ 2 drabbas av komplikationer på grund av sin sjukdom kan det medföra att den närstående lider med den drabbade vilket påverkar det psykiska välmående hos de närstående och kan leda till depression och ångest. (Dimitraki & Karademas 2014).

1.5 Problemformulering

Diabetes typ 2 är en sjukdom som främst debuterar på grund av felaktig kost och lite fysisk aktivitet. Blodsockerhalten i blodet blir för hög då hormonet insulin inte produceras tillräckligt i kroppen eller högre dos behövs på grund av insulinresistens i vävnaderna (Ericson & Ericson 2012). Sjukdomen är allvarlig då den kan leda till andra sjukdomar och för tidig död (Socialstyrelsen 2015). En förståelse och insikt över patienters erfarenheter av att leva med diabetes typ 2 gynnar rollen som sjuksköterska då det är viktigt att ge patienterna en känsla av sammanhang och välbehag i samband med vård (Brobeck, Odencrants & Hilding 2014). Diabetes mellitus är en sjukdom som de senaste åren har ökat i antal fall (Idf 2015). Trots att diabetes är beforskat, behöver det göras igen och stärkas i ny forskning då den medicinska kunskapen om sjukdomen utvecklas och genererar i nya erfarenheten hos personer med diabetes mellitus.

1.6 Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva vuxna personers erfarenheter av att leva med diabetes mellitus typ 2, samt att beskriva de inkluderade artiklarnas datainsamlingsmetod.

1.7 Frågeställningar

- Hur beskriver vuxna personer sina erfarenheter av att leva med diabetes mellitus typ 2?
- Vilken datainsamlingsmetod har de inkluderade artiklarna använt sig av?

2. Metod

2.1 Design

Litteraturstudien har en deskriptiv design (Polit & Beck 2012).

2.2 Sökstrategier

Databaserna Cinahl och MedLines webversion PubMed har använts då de innehåller artiklar om omvårdnadsforskning (Polit & Beck 2012). Dessa databaser gav relevant information kopplat till studiens syfte och frågeställningar. Sökord har använts i nämnda databaser för att utgöra en grund för den önskade sökningen (Forsberg & Wengström 2013). Vid början av en sökning är det viktigt att tänka brett för att sedan kunna exkludera sökord som inte gav relevant information (Polit & Beck 2012). En sökning i databaserna PubMed och Cinahl påbörjades och tänkbara sökord söktes i Karolinska institutets MeSH-databas (MeSH) och i motsvarande databasen Cinahls sökversion Cinahl Headings (Headings) för att utvinna en korrekt engelsk översättning av de önskade sökordet samt generera en mer specifik sökning. De MeSH-termer och Headings som utvanns ur databasernas ämnesordlista, så kallad thesaurus (Forsberg & Wengström 2013) var *Diabetes Mellitus type 2* och *Emotions*.

För att utveckla sökningarna kombinerades de tidigare nämnda MeSH- och Headings termer med fritextsökning. Fritextsökning skall ske så sökorden är kopplade till studiens syfte och frågeställningar (Forsberg & Wengström 2013). Ord som kompletterade MeSH- och Headings termer eller söktes enskilt var *Experience*, *Feelings* och *Living with Diabetes Mellitus type 2*. För att kunna kombinera ord och utvinna mera precision till önskvärt sökresultat användes den boolska söktermen AND (Polit & Beck 2012; Forsberg & Wengström 2013). Tabell 1 beskriver de aktuella sökord och sökträffar för litteraturstudien. En sökning i databaserna av *Diabetes Mellitus type 2* (MeSH)(Headings) gav en stor omfattning träffar. Kombinationer med andra sökord och den boolska termen AND användes för att minska antalet träffar så en genomgång av artiklar var möjlig och gav ett mera specifikt resultat. Limits användes för att begränsa sökningarna i databaserna (Polit & Beck 2012). Limits för aktuella litteraturstudiens artikelsökning var publicering mellan år 2010-2015 samt personer mellan 19-85+ år.

Tabell 1. Översikt över sökord och sökträffar

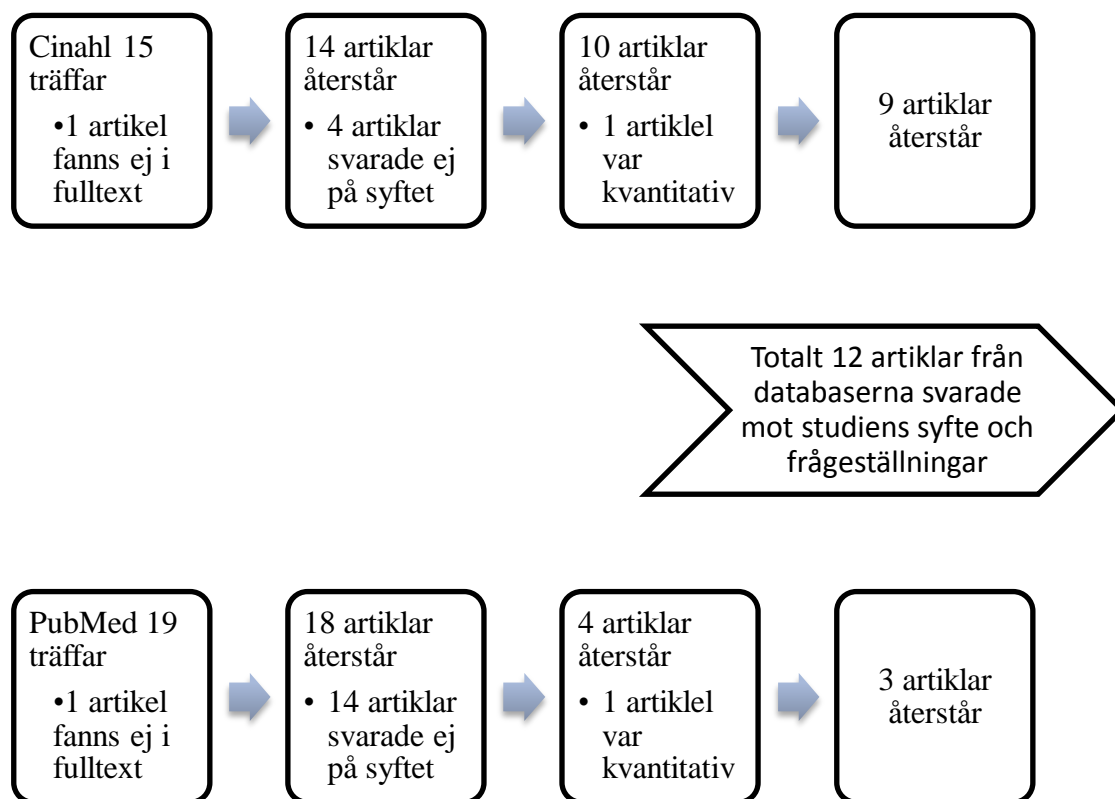
Databas	Sökord	Antal träffar	Tänkbara träffar exklusive dubletter
Cinahl	<i>Diabetes Mellitus, Type 2 (Headings)</i>	6,646	-
Cinahl	<i>Diabetes Mellitus Type 2 (Headings) AND Emotions (Headings)</i>	21	1
Cinahl	<i>Diabetes Mellitus Type 2 (Heading) AND Experience</i>	190	3
Cinahl	<i>Diabetes Mellitus Type 2 (Headings) AND Feelings</i>	32	1
Cinahl	<i>Living with Diabetes Mellitu Type 2</i>	236	10
Cinahl	<i>Living with Diabetes Mellitus type 2 AND Feelings</i>	8	-
PubMed	<i>Diabetes Mellitus Type 2 (MeSH)</i>	36,379	-
PubMed	<i>Diabetes Mellitus Type 2 (MeSH) AND Emotions (MeSH)</i>	199	11
PubMed	<i>Diabetes Mellitus Type 2 (MeSH) AND Experience</i>	680	-
PubMed	<i>Diabetes Mellitus Type 2 (MeSH) AND Feelings</i>	591	-
PubMed	<i>Living with Diabetes Mellitus Type 2</i>	4,206	-
PubMed	<i>Living with Diabetes Mellitus Type 2 AND Feelings</i>	86	8
			Totalt: 34st tänkbara träffar

2.3 Urvalskriterier

Inklusionskriterier som användes vid artikelsökningen var artiklar publicerade mellan 2010-2015, personer mellan 19-85+, publiceringsspråk på engelska eller svenska, fritt tillgänglig via databaser, kvalitativ ansats och överensstämmelse med syfte och frågeställning. Exklusionskriterierna som användes var litteraturstudier och artiklar med kvantitativ ansats.

