

Personers upplevelser av att lära sig leva med typ-2 diabetes

MaiGreth Abramsson
Eva Byström

Filosofie kandidatexamen
Omvårdnad

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Personers upplevelser av att lära sig leva med typ-2 diabetes
En litteraturstudie

Peoples experiences of learning to live with type-2 diabetes
A literature study

MaiGreth Abramsson
Eva Byström

Kurs: Examensarbete 15 hp
Vårterminen 2011
Fristående kurs: O0034H
Handledare: Malin Olsson

Personers upplevelser av att lära sig leva med typ-2 diabetes

en litteraturstudie

MaiGreth Abramsson

Eva Byström

Avdelningen för omvårdnad

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

Abstrakt

Personer som lever med diabetes- typ 2 behöver ofta genomgå livsstilsförändringar. Diabetes typ-2 har beskrivits som svårare att hantera än andra långvariga sjukdomar då orsakerna kring detta, beskrivs vara relaterade till kunskap och motivation hos dem som lever med diabetes. Även vårdpersonalens inställning till sjukdomen beskrivs vara betydande för sambandet mellan tillfredställande behandling och välbefinnande hos personer med diabetes. Att få kunskap om personers upplevelser att lära sig att leva med sjukdomen är viktigt för att kunna möta de behov som personen har. Syftet med litteraturstudien var att beskriva personers upplevelser av att lära sig leva med typ-2 diabetes. Fjorton vetenskapliga studier analyserades med en manifest kvalitativ innehållsanalys och resultatet visade sex kategorier: Att känna begränsningar och inte klara av egenvården, Att försöka hitta strategier till livsstilsförändringar, Att kunna dela erfarenheter med andra i liknande situationer, Att försöka få förståelse från närstående, Att ha behov av stöd och förtroende för vården, Att söka kunskap och försöka förstå. En slutsats var att det många gånger var viktigt att finna acceptans och själv ansvara för livsstilsförändringen. Det framkom att behovet av stöd, individuellt, i grupp och i familjen var betydelsefullt. Resultatet kan bidra till ökad kunskap om hur personer med diabetes typ-2 lär sig att leva med sjukdomen, en kunskap som kan användas för att stödja deras hälsa.

Nyckelord: diabetes typ-2, kvalitativ innehållsanalys, upplevelser, förståelse, stöd.

Denna litteraturstudie fokuserar på personers upplevelser av att försöka lära sig leva med diabetes typ- 2. Att leva med en långvarig sjukdom innebär att det dagliga livet förändras för den som är sjuk. Dessa förändringar innebär många gånger en mängd stressande upplevelser, såsom förlust av kroppsliga funktioner, förändringar i livsstil och känslor av misslyckanden inför att inte klara av förväntade sociala och utvecklingsmässiga roller (Öhman, Söderberg & Lundman, 2003). Toombs (1993) menar att sjukdomsupplevelse karaktäriseras av förluster. Hos den som lever med långvarig sjukdom beskrivs en förlust av helhet, vilken manifesterar sig i en medvetenhet om att kroppen inte längre fungerar som förväntat. Kroppen kan inte längre tas för given och tilliten till den egna kroppen minskar. Detta innebär en osäkerhet inför framtiden och den egna förmågan samt upplevelse av att vara beroende av andra.

För den som lever med en långvarig sjukdom påverkas inte endast individens förutsättningar att leva som tidigare förväntat eller som andra, utan också betydelsefulla relationer till andra påverkas (Greenstreet, 2006). Till följd av långvarig sjukdom har minskade kontakter och social isolering beskrivits som två av de mer negativa konsekvenserna (Öhman, Söderberg & Lundman, 2003). För människor utgör ofta relationer en betydande källa till att livet ska kännas meningsfullt.

Att drabbas av en kronisk sjukdom innebär i de flesta fall bestående förändringar i personens livssituation. Personer som lever med kronisk sjukdom beskriver en ständig pendling mellan hopp, tvivel, hopplöshet och känslor av att förlora kontrollen. Denna pendling mellan hopp och hopplöshet kan medföra osäkerhet, oro, frustration och dessutom innebära svårigheter vad gäller att fatta beslut i det dagliga livet (Delmar et al., 2006). Öhman et al. (2003) visar att hoppet är en inre process för att existera, som har samband med mening och möjligheter i livet, en nödvändighet för att överleva.

Enligt Greenstreet (2006) så beskrivs förluster vanligtvis som kumulativa och ofta associerade med försämring och progression av sjukdomen hos personer med långvarig sjukdom. Detta innebär en kontinuerlig anpassning eller ändring till det dagliga livet. Diabetes är en kronisk sjukdom som kräver medicinsk vård och egenvård, för att förhindra akuta komplikationer och att minska risken för långsiktiga komplikationer (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2009).

Diabetes uppfattas vara betydligt svårare att hantera än andra vanligt förekommande långvariga sjukdomar och orsakerna kring detta beskrivs vara relaterade till kunskap och motivation hos de som lever med diabetes, men också vårdpersonalens inställning till sjukdomen beskrivs vara av betydelse (Ghanbari, Parsa-Yekta, Roushan & Lakeb, 2005). Saatci et al. (2010) beskriver ett betydande samband mellan tillfredställande behandling och välbefinnande hos personer med diabetes. En individualiserad vård av personer med diabetes leder till en förbättring av livskvalitet och minskar riskerna för allvarliga komplikationer. För människor handlar livskvalitet om det värde vi upplever att tillvaron kan ge oss. Livskvalitet kan förknippas med fysiskt och psykiskt välbefinnande. Upplevelsen av livskvalitet är viktig för personer som lever med en kronisk sjukdom. Därför bör behandlingen inte enbart fokusera på att göra professionella bedömningar och problemsökande utan kunskap bör även finnas angående vikten av att förbättra personers livskvalitet (Ghanbari et al., 2005).

Kralik, Price och Howard (2004) framhåller att för den som lever med långvarig sjukdom är det av avgörande betydelse att känna delaktighet i beslut om behandling, för att få en känsla av kontroll över vardagen och minska frekvensen av besök till läkare för att kunna känna livskvalitet. Kralik et al. (2004) menar vidare att de som lever med kronisk sjukdom, lär sig av sina reaktioner på sjukdomen, genom erfarenhet av vardagens försök och misstag. De omstrukturerar sina dagliga liv och rekonstruerade en egen identitet, genom att utforska deras egna personliga begränsningar eller gränser.

