

# **Att leva med diabetes**

## **En litteraturöversikt**

**Oskar Evenholm**  
**Maria Strömquist**

Examensarbete, 15 hp, kandidatuppsats  
Omvårdnad  
Jönköping, Maj 2015

# **To live with diabetes**

## **A literature review**

**Oskar Evenholm**  
**Maria Strömquist**

Examination, 15 credits, bachelor degree  
Nursing  
Jönköping, may 2015

# Sammanfattning

**Bakgrund:** Diabetes mellitus typ 2 innebär att glukoshalten i blodet inte kan regleras korrekt. Sjukdomen behandlas både medicinskt och med livsstilsförändringar. Antalet insjuknade ökar stadigt i världen och många miljoner människor lever idag med sjukdomen.

**Syfte:** Syftet var att beskriva hur personer med diabetes mellitus typ 2 upplever livet.

**Metod:** En litteraturöversikt med induktiv ansats valdes. Tio artiklar med kvalitativ metod användes i resultatet. Analys skedde med hjälp av Fribergs 5-steps modell där artiklarnas resultat lästes flera gånger och gemensamma resultat plockades ut och kategoriserades.

**Resultat:** Fyra teman identifierades där resultatet visade att personer diagnostiserade med diabetes mellitus typ 2 upplevde oro och ångest. Personerna kände även krav på att förändra sin livsstil, främst gällande kost och motion. De upplevde att tillvaron kastades omkull och att det tog lång tid att få tillbaka kontrollen. Personerna kände också att sjukdomen gjorde att omgivningen såg annorlunda på dem och att deras personlighet påverkade hanteringen av sjukdomen.

**Slutsatser:** En psykosocial påverkan upplevdes efter diagnostisering med diabetes mellitus typ 2. Nödvändiga anpassningar av kost och motion påverkade relationer och identitet. Sjuksköterskan spelade en viktig roll i personens egenvård där professionellt bemötande stärkte autonomi och livskvalitet. Familj, vänner och religion påverkade också förutsättningarna att hantera situationen.

**Nyckelord:** Diabetes mellitus typ 2, personcentrerad omvårdnad, egenvård, transition, litteraturöversikt

# Abstract

**Background:** Diabetes mellitus type 2 means that the glucose levels in the blood are not correctly regulated. The condition is treated both medically and with lifestyle changes. The number of persons with diabetes mellitus type 2 is steadily increasing in the world today and millions of people worldwide are living with the condition.

**Aim:** The aim was to describe how people with diabetes mellitus type 2 experienced life.

**Method:** A literature review with inductive onset was chosen. Ten qualitative articles were used in the result. Analysis was done using Friberg's 5-step model where the results of the articles were read several times and common results were picked out and categorized.

**Result:** Four themes were identified and the result showed that people diagnosed with diabetes mellitus type 2 experienced worry and anxiety. They also felt the difficulty and pressure of lifestyle changing demands regarding diet and exercise. They experienced an overwhelming change in their lives that took a long time for them to regain control. In addition, they felt that the entourage viewed them differently and that their personality affected the management of the condition.

**Conclusion:** A major psychosocial impact was experienced after being diagnosed with diabetes mellitus type 2. Necessary adjustments related to diet and exercise had an impact on relationships and identity. The nurse played an important role in the person's self-management and a professional treatment strengthened the person's autonomy and quality of life. Family, friends and religion had an impact on the ability to handle the situation.

**Keywords:** Diabetes mellitus type 2, person-centered care, self-management, transition, literature review

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
Diabetes.....	1
Transition .....	2
Egenvård.....	2
Personcentrerad vård.....	3
<b>Syfte</b> .....	<b>3</b>
<b>Material och metod</b> .....	<b>4</b>
Design.....	4
Urval och datainsamling .....	4
Dataanalys .....	4
Etiska överväganden .....	5
<b>Resultat</b> .....	<b>5</b>
<b>Temor</b> .....	<b>5</b>
Att känna oro och ångest .....	5
Att känna krav på livsstilsförändring .....	6
Att känna förlust av kontroll .....	7
Att känna identitetspåverkan.....	8
<b>Diskussion</b> .....	<b>9</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>9</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>10</b>
Att känna oro och ångest .....	10
Att känna krav på livsstilsförändringar .....	11
Att känna förlust av kontroll .....	11
Att känna identitetspåverkan.....	12
<b>Slutsatser</b> .....	<b>13</b>
<b>Kliniska implikationer</b> .....	<b>13</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>14</b>
<b>Artikelsökning</b> .....	<b>Bilaga 1</b>
<b>Kvalitetsgranskningsprotokoll</b> .....	<b>Bilaga 2</b>
<b>Artikelmatris</b> .....	<b>Bilaga 3</b>

# Inledning

Cirka 4 % av Sveriges befolkning anses ha diabetes och av dessa är det cirka 90 % som har diabetes mellitus typ 2 (DMT2) (Nationella diabetesregistret [NDR], 2013). Det finns en oro över att den förväntade ökningen av DMT2 i världen kommer att kräva ökade resurser från sjukvården i framtiden (Walker, Walker & Jayapaul, 2008). För att kunna ge personcentrerad omvårdnad finns det ett behov av förståelse för hur personer med DMT2 upplever sjukdomen, diabetesvården och reaktioner från omgivningen (Hörnsten, Lundman, Selstam & Sandström, 2005).

Det finns starkt vetenskapligt stöd för att personer med risk för att drabbas av DMT2 kan förebygga en eventuell utveckling med hjälp av ökad fysisk aktivitet och en anpassad kost (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2010). Gemensamt för bra diabeteskost är frukt, fullkorn, bönor, ärtor, linser och fisk samt minska intaget av fett, och då framförallt mättat fett (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2012; Socialstyrelsen, 2011).

## Bakgrund

### Diabetes

Diabetes förekommer i olika former och sjukdomen innebär att glukoshalten i blodet är förhöjd. Glukoshalten i blodet regleras via bukspottkörteln med hjälp av hormonet insulin. Diabetes två huvudtyper är diabetes mellitus typ1 (DMT1) och diabetes mellitus typ 2 (DMT2). Insulinbrist förekommer vid båda diabetesformerna men orsaken till insulinbristen är olika. Vid DMT1 produceras inget eller mycket lite insulin i bukspottkörteln och vid DMT2 har kroppen utvecklat en insulinresistens som med tiden även leder till minskad produktion av insulin i bukspottkörteln (Ericson & Ericson, 2012).