2.4 Urvalsprocess och utfall av möjliga artiklar

Sökorden söktes i olika kombinationer som var relevanta mot syfte och frågeställning och kunde tänkas ge väsentlig information. Vid ett träffantal runt 200 stycken artiklar i en sökning lästes artiklarnas titel igenom för att utforska om relevans mot syfte och frågeställning fanns. Relevanta titlar granskades vidare och artiklarnas abstract lästes igenom för att bekräfta relevans mot syfte och frågeställning. Detta resulterade i att 34 artiklar valdes ut som tänkbara. Artiklar granskades vidare och hela artikeln lästes med fokus på metod- och resultatdelen. Två av de 34 artiklarna fanns inte att finna i fulltext, arton artiklar valdes att exkluderas då de inte svarade på den aktuella litteraturstudiens syfte och frågeställningar och två artiklar var kvantitativa. Efter denna urvalsprocess inkluderades totalt 12 artiklar. Urvalsprocessen har sammanställts i Figur 1.



Figur 1. Litteratursökningens flödesschema

2.5 Dataanalys

De 12 utvalda artiklarna skrevs ut för att lättare hantera innehållet vid genomgång och analys. Artiklarna lästes först igenom enskilt av författarna och egna noteringar antecknades för att få en egen uppfattning angående innehållet. Artiklarna diskuterades och analyserades vidare av båda författarna tillsammans som en kontroll över att innehållet i respektive artikel uppfattades likvärdigt av författarna. Då samtliga artiklar var skrivna på engelska hjälptes författarna åt att förstå betydelsen av texten och vid oklarheter översattes orden till svenska med hjälp av lexikon för att minimera risken för feltolkning. Artiklarna lästes därefter igenom igen och relevant information ströks under. För att organisera och strukturera informationen för lättare hantering sattes Post-it lappar på framsidan av varje artikel. (Polit & Beck 2012). På dessa skrevs områden som framkom av författarnas uppfattningar av texten. Dessa områden uppfattades vara: mat, vård, känslor och socialt. Artiklarnas resultat innehåll sammanfattades under det område texten är relevant för. Detta betyder att en artikel hade relevant information för

flera av områdena. Sammanställningen antecknades i ett eget dokument så en överblick över likheter och skillnader mellan artiklarna. Översikten över innehållet analyserades vidare och kategorierna: Erfarenheter av att ha diagnostiserats med diabetes typ 2, Vuxna personers erfarenheter av kontroll och behandling av diabetes typ 2, Erfarenheter av kostförändringar i samband med diabetes typ 2 hos vuxna personer, Erfarenheter av sociala sammanhang hos vuxna personer med diabetes typ 2 och Erfarenheter och hanteringssätt att leva med sin sjukdom, framkom i analysen. Processen med kategorier beskrivs av Polit och Beck (2012) som ett system för att kunna urskilja olika faser av en erfarenhet. För att specificera innehållet i kategorierna utvecklades subkategorier (Polit & Beck 2012), nämnda: Erfarenheter i samband med diagnosen, Erfarenheter av att acceptera diagnosen, Erfarenheter av blodsockerkontroller, Erfarenheter av vården, Existentiella erfarenheter, Fysiska erfarenheter samt Hantering av diabetes typ 2. Vid sammanställning av den aktuella litteraturstudiens resultat skedde en ständig jämförelse och kontroll mellan kategorisammanfattningen och artiklarna så att risken för feltolkning eller felhantering minimerades. För att kunna besvara frågeställning två angående artiklarnas datainsamlingsmetod lästes artiklarna igenom enskilt av författarna för att få en helhet över innehållet. Relevant information i varje artikel sammanfattades i ett dokument och sammanställdes sedan i den metodologiska matrisen i bilaga 1 tabell 2. Användning av en metodologisk matris är för att underlätta sammanställningen av artiklarnas metodologiska process (Polit & Beck 2012). En överblick över likheter och skillnader gavs och artiklar med samma datainsamlingsmetod grupperades för att sedan kunna sammanställas i den aktuella litteraturstudiens resultatdel.

2.6 Forskningsetiska överväganden

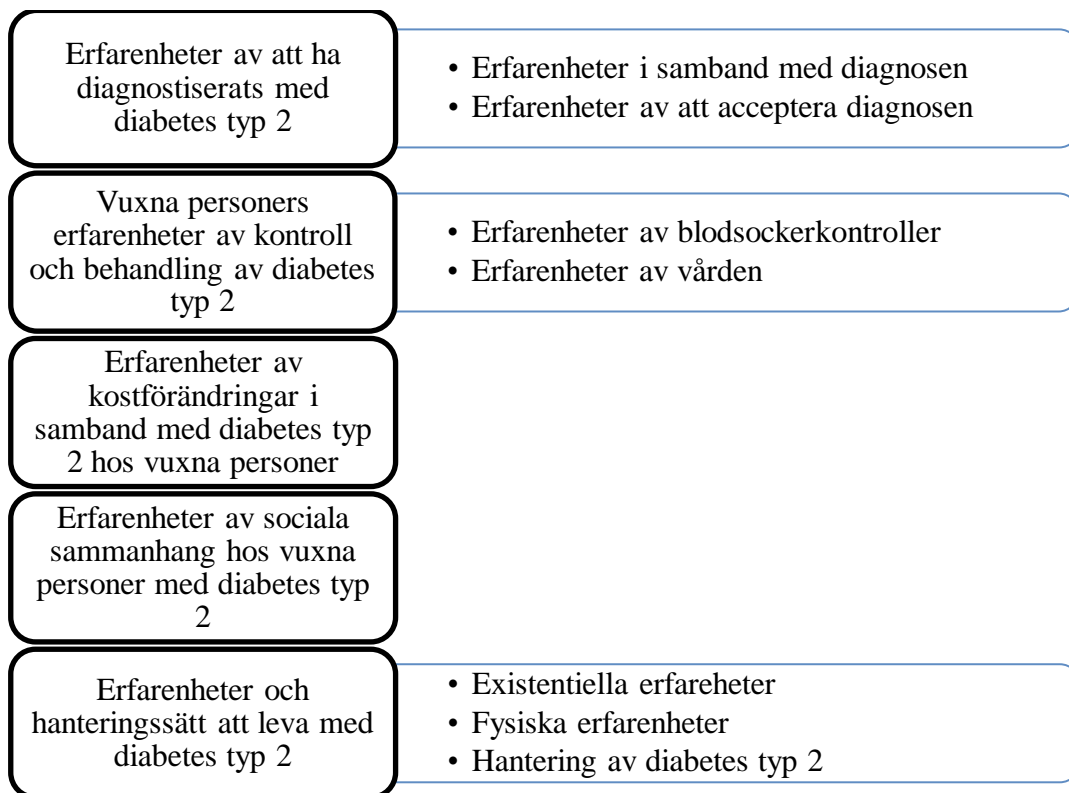
Forskning av god kvalitet skall ha ett etiskt tänkande. Fusk eller oklarheter har inte förekommit i detta arbete. Felaktig referenshantering, plagiering eller att förvränga inklusions- eller exklusionskriterier är inte tillåtet (Forsberg & Wengström 2013). I insamlingen av data har ovanstående aspekter tillhandahållits. Plagiering från andra arbeten, ändring av resultat och inklusionskriterier har inte förekommit. I litteraturstudien 11 artiklar (Handley, Pullon & Griffon 2010; Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Ahlin & Billhult 2012; Jutterström, Isaksson, Sandström & Hörnsten 2012; Castro-Sanches & Avila- Ortiz 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Janes, Titchener, Pere, Pere & Senior 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Crabtree et al. 2014; Li, Drury & Taylor 2014) stod det hur studien

godkänts av en etisk kommitté. I den tolfte artikeln (Low, Tong & Low 2014) framkom det inte om studien hade genomgått en etisk granskning. De valda artiklarna har objektivt sammanställts av författarna och ej uteslutits på grund av egna intressen.