Arvidsson, Bergman, Arvidsson, Fridlund och Tops (2011) visar att personer med reumatisk sjukdom ser egenvård som ett sätt att leva och att det innebär att vara redo att förstå och reagera på signaler som kroppen skickar. Egenvård har ingående beskrivits av Orem (2001) som målinriktade handlingar som individen utför för sin egen skull eller för någon närstående i syfte att upprätthålla god fysisk och psykisk hälsa. För att stärka patienterna i sin egenvård menar Klang-Söderqvist (2009) att patienten ska vara jämbördiga i mötet som gäller synen på den egna sjukdomen. Hon beskriver patient-empowerment, (PE) som är ett förhållningsätt hos sjukvårdspersonalen i patientmötet. Patienten är delaktig och beslutar om sin egenvård och behandling för att bättre kunna utnyttja den egna erfarenheten och kunskapen i samverkan med medicinsk behandling och omvårdnad. PE förutsätter att alla människor har resurser att ta kontroll över sin hälsa och att vården ska stärka och ta tillvara dessa.

Socialstyrelsen (2005) anger i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska att omvårdnadens syfte är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa, utifrån patientens individuella möjligheter och behov. Toombs (1987) menar att vårdpersonal och patienten möter upplevelsen av sjukdom sett från olika utgångspunkter. Det finns ingen motsättning mellan dessa utgångspunkter utan båda är viktiga, men de måste medvetandegöras i vården och i patientundervisningen.

En patient med en kronisk sjukdom lever med sin sjukdom varje dag medan sjuksköterskan endast träffar patienten vid ett fåtal tillfällen. Patienten vet hur han/hon upplever och känner av sin livssituation men kan komma i underläge gentemot vårdpersonal eftersom patienter oftast saknar professionell kunskap och är i beroendeställning på grund av sjukdom eller ohälsa (Friberg, 2001). Delaktighet och respekt för den sjuke personens insikt och kunskap är viktig i förhållandet mellan vårdpersonalen och den drabbade. För att förändra omhändertagandet av de drabbade fordras att vårdpersonalen känner sig säker, har kunskap och verktyg för att kommunicera de drabbades situation och behov (Thorne et al., 1999). Det är viktigt att vårdpersonalen förstår innebörden av de hälsorelaterade metoderna och komplexiteten i patienternas hälsobeteenden. Utan denna förståelse är det svårt att integrera hälso- utbildningsinsatser i omvårdnad och det kommer att göra det svårt att förändra hälsotillståndet hos den som är sjuk (Whitehead, 2001).

Thorne, Ternulf- Nyhlin och Paterson (1999) lyfter fram betydelsen av att vården utformas på ett sådant sätt att den utgår från de behov som den som är sjuk har. Samtidigt är det känt att diabetes uppfattas som svårare att hantera än andra vanligt förekommande långvariga sjukdomar (Ghanbari et al., 2005). För personer som lever med typ-2 diabetes innebär det att uppnå och bibehålla glykemisk kontroll, som i sin tur försenar eller förhindrar uppkomsten av komplikationer senare i livet. För att hantera dessa villkor har personer med diabetes ansvar för ett optimalt blodsocker, vilket uppnås av egenvård i form av blodsockerkontroller, hälsosam mat, ökad fysisk aktivitet samt läkemedel. Denna egenvård genomsyrar personernas sätt att leva (SBU, 2009).

För att på ett adekvat sätt möta de behov av stöd och uppmuntran till livsstilsförändringar som leder till förbättrad hälsa vid diabetes typ-2, är det av betydelse att utgå från kunskap om hur de försöker lära sig leva med sjukdomen. Mot denna bakgrund så är syftet med denna litteraturstudie att beskriva personers upplevelser av att lära sig leva med typ-2 diabetes.

Metod

Då syftet med denna litteraturstudie var att beskriva personers upplevelser av att lära sig leva med typ-2 diabetes, valdes en kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats (jfr Downe-Wambolt, 1992) som metod för att analysera data i form av publicerade vetenskapliga studier. Vi valde denna metod för att den kvalitativa forskningens syfte är att förstå och tolka människors upplevelser av den värld de lever i (Downe- Wambolt, 1992). Den manifesta ansatsen innebär en abstraktionsnivå där man ser det som, direkts uttrycks i texten.

Litteratursökning

Genom en systematisk litteratursökning har vetenskapliga studier som svarar mot syftet hittats. Litteratursökningen har genomförts i de bibliografiska referens- databaserna PubMed och Cinahl. De sökord som har använts är: self-management, diabetes typ-2, experience, qualitative studies, emotional, living with och living with diabetes. Dessa sökord har använts i olika kombinationer för att söka fram de studier som svarade motsyftet med denna litteratur studie. Inklusionskriterierna var diabetes typ 2 hos vuxna över 19 år, kvalitativa vetenskapliga studier eller översiktsstudier skrivna mellan 2004-2011 och som gick att få i fulltext. De skulle vara skrivna på svenska eller engelska samt godkända och vetenskapligt granskade. Resultatet blev fjorton studier som redovisas i tabell 1.

Tabell1. Översikt av litteratursökning

Syfte med sökning: Personers upplevelser av att lära sig leva med typ-2 diabetes.

CINAHL 2011-02-05 Limits: 2004-2011, fulltext, english, adult

Sökn	*	Söktermer	Antal	Utvalda
1	CH	Diabetes typ-2	1205	
2	CH	Qualitative studies	5395	
3	CH	Experience	1128	
4		1 and 2and 3	10	3
5		Selfmanagement	436	
6		4 and 5	6	1
7	FT	Living with and 4	385	1
8		7 and 3	79	1

Forts tabell 1. Översikt av litteratursökning

Syfte med sökning: Personers upplevelser av att lära sig leva med typ-2 diabetes.

PUBMED 2011-03-17 Limits: < 5 år, fulltext, english

Sökn	*	Söktermer	Antal	Utvalda
9		Diabetes type-2	35948	
10		Qualitative studies	32018	
11		Experience	82236	
12		9 and 10 and 11	44	
13		Self-management	436	
14		12 and 13	19	5
15	FT	Living with diabetes	8740	
16		10 and 15	172	
17	FT	Emotional	46114	
18		16 and 17	26	3

- CH-Cinahl, headings i databasen, FT- fritextsökning

Kvalitetsgranskning

De vetenskapliga studierna har bedömts och värderats enligt ett särskilt protokoll, bilaga H, för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier enligt Willman, Stoltz och Batsevani (2006).

Protokollet används för att det krävs systematik och konsekvens i granskningen, för att bedöma den vetenskapliga tillförlitligheten. Utifrån svaren på de olika frågorna i protokollet får varje enskild studie en poängsumma. Poängen räknas om till en procentsats.