I världen uppskattas 387 miljoner personer leva med diabetes, varav 46,3 % inte blivit diagnostiserade. Femtiotvå miljoner av dessa personer tillhör Europa varav 33,1 % inte har någon diagnos. I världen förväntas antalet personer med diabetes öka med 205 miljoner fram till år 2035 (International Diabetes Federation [IDF], 2014). Risken att drabbas av DMT2 påverkas av bland annat genetiska faktorer, matintag samt fysisk aktivitet och diabetesutvecklingen kan effektivt fördröjas genom införande av livsstilsförändringar (Walker et al., 2008).

Diabeteskomplikationer som nerv- och njurskador samt hjärt-kärlsjukdomar leder till ökade kostnader för samhället. Diabetesvården har ansvar för att informera personer med DMT2 om dessa komplikationer och möjligheter till att förebygga dem (Socialstyrelsen, 2014). Njursjukdom är den vanligaste komplikationen vid tidig debut av DMT2 och kan associeras till kärlsjukdom samt resultera i att njuren kollapsar, vilket kan ske då personer med tidig debut av DMT2 haft sjukdomen i mer än 10 år. Nervsjukdom är en annan komplikation till sjukdomen som kan leda till diabetessår och behov av amputation. Även sjukdom i ögats näthinna, fettlever och psykologisk påfrestning förekommer (Wilmot & Idris, 2014). I samband med sjukdom kan transition uppstå vilket innebär att en persons verklighet blir påverkad av en händelse och personen då måste skapa en ny verklighet (Kralik, Visentin & van Loon, 2006).

## **Transition**

Transition är ett vanligt förekommande begrepp inom omvårdnaden och i omvårdnadslitteratur. För att transition ska uppstå krävs en medvetenhet om de förändringar som sker samt ett engagemang för att förstå förändringarna (Kralik et al., 2006). Transition som begrepp har under de senaste årtiondena blivit accepterat som en central del i ämnesområdet omvårdnad och är flitigt använt i forskningen. Transition har också använts i ett vitt spann av områden som rör sjukdom och hälsa (Eun-Ok, 2011).

Att kunna hantera sina känslor och uppleva värdighet efter transition är kriterier på ett subjektivt välmående. Att bemästra den nya roll transitionen ger upphov till kräver bland annat kunskapskompetens och beslutsfattande. Likaså är kunskap om att klara komplexa saker i egenvårdssyfte ett sätt att bemästra den nya roll som uppkommer. Transition måste ses i ett relations- och familjeperspektiv för att den ska bli lyckad och det innefattar familjens förmåga till anpassning och uppskattning. Här ses även bredare sociala nätverk och samhällsliga kontakter som indikatorer på en lyckad transition (Schumacher & Meleis, 1994). I samband med insjuknandet beskrivs en process som leder fram till att personen så småningom accepterar sjukdomen. För att må väl måste personen vara anpassningsbar till sjukdomens krav utan att låta sig kontrolleras av kraven (Johansson, Ekebergh & Dahlberg, 2009).

Sjukdomsrelaterad transition, vid t.ex. kronisk sjukdom, är ett aktuellt begrepp inom omvårdnad. Att veta orsaken till transition är en viktig faktor och påverkar utkomsten av transitionsprocessen. Tre faktorer; subjektivt välmående, att bemästra sin nya roll och ett välmående i familj och i relationer, ska föreligga för att en transition ska ses som lyckad (Schumacher & Meleis, 1994). Sjukdomsrelaterad transition kan ses ur många olika perspektiv. Från att vara frisk till att bli sjuk, men även från att vara allvarligt sjuk till att bli helt återställd. Likaså rör denna typ av transition också förändring i vårdssituationer såsom att gå från sjukhus till hemmet eller till rehabilitering. Att också flytta från eget boende in till ett särskilt boende tillhör denna typ av transition (Olsson & Ek, 2002). Transitioner är flytande då de påverkas av pågående faktorer över tid. Faktorer som kan påverka transition vid DMT2 är t.ex. kunskap, kulturella åsikter och praktiska metoder (McEwen, Baird, Pasvogel & Gallegos, 2007).

Faktorer som påverkar egenvården vid DMT2 är t.ex. utbildning, den individuella anpassningsförmågan i förhållande till situationen, kulturella skillnader, fysiska nedsättningar som nedsatt hörsel och syn samt psykologiska uttryck som acceptans och förnekande (Wilkinson, Whitehead & Richie, 2013).

## **Egenvård**

Egenvård är generellt det en människa måste göra för att upprätthålla en god funktion och hälsa (Orem, 2001). En av de mest tillämpade egenvårdsteorierna är Orems egenvårdsteori (Kirkevold, 2000). Orems omvårdnadsmål innebär att så långt det är möjligt hjälpa personen till att självständigt utföra egenvård. Även egenvårdskrav som är ofrånkomliga för att främja hälsa och egenvårdsbrist som kan uppkomma vid dessa aktiviteter diskuteras i teorin. Omvårdnadsåtgärder benämns som omvårdnadssystem och är nödvändiga vid egenvårdsbrister (Orem, 2001).

NICE (2012) rekommenderar interventioner i form av t.ex. viktminskning, diet och träning för personer med hög risk för DMT2. Vad gäller vikt rekommenderas personer med övervikt att gradvis minska vikten genom sänkt kaloriintag. En viktförlust på 5-10 % under 1 år är realist-

isk tills ett hälsosamt body mass index (BMI) har uppnåtts. Vad gäller diet rekommenderar NICE (2012) att vårdpersonal undersöker personens kunskap om hur mat och dryck påverkar risken för DMT2. Information om att fysisk aktivitet minskar risken att drabbas av DMT2 ska ges av vårdpersonal och det rekommenderas minst 150 minuters aktivitet i veckan. Om det är orealistiskt att följa dessa rekommendationer är det viktigt att poängtera att även mindre omfattande motion är fördelaktigt i förebyggandet av sjukdomen (NICE, 2012). I en studie av Walker et al. (2008) framkommer att högriskindivider med ärftlighetsfaktorer för DMT2 kan fördröja utvecklingen av sjukdomen genom livsstilsförändringar vad gäller kost och motion.