3. Resultat

Litteraturstudien har baserats på 12 vetenskaplig artiklar av kvalitativ ansats.

Urvalsgruppen består av vuxna personer som diagnostiserats med diabetes typ 2. I analysen av artiklarna framkom kategorier som besvarade vuxna personers erfarenheter av att leva med diabetes typ 2. Kategorierna var: *Erfarenheter av att ha diagnostiserats med diabetes typ 2*, *Vuxna personers erfarenheter av kontroll och behandling av diabetes typ 2*, *Erfarenheter av kostförändringar i samband med diabetes typ 2 hos vuxna personer*, *Erfarenheter av sociala sammanhang hos vuxna personer med diabetes typ 2* och *Erfarenheter och hanteringssätt att leva med sin diabetes typ 2*. Subkategorier som framkom i analysen var: *Erfarenheter i samband med diagnosen*, *Erfarenheter av att acceptera diagnosen*, *Erfarenheter av blodsockerkontroller*, *Erfarenheter av vården*, *Existentiella erfarenheter*, *Fysiska erfarenheter* och *Hantering av diabetes typ 2*. Figur 2 ger en överblick över kategorier och subkategorier. Artiklarnas syfte och huvudresultat presenteras i bilaga 2 tabell 3. Den metodologiska frågeställningen gällande beskrivning av valda artiklars datainsamlingsmetod kommer att sammanfattas och presenteras i bilaga 1 tabell 2 samt i löpande text under rubriken valda artiklars datainsamlingsmetod.



Figur 2. Översikt över kategorier och subkategorier

3.1 Erfarenheter av att ha diagnostiserats med diabetes typ 2

Denna kategori inkluderar två subkategorier om erfarenhet av diabetesdiagnosen och accepterande av sjukdomen.

3.1.1 Erfarenheter i samband med diagnosen

Vid diabetesdebuten erfor informanterna chock, frustration (Handley, Pullon & Gifford 2010; Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013) rädsla, förnekelse (Handley, Pullon & Gifford 2010; Ekong Russel-Mayhew & Arthur 2013) misstro, hjälplöshet (Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013) och ledsamhet (Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013). Några informanter erfor sin diagnos som en dödsdom medan andra kände lättnad över att ha fått sin diabetesdiagnos då de under en längre tid haft symtom utan vetskap om varför (Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013). Informanterna hade erfarenhet av att de förlorade kontrollen i samband med diagnosen och kände rädsla för framtiden då de inte visste vad som väntade. De erfor även skuld för att ha drabbats av sin sjukdom (Janes et al. 2013). I flera artiklar framkom okunskap hos informanterna om hur diabetes typ 2 uppkommer och vad det innebär att leva med sjukdomen (Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Janes et al. 2013). I en artikel trodde informanterna att diabetes endast drabbade rika personer, och

då de själva inte var rika kände de orättvisa över att ha drabbats av diabetes (Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013) Andra informanter trodde att diabetes, liksom andra sjukdomar, gick över av sig själv eller kunde botas av att ta en medicin (Janes et al. 2013).

3.1.2 Erfarenheter av att acceptera diagnosen

Informanterna erfor att det behövde acceptera sin sjukdom (Jutterström et al. 2012; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Low, Tong & Low 2014) som en del av livet för att lättare kunna hantera sin diabetes och leva med den (Jutterström et al. 2012; Low, Tong & Low 2014). Informanterna hade erfarenheter av att accepterandet av sjukdomen ledde till att det gick bättre att få in rutiner i vardagen som passade med diabetesdiagnosen (Jutterström et al. 2012; Low, Tong & Low 2014) och börja leva livet mera hälsosamt (Low, Tong & Low 2014). Informanter som inte accepterat sin diabetes kände mer negativa känslor än de som accepterat (Low, Tong & Low 2014).

3.2 Vuxna personers erfarenheter av kontroll och behandling av diabetes typ 2

Denna kategori innehåller två subkategorier om erfarenheter vid blodsockerkontroller och vården.

3.2.1 Erfarenheter av blodsockerkontroller

I flera artiklar erfor informanterna påfrestningar av att regelbundet ta blodsockerkontroller som en del av sin behandling (Dlugasch & Ugarriza 2013; Li, Drury & Taylor 2014; Low, Tong & Low 2014) vilket kunde leda till frustration (Low, Tong & Low 2014). Att ta blodsockerkontroller i fingret med stickor gjorde ont och de domnade bort i fingrarna (Dlugasch & Ugarriza 2013). Informanterna erfor även rädsla för sticket i fingret vid blodsockerkontrollerna (Li, Drury & Taylor 2014) och blodsockerkontrollerna var mindre regelbundna hos dem som upplevde smärta i fingrarna i samband med kontrollerna (Dlugasch & Ugarriza 2013). Informanterna hade erfarenheter av att blodsockervärdet varierade mellan kontrollerna. Detta skapade en känsla av hjälplöshet och förlorad kontroll, som ledde till minskad motivation (Li, Drury & Taylor 2014). Varierande blodsockervärden skapade osäkerhet och funderingar till varför det varierade (Dlugasch & Ugarriza 2013). I Dlugasch & Ugarriza's (2013) artikel erfor informanterna skuld, frustration, rädsla och ilska vid ett högre

blodsockervärde än förväntat. Ett högt blodsockervärde ansågs som ett misslyckande då de inte följt det planerade programmet om hanteringen av blodsockernivåerna. När blodsockervärdet låg på en förväntad nivå gav det däremot ökat självförtroende och känsla av lycka. Att ta sitt blodsocker kunde ge ett lugn, då det bekräftade att blodsockret låg på en bra nivå. Blodsockerkontrollerna gjorde informanterna medvetna om sin diabetes och flera gånger ville informanterna inte bli påmind (Dlugasch & Ugarriza 2013). När informanterna inte kände några symtom upplevde de sig friska och kände rädsla för att påbörja insulinbehandling för sin diabetes typ 2 (Janes et al. 2013). De erfor också osäkerhet av att inte klara av sin insulinbehandlingen, när blodsockret inte var enligt referensramen (Dlugasch & Ugarriza 2013). I Jane et al.'s (2013) artikel beskrevs det att informanterna erfor rädsla att drabbas av lågt blodsocker när de tillförde insulin vilket de kompenserade genom att äta mycket mat för att få ett högt blodsocker eller undvek sitt insulin. Att injicera sig med insulin offentligt upplevdes jobbigt då de behövde visa sin kropp och att personer i omgivningen skulle få reda på att de hade diabetes typ 2. Informanter som trodde att diabetes skulle gå över av sig självt genomförde inte sin behandling (Janes et al. 2013).

3.2.2 Erfarenheter av vården

Informanterna erfor frustration över hälsosystemet på flera aspekter. De hade erfarenhet av att läkarna saknade kunskap om diabetes och att vårdpersonalen inte kommunicerade med dem, vilket gjorde samspelet med vården sämre (Crabtree et al. 2014). Flera informanter erfor att det inte fick någon empati från vårdpersonalen (Li, Drury & Taylor 2014). Några uppgav att de inte trodde på sin läkare och därför inte följde de medicinska föreskrifterna de tilldelats (Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013). Vid tillfällen där informanterna och vården var oense om framtida hälsomål, ignorerade deltagarna vad de blivit rekommenderade att göra (Janes et al. 2013). Informanterna hade erfarenheter av att de blev bemötta med ointresse och inte blev stöttade och uppmuntrade av vårdpersonalen vid blodsockerkontrollerna (Dlugasch & Ugarriza 2013). Att vården inte erbjöd material till blodsockerkontrollerna erfor informanterna var jobbigt då de själva behövde stå för alla kostnader (Li, Drury & Taylor 2014).