60-69 procent ger låg kvalitet, 70-79 procent ger medel kvalitet och 80-100 procent ger hög kvalitet. Studier som fick låg kvalitet eller lägre än 60 procents kvalitet har uteslutits.

Granskningen resulterade i att 14 artiklar motsvarade kvalitets kriterier valdes ut. Studierna som granskats redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Översikt över artiklar ingående i analysen (n= 14)

Författare/ År/ Land	Typ av Studie	Deltagar e	Data- insamling /Analys	Huvudfynd	Kvalitet Hög 1, medel 2
Adolfsson et al. (2008) Norge, Sverige	Kvalitativ	28 personer	Semistrukturerade intervjuer. individuella och gruppintervjuer/ Kvalitativ innehålls analys	Studien visade att patienternas förtroende för sina diabetes kunskaper hade förbättrats mer i empowerment-gruppen jämfört med de som hade sin vanliga diabetesvård.	1
Ciechanowski et al. (2006) USA	Kvalitativ	27 personer	Kvalitativa semistrukturerade intervjuer/ Tematisk analys.	Studien visade att olika personligheter gjorde att vissa upplevde svårigheter att interagera med andra. Känsla av trygghet och säkerhet för sjukvården behövde uppnås innan effektiv egenvård kunde förväntas.	2

Forts, tabell 2

Författare/ År/ Land	Typ av Studie	Deltagar e	Datainsamling/ Analys	Huvudfynd	Kvalitet Hög 1, medel 2
Furler et al. (2008) Australien	Kvalitativ	52 personer	Fokusgrupper/ kvalitativ metod	Studien visade, att leva med diabetes var lika mycket en social och känslomässig uppgift som en teknisk uppgift. Människor hade egna strategier och vårdpersonalens stöd blev bättre om de satte sig in i den enskilda personens sociala, känslomässiga och kulturella förhållanden.	1
Gazmararian et al.(2009) USA	Kvalitativ	35 patienter	Fokusgrupp Intervjuer Kvalitativ forskningsansats	Deltagarna upplevde stress, frustration, social isolering, konflikter och rädsla. De upplevde behov av mera vårdtimmar, uppföljning, repetitionskurser, gruppdiskussioner, kost- och läkemedelsutbildningar i olika former.	2
Handley (2010) Nya Zeeland	Kvalitativ	9 personer	Intervju Kvalitativ innehållsanalys fenomenologisk ansats kombinerat med Grounded theory	Deltagarna upplevde mer stöd av vänner, andlig tro, än från hälsopersonal för att klara egenvården	2
Heuner et al. (2006) USA	Kvalitativ	12 personer	Intervju, kvalitativ innehållsanalys med fenomenologisk ansats.	Deltagarna upplevde att diabetes symtomen påverkade alla områden i deras liv, inklusive deras personliga relationer, med make/maka, familj och vänner.	2
Lawton et al. (2008) England	Kvalitativ	32 personer	Intervju Kvalitativ innehållsanalys	Deltagarna upplevde svårigheter att hantera diabeteskost, eftersom kosten var en del i deras identitet.	2
Lohri-Posey (2006) USA	Kvalitativ	13 personer	Djupintervju, fenomelogisk metod	Deltagarna upplevde att familjen, deras levnadsvillkor, kosten och deras relation till sjukvårdspersonal var viktigast för att de skulle må bra i sin diabetes.	2
Moser et al. (2008) Nederländerna	Kvalitativ	15 patienter	Djupintervjuer och fältanteckningar / Groundedtheory Komparativ analys.	Egenvården var djupt inbäddad i den unika livssituationen. Stödet från diab.ssk. och anhöriga upplevdes som en förutsättning för egenvården, vilket krävde kompetens i upplevelserna i deras liv.	1

Forts, tabell 2

Författare/ År/ Land	Typ av Studie	Deltagar e	Datainsamling/ Analys	Huvudfynd	Kvalitet Hög 1, medel 2
Olshansky et al. (2007) USA	Kvalitativ	39 personer	Fokusgrupper Grounded Theory, kvalitativ forskningsmeto d, induktiv	Deltagarna upplevde att ett sätt att hantera eller att klara den nya identiteten var att börja att "normalisera" dessa livsstilsförändringar-att betrakta dem att det var som att leva hälsosamt för alla människor, dem med och utan diabetes.	2
Rayman et al. (2004) USA	Kvalitativ	12 personer	Intervju Kvalitativ innehållsanalys	Deltagarna upplevde att egenvården innebar en dramatisk förändring i den personliga inställningen, vanor, roller och livsstil.	1
Rygg et al. (2010) Norge	Kvalitativ	22 patienter	Fokusgrupper och enskilda semistrukturerade intervjuer/ Kvalitativ innehållsanalys	Deltagarnas upplevelse av att ha otillräcklig kunskap och praktiska problem gjorde dem otrygga och var skäl för att delta i gruppbaserat egenvårdsprogram. Att känna till skälen kan bidra till att hålla en inriktning som bättre överensstämmer med patienternas behov.	1
Wellard et al. (2008) Australien	Kvalitativ	4 personer	Intervju Kvalitativ innehållsanalys	Deltagarna upplevde svårigheter att få tillgång till vården, att boka tid och att vården inte erkände deltagarnas kunskap om egenvård. Deras kost påverkade familjeförhållandena och de upplevde en social stigmatisering. Dessa upplevelser försvårade deras egenvårdsbeslut.	2
Yamakawa & Makimoto (2008) Japan	Kvalitativ	17 personer	Personliga intervjuer med efterföljande enkät Kvalitativ studie Komparativ metod/	Deltagarna uppgav positiva upplevelser efter diagnosen Diabetes typ 2. De upplevde en möjlighet till livsstilsförändring och kände sig trygga. De kunde njuta av ett hälsosamt liv, ett nytt socialt nätverk och förbättrade familjrelationer.	1

Analys

Innehållsanalys har en lång tradition och användningen av innehållsanalys kan spåras till början av medveten användning av symboler och språk. Under senare år har det skett en växande insikt om att både kvalitativa och kvantitativa metoder behövs för att främja vårdvetenskap (Downe-Wamboldt, 1992). Kvalitativ innehållsanalys är en analysmetod för innehåll i någon typ av kommunikation böcker, intervjuer eller observationer, där målet är att studera ett fåtal texter med djupanalys. Det innebär ett systematiskt sätt att organisera innehåll. Kvalitativ innehållsanalys har fokus på mänsklig kommunikation och innehållet kan

vara ord, fraser teorier eller ämnen. Målet är att skapa meningsfulla slutsatser, ny kunskap och förståelse för det fenomen man studerar. I denna litteraturstudie valde vi att använda oss av innehållsanalys med manifest ansats, vilket är en systematisk studie med textnära analys där det synliga och tydliga kommer fram (Downe-Wamboldt, 1992).