För personer med DMT2 blir det dagliga livet med aktiviteter och känslan av att vara oberoende av andra viktigt (Huang, Gorawara-Bhat, & Chin, 2005). Liknande slutsatser framkommer i Hunt, Arar och Larme (1998) där det viktigaste målet för personer med DMT2 är att känna välmående och att bibehålla sina normala aktiviteter.

Vårdpersonal kan genom att tillämpa personcentrerad omvårdnad och genom att hjälpa personen utifrån hans eller hennes förutsättningar upprätthålla en bra egenvård vid DMT2, vad gäller behandling och dagligt liv. Det finns beskrivningar som visar att vårdpersonalen har svårt att släppa kontrollen och att det är viktigt att främja personens autonomi (Cardol, Rijken & van Schroyen Lantman-de Valk, 2012).

## **Personcentrerad vård**

Personcentrerad vård innefattar individualitet och består av tre dimensioner; behovet av att bli förstådd, emotionell och fysisk säkerhet samt sociala och materiella behov. Ett partnerskap mellan personen och vårdgivaren försäkrar att personens egna beslut är av värde och respekteras. Ett medvetande om de individuella behoven är viktig i planeringen av vården och personen ska bli bemött efter sin person, inte efter sin sjukdom. Även anhöriga kan tillföra kunskap i den personcentrerade vården (Slater, 2006).

I en studie av Wilkinson et al. (2013) framkom det att personen med diabetes uppskattar kontinuitet i vården samt bland de vårdgivare personen möter. Studien tog upp vikten av att vårdgivarna kan styrka personens förmåga till egenvård och att vården upplevdes vara individanpassad. En viktig faktor som framkom var stöd i egenvården från omgivande personer, vilket kan innebära uppmuntran och bibehållande av förändringar samt återkoppling på symtom och beteenden.

Att använda begreppet personcentrerad omvårdnad i stället för patientcentrerad omvårdnad är en förutsättning för att personen och dess beslut ska sättas i fokus. I och med användandet av begreppet patient åsidosätts den människa som åsyftas och hennes unika egenskaper (Ekman et al, 2011). Personcentrering innebär att ta hänsyn till människan som kommer i kontakt med vården, vem personen i fråga är och vilka beslut han eller hon vill fatta om sin egen vård. Vid personcentrerad omvårdnad tas stor hänsyn till personens egen berättelse och till hans eller hennes önskemål om planering och behandling (Ekman et al., 2011). Enligt en studie kände personer större säkerhet och hade bättre kunskap då de vårdats med personcentrerad omvårdnad. De kände sig mindre osäkra och upplevde att vården var tryggare (Dudas et al, 2013).

## **Syfte**

Att beskriva hur personer med diabetes mellitus typ 2 upplever livet.



# Material och metod

## Design

Utifrån syftet valdes en litteraturöversikt med induktiv ansats där artiklar med kvalitativ metod användes. När det finns ett stort urval av publicerade artiklar relaterat till ämnesområdet finns det ett behov av att sammanfatta tillgänglig forskning (Axelsson, 2008; Friberg, 2006a). Kvalitativ metod innebär att studera helheter och att fördjupa förståelsen för ett problem samt att se mönster och sammanhang (Axelsson, 2008; Forsberg & Wengström, 2008). Att en ansats är induktiv återspeglas i att det utifrån insamlad data har formulerats hypoteser och teorier (Backman, 2008; Priebe & Landström, 2012).

## Urval och datainsamling

Sökningen av artiklar begränsades till databaserna Cinahl och PubMed, vilka enligt Axelsson (2008) är vanliga vid omvårdnadsforskning. Utifrån syftet användes sökorden *diabetes mellitus type 2*, *life* och *living*, samt i PubMed också *experience*. Detta gjordes utan att begränsa sökningen i databasen till *Abstract* via sökfältet *Select a Field*, då det i detta fall finns risk för att viktiga artiklar missas. Att leta efter sökord i *Abstract* kan ge upphov till träffar som inte stämmer överens med syftet (Östlundh, 2006).

Booleska termer i form av *OR* och *AND* användes i sökningen, vilket var en förutsättning för att kunna använda mer än ett sökord. Trunkering användes också i sökningen. Detta gjordes för att bredda sökningen och innefatta ett ords alla möjliga ändelser (Östlundh, 2006).

Sökningen begränsades till artiklar publicerade 2010-01-01--2015-01-01 i både Cinahl och PubMed. I en litteratursökning ska ämnets aktuella forskning användas (Axelsson, 2008). Begränsningar som *English Language* samt *Peer Reviewed* gjordes i en avancerad sökning i Cinahl. I PubMed användes begränsningarna *5 years* och *English*. En avancerad sökning kan begränsa typen av publikation (Backman, 2008). Inklusionskriterier som användes vid urval av abstract var *diabetes mellitus typ 2* och *upplevelser* av densamma då dessa kriterier svarade mot syftet. *Kvalitativa studier* var också ett inklusionskriterium. Upplevelser av DMT2 innefattas i en kvalitativ forskningsmetod och stämmer väl överens med litteraturöversiktens syfte (Henricson & Billhult, 2012). Exklusionskriterier som användes vid urval av abstract var *review*, *blandstudie* och *diabetes mellitus typ 1*. Dessa kriterier stämde inte överens med litteraturöversiktens metod och syfte (Henricson & Billhult, 2012). Utifrån abstract valdes de artiklar ut som svarade mot vårt syfte. Fem av de totalt femton utvalda artiklarna föll bort i kvalitetsgranskningen vilket gjorde att tio artiklar användes till litteraturöversiktens resultat. En av de valda artiklarna berörde DMT2 och stress. Endast den del av artikelns resultat som svarade mot vårt syfte användes, vilket diskuteras i metoddiskussionen. För ytterligare detaljer kring artikelsökningen, se bilaga 1.

För att säkerställa insamlad data måste kvalitetsgranskning göras av det material sökningen ger (Friberg, 2006a). Kvalitetsgranskning av samtliga artiklar genomfördes enligt dokument framtaget vid avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping, se bilaga 2.