3.3 Erfarenheter av kostförändringar i samband med diabetes typ 2 hos vuxna personer

I Handley, Pullon & Gifford (2010); Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís (2013) och Crabtree et al.'s (2014) artiklar tog informanterna upp erfarenheter om svårigheten att hålla sig till kostförändringar. Informanterna erfor att kostförändringen gav bekymmer, obalans och att de mådde bättre innan kostförändringen (Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013). Att vara medveten om vilka konsekvenser som kunde uppkomma av att inte följa sin nya kost, gjorde dem beslutna att hålla sig till den nya kosten, trots att den ansågs utmanande och krävde disciplin (Low, Tong & Low 2014). Kvinnorna i Ahlin & Billhults (2012) artikel erfor en inre kamp över att tänka på vad som kunde ätas och kände orättvisa när de att inte kunde äta vad som önskades och orättvisa att dela måltider med andra, som inte behövde anpassa sin kost. Kvinnorna hittade på ursäkter för att få äta mat som inte var anpassad för dem (Ahlin & Billhult 2012). Svårigheten att hålla sig ifrån mat, som inte ansågs lämplig att äta på grund av sin diabetes, var speciellt svårt om det endast var det som fanns tillgängligt. Några informanter såg mat som en belöning och passade på att unna sig mat när blodsockervärdet var bra (Dlugasch & Ugarriza 2013). Även då informanterna förmodade att dålig kost hade orsakat deras diabetes fanns det motstånd till att ändra sin kost (Janes et al. 2013). Restriktionerna vad gällde kost var påfrestande för informanterna som ansåg att den nya kosten inte var lika god som tidigare (Crabtree et al. 2014) då den nya kosten ansågs tråkig, enformig och smaklös (Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013). Informanterna tyckte också att den nya kosten var dyrare att inhandla (Crabtree et al. 2014).

3.4 Erfarenheter av sociala sammanhang hos vuxna personer med diabetes typ 2

I Li, Drury & Taylor's (2014) artikel beskrev informanterna att de hade stöd från sin familj, arbetskamrater och andra personer som hade diabetes. Dock beskrev några att de inte berättat för sina vänner att de levde med sin sjukdom då oro fanns att relationen till vännerna skulle påverkas och att de skulle bli behandlade annorlunda av vännerna (Li, Drury & Taylor 2014). Informanterna hade erfarenheter av att det ibland var

problematiskt att kombinera jobb och diabetes. Störande moment på jobbet gjorde att deras diabetes blev svårare att hantera. Genom att till exempelvis jobba övertid fick de mindre tid att hantera sin diabetes (Ofstedal, Karlsen & Bru 2010). Informanterna hade erfarenheter hur symtomen av diabetes kunde påverka deras jobbsituation. Ett av symtomen var stora urinmängder vilket ledde till många toalettbesök som i sin tur gav förlorad arbetstid (Low, Tong & Low 2014). Stöttning från familj eller vårdpersonal resulterade i att lättare kunna genomföra livsstilsförändringar och utföra dem under en längre tid (Jutterström et al. 2012).

3.5 Erfarenheter och hanteringssätt att leva med diabetes typ 2

Denna kategori innefattar tre subkategorier om existentiella- och fysiska erfarenheter samt hantering av diabetes.

3.5.1 Existentiella erfarenheter

I flera artiklar erfor informanterna rädsla för att dö till följd av sin diabetes (Jutterström et al. 2012; Crabtree et al. 2014; Low, Tong & Low 2014). Informanterna hade erfarenheter av hur personer i deras närhet avlidit till följd av diabetes typ 2, vilket skrämde informanterna (Jutterström et al. 2012; Crabtree et al. 2014). Informanterna ansåg sig inte redo att dö och kände att många personer var beroende av dem (Jutterström et al. 2012). Att drabbas av komplikationer gav upphov till rädsla (Dlugasch & Ugarriza 2013; Low, Tong & Low 2014). Rädslan för att dö och att drabbas av komplikationer gjorde att de slutade ignorera sin sjukdom (Jutterström et al. 2012). Informanterna uttryckte att diabetes var en tyst och osynlig sjukdom som gav upphov till osäkerhet och oro för komplikationer, som de kunde komma att ställas inför i framtiden (Carolan, Holman & Ferrari 2014).

3.5.2 Fysiska erfarenheter

Fysiska symtom som informanterna hade erfarenhet av var slöhet, kissnödighet och sömnlöshet. Dessa fysiska symtom ledde ofta till psykiska symtom så som ångest och hjälplöshet (Li, Drury & Taylor 2014). De fysiska symtomen som smärta i fingrar och ben satte barriärer i livet och gjorde att livet anpassades efter smärtan (Crabtree et al. 2014). Informanterna hade kommit till insikt att om de inte skötte sin diabetes kunde de drabbas av komplikationer så som synförändringar och amputation av extremiteter (Jutterström et al. 2012).

3.5.3 Hantering av diabetes typ 2

Informanterna erfor ensamhet (Carolan, Holman & Ferrari 2014) och att det var tungt, skrämmande, existentiellt och emotionellt stressande att självständigt ta hand om sin diabetes (Jutterström et al. 2012). När informanterna insåg att det bara var de själva som kunde påverka sin livsstil, och förstod vilka konsekvenser som kunde uppkomma vid en misskött diabetes, började de förändra sin livsstil (Jutterström et al. 2012).

Informanterna motiverades till att ta hand om sin diabetes för att få se sina barn (Ofstedal, Karlsen & Bru 2010; Jutterström et al. 2012; Carolan, Holman & Ferrari 2014) och barnbarn växa upp (Ofstedal, Karlsen & Bru 2010). Några lät inte sjukdomen ta över sitt liv utan gjorde det som var nödvändigt för att hantera sjukdomen utan att låta det påverka vardagen för mycket. Att mäta blodsockret, ta insulin och äta en bra kost gjorde att det kunde leva sitt liv relativt vanligt (Li, Drury & Taylor 2014). I Ahlin & Billhults (2012) artikel tar kvinnorna upp sina erfarenheter om att leva med diabetes typ 2. De erfor att det var svårt att hantera all press och alla måsten relaterat till sjukdomen, vilket ledde till att motivationen för att ta hand om sjukdomen minskade. Kopplingar drogs till drogberoende, då suget för att äta det som önskades blev för stort och att synda gav ångest (Ahlin & Billhult 2012). Informanter använde sig av olika strategier för att effektivt klara av utmaningar de stötte på på grund av sin diabetes. Strategierna de utvecklade var att använda sig av stöttande nätverk, konkret hantering av sjukdomen, religiös tro och hantering av känslor. (Li, Drury & Taylor 2014). Informanterna hade erfarenheter av att livskvalitén handlade om att hitta en balans, ha en personlig kännedom och hantering på ett personligt plan (Low, Tong & Low 2014). Genom att vara positiv och förhoppningsfull var det lättare att hantera sjukdomen (Li, Drury & Taylor 2014).

3.6 Valda artiklars datainsamlingsmetod

De utvalda 12 vetenskapliga artiklarna hade alla kvalitativ ansats och använde sig av intervjuer som datainsamlingsmetod. För en mer specifik sammanfattning av de vetenskapliga artiklarnas datainsamlingsmetod se bilaga 1 tabell 2.