Analysen började med att studierna lästes noga, flera gånger för att få en helhetssyn av innehållet. Sedan identifierades textenheter i studierna som svarade mot syftet. Enligt Polit och Beck (2004, s.578) är en textenhet en enhet som ger mening och substans för en aktuell upplevelse och dess olika manifestationer. I sökandet efter textenheter så upptäckts inte bara likheter utan även en naturlig variation. Den mest grundläggande delen i innehållsanalysen, enligt Downe- Wamboldt (1992) är insamlingen av textenheterna. För att lätt kunna jämföra textenheterna i primärdokumentet, så numrerades textenheterna. Därefter översattes textenheterna och enheterna kondenserades, vilket innebar att vi kortade ner enheterna men behöll dess kärna. De kondenserade textenheterna kategoriserades och kategorierna jämfördes med varandra. De kategorier med liknande innehåll sammanfördes flera steg till färre men bredare kategorier. Efter reduceringen återstod sex kategorier som uteslöt varandra (Tabell 3). Downe-Wamboldt (1992) menar att ingen relevant information utifrån syftet får hamna mellan två kategorier eller uteslutas, och ingen data får heller passa in i mer än en kategori.

Resultat.

Analysen resulterade i sex kategorier (tabell 3). Kategorierna presenteras i löpande text och valideras med citat från studierna.

Tabell 3. Översikt över kategorierna (n= 6)

Kategorier

Att känna begränsningar och inte klara av egenvården

Att försöka hitta strategier till livsstilsförändring

Att kunna dela erfarenheter med andra i liknande situationer

Att försöka få förståelse från närstående

Att ha behov av stöd och förtroende för vården

Att söka kunskap och försöka förstå

Att känna begränsningar och inte klara av egenvården

I studier (Rayman & Ellisson, 2004; Wellard, Rennie & King, 2008) beskrev personer med typ- 2 diabetes att de upplevde ilska över de begränsningar som livsstilsförändringen och egenvården medförde. Personerna beskrev att de inte tyckte om sjukdomen trots att den ändrade livet på ett bra sätt. Det fanns känslor av att inte klara av egenvården och den upplevdes inte lätt att följa då personerna upplevde sig sakna motivation. Det var också lätt att förneka sjukdomen då den inte var synbar (Adolfsson, Starrin, Smide & Wikblad, 2008; Heuner & Lausch, 2006; Lawton et al., 2008; Lohry-Posey, 2006; Moser, van der Bruggen, Widdershoven & Spreuwenberg, 2008; Olshansky et al., 2008; Rayman & Ellisson, 2004; Rygg, Rise, Lomundal, Ström- Solberg & Steinsbekk, 2010; Wellard et al., 2008). Personerna upplevde att egenvården tog tid, det var stressigt och tröttsamt (Adolfsson et al., 2008; Gazmarian, Ziemer & Barnes, 2009; Heuner & Lausch, 2006; Lohri-Posey, 2006; Moseret et al., 2008; Rygg et al., 2010; Yamakawa & Makimoto, 2008). Enligt Gazmarian et al. (2009), Lawton et al. (2008), Lohri-Posey (2006), Moser et al. (2008), Rayman & Ellisson (2004) och Yamakawa & Makimoto (2008), upplevdes maten som en viktig social faktor i familjen och bland vänner, men det fanns upplevelser av rädsla för att såra personer om de tackade nej till den mat som erbjöds och att de därmed skulle riskera sin identitet och sociala samhörighet. Personer uppgav att förändrade matvanor gick bra i början men att det sen var det lätt att smyga in dåliga vanor (Gazmarian et al., 2009).

This disease is very horrible. You have to kill your heart when you see others eat things you cannot eat in full measure (Lawton et al., 2008, s.314).

Every time you see food, you have to think, I'm a diabetic, I can't have that. It's all about control (Gazmararian et al., 2009, s.784).

Att försöka hitta strategier till livsstilsförändring

Personer med typ-2 diabetes beskrev, att få diagnosen upplevdes som ett bra tillfälle för att förbättra livsstilen och känslan av fruktan för sjukdomen gjorde att de fick motivation och viljan att lära sig mera (Handly, 2010; Lohri-Posey, 2006; Rygg et al., 2010; Yamakawa & Makimoto, 2008). I studier (Furler et al., 2008; Gazmarian et al., 2009; Handley, 2004; Lohri-Posey, 2006; Olshansky et al., 2008; Rayman & Ellison, 2004; Yamakawa & Makimoto, 2008) beskrevs en medvetenhet om att mat- och motionsvanor var felaktiga och att de borde ändras. Det gällde att inse vikten att ta hand om hälsan och att finna en acceptans. Personerna blev tvungna att lära sig att leva med sjukdomen, vara chef över sina egna sinnen och tvungna att kämpa ensamma, vilket också krävde kontroll och självdisciplin

För att klara egenvården så fokuserade personerna på att följa råd. De såg egenvården som ett arbete och därigenom blev den lättare att genomföra, en viktig strategi var att hålla regelbundna vanor (Moser et al., 2008; Rayman & Ellisson, 2004; Yamakawa & Makimoto, 2008). Viljan göra saker själva samt att kunna ta egna beslut och agera därefter gav en känsla av självförtroende (Adolfsson et al., 2008; Ciechanowski & Katon, 2006; Moser et al., 2008). Personer uppgav att de vågade göra misstag och experimentera för att lära sig och det minskade deras rädsla när de hittade sin personliga strategi (Rayman & Ellison, 2004). Personer beskrev i studien Lawton et al. (2008) att svårigheterna och stressen vid måltiderna kunde minskas genom att berätta för övriga om sjukdomen. Promenader uppgavs vara vanligaste motionsformen, det var ansträngande men gav dem bättre resultat (Furler et al., 2008; Gazmarian et al., 2009).

If you don't look after yourself, no-one else will do it for you (Furler et al., 2008, s. 4).

I eased myself into accepting the fact that you are a diabetic, this is it. I still fight with that. Not that I don't admit I have it. I don't want to have. I hate this disease. It has changed my life in ways that are good, but I don't like it (Olshansky et al., 2008, s.1010-1011).