## Dataanalys

I dataanalysen användes Fribergs 5-steps analysmodell. Analys skedde kontinuerligt och datamaterialet bearbetades flera gånger för att förhindra bortfall av intressant information (Friberg, 2006b).

Valda artiklars resultat genomlästes ett flertal gånger för att få en bra överblick. Artiklarna lästes var för sig för att sedan jämföras med en omfattande diskussion vilket gav en ökad förståelse. Artiklarnas resultat bearbetades sedan med upplevelser som utgångspunkt då dessa kunde kopplas till syftet. Genom att använda färgmarkeringspennor fångades upplevelser tydligt in. I bilaga 3 sammanställdes varje artikels resultat. Färgmarkeringarna strukturerades sedan upp på separat papper där olika upplevelser tydligt kunde urskiljas. Dessa upplevelser strukturerades sedan in i fyra teman som blev utgångspunkt för den nya helheten i litteraturöversiktens resultat. För ytterligare detaljer kring de utvalda artiklarna, se bilaga 3.

## **Etiska överväganden**

Etiska överväganden gjordes vid kvalitetsgranskningen genom att artiklar valdes där etiska ställningstaganden var gjorda. Vid litteraturstudier bör etiska överväganden beträffande urval och presentation av resultat göras (Forsberg & Wengström, 2008). Då artiklarna var etiskt godkända antogs att kriterier som informerat samtycke och frivillig medverkan var uppfyllda. Vid examensarbeten finns krav på informerat samtycke och frivillig medverkan samt att hänsyn tas till hälsa och personlig integritet (Kjellström, 2012). Det förväntas att forskningen har beaktat människovärdet och skyddar medverkande från skador och kränkning (Vetenskapsrådet [VR], 2011). Förförståelse kring DMT2 fanns då ämnet berörts och påträffats under sjuksköterskeutbildningen. Ett kritiskt förhållningssätt och ett öppet sinne gentemot förförståelsen tillämpades och diskussion kring densamma genomfördes för att reducera påverkan på litteraturöversiktens resultat. Reflektion över förförståelse bör genomföras för att undvika påverkan på resultatet (Henricson, 2012).

Det är etiskt utmanande att skriva en litteraturöversikt och då litteraturen som bearbetas är skriven på engelska finns risk för feltolkningar, vilket bör beaktas (Kjellström, 2012). Valda artiklar har genomlästs och bearbetats enskilt och gemensamt för att undvika feltolkningar.

## **Resultat**

### **Teman**

Fyra teman framkom vid dataanalysen och de var *att känna oro och ångest, att känna krav på livsstilsförändring, att känna förlust av kontroll* samt *att känna identitetspåverkan*.

#### **Att känna oro och ångest**

Osäkerhet och oro upplevdes vid behandlingen av DMT2 samt osäkerhet om läkemedlen verkligen hade effekt och om effekten kunde ändras över tid (Middleton, LaVoie & Brown, 2012). Likaså kände personerna att det var tungt och utmanande att sköta behandlingen och då särskilt när sjukdomen precis blivit upptäckt. Många olika åsikter beskrevs finnas från både sjukvård och anhöriga kopplat till sjukdomens utveckling (Salamon et al., 2012). Det förekom att personer undanhöll information om att de drabbats av DMT2 av rädsla för att bli dömda av andra (Browne, Ventura, Mosley & Speight, 2013). Det fanns tvivel på om diagnosen DMT2 verkligen var riktig (Wallin & Ahlström, 2010). Misstro mot läkaren som meddelade diagnosen beskrevs (Moonaghi, Areshtanab, Jouybari, Bostanabad & McDonald, 2014; Wallin & Ahlström, 2010). Föreställningen om att sjukdomen måste behandlas med läkemedel var huvudorsaken till att tvivel uppstod (Wallin & Ahlström, 2010). Rädsla för nålar påverkade kontrollen av blodsockernivån hos personerna. Personerna med DMT2 upplevde en känsla av hjälplöshet då symtom som frekvent urinering, slöhet och insomni behövde hanteras (Li, Drury & Taylor, 2013). De upplevde svårigheter att sköta sin diabetes när livet var stressigt

(Moonaghi et al., 2014). Negativa långtidseffekter beskrevs som ett orosmoln, att exempelvis inte veta om ben eller armar blir skadade i framtiden och vad som då kommer att hända (Jutterström, Isaksson, Sandström & Hörnsten, 2012; Middleton et al., 2012; Wallin & Ahlström, 2010). Personerna kände ångest inför risken att få ytterligare sjukdomar i en redan utsatt situation (Middleton et al., 2012; Wallin & Ahlström, 2010). Efter diagnostiseringen kände de ångest vid tanken på att behöva ta läkemedel hela livet (Wallin & Ahlström, 2010).

Att sköta behandlingen av sjukdomen när andra människor såg på visade sig kunna framkalla ångest och rädsla (Salamon et al., 2012). Även oro över hur utomstående uppfattade personer diagnostiserade med DMT2 upplevdes. Personer undanhöll ibland information om sjukdomen av rädsla för att bli behandlade annorlunda av vänner och bekanta (Li et al., 2013). Personerna kände att de förlorade vänner som inte var stödjande i livssituationen (Browne et al., 2013). Upplevelsen av att människor i omgivningen undvek att prata om diabetes och diabetesrelaterade ämnen med den som drabbats och upplevelsen av att känna sig granskad och uttittad av andra människor gav upphov till oro (Middleton et al., 2012). De kände sig dömda av andra och upplevde skuld känslor över att själva ha orsakat sjukdomen (Browne et al., 2013; Middleton et al., 2012). Likaså upplevde de att de själva borde gjort något för att undvika uppkomsten av den (Browne et al., 2013). I en studie upplevde personer att det kunde vara svårt för andra att förstå vad det innebar att ha DMT2 och hur sjukdomen behandlades. Det var viktigt för dem att kunna fortsätta leva sitt sociala liv som tidigare (Park & Wenzel, 2012).