I åtta av de tolv artiklarna beskriver författarna att de har använt sig av en semistrukturerad intervjumetod (Handley, Pullon & Gifford 2010; Ofstedal, Karlsen & Bru 2010; Jutterström et al. 2012; Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Janes et al. 2013; Li, Drury & Taylor 2014; Low, Tong &

Low 2014) varav fyra beskrev att de använde sig av öppna frågor (Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Low, Tong & Low 2014) och en beskrev att de använt sig endast av en öppen fråga (Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013). I tre av de åtta artiklarna beskrevs det att djupintervjuer användes (Handley, Pullon & Gifford 2010; Ahlin & Billhult 2012; Low, Tong & Low 2014). I två av de tolv artiklarna beskrev de att de använde sig av en grounded theory metod (Handley, Pullon & Gifford 2010; Dlugasch & Ugarriza 2013). I fyra resterande artiklar av de tolv utvalda nämndes det inte att de använt sig av semistrukturerad intervjumetod (Ahlin & Billhult 2012; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Crabtree et al. 2014). I sex artiklar beskrevs det att en intervjuguide hade använts vid intervjuerna (Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Jutterström et al. 2012; Janes et al. 2013; Crabtree et al. 2014; Li, Drury & Taylor 2014; Low, Tong & Low 2014). I fyra artiklar nämns det att fältanteckningar hade gjorts (Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Crabtree et al. 2014; Li, Drury & Taylor 2014) varav två av dessa fyra beskriver att fältanteckningarna dokumenterades över kroppsspråk, tonläge och engagemang (Crabtree et al. 2014; Li, Drury & Taylor 2014). Tre artiklar av de utvalda tolv artiklarna hade fokusgrupper i sina studier. Två av de tre artiklarna hade fyra fokusgrupper respektive i sina studier (Carolan, Holman & Ferrari 2014; Crabtree et al. 2014) och en artikel använde sig av tre stycken fokusgrupper (Oftedal, Karlsen & Bru 2010).

Sex artiklar beskrev att intervjuerna tog max en timme att utföra (Handley, Pullon & Gifford 2010; Ahlin & Billhult 2012; Dlugasch & Ugarriza 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Li, Drury & Taylor 2014, Low, Tong & Low 2014) fyra artiklar nämnde att deras intervjuerna tog mellan en till två timmar (Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Crabtree et al. 2014) och en artikel beskrev att det höll på från en halvtimme till en och en halv timme (Jutterström et al. 2012). En artikel nämnde inte tid för datainsamlingen (Janes et al. 2013). Sex artiklar beskrev att intervjuerna för datainsamlingen hade genomförts i minst två olika lokaler (Handley, Pullon & Gifford 2010; Jutterström et al. 2012; Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Low, Tong & Low 2014) vilket kunde vara hemma hos deltagaren, på arbetsplatsen, i ett bibliotek, på en klinik, på en

primärvårdscentral eller på ett universitet. Fyra artiklar utförde alla intervjuer i en och samma lokal (Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Ahlin & Billhult 2012; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Li, Drury & Taylor 2014) vilket var på en primärvårdscentral, en klinik, ett universitet eller i ett allaktivitetshus. Två artiklar beskrev inte lokaliseringen för datainsamlingen (Janes et al. 2013, Crabtree et al. 2014).

I två av de tolv artiklar beskrev de att deltagarna hade fått fylla i ett individuellt frågeformulär före intervjuerna då information om deltagarnas bakgrund önskades till studien (Castro-Sánchez & Natividad Ávila-Ortiz 2013; Crabtree et al. 2014).

Fyra artiklar nämner månad och år för när deras datainsamling skedde (Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Crabtree et al. 2014; Low, Tong & Low 2014) och en artikel nämnder under vilka år datainsamlingen skedde (Castro-Sánchez & Natividad Ávila-Ortiz 2013). Fem artiklar beskriver att en av forskarna hade utfört intervjuerna (Handley, Pullon & Gifford 2010; Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Ahlin & Billhult 2012; Li, Drury & Taylor 2014; Low, Tong & Low 2014) och fyra artiklar beskrev inte konkret vem det var som hade utfört intervjun (Castro-Sánchez & Natividad Ávila-Ortiz 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Janes et al. 2013). Användning av en professionell intervjuare användes i två artiklar (Carolan, Holman & Ferrari 2014; Crabtree et al. 2014) och en tolk användes i Ekong, Russel-Mayhew & Arthur's artikel (2013).

I 11 av samtliga 12 artiklar beskrevs det att intervjuerna blev inspelade (Handley, Pullon & Gifford 2010; Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Ahlin & Billhult 2012; Jutterström et al. 2012; Castro-Sánchez & Natividad Ávila-Ortiz 2013; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Janes et al. 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Crabtree et al. 2014; Li, Drury & Taylor 2014; Low, Tong & Low 2014) varav den tolfte inte nämnde denna process (Dlugasch & Ugarriza 2013). Samtliga tolv artiklar nämner att deras intervjuer har transkriberats (Handley, Pullon Gifford 2010; Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Ahlin & Billhult 2012; Jutterström et al. 2012; Castro-Sánchez & Natividad Ávila-Ortiz 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Janes et al. 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Crabtree et al. 2014; Li, Drury & Taylor 2014; Low, Tong & Low 2014). Två av dessa beskrev vem som transkriberat deras insamlade data och i en artikel beskrevs det vara en sekreterare (Ahlin & Billhult

2012) och i den andra artikeln hade deras intervjuer transkriberas av en professionell avskrivare (Handley, Pullon & Gifford 2010).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Informanterna erfor rädsla, frustation, sorg, skuld, en känsla av att tappa kontrollen, samt att diabetes var förenat med döden i samband med sin diabetesdiagnos. Andra informanter erfor lättnad över att få diagnosen då det svarade på symtomen som funnits under en längre tid och nu fått vetskapen om varför. Rädsla förekom hos informanterna vid flera olika sammanhang såsom vid blodsockerkontroller, tankar om framtiden, insulinbehandling, risk att drabbas av lågt blodsocker och att dö till följd av sin diabetes. Att regelbundet ta blodsockerkontroller upplevdes jobbigt då sticket i fingret gjorde ont och det fanns osäkerhet om vad värdena, som kontrollerna gav, betydde. Informanterna erfor skuld när blodsockervärdet var högt och lycka när värdet var bra. Flera informanter erfor frustation över att de blivit bemötta av ointresse och bristande empati från vården och informanterna saknade tillit till sina läkare. Informanterna hade svårigheter att hålla sig till kostförändring, då maten upplevdes tråkig, smaklös, enformig och erfor orättvisa av att inte få äta vad som önskades. Erfarenheter av att få stöttning från familj och bekanta gjorde att livsstilsförändringarna gick lättare att genomföra för informanterna. När informanterna insåg vilka komplikationer som kunde uppstå vid en obehandlad diabetes kände de oro att inte finnas kvar för sina barn vilket gjorde de motiverade till att börja ta hand om sin diabetes. Informanter som accepterade sin diabetes hade lättare att få in rutiner i vardagen och göra den mer hanterbart. Samtliga tolv artiklar hade använt sig av kvalitativ ansats och majoriteten av de insamlade artiklarna hade använt sig av en semistrukturerad intervjumetod. En intervjuguide hade använts samt fältanteckningar hade noterats i vissa artiklar. Intervjuerna hade utförts i en privat eller offentlig miljö och längsta intervjun höll på i två timmar. Elva artiklar nämnde att de spelat in respektive intervju och samtliga tolv artiklar beskrev att de transkriberat innehållet.

4.2 Resultatdiskussion

Informanterna erfor att de behövde acceptera sin sjukdom (Jutterström et al. 2012; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Low, Tong & Low 2014) som en del av livet för att

lättare kunna hantera sin diabetes och leva med den (Jutterström et al. 2012; Low, Tong & Low 2014). Detta styrks av Orem (2001) egenvårdsteori att individen behöver acceptera sitt aktuella hälsotillstånd och lära sig leva med sin sjukdom och finna en livsstil som passar den personliga utvecklingen. I flera artiklar erfor informanterna besvär av att regelbundet ta sitt blodsocker som en del i sin behandlingen (Dlugasch & Ugarriza 2013; Li, Drury & Taylor 2014; Low, Tong & Low 2014).

Blodsockerkontrollerna gjorde ont (Dlugasch & Ugarriza 2013) och det fanns rädsla att sticka sig i fingret (Li, Drury & Taylor 2014). Vid högt blodsocker erfor informanterna skuld, rädsla, frustration och ilska men om blodsockret var normalt erfor det lycka och ett lugn (Dlugasch & Ugarriza 2013). Blodsockerkontroller är en viktig del i behandling av diabetes och behöver vara regelbundna för att normalisera eller förbättra blodsockervärdet (Berne & Sörman 2009). Det kan styrkas av Orem (2001) egenvårdsteori att vissa handlingar måste utföras för att säkerställa eventuella hälsoproblem och tillgodose grundläggande och utvecklingsmässiga behov. Därav kan inte blodsockerkontroller uteslutas trots informanternas svårigheter i samband med kontrollerna.