Att kunna dela erfarenheter med andra i liknande situationer

Studier (Adolfsson et al., 2008; Rygg et al., 2010; Yamakawa & Makimoto, 2008) visade att personer med typ- 2 diabetes upplevde en tillfredsställande känsla till följd av stöd i grupp. Att vara med i ett nätverk upplevdes positivt och att diskutera och höra hur andra upplevde sjukdomen, maten och motionen gav tips och lärdom om hur problem kunde lösas. Det ökade intresset för sjukdomen, minskade osäkerheten och stärkte egenvården (Yamakawa & Makimoto, 2008). I gruppundervisning uppnåddes lärande genom aktivt deltagande. Personer uppgav att gruppdiskussionerna gav svar på undermedvetna frågor och bidrog till stöd och uppmuntran både när de lyckades och inte lyckades med förändringar (Adolfsson et al., 2008).

And then I thought; enlist so you can meet people in a similar situation, and then you can meet someone who is worse off than you are. Chat with them and get some good advice, it could be helpful for me and my work, so I decided to enroll (Rygg et al., 2010, s.791).

You walk around with questions you haven't got answers to, or that perhaps are way in the back of your head. Then it can be that others in this group ask just this question, and I get an answer to something I actually wasn't fully conscious of (Adolfsson et al., 2008, s. 991).

Att försöka få förståelse från närstående

I studier (Furler et al., 2008; Lobri-Posey, 2006; Moser et al., 2008; Wellard et al., 2008; Yamakawa & Makimoto, 2008) beskrev personer med typ-2 diabetes upplevelser av att stöd eller brist på stöd från anhöriga påverkade diabetes egenvården. Personer upplevde att sjukdomen blev en del av familjelivet och deltagandet av nära anhöriga var positivt, och det ökade möjligheterna för livsstilsförändring (Moser et al., 2008; Wellard et al., 2008). Familjemedlemmarna kunde delta och medverka på olika sätt, men det ultimata egenansvaret låg på individen själv (Lohri-Posey, 2006).

Enligt Lohri-Posey (2006), och Yamakawa & Makimoto (2008), upplevde personer att deras familjer hade varit uppmärksamma på deras hälsa och att de hade samarbetat i egenvården. Familjerna hade gett stöd genom att uppmuntra dem att ta sina mediciner, diskutera val av mat och måltidsstorlekar och kompletterade vid vårdmöten genom att ställa frågor som annars skulle missas (Wellard et al., 2008).

Män med diabetes upplevde sina hustrur som viktiga och stödjande för hanteringen av sjukdomen och för matlagningen (Furler et al., 2008; Moser et al., 2008; Wellard et al., 2008). Kvinnor med diabetes tenderade inte att få denna nivå av stöd. När kvinnorna hade fått diagnosen diabetes tog de själva eget ansvar för sin egen kost- och motionsregim (Furler et al., 2008). Personer uppgav att det skulle vara bra om det fanns kurser för anhöriga då de inte förstod frestelserna de la framför dem (Furler et al., 2008; Lohri-Posey, 2006).

My wife for instance always makes sure that whatever I eat is or has the minimal amount of sugar in it. We also walk together (Wellard et al., 2008, s. 221).

My wife takes care of the cooking. I took a course about diet, and my wife knows how to cook for someone with diabetes. She takes care of my meals and my eating pattern. I manage everything else myself (Moser et al., 2008, s.7).

Att ha behov av stöd och förtroende för vården

Studier (Adolfsson et al., 2008; Ciechanowski & Katon, 2006; Furler et al., 2008; Gazmararian et al., 2009; Moser et al., 2008; Rygg et al., 2010) visade att personer med typ-2 diabetes upplevde att stöd från vårdpersonal var viktig, det främjade egenvården och förhållandet med vårdpersonalen hjälpte dem med att hantera sjukdomen. De valde ofta en person med vilka de knöt ett personligt band för kontakt och stöd, men de behöll också andra professioner (Furler et al., 2008). Relationer som bygger på förtroenden är viktiga och trygga personer litat mera på vården även när det inte är perfekt (Ciechanowski & Katon, 2006). Personerna upplevde sig beroende av vårdgivarna som kontrollerade sjukdomen. De upplevde behov av bekräftelse att de var på rätt väg och de behövde få veta vad som var rätt istället för vad de själva trodde var rätt. De hade behov av tillsyn, övervakning och behövde samråda med sköterska (Adolfsson et al., 2008; Furler et al., 2008; Moser et al., 2008; Rygg et al., 2010).

Personer med diabetes uppfattade ibland vårdarna och sjukvården negativt, de upplevde hälso-och sjukvårdssystemet som rusade, opersonligt och splittrat och vissa personer med rädsla för att komma nära, hade en oförmåga att samarbeta och dessa hade också svårigheter med att börja om med nya vårdrelationer (Adolfsson et al., 2008; Ciechanowski & Katon, 2006). De otrygga personerna förlitade sig på kroppsspråk som ett sätt att mäta säkerheten i vårdrelationen (Ciechanowski & Katon, 2006). Personer beskrev att i individuell rådgivning var vårdgivarna de överordnade eller experterna och skulle ge råd och rekommendationer som de förväntade sig att de skulle följa. Vårdgivarna uppfattades som överordnade och personerna med diabetes upplevde en gräns mellan patient och vårdare som gjorde att de blev mera passiva. Maktskillnaden hotade deras förmåga att engagera sig i egenvården. De var medvetna om att de behövde göra beteendeförändringar, men saknade självdisciplin och de kände sig skyldiga om de inte följde råden som gavs dem. Det var också vanligt att patienter gick hem med sina obesvarade frågor. Några sa att de inte vågade ställa frågor (Adolfsson et al., 2008; Ciechanowski & Katon, 2006).

If you've got time, they've got time. They take you step by step. I really like that (Gazmararian et al., 2009, s.785).

Sometimes you feel like there's this line—you're the patient, they're the provider and you can't cross over—They have this attitude... (Ciechanowski & Katon, 2006, s.3073).

Att söka kunskap och försöka förstå

Personer med typ- 2 diabetes upplevde behov av undervisning för att förstå (Adolfsson et al., 2008; Gazmararian et al., 2009; Moser et al., 2008; Rygg et al., 2010; Wellard et al., 2008). De hade fått råd om bra matvanor och regelbunden fysisk aktivitet, och de uppgav att de hade blivit tillsagda att gå ner i vikt, men kände ändå att de hade begränsad kunskap om diabetes (Adolfsson et al., 2008). De uppgav också att det fanns behov att få kunskap om komplikationer och de upplevde osäkerhet gällande konsekvenserna av felaktigt beteende (Moser et al., 2008; Rygg et al., 2010). Det fanns upplevelser att bara ha fått kommentarer att inte äta det och det (Adolfsson et al., 2008) och att kostråden kunde vara förvirrande (Wellard et al., 2008)

Information ökade personernas förmåga att hantera sjukdomen men behovet av information skiljde sig beroende på hur länge de hade levt med sjukdomen (Rygg et al., 2010).