Livet med DMT2 kunde leda till ångest och en upplevelse av att vårdens empati var bristfällig (Li et al., 2013). Andra upplevde en trygghet i att ha kontinuerlig kontakt med vården och med en läkare som de kände igen (Mendenhall et al., 2012). Att drabbas av diabetes beskrevs som en förändring. Förändringen beskrevs som tung och skrämmande och det framkom att det var en emotionellt upprörande upplevelse att drabbas speciellt i relation till tidigare erfarenheter av att se andra drabbas av sjukdomen. En återkommande rädsla för döden beskrevs. Att döden kommit närmre framkallade ångest och upplevelsen av att vara för ung för att dö var påtaglig (Jutterström et al., 2012). Personer beskrev att de efter att ha fått sin diagnos kände sig pressade till att leva som de tidigare gjort och att de därför i desperation offrade sin hälsa och sin behandling (Park & Wenzel, 2012). Personerna kände ångest över hur framtiden skulle bli och oro över att ha drabbats av en obotlig sjukdom (Wallin & Ahlström, 2010). Känslor som skam och skuld över att ha drabbats av DMT2 framkom (Browne et al., 2013; Park & Wenzel, 2012). Efter att ha fått diagnosen var det vanligt att känna sig uppslukad av sjukdomen och att ha tankar om att vara allvarligt sjuk, särskilt bland de personer som inte hade haft några förningar om att de drabbats av DMT2 (Wallin & Ahlström, 2010).

### **Att känna krav på livsstilsförändring**

En känsla av att vara tvungen att göra snabba förändringar i sitt beteende för att undvika framtida komplikationer som sjukdomen kan skapa förekom. Personerna kände att de hade nått en vändpunkt och att det var nu eller aldrig som förändringar skulle genomföras (Jutterström et al., 2012).

Att öka motionen relaterat till insjuknande i DMT2 beskrevs som något positivt och som en enkel åtgärd att vidta. Det upplevdes finnas ett behov av att engagera vänner och familj i de nya vanorna då det sågs som en säkerhet och ett stöd för ett fortsatt gott resultat (Salamon et al., 2012). De positiva effekter personerna kände av motionen gav upphov till motivation att fortsätta (Jutterström et al., 2012). Somliga upplevde begränsningar för att utöva fysisk akti-

vitet som t.ex. promenader. Begränsningarna kunde vara smärta, bristande motivation och en ansträngd familjesituation. Personerna kände svårigheter kring träning och viktproblematik i hanteringen av sjukdomen (Li et al., 2013).

Att äta en god och balanserad diet sågs som något positivt och var en nödvändig åtgärd när DMT2 diagnostiserats (Salamon et al., 2012; Wallin & Ahlström, 2010). Om stödet från familjemedlemmar fanns upplevdes det lättare att följa och hålla sig till en balanserad och nyttig kost, men om familj och omgivning inte stöttade blev det oftare kompromisser i kosten (Park & Wenzel, 2012). Där dåliga matvanor förekom kunde dessa direkt kopplas till viktproblematik och personerna kände att det var en utmaning att bara äta diabeteskost. De upplevde det frestande att äta icke anpassad diabeteskost, vilket påverkade dieten (Li et al., 2013). Tveivel fanns på kostens inverkan på sjukdomen (Wallin & Ahlström, 2010). Genom att ha god kunskap om kostens betydelse för behandling av DMT2 upplevde personerna att de kunde samla kraft till att göra de förändringar som krävdes (Jutterström et al., 2012). Bland unga vuxna framkom att vänner inte alltid förstod hur det var att ha DMT2 och att föräldrar påpekade hur de skulle agera för att förbättra sin hälsa, vilket gjorde att det både kunde vara svårt och lätt att hantera sjukdomen (Salamon et al., 2012).

### **Att känna förlust av kontroll**

Kontrollförlust vid DMT2 kunde kopplas till både fysiska, emotionella och biologiska förhållanden (Handley, Pullon & Gifford, 2010). Förutom de fysiska förhållandena förekom förnekande (Handley et al., 2010; Wallin & Ahlström, 2010) chock, rädsla och aggressivitet vid diagnostiseringen. Genetiska förhållanden som ålder och familjebakgrund stod utanför personens möjligheter att kunna påverka vilket bidrog till en upplevelse av brist på kontroll (Handley et al., 2010). Upplevelser av diskriminering och begränsning relaterade till DMT2 och en känsla av förlorade möjligheter i livet fanns. Att inte få möjlighet att adoptera i alla länder upplevdes begränsande. Likaså upplevdes förmågan att kunna genomföra resor och göra karriär vara begränsad. Även förlust av vänner som inte var stödjande beskrevs som en negativ påverkan på livssituationen (Browne et al., 2013). Det var ofta låg motivation till att utföra uppgifter och livsstilsförändringar som minimerade kontrollförlusten eftersom resultat oftast inte sågs inom kort tid. Förekomst av bakslag i form av diabeteskomplikationer och svårigheter att upprätthålla bra blodsockervärden förväntades (Handley et al., 2010). Den drabbades familj uppfattades till en början som oroad och engagerad i sjukdomen, men efter ett tag svalnade intresset och engagemanget (Park & Wenzel, 2012). När familjen inte upplevdes stötande kändes det som ett hinder för att kunna leva med DMT2 (Moonaghi et al., 2014; Salamon et al., 2012).

Att återfå kontroll var tidskrävande och utmanande och det kunde förekomma barriärer och spänningar som resulterade i en upplevelse av begränsade framsteg (Handley et al., 2010). Personerna upplevde att det var deras eget ansvar att besluta om och genomföra nödvändiga förändringar relaterade till DMT2 (Jutterström et al., 2012; Middleton et al., 2012). Samtidigt beskrev de att ingen utomstående kunde påverka ett sådant beslut (Jutterström et al., 2012). I en annan studie upplevdes media kunna påverka motivation och beslutsfattande kring DMT2 (Moonaghi et al., 2014). Hälsan upplevdes som det viktigaste för personer som hade fått DMT2 och därför kände de sig motiverade till att återta kontrollen i sitt liv (Park & Wenzel, 2012). Med hjälp av kunskap, självförtroende och support kunde balans hittas över tid (Handley et al., 2010).