I Crabtree et al. (2014) artikel erfor informanterna att vården var otillräcklig och att läkarna saknade kunskap om sjukdomen diabetes. Detta motsägs i Ritholz, Beverly, Brooks, Abrahamson och Weinger's (2014) artikel där läkarna upplevde att patienter inte ville diskutera deras egenvård med dem vilket påverkade vården. I flera artiklar framkom att informanterna inte hade kunskap om vad diabetes betydde och uppkom (Ekong, Russel-Meyhew & Arthur 2013; Janes et al. 2013) vilket också bekräftades av Wu et al's (2014) artikel som inriktade sig på sjuksköterskor och de upplevde även dem att patienterna saknade kunskap om sin diabetes och behövde få mera information för att utveckla god hälsa. Orem (2001) nämner i omvårdnadssystemsteori att sjuksköterskan ska utbilda och informera patienter, något som Abdulhadi, Al-Shafae, Wahlström & Hjelm's 2013 artikel som är inriktad på sjuksköterskor höll med om. Dock upplevde några sjuksköterskor att de inte hade kompetens för att kunna utbilda patienter (Jallinoja et al 2007). Dessutom fanns svårigheter att utbilda patienter med diabetes när var en hög arbetsbelastning som gav mindre tid till utbildning som i sin tur påverkade samspelet mellan dem. (Abdulhadi et al. 2013). Informanter erfor att vårdpersonalen inte kommunicerade med dem vilket gjorde samspelet sämre (Crabtree et al. 2014).

I flera artiklar erfor informanterna obehag av sin insulinbehandling (Dlugasch & Ugarriza 2013; Janes et al. 2013). Informanterna erfor rädsla att påbörja sin insulinbehandling (Janes et al. 2013) och de erfor en osäkerhetskänsla (Dlugasch & Ugarriza 2013). Att behöva injicera sig med insulin offentligt var jobbigt då informanterna inte ville att omgivningen skulle veta om deras diabetes typ 2 (Janes et al. 2013). Behandlingen är främst kostförändringar och vardaglig motion vid diabetes typ 2, till skillnad från diabetes typ 1, som alltid behandlas med insulin (Diabetesförbundet 2013) Det är anmärkningsvärt att många av informanterna behandlades med insulin då insulin inte är förstahands behandlingen av diabetes typ 2 i Sverige. Informanternas erfarenheter är insamlade i olika länder och behandlingsmetoderna kan skilja sig åt. Något som skiljer åt sig är kostnader för materialet till blodsockerkontrollerna, där det i Sverige är kostnadsfritt, (Berne & Sörman 2010) medan informanter från Singapore enligt en artikel erfor det jobbigt med kostnaderna som uppkom för blodsockerkontrollmaterialet (Li, Drury & Taylor´s 2014). Reflektionen är att vården inte ser lika ut i alla länder men i Sverige finns Hälso-och sjukvårdslagen (SFS 1982: 763) som ska ge alla människor vård på lika villkor.

Svårigheter att hålla sig till en kostförändring togs upp i Handley, Pullon & Gifford (2010), Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís (2013) och Crabtree et al.´s (2014) artiklar. Informanterna erfor svårigheter att hålla sig ifrån mat som inte var rekommenderad för deras diabetes (Ahlin & Billhult 2012; Dlugasch & Ugarriza 2013). Förändrad kost och vardaglig motion är det första steget i behandlingen av diabetes typ 2 (Diabetesförbundet 2013). Det är anmärkningsvärt att ingen av de utvalda artiklarna har nämnt motion då det är den primära behandlingsmetoden vid diabetes typ 2. Några informanter erfor oro att relationen till vänner skulle påverkas om vännerna fick reda på deras diabetes och valde därför att inte berätta om sin sjukdomen (Li, Drury & Taylor 2014). Informanter erfor stöd från sina anhöriga (Li, Drury & Taylor 2014) medan de anhöriga upplevde att deras psykiska måendet påverkades negativt av att vårda sin anhörig (Anaforglu et al. 2012). Den närstående kunde även få ångest och depression om deras närstående drabbades av komplikationer till följd av sin diabetes(Dimitraki & Karademas 2014). Stödet från anhöriga gjorde informanternas livsstilsförändringar lättare att genomföra (Jutterström et al. 2012) och utan stöd erfor informanterna ensamhet (Carolan, Holman & Ferrari 2014). Orem anser att anhöriga har en särskild ställning vid omvårdnadsåtgärder (Orem 2001). Frågan kan då ställas om det är för

mycket krav på anhöriga men samtidigt erfor informanter det positivt att få vård av sin anhöriga.

4.3 Den metodologiska aspekten

I åtta av tolv artiklar beskrevs det att de har använt sig av en semistrukturerad intervjumetod (Handley, Pullon & Gifford 2010; Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Jutterström et al. 2012; Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Janes et al. 2013; Li, Drury & Taylor 2014; Low et al. 2014) varav fyra beskrev att de använde sig av öppna frågor (Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortís 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Low, Tong & Low 2014) som beskrevs av Polit och Beck (2012) som en bra metod då informanten uppmuntras till att prata fritt om deras berättelser och forskaren blir då försäkrad om att den informationen som behövs samlas in (Polit & Beck 2012). Det som kan anses som en svaghet med en semistrukturerad intervjumetod är att en standardisering har gjorts av frågorna vilket kan påverka spontaniteten och intresset för frågorna samt att kvaliteten på resultatet påverkades (Forsberg & Wengström 2013). Ostrukturerad intervjumetod kunde ha använts av forskarna då informanten uppmuntrats att fritt berätta om ett eller flera områden och forskarna riktat intervjun endast med följdfrågor (Forsberg & Wengström 2013). Informanten kan då ge mycket information i ett brett spektrum vilket ger forskaren mycket material. Det kan dock noteras att det kan vara svårare samla in relevant information om specifika frågor relaterat till studien inte styr intervjun. En intervjuguide användes i sex artiklar (Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Jutterström et al. 2012; Janes et al. 2013; Li, Drury & Taylor 2013; Crabtree et al. 2014, Low, Tong & Low 2014) vilket är förberedda frågor som forskaren använt sig av för att täcka relevanta områden i intervjun (Polit & Beck 2012). Det är viktigt då att frågorna som framkommit tolkas lika av informanterna (Forsberg & Wengström 2013). Det är viktigt att frågorna utformas på rätt sätt då forskningen förlitar sig på riktningen under intervjuerna (Polit & Beck 2012).

Fokusgrupper hade tre artiklar använt sig av (Oftedal, Karlsen & Bru 2010; Carolan, Holman & Ferrarin 2014; Crabtree et al. 2014) och det beskrivs som en metod där informanterna har lätt att uttrycka sina åsikter då frågorna diskuteras tillsammans med personer som har liknande bakgrund. Forskaren har då en viktig roll att balansera gruppen så alla informanter tillför lika mycket information till studien (Polit & Beck

2012). Fokusgrupper är positiva att använda då forskarna insamlar in en stor mängd information på en kort tid då flera personer är samlade samtidigt (Forsberg & Wengström 2013). En anmärkningsvärd notering är att informationen som insamlas från fokusgrupper kan ge ett annat resultat än om samma frågor ställts vid en individuell intervju då situationen inte är lika naturligt och personligt och deltagarna svara på ett annat sätt (Polit & Beck 2012). Användning av fokusgrupper vid intervjuer kan anses negativt då endast gruppens gemensamma åsikter framkommer och individuella och skiljaktiga tankar undviks (Forsberg & Wengström 2013). I sex artiklar utförde sina intervjuer i minst två olika lokaler (Handley, Pullon & Gifford 2010; Jutterström et al. 2012; Castro- Sánchez & Natividad Ávila-Ortíz 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Low, Tong & Low 2014) medan fyra artiklar utförde samtliga intervjuer i en och samma lokal (Ofstedal, Karlsen & Bru 2010; Ahlin & Billhult 2012; Li, Drury & Taylor 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014). Polit och Beck (2012) beskriver att det ideala för en intervju är i en tyst miljö utan att riskera att bli distraherad (Polit & Beck 2012). Om informanten blir distraherad under intervjun kan ett missförstånd ske när frågan ställs av forskaren och ett felinriktat svar ges av informanten (Forsberg & Wengström 2013). Det kan då noteras att de intervjuer som skett i en offentlig miljö kan ha påverkat informanternas svar eller forskarnas uppmärksamhet vilket kan ha påverkat resultatet.