Informationen kunde ges på olika sätt och en del kunde ta till sig saker bättre verbalt medan andra gillade att istället läsa informationen i lugn och ro (Gazmararian et al., 2009). Personer med diabetes uppgav att de använde en rad olika media för att informera sig om diabetes (Wellard et al., 2008). De hade läst om diabetes i böcker eller broschyrer, på Internet och i andra medier, och sade att informationen ibland kunde vara motsägelsefull (Rygg et al., 2010).

The diabetes nurse was really careful to say you don't get to eat that ... I'd like to have more instruction and talk about it, so I can grasp it... (Adolfsson et al., s. 989).

It's those magazines one of my friends brings over, where this doctor says one thing and the other says something else. You feel kind of stupid (Rygg et al., 2010, s. 791).

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva personers upplevelse av att lära sig leva med diabetes typ-2. Resultatet blev följande sex kategorier: Att känna begränsningar och inte klara av egenvården, Att försöka hitta strategier till livsstilsförändring, Att kunna dela erfarenheter med andra i liknande situationer. Att försöka få förståelse från närstående. Att ha behov av

stöd och förtroende för vården. Att söka förklaringar och försöka förstå. Diskussionen utgår från resultatets olika kategorier och diskuteras ur olika perspektiv.

Resultatet i litteraturstudien visade på upplevelser av ilska över de begränsningar som livsstilsförändringen och egenvården medförde och att det fick sociala konsekvenser för dem, både i familjen samt i andra sociala sammanhang. Deras sociala identitet var hotad. Enligt Berglund (2011) kan långvarig sjukdom innebära ett hot mot identiteten. Hotet utgörs av inskränkningar i personens handlingsfrihet då denna inte längre kan utföra samma saker som tidigare. Berglund (2011) beskriver även att personer med långvarig sjukdom försöker bevara sin identitet genom att förneka sjukdomen eller att trotsa den. De förluster som långvarig sjukdom orsakar beskrivs av som en av kroppen begränsad frihet, en begränsning som påverkar relationerna till andra och begränsar möjligheterna till att vara delaktiga i vardagen, på det sätt personen önskar och tidigare har kunnat vara. I vår litteraturstudie framkom att maten upplevdes som en viktig social faktor men att det fanns svårigheter och rädslor för att såra personer om de tackade nej till den mat som erbjöds och att de därmed skulle riskera sin identitet och sociala samhörighet. I andra studier (Jeon et al., 2010; Asbring, 2001) framkommer att social isolering är ett nyckelbegrepp vid kronisk sjukdom. Personer rapporterade oförmåga eller begränsad förmåga att delta i sociala sammanhang, bland annat av den begränsning som förändrade kostvanor innebar. Denna kamp mot social isolering var inte bara på grund av fysiska begränsningar utan även mot känslan av att överges och nedlätas av familj och vänner. Således behöver vårdpersonal en ökad medvetenhet om den påverkan som sjukdomen ger på det sociala livet och att det får konsekvenser i hanteringen av sjukdomen.

Resultatet visade att personer uppgav att det gällde att inse vikten att ta hand om hälsan och att finna en acceptans och att ansvaret för att klara av att leva med sjukdomen var upp till dem själva. Detta bekräftas av Jeon (2010) som visade i sin studie att den kroniskt sjuka behöver flexibilitet, medvetenhet och acceptans för att kunna göra det bästa av den förändrade livssituationen. Kroniskt sjuka upplevde känslan av kontroll som en viktig faktor i deras liv. Att förlora denna känsla av kontroll associerades med olika begränsningar på sina liv på grund av nödvändigheten att sköta sin sjukdom. Lindsey (1996) beskrev att personer med kronisk sjukdom, behöver vara bestämda över sina beslut och ansvarstagande för att kunna skapa möjligheter i sin sjukdom. Detta kan förstås som att livsstilsförändringen inte kan ske

förrän personen själv har accepterat sin sjukdom. Det är först då som personen kan hitta sin egna individuella strategi.

Att kunna dela sina erfarenheter med andra i liknande situationer och behovet av att diskutera i grupp framkom i litteraturstudien. I en studie (Jeon et al., 2010) framkom det att de två vanligaste strategierna för att hantera sin sjukdom för personer med kronisk hjärtsjukdom, var att dela sjukdoms erfarenheter med andra och att vara flexibel till förändrade förhållanden. Även Berglund (2011) menade att gruppundervisning ger möjlighet till delande av erfarenheter och upplevelser av att inte varar ensam om sina problem, men också att det inte är säkert att personer med samma diagnos har samma behov av kunskap. Vår förståelse av detta är att sjukvården bör använda sig mera av gruppundervisning som omvårdnadsintervention men att även individuell undervisning behövs.

Resultatet i denna litteraturstudie visade att upplevelsen av stöd eller brist på stöd från anhöriga påverkade personernas möjligheter av att lära sig att leva med diabetes typ-2. Berglund (2011) menar att livsvärlden både är en individuell och en social värld och det kan tänkas ha betydelse för lärandet i att leva med en långvarig sjukdom. Detta stöds även av Lawrence et al. (2010) och Aggarwal et al. (2010) som menar att familjemedlemmar och kamrater hade ett stort inflytande och utövade både positiv och negativ påverkan på beteendemönstret. Vidare menar de att sociala relationer ger unika funktioner och att nya matvanor integreras ofta smidigare när familjen behandlas som en helhet. Känslomässigt- och praktiskt stöd och familjens involvering i måltidsplanering kan förbättra kost-efterlevnaden hos personer med hjärt- och kärlsjukdomar. Även Söderberg et al. (2003) visade att hela familjelivet och relationerna mellan makarna påverkades och begränsades av sjukdom när en närstående drabbades av en kronisk sjukdom. I litteraturstudien framkom det att framförallt män med diabetes upplevde sina hustrur som viktiga och stödjande, medan kvinnor med diabetes inte fick samma nivå av stöd. Söderberg et al. (2003) menar vidare att vårdpersonal har ett stort ansvar i att ge information om sjukdomen så att anhöriga får ökad förståelse och därmed kan öka möjligheterna att stödja och hjälpa, för att uppnå ett bättre liv med sjukdomen. Som vårdpersonal behöver vi inse vikten av att ge information/undervisning om sjukdomen och egenvården även till anhöriga. En intervention bör vara att inbjuda anhöriga med patientens tillåtelse.