Ett sätt att skapa acceptans för sjukdomen var att försöka hitta fördelar med den som t.ex. att det inte var så påfrestande att avvara sötsaker (Wallin & Ahlström, 2010). Att sjukdomen var

välkänd och kunde behandlas med mediciner och därmed gav möjlighet till ett någorlunda normalt liv sågs som något positivt och underlättade acceptansen (Moonaghi et al., 2014; Wallin & Ahlström, 2010). Personerna upplevde att en insikt om att DMT2 och behandlingen var en del i det nya livet var viktig. Att hitta en balans mellan livet och hanterandet av sjukdomen upplevdes vara viktigt som utgångspunkt för det fortsatta livet med sjukdomen. Att se effekter av nya vanor gav upphov till motivation att fortsätta med dem (Jutterström et al., 2012). Att också göra jämförelser mellan DMT2 och andra sjukdomar gjorde att det kunde ses positivt på framtiden. Genom att inse att det finns andra mer allvarliga sjukdomar och att det är många som lever med DMT2 ökade förståelsen för att situationen kunde varit värre (Wallin & Ahlström, 2010). Det framkom att personerna upplevde stöd från familj (Jutterström et al., 2012; Moonaghi et al., 2014; Salamon et al., 2012) och sjukvård som stöttande i förändringsprocessen (Jutterström et al., 2012; Moonaghi et al., 2014). De kände sig även positiva till att livet med DMT2 gjorde att de tog till sig ökad kunskap om hur en förändrad livsstil kan leda till en förbättrad hälsa (Middleton et al., 2012).

### **Att känna identitetspåverkan**

Att drabbas av DMT2 gav upphov till en rollförändring och en förändring i sättet personerna såg på sig själva. Personerna upplevde det svårt att identifiera sig med sin DMT2, särskilt då de inte kände sig passa in i den gängse stereotypen (Middleton et al., 2012). En studie visade att både negativa och positiva upplevelser av DMT2 kunde ses bland personerna (Li et al., 2013; Moonaghi et al., 2014). Personerna upplevde att media gav dem kunskap om DMT2 men också att de skapade stereotyper (Browne et al., 2013; Moonaghi et al., 2014). Personer diagnostiserade med DMT2 upplevde att det fanns negativa stereotyper kopplade till diagnosen såsom övervikt, lathet, överkonsumtion av mat, fattigdom och ointelligens. De uttryckte oro och frustration över att bli märkta på det viset och alla personerna i studien ansåg att dessa negativa stereotyper existerade (Browne et al., 2013). Vårdgivare, familj och vänner identifierades som källor till skapandet av negativa stereotyper och det framkom att dessa påverkade personernas karaktär negativt. Stereotyperna skapade upplevelsen av att DMT2 var självförvållad. Även låg självkänsla och lågt självförtroende upplevdes bland de som drabbats av DMT2 (Browne et al., 2013).

Personer med DMT2 beskrev att de behövde fatta egna beslut för att klara av nödvändiga förändringar. De kände att de själva behövde ta rollen som kontrollanter över sjukdomen. Personerna beskrev att en insikt behövdes om att DMT2 var där för att stanna och att livet fick anpassas efter den så att utgången bättre kunde kontrolleras (Jutterström et al., 2012). Tidigare svåra roller och arbetsförhållanden hindrade personer från att märka av sin sjukdom och ta hand om sin behandling. De upplevde att de offrade sin egen behandling för att familjen skulle vara nöjd (Park & Wenzel, 2012). Personerna såg starkt negativt på att ha blivit drabbade medan andra menade att det med moderna behandlingar gick att leva ganska normalt (Li et al., 2013; Moonaghi et al., 2014). I en studie upplevde några personer att de inte behövde söka vård eller träffa läkare så länge de inte hade några problem med sin DMT2 (Mendenhall et al., 2012). Personer upplevde att det fanns åsikter från omgivningen om hur DMT2 påverkade andra (Salamon et al., 2012).

I en studie användes gudstro och religiösa termer för att beskriva upplevelser kring DMT2 och att föreställningen att sjukdomen var förutbestämd av Gud och därför måste accepteras fanns. Detta gjorde att det inte uppkom några starka reaktioner över att ha drabbats av sjukdomen. Det sågs inte som något personligt att ha fått sjukdomen av Gud (Wallin & Ahlström, 2010). Det förekom också tankar om bestraffning från Gud samt synd, otacksamhet och brist på tro om någon som drabbats av sjukdomen blev chockad över diagnosen (Mendenhall et al.,

2012; Wallin & Ahlström, 2010). I en studie upplevde personer att omgivningen inte koplade samman DMT2 med Gud. DMT2 var inte något som kommit från Gud (Middleton et al., 2012).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Utifrån syftet valdes en litteraturöversikt med induktiv ansats där artiklar med kvalitativ metod användes. Med kvalitativ metod fångas upplevelser kring att leva med DMT2 in (Henricson & Billhult, 2012). Om kvantitativ metod istället väljs skulle resultatet blivit presenterat med inriktning på statistik och siffror (Billhult & Gunnarsson, 2012).

Databaserna Cinahl och PubMed valdes till sökningen då de innehåller många artiklar inom ämnet omvårdnad vilket ökar litteraturöversiktens tillförlitlighet (Axelsson, 2008; Henricson, 2012). För att öka antalet artiklar som svarade mot syftet utökades sökningen med sökorden *life* och *living*. Då det i PubMed blev många träffar på kvantitativa artiklar utökades den sökningen med sökordet *experience* eftersom det är ett sökord som bättre fångar in kvalitativa artiklar (Henricson & Billhult, 2012). Detta gjordes inte i Cinahl då det där inte förekom så många kvantitativa artiklar. Svårigheter som framkom vid artikelsökningen var att ett flertal studier som beskrev livet med DMT2 även hade ett annat fokus, t.ex. hypertoni, eller var blandstudier. Detta medförde svårigheter kring att urskilja upplevelser som svarade mot syftet, varför dessa studier exkluderades. För vidare information angående artikelsökningen, se bilaga 1.