Elva av de insamlade tolv artiklarna beskrev att intervjuerna spelades in (Handley, Pullon & Gifford 2010; Ofstedal, Karlsen & Bru 2010; Ahlin & Billhult 2012; Jutterström et al. 2012; Castro-Sánchez & Natividad Ávila-Ortiz 2013; Ekong, Russel-Mayhew & Arthur 2013; Janes et al. 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Crabtree et al. 2014; Li, Drury & Taylor 2014; Low, Tong & Low 2014) och en artikel nämnde inte denna process (Dlugasch & Ugarriza 2013). Samtliga tolv artiklar beskrev att inspelningen hade transkriberats (Handley, Pullon & Gifford 2010; Ofstedal, Karlsen & Bru 2010; Ahlin & Billhult 2012; Jutterström et al. 2012; Castro-Sánchez & Natividad Ávila-Ortiz 2013; Dlugasch & Ugarriza 2013; Ekong, Russel-Mayhew 2013; Janes et al. 2013; Li, Drury & Taylor 2013; Carolan, Holman & Ferrari 2014; Crabtree et al. 2014; Low, Tong & Low 2014). Inspelning av intervjuer samt transkribering av inspelningen rekommenderas starkt av Polit & Beck (2012) då det är en försäkrar om att det är informantens ord som använts i studiens resultat. Endast noteringar vid ett intervjutillfälle i stället för att spela in har en tendens att inte bli fullständiga vilket gör

att informantens ord kombineras med forskarens egna uppfattningar (Polit & Beck 2012).

4.4 Metoddiskussion

För att sammanställa den forskning som finns inom området: erfarenheter av att leva med diabetes typ 2, valdes en litteraturstudie att göras då det sammanfattar den information och kunskap som finns inom ett ämne och kan motivera till att vidare forskning behövs (Forsberg och Wengström 2013). Den aktuella litteraturstudien baserar sig på innehåll från primärkällor vilket är att artiklarna är skrivna av forskarna som även utfärdat studien artikeln handlar om. Det är dock noterbart att en litteraturstudie inte tillför detaljer utan ger en överblick över den funna informationen i ett ämne (Polit & Beck 2012). Databaserna PubMed och Cinahl användes för insamling av artiklar då de beskrivs som relevanta informationskällor för möjlighet att finna vetenskapliga artiklar inom område medicin och omvårdnad (Polit & Beck 2012; Forsberg & Wengström 2013). Det kan dock inte uteslutas att andra vetenskapliga databaser kunde ha givit ett annat antal träffar vilken ger en möjlighet till förändrat resultat vilket kan anses som en svaghet med denna studie. I och med att denna litteraturstudie använt sig av artiklar från många länder ses det som en styrka då erfarenheter har insamlats med ett brett spektrum och personer med olika kulturer och bakgrunder har inkluderats. Då studiens syfte är att beskriva vuxna personers erfarenheter har endast kvalitativa artiklar valts ut till ett antal av 12 stycken. Kvalitativa artiklar beskrivs som berättande och subjektiva (Polit & Beck 2012, Forsberg & Wengström 2013) och används för att skapa mening och ge en möjlighet till att tolka människors upplevelser vid ett fenomen (Forsberg & Wengström 2013). Artiklar med kvantitativ ansats hade varit användbara om intresset med aktuella litteraturstudien hade varit att mäta varför och hur olika variabler varierar mellan varandra och dess påverkan på varandra (Polit & Beck 2012). Det kan noteras att då syftet är att beskriva erfarenheter lämpar sig kvalitativa artiklar bättre än kvantitativa artiklar.

Specifika sökord har valts ut för att kunna precisera sökningen till att få så relevanta träffar som möjligt av vetenskapliga artiklar till studiens syfte. Sökorden som användes var *Experience* då syftet var att beskriva erfarenheter, *Feelings* då känslor är en del av en erfarenhet och *Living with* då syftet är att beskriva hur det är att leva med sjukdomen.

Fritextsökning i kombination med MeSH-termer och Headings användes för en mer begränsad sökning (Forsberg & Wengström 2013). Valet att använda fritextsökning kan ses som positivt då en specifik sökning relaterat till syftet kan göras. Dock kan nackdelarna vara att antagande över vilka sökord som är relevanta kan påverka antalet träffar samt resultatet i sökningen. MeSH-termer letades upp i Karolinska Institutets MeSH-databas där samtliga funna tänkbara sökord sedan söktes upp i Cinahls Headings. Orden *Diabetes Mellitus Type 2* och *Emotions* valdes och ansågs vara relevanta till studiens syfte och ansågs generera lika resultat i båda databaserna. Det kan dock visa sig att sökstrategin passar en av de två databaserna bättre vilket påverkar antalet träffar och riktningen i sökningen (Polit & Beck). Detta kan vara orsaken till olikheterna i antalet träffar vid artikelsökningen för aktuella litteraturstudie, se tabell 1. Dock beskriver Polit och Beck (2012) att användning av sökord samt Headings och MeSH-termer är att rekommendera då detta sätter begränsningar i sökningen och ett mer relevant resultat genereras. Inklusions- och exklusionskriterierna i studien användes för att sätta begränsningar i sökningen. Enligt Polit & Beck (2012) är det viktigt att kriterierna tillför maximalt med möjligheter för att få relevant information. Att exkludera kvantitativa artiklar kan vara en nackdel då kvantitativa artiklar kan generaliseras vilket ger information om en större population erfarenheter och åsikter (Forsberg & Wengström 2013). Dock är kvantitativa artiklar objektiva och sammanställs i procent, antal eller medelvärde (Forsberg & Wengström 2013) vilket kan resultera i att resultatet inte beskriver erfarenheter ur individens subjektiva synvinkel.

Begränsningar vad gäller publiceringsåren 2010-2015 valdes då nyare information önskades och antalet träffar vid en sökning ansågs som tillräckliga. Dataanalysen valdes att utföras genom enskild läsning av utvalda artiklar som sedan kompletterades med en diskussion mellan författarna för att utvinna kategorierna som framkom i analysen. Detta är ett sätt att organisera och strukturera den insamlade informationen (Polit & Beck 2012, Forsberg & Wengström 2013). För att nå fram till dessa kategorier sammanfattades samtliga artiklar i ett skilt dokument för att nå en översikt över innehållet. Processen beskrivs enligt Polit & Beck (2012) som en besvärlig process då artiklar vanligtvis handlar om flera kategorier vilket gör att denna process kräver mycket jobb. Bearbetningen valdes att göras på detta sätt då processen passar författarnas arbetssätt och ansågs underlätta vidare arbete angående den metodologiska

aspekten. Elva av de tolv insamlade artiklarna beskrev att en etisk kommitté godkände deras studie. Etiska principer är att informanterna har fått frihet att välja deras delaktighet, visats med respekt, fått rätt bemötande och information samt att anonymitet råder i studien. Även en risk och nyttobedömning skall inkluderas för att avgöra om studien är lämplig att utföra utan att det resulterar i psykisk eller fysisk skada för informanterna (Polit & Beck 2012). Det kan diskuteras om den tolfte studien inte blivit etiskt granskad eller om det bara inte nämns i studien. Resultatet kan ha påverkats om studien inte blivit etiskt granskad då det inte blivit bekräftat att informanterna ej utsattes för psykisk eller fysisk risk vid intervju tillfällena vilket kan ha påverkat deras svar för studien (Polit & Beck 2012).