För att lära sig leva med sjukdomen framkom det i litteraturstudien att det var viktigt att få stöd och kontroll av vårdpersonalen samt att dessa relationer var trygga och personliga. Enligt Jeon et al. (2010) är kontinuitet och kvalitet i vården, personliga relationer, kunskap och förståelse betydelsefullt för att kunna utöva egenvård. Om vårdpersonalen inte har ett positivt, patient centrerat förhållningssätt kommer patienterna att vara mindre nöjda, mindre aktiverade, ha mer symtom och använda mer sjukvårdsresurser. Kommunikation, partnerskap, personlig relation och en hälsofrämjande positiv attityd är viktig för egenvården (Little et al., 2011) Kvåle (2007) menar att om patienter lyssnas till, tros på och behandlas med respekt gör det att de känner sig uppskattade, vilket ökar deras personliga självkänsla och deras process av empowerment. I denna litteraturstudie visade resultatet på upplevelser av att maktskillnaden vid individuell rådgivning, kunde hota personernas förmåga att engagera sig i egenvården. Detta bekräftas av Berglund (2011) som beskriver att patientundervisningen som erbjuds utgår oftast ifrån vårdarnas perspektiv. Patienterna som inte följer råden riskerar att skuldbeläggas och ses som icke följsamma. Dessutom finns en överhängande risk att patienter utestängs från sin egen hälsoprocess, vilket innebär att patienterna inte ges möjlighet att vara delaktig i den vård som ges och som hälso- och sjukvårdslagen föreskriver. Viktiga omvårdnadsinterventioner är att skapa kontinuitet i vårdmöten, en lyhördhet för varje individs egna upplevelser och en ökad medvetenhet om den maktposition som vårdpersonal har i mötet med patienterna.

Resultatet i denna litteraturstudie visade att det upplevdes viktigt att få undervisning och information för att förstå och för att öka förmågan att hantera sjukdomen. Söderberg (2003) visade att det fanns behov av information och kunskap och att vårdpersonalen hade ansvar att förmedla den informationen. Detta framkom även i studien Jeon et al. (2010) att otillräcklig kunskap eller brist på förståelse resulterade i dåliga vårdresultat, orealistiska patientförväntningar, förvirring och att egenvårds strategier försämrades hos patienter. Lawrence et al. (2010) menar att bara tillgång till en allmän information och medvetenhet om vad som utgör en hälsosam livsstil inte är tillräckligt för att motivera och aktivera människor att ändra beteende. I denna litteraturstudie framkom att behoven av information varierade mellan individer, liksom på vilket sätt de föredrog att få informationen. Berglund (2011) menar att varje person måste mötas utifrån sin livsvärld, i sin förståelse av hälsa, sjukdom och livet i stort. Även Lawrence et al. (2010) menade att tidpunkt för information, sammanhang och social miljö är viktiga påverkansfaktorer, liksom trovärdigheten av informationskällorna. Han menade vidare att vårdpersonal måste vara medveten om dessa viktiga psykologiska

processer och inflytelserika faktorer och använda lämpliga teoretiska ansatser till utformningen och genomförandet av informationsstrategierna. Detta stödjer patienter och deras familjer till att göra positiva förändringar till specifika livsstilsförändringar. En viktig omvårdnadsintervention är att ge individanpassad utbildning och information.

Metoddiskussion

I denna litteraturstudie har kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats använts. Studierna som analyserats kommer från olika länder och är fjorton till antalet. Det är en fördel att ta del av upplevelser från människor i olika länder samtidigt som det kan vara en nackdel, då materiel från samma område kan styrka varandra. Holloway och Wheeler (2002, s. 252-253) menar att överförbarheten ökar om vi kan föra över vårt resultat till personer med likartade situationer. Vi anser att vårt resultat är överförbart till andra människor som lever med diabetes typ-2 och att resultatet även kan användas vid andra kroniska sjukdomar.

Kvalitativ innehållsanalys är en metod som är lämpad inom omvårdnadsforskning för att den beskriver kommunikation mellan människor (jfr Downe- Wamboldt, 1992). När vi har använt denna metod i vår studie så har vi fått ett resultat som beskriver personers subjektiva upplevelser från ett inifrånperspektiv.

En kvalitetsgranskning av studierna genomfördes enligt ett protokoll av Willman et al. (2006) men på grund av brist på erfarenhet så kan missbedömningar i granskningen, ha gjorts. För att stärka trovärdighet så har analysen beskrivits detaljerat (jfr. Holloway och Wheeler, 2002). Studiens trovärdighet innebär att det syfte med studien, är det som är undersökt. I denna studie har textenheterna kodats för att kunna gå tillbaka till ursprungstexten, detta för att kärnan inte skulle gå förlorad enligt Downe- Wamboldt (1992). För att ytterligare minimera risken för feltolkningar, så har var och en av författarna, vid olika tillfällen arbetat på vart sitt håll under analysarbetet, för att sedan jämföra resultatet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) så stärks även trovärdigheten då citat används eftersom läsaren genom detta kan se hur forskaren använder materialet. För att ytterligare stärka trovärdigheten så har andra handledare granskat materialet under arbetets gång (Holloway & Wheeler 2002), samt att vi jämfört vårt resultat med tidigare relevant forskning (Downe-Wamboldt, 1992).

I denna litteraturstudie har endast studier skrivna på engelska använts, som då översatts till svenska. Det kan innebära att information ha gått förlorad trots noggrann översättning. För att minska risken för felöversättningar så har vi översatt textenheterna var för sig och sedan

jämfört med varandra. Vi har även använt dataprogram som hjälp vid översättningen. Enligt Downe-Wambolt (1992) så görs en viss egen tolkning vid översättning, vilket kan leda till en större risk för att upplevelser misstolkas. Mänskliga fel är alltid möjligt i kodning av data, även vår kunskapsnivå i ämnet och våra egna erfarenheter kan ha färgat resultatet.

Slutsats

Resultatet visade ett brett spektrum av olika upplevelser för att lära sig leva med diabetes typ-2. Personerna kände begränsningar och det fanns upplevelser av att inte klara av egenvården. De försökte hitta strategier till livsstilsförändring men för att lyckas med det var de tvungna att själva finna acceptans och ta ansvar för förändringen. Vårdpersonal har ett stort ansvar för att stödja personer med diabetes och deras familjer genom undervisning och information. Dessa olika upplevelser av personerna ökar behovet av att interventionen bör utformas till en mer patientcentrerad vård där även anhöriga är delaktiga. Något som i sin tur är av betydelse för att stödja livsstilsförändringar och hälsa.