För att fånga in olika böjningar av sökorden användes trunkering och för att få ett mer tillförlitligt sökresultat användes booleska termer, se bilaga 1 (Östlundh, 2006). En av studierna berör DMT2 och stress och endast den del av resultatet som innefattar DMT2 användes i litteraturöversiktens resultat. Artikeln användes då den upplevdes ha ett tydligt uppdelat resultat där särskiljning av vad som handlade om DMT2 och vad som handlade om stress kunde göras. Artikeln kan uppfattas ha en lägre relevans än övriga artiklar, vilket kan sänka trovärdigheten i litteraturöversikten. Att använda artiklar med låg kvalitet bör motiveras och diskuteras i metoddiskussionen (Rosén, 2012).

Valda artiklar kvalitetsgranskades utifrån ett särskilt protokoll, se bilaga 2, erhållet från Hälsohögskolan i Jönköping. De tio valda artiklarna kvalitetsgranskades två gånger där sex artiklar blev godkända på alla punkter enligt protokollet och de resterande fyra artiklarna hade en punkt de inte blev godkända på. Eventuella frågetecken diskuterades (Henricson, 2012). Att gå igenom samtliga artiklar var för sig och sedan jämföra granskningarna stärker trovärdigheten. Genom att alla artiklar i resultatet har samma metod ökar litteraturöversiktens tillförlitlighet. Samtidigt går det inte att bortse ifrån att artikelförfattarnas förförståelse och artiklarnas kvalitet påverkar pålitligheten i resultatet (Henricson, 2012). Under arbetet med litteraturöversikten förekom handledning regelbundet samt respons från kurskamrater, vilket ökar kvalitetssäkringen och bekräftelsebarheten (Henricson, 2012; Wallengren & Henricson, 2012).

Vid arbetsgångens början fanns kunskap och tankar kring DMT2, främst biomedicinskt som symptom och behandling. Begränsad kunskap fanns om upplevelser hos personer med DMT2. Det är viktigt att ta hänsyn till förförståelsen hos forskaren vid tolkning av resultat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Därför diskuterades och lästes artiklarna upprepade gånger och

resultatet bearbetades återkommande. Förutsättningar ges för läsaren att få tillgång till resultatets artiklar via bilaga 3, vilket skapar trovärdighet. En medvetenhet om förförståelse stärker pålitligheten i litteraturöversikten (Wallengren & Henricson, 2012).

Artiklarna hade sitt ursprung i flera olika länder, Australien, Nya Zeeland, Sverige, Singapore, Indien, USA, Iran och Sydkorea. Inga tydliga skillnader gällande upplevelserna av DMT2 kunde urskiljas mellan de olika länderna. I en av de svenska artiklarna förekommer religiösa aspekter vilket inte omnämns i någon större utsträckning i övriga artiklar. Resultatet kan överföras till olika världsdelar om hänsyn tas till olika religioner och kulturer i världen. Genom att trovärdighet, pålitlighet och bekräftelsebarhet är fastställda och diskuteras fås en säkrare bedömning av resultatets överförbarhet (Wallengren & Henricson, 2012).

Ingen större erfarenhet av att genomföra en litteraturöversikt fanns. Delar av metoden och arbetet med att komma fram till resultatet kan påverkas av oerfarenhet och ovana, vilket bidrar till minskad trovärdighet (Henricson, 2012; Wallengren & Henricson, 2012). Visst dubbelarbete förekom för att kompensera oerfarenheten av att strukturera en vetenskaplig rapport.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att personerna känner oro och ångest över sjukdomssituationen och hur framtiden ska bli. De känner krav på livsstilsförändring gällande kost och motion samt förlust av kontroll kopplat till begränsningar i livet och oförmåga att påverka situationen. Dessutom upplevdes identitetspåverkan gentemot familj och omgivning.

### **Att känna oro och ångest**

Personerna upplevde oro och ångest över behandlingen och utvecklingen av DMT2. En upplevelse av oro över komplikationer vid DMT2 styrks av Banck-Petersen et al. (2007). Känslor som oro och ångest är vanligt förekommande i alla former av transitionsprocesser och kan kopplas samman med ovisshet över situationen (Schumacher & Meleis, 1994).

Personerna kände sig uttittade av andra och omgivningen uppfattades dömande och en känsla av att DMT2 var självorsakad förekom. Detta stämmer väl överens med en studie där bristande kontroll anses vara sammankopplad med sjukdomsförloppet och det förekommer att andra dömer personerna för att vara svaga då de inte anses vara återhållsamma (Pistulka, Winch, Park, Han & Kim, 2012). Detta stärker litteraturöversiktens resultat.

Personerna upplevde även en känsla av hjälplöshet över att inte kunna göra något åt situationen. Enligt Slater (2006) är förmedlad kunskap från hälso- och sjukvårdspersonal en förutsättning för personens förmåga att fatta egna beslut. Övergången från att vara frisk till att bli kroniskt sjuk är en typ av transition och involverar att bli sjuk, att få en diagnos och anpassa sig till den samt att ta till sig Hälso- och sjukvårdens råd och stöd (McEwen et al., 2007). Denna typ av transition sågs i litteraturöversiktens resultat där tvivel fanns över diagnosens realitet. Likaså förekom svårigheter med att anpassa sig till sjukdomen i form av ångest över att sköta behandlingen praktiskt inför andra. Detta styrks av en studie där personer upplever att osäkerhet kring egenvården beror på bristande kunskap och information. Personerna tycker att korrekt information kan hjälpa dem att lösa problem och stärka förmågan att hantera sjukdomen (Rygg, By Rise, Lomundal, Ström Solberg & Steinsbakk, 2010). Ett personcentrerat förhållningssätt från vårdpersonal med personen i centrum skapar respekt och stöd samt är en förutsättning för att bemästra situationen (Slater, 2006).

## **Att känna krav på livsstilsförändringar**

Det fanns en förståelse för att förändringar i livsstilen måste göras för att undvika framtida men och att det upplevdes vara en nödvändig åtgärd. Enligt Rautio et al. (2015) kan en minskad risk för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom ses vid livsstilsförändringar såsom ökad fysisk aktivitet och förändrad diet hos personer med DMT2. Resultatet styrks även av Walker et al. (2008) som skriver att en radikalt minskad risk för att insjukna i DMT2 ses bland personer med glukosintolerans som under tre års tid anpassar kosten med mindre fett och mer fibrer samt dagligen utför minst trettio minuters fysisk aktivitet. Det upplevdes positivt och enkelt att öka motionen och ett behov av att engagera familj och vänner i aktiviteter fanns. Begränsningar till att utföra fysiska aktiviteter förekom och det upplevdes finnas svårigheter kring träning och vikt. Detta stämmer även överens med en studie där det framkommer att personer nydiagnostiserade med DMT2 sällan eller inte alls utför fysisk aktivitet. Majoriteten av de nydiagnostiserade personerna följer däremot en diet (Hughes, Keith, Byars & Wiginton, 2012).