4.5 Kliniska implikationer för omvårdnad

Syftet med denna litteraturstudie var att ge ökad kunskap och förståelse av vuxna personers erfarenheter av att leva med diabetes typ 2. Det är allt fler som drabbas av diabetes typ 2 och som sjuksköterska sker möten med personer som lever med sjukdomen inom flera olika områden och avdelningar inom vården. Författarna önskar att förståelsen och den ökade kunskapen om syftet till studien kan bidra till att mötet mellan en sjuksköterska och en patient sker så att god omvårdnad samt egenvård utvecklas specifikt för den individen. Författare önskar likaså att andra personer som inte deltar i vårdarbete ska få en ökad förståelse över hur det är att leva med sjukdomen.

4.6 Förslag till fortsatt forskning

Litteraturstudien som presenterats kan ses som ett bra underlag för vidare forskning då en bred grund har getts över vuxna personers erfarenheter av att leva med diabetes typ 2. Vidare forskning angående personers uppfattningar om livsstilsförändringar och deras strategier för att hantera sin sjukdom kan vara aktuellt då det kan ligga som underlag för sjuksköterskan vid möten med patienter och utveckla ett bra samarbete.

4.7 Slutsats

Att få diabetes mellitus typ 2 medförde många olika känslor hos flera informanter. Diabetes påverkade vardagliga livet och krävde förändringar i den drabbades liv. Flera informanter erfor frustration över vården och många erfor stöd från familj och vänner. Rädsla att drabbas av komplikationer och inte få se sin barn växa upp gav motivation till att ta hand om sin diabetes.

5. Referenslista

* De referenser som återfinns i resultatdelen av denna studie

Abdulhadi N., Al-Shafae M., Wahlström R. & Hjelm K. (2013) Doctors´ s and nurses view on patient care for type 2 diabetes: an interview study in primary health care in Oman. *Primary health care research & development* 14(3), 258-269.

*Ahlin K. & Billhult A. (2012) Lifestyle changes – A continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Healthcare*, 30(1), 41-47.

Anaforglu I., Ramazanogullari I., Algun E.& Kutanis R. (2012) Depression, anxiety and quality of life of family caregivers of patients with type 2 diabetes. *Medical Principles Practice* 21(4), 360-365

Annersten-Gershater M., Pilhammar E. & Alm-Rojer C. (2012) Prevention of foot ulcers in patients with diabetes in home nursing: a qualitative interview study. *European Diabetes Nursing* 10(2), 52-57

Benzein E., Hagberg M. & Saveman B-I. (2009) Familj och sociala relationer. I Friberg F. & Öhlén J. (red.) *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. Studentlitteratur AB.

Berne C. & Sörman E. (2010) Egenvård. I Agardh C-D. & Berne C. (red.) *Diabetes*. Stockholm: Liber, 210-220.

Brobeck E., Odencrants S., Bergh H. & Hildingh C. (2014) Patient´s experiences of lifestyle discussion based on motivation interviewing: a qualitative study. *BMC nursing*, doi:10.1186/1472-6955-13-13.

*Carolan M., Holman J. & Ferrari M. (2014) Experiences of diabetes self-management: A focus group study among Australians with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing* 24(7/8) 1011-1023.

*Castro-Sánchez A.E. & Natividad Ávila-Ortíz M. (2013) Changing dietary habits in persons living with type 2 diabetes. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 45(6), 761-766.

Christensen R. (2012) *Anatomi och fysiologi för sjuksköterskor och annan hälso-och sjukvårdspersonal*. Pearson Education Limited.

*Crabtree K., Sherrer N., Rushton T., Willig A., Agne A., Shelton T. & Cherrington A. (2014) Diabetes Connect: African american men's preferences for a community-based diabetes management program. *The Diabetes Educator* 41(1), 118-126.

Dammen Mosand R. & Stubberud D-G. (2011) Omvårdnad vid diabetes mellitus. I Hallbjørg A., Stubberud D-G. & Grønseth R. (red.) *Klinisk omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber, 499-528.

Diabetesförbundet (2013-12-12). <http://diabetes.se/sv/Diabetes/Om-diabetes/Typ-2-diabetes/> (Hämtad 2016-03-16)

Dimitraki G. & Karademas E-F. (2014) The association of type 2 diabetes patient and spouse illness representations with their well-being: a dyadic approach. *International Journal of Behavioral Medicine* 21(2), 230-239

*Dlugasch L.B., & Ugarriza D.N. (2013) Self-monitoring of blood glucose experience of adults with type 2 diabetes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 26(6), 323-329.

*Ekong J.I., Russel-Mayhew S. & Arthur N. (2013) Optimizing diabetes literacy: Lessons from African Canadian in Calgary about type 2 diabetes diagnosis. *Canadian Journal of Diabetes* 37(4), 231-236.

Ericson E. & Ericson T. (2012) *Medicinska sjukdomar*. Lund Studentlitteratur

Forsberg C. & Wengström Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur

Glans F. & Shaat N. (2009) Diabetes och etnicitet. I Agardh C.D & Berne C. (red.) *Diabetes*. Liber AB, ss 109-113.

*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.

International Diabetes Federation (IDF) (2015) *Strategic Implementation plan 2016-17*. Bryssel: International Diabetes Federation. Tillgänglig: <http://www.idf.org/sites/default/files/IDF-SP-Implementation-Plan-201617-final.pdf> (Hämtad 2016-03-15).

Jallinoja P., Absetz P., Kuronen R., Nissinen M., Talja M., Uutela A. & Patja K. (2007) The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25(4) 244-249

*Janes R., Titchener J., Pere J., Pere R. & Senior J. (2013) Understanding barriers to glycaemic control from the patient's perspective. *Journal of Primary Health Care* 5(2), 114-122.

*Jutterström L., Isaksson U., Sandström H. & Hörnsten Å. (2012) Turning points in self-management of type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing* 9(2), 46-50.

Kirkeviold M. (2000) *Omvårdnadsteorier – Analyser och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur, 148-166

*Li J., Drury V. & Taylor B. (2014) 'Diabetes is nothing': The experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes. *Contemporary Nurse* 45(2), 188-196.

Lindholm E. (2009) Definition, diagnostik och klassificering. I Agardh C.D. & Berne C. (red.) *Diabetes*. Liber AB, ss 17-30.

*Low L.L., Tong S.F. & Low W.Y. (2014) Mixed feelings about the diagnosis of type 2 diabetes mellitus: A consequence of adjusting to health related quality of life. *Coll Antropol* 38 (1), 11-20.

Polit D.F. & Beck C.T. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

*Oftedal B., Karlsen B. & Bru E. (2010) Life values and self regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing* 19(17/18), 2548-2556.

Orem D. (2001) *Nursing Concepts of Practice*. Mosby, Inc.

Ritholz M-D., Beverly E-A., Brooks K-M., Abrahamson M-J. & Weinger K. (2014) Barriers and facilitators to self-care communication during medical appointment in the United States for adults with type 2 diabetes. *Chronic Illness* 10(4), 303-319

SFS 1949: 381. Föräldrabalken. Stockholm: Justitiedepartementet

SFS 1982: 763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen (2015) *Diabetesvård: Rekommendationer, bedömningar och sammanfattningar*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19687/2015-2-1.pdf> (Hämtad 2016-03-15)

Ternstedt B-M. & Norberg A. (2009) Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I Friberg F. & Öhlén J. (red.) *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur, 29-65

Wu S., Tung H., Liang S., Lee M. & Yu N. (2014) Differences in the perceptions of self-care, health education barriers and educational needs between diabetes patients and nurses. *Contemporary Nurse : A Journal For The Australian Nursing Profession*, 46(2), 187-196.

Östenson C.G. (2009) Epidemiologi vid typ 2-diabetes och metabola syndromet.
I Agardh C.D. & Berne C. (red.). *Diabetes*. Liber AB, ss 94-101.