Enskild undervisning ger möjligheter till att individanpassa innehåll och metod, men det är då också viktigt att ge akt på att maktskillnaden vid individuell rådgivning kan hota patienternas förmåga att engagera sig. Viktigt är också kontinuitet i vårdmöten och en lyhördhet för varje individs egna upplevelser. I gruppundervisning ges möjligheter till delande av erfarenheter och upplevelsen av att inte vara ensam om sina problem vilket främjar egenvården. I denna litteraturstudie framkom att männen får stöd av sina fruar men att kvinnor med diabetes, inte tenderade att få samma stöd av sina män. Att se vad det finns för kunskap kring detta utifrån ett genusperspektiv kan vara en intressant fråga för vidare forskning. Detta resultat kan användas för många långvariga sjukdomar som kräver livsstilsförändringar, för att personer ska kunna känna välbefinnande och hälsa.

Referenser

(Studier som använts i resultatet är märkt med *)

*Adolfsson, E. T., Starrin, B., Smide, B., & Wikblad, K.(2008). Type 2 diabetic patient's experiences of two different educational approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 986-994.

Aggarwal. B., Liao, M., Allegrante, J., & Mosca, L. (2010).Low social support level is associated with non-adherence to diet at 1 year in the family intervention trial for heart health. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42 (6), 380-388.

Arvidsson, S., Bergman, S., Arvidsson, B., Fridlund, B., & Tops, A. B. (2011). Experiences of health-promoting self-care in people living with rheumatic diseases. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (6), 1264-1272.

Asbring, P. (2000). Chronic illness- a disruption in life: Identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3), 312-319.

Berglund, M.(2011). Att ta rodret i sitt liv- Lärande utmaningar vid långvarig sjukdom. *Linnaeus University Dissertations*, 47, 1-232.

Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

*Ciechanowski, P., & Katon, W. J. (2006). The interpersonal of health care through the eyes of patient with diabetes. *Social Science & Medicine*, 63, 3067-3079.

Delmar, C., Bøje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Møller, M., Sønder, H., & Pedersen, B.D. (2006). Independence/dependence – a contradictory relationship? Life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 261-268.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Mot en vårddidaktik på livsvårdsgrund*. Akad.avhandling, Göteborgs universitet, Göteborg.

*Furler, J., Walker, C., Blackberry, I., Dunning, T., Sulaiman, N., Dunbar, J., Best, J., & Young, D. (2008). The emotional context of self-management on chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support on the self-management of type 2 diabetes. *BMC Health Services Research*, 8 (214).

*Gazmararian, J., Ziemer, D., & Barnes, C. (2009). Perception of barriers to self-care management among diabetic patients. *The Diabetes Educator*, 35, 778-788.

Ghanbari, A., Parsa-Yekta, Z., Roushan, Z-A., & Lakeb, N. (2005). Assessment of factors affecting quality of life in Iran. *Public Health Nursing*, 22, 311-322.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Greenstreet, W. (2006). From spirituality to coping strategy: Making sense of chronic illness. *British Journal of Nursing*, 15 (17), 938-942.

*Handley, J. (2010). Living with diabetes: Putting the person in the pilot's seat. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 (3), 12-19.

*Heuner, L., & Lausch, C. (2006). Living with diabetes: Perceptions of Hispanic migrant farmworkers. *Journal of Community Health Nursing*, 23, 49-64.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2009). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Oxford: Blackwell Sciences.

Jeon, Y., Kraus, S., Jowsey, T., & Glasgow, N. (2010). The experience of living with chronic heart failure: A narrative review of qualitative studies. *Health Services Research*, 10 (77).

Klang- Söderkvist, B. (2009). *Patientundervisning*. Lund:Studentlitteratur.

Kralik, D., Koch, T., Price, K., & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management: Taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing, 1*, 259-267.

Kvåle, K., & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centered care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science, 22*, 582-589.

Lawrence, M., Kerr S., Watson, H., Paton, G., & Ellis, G. (2010). An exploration of lifestyle beliefs and lifestyle behavior following stroke: Findings from a focusgroup study of patients and family members. *BMC Family Practice, 11* (97).

*Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M., Bains, H., & Hallowell, N. (2008). We should change ourselves, but we can't: Account of food and eating practices amongst British Pakistan's and Indians with type 2 diabetes. *Ethnicity & Health, 13* (4), 305-319.

Little, P., Everitt, H., Williamsson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal, 323*, 908-911.

*Lohri-Posey, B. (2006). Middle-aged Appalachians living with diabetes mellitus. *Family Community Health, 29* (3), 214-220.

*Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G., & Spreeuwenberg, C. (2008). Self-management of type 2 diabetes mellitus: A qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health, 8* (91).

*Olshansky, E., Sacco, D., Fitzgerald, K., Zickmund, S., Hess, R., Bryce, C., McTigue, K., & Fischer, G. (2008). Living with diabetes normalizing the process of managing diabetes. *The Diabetes Educator, 34*, 1004-1012.

Orem, D. (2001) *Nursing: Concepts of practice* (6th.ed). St. Louis, Missouri: Mosby.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

*Rayman, K., & Ellison, G. (2004). Home alone: The experience of women with type-2 diabetes who are new to intensive control. *Health Care for Women International*, 25, 900-915.

*Rygg, L Ö., Rise, M B., Lomundal, B., Ström-Solberg, H., & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in group based diabetes self-management education. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 788-793.

Statens beredning för medicinsk utvärdering(2009). *Intensiv glukossänkande behandling vid Diabetes* (SBU-rapport nr 196). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Saatci, E., Tahmiscioglu, G., Bozdemir, N., Akpinar, E., Ozcan, S., & Kurdak, H.(2010). The well-being and treatment satisfaction of diabetic patients in primary care. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (6), 1-8.

Socialstyrelsen .(2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Söderberg, S., Strand, M., Haapala, M., & Lundman, B. (2003) Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (2), 143-150.

Thorne, S., Ternulf-Nyhlin, K., & Paterson, B. (1999). Attitudes toward patient expertise in chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 303-311.

Toombs, S. K. (1987). The meaning of illness: A phenomenological approach to the patient-physician relationship. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 12, 219-240.

Toombs, S. K. (1993). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht: Kluwer Academic

*Wellard, S., Rennie, S., & King, R. (2008). Perceptions of people with type- 2 diabetes about self-management and the efficacy of community based service. *Contemporary Nurse*, 29, 218-226.

Whitehead, D. (2001). Health education, behavioral change and social psychology: Nursing's contribution to health promotion?. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6), 822-832.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtesevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

*Yamakawa, M., & Makimoto K. (2008). Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients: An exploratory qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1032-1041.

Öhman, M., Söderberg, S., & Lundman, B. (2003). Hovering between suffering and enduring: The meaning of living with serious chronic illness. *Qualitative Health Research*, 1, 528-542.