Personerna såg en bra diet som något positivt som också var enklare att följa om familjen stöttade. Det upplevdes frestande att äta icke diabetesanpassad kost. Tvivel förekom över kostens inverkan på sjukdomen, vilket återspeglas i Walker et al. (2008) som skriver att attityder och uppföranden kring kost formas av familjemedlemmar. Enligt Rygg et al. (2010) förekommer osäkerhet över den diet personerna äter och de tror att mer och bättre information skulle öka deras trygghet och säkerhet i samband med kost samt hjälpa dem att vidta förändringar som hela familjen kan acceptera. Detta ses i resultatet där personer beskriver att god kunskap om kostens betydelse vid behandlingen av DMT2 stärker motivationen att genomföra nödvändiga förändringar. I Wilkinson et al. (2014) beskrivs att behovet av utbildning i egenvård rörande diet både för den diabetessjuka och dess anhöriga ses som viktigt. De upplever också kontinuerligt stöd från välkänd vårdpersonal som en trygghet. Samtidigt uppskattar de vårdpersonal som ser på dem som individer och som arbetar med och stöttar dem till att fatta egna beslut (Wilkinson et al., 2014). Detta återspeglas även i det personcentrerade förhållningssätt som Slater (2006) beskriver, där en viktig del är att uppmärksamma personens behov i planeringen av vården. Då det ibland kan vara svårt finns möjligheten att ta del av anhörigas kunskap kring personen för att få en bättre bild av situationen. Det är viktigt att som vårdpersonal ta hänsyn till personens autonomi och kulturella behov och att vara medveten om att tidigare upplevelser i livet kan påverka situationen (Slater, 2006). En studie visar att genom att erbjuda intervention i form av utbildning ökar kunskapen om diabetes hos personerna samtidigt som en minskning ses i behandlingsrelaterade problem som t.ex. felaktig kost. Detta beskrivs påverka anpassningen till DMT2. (McEwen et al., 2007). En annan studie beskriver att det kan vara svårt att äta tillsammans med andra då kosten inte är diabetesanpassad (Ahlin & Billhult, 2012). Tid är en viktig faktor när det gäller transition då förändring sker över tid det är individuellt hur lång tid som behövs (Kralik et al., 2006).

## **Att känna förlust av kontroll**

Personerna med DMT2 uttryckte att sjukdomen ger upphov till chock, rädsla, förnekande, en känsla av diskriminering och begränsning samt att inte ha kontroll över situationen. Det upplevs att vänner som inte är stödjande försvinner och att omgivningen är negativt dömande. Johansson et al. (2009) styrker resultatet och skriver att personer precis efter insjuknandet i diabetes beskriver en obalans och att obalansen leder till att personerna får uppmärksamhet av andra och av sjukvården. De upplever förnekande gentemot DMT2 och söker naturliga förklaringar och de känner sig begränsade av sjukdomen (Johansson et al., 2009). Transition som begrepp i vården fokuserar på personen och dess upplevelser och rör t.ex. förändringen från att vara frisk till att bli sjuk (Olsson & Ek, 2002).



Att återfå kontroll beskrivs i resultatet vara tidskrävande och barriärer kan resultera i begränsade framsteg. Personerna upplever ett egenansvar gällande förändringar som behöver göras. Detta stämmer väl överens med Oftedal, Karlsen och Bru (2009) som skriver att vårdpersonal används som bollplank för att diskutera behandling och att beslut i behandlingen ses som ett självständigt val av personen. Personerna vill känna självtillit för att kunna fatta rätt beslut. Det upplevs finnas ett egenansvar för att få kvalitet i den egna framtiden (Oftedal et al., 2009). Detta stärker resultatet. Att stärka en persons autonomi beskrivs av vårdpersonal som svårt och att det är lätt att bli kontrollerande, särskilt vid behandling med insulin. Att vårdpersonal lätt tar över ansvaret för kost och behandling beskrivs som vanligt när personen med diabetes upplevs behöva hjälp i tillvaron (Cardol et al., 2012).

Att uppleva kontroll beskrivs i resultatet som att ha accepterat diagnosen. Personerna upplever att sjukdomen är välkänd och att läkemedel gör att det finns möjlighet till att leva ett relativt bra liv. Det beskrivs också vara viktigt att hitta balans mellan livet och hanterandet av sjukdomen. Enligt Johansson et al. (2009) upplevs det vara en kamp att inte bli styrd av sjukdomen och av de krav den ställer. Att också acceptera att livet inte kommer att bli som det var tidigare men att det nya livet med tiden kommer att bli helt naturligt omtalas. Personerna inser att andra har det värre och att det hjälper dem att acceptera sjukdomen (Johansson et al., 2009). Detta ses i resultatet där personer beskriver att de genom jämförelse med andra och andras sjukdomar kan se positivt på framtiden. Personerna upplever också stöd ifrån sjukvården som viktigt i anpassningen. Enligt Kralik et al. (2006) beskrivs att sjuksköterskans roll i en transitionsprocess är att hjälpa en person att ta sig igenom förändringar och uppleva hälsa och välmående.

### **Att känna identitetspåverkan**

Personerna beskriver en rollförändring efter att ha fått DMT2. De ser på sig själva på ett anorlunda sätt och upplever det svårt att identifiera sig med sin DMT2. Det upplevs finnas åsikter från omgivningen om sjukdomen. De upplever att de är tvungna att göra anpassningar i livet kopplade till sjukdomen. Detta stämmer väl överens med en studie där att vara fri och kunna hantera sin diabetes beskrivs vara en förutsättning för att inte bli kontrollerad utan kunna leva ganska normalt. Personerna vill också tona ner uppmärksamheten som andra riktar på dem och leva som tidigare (Johansson et al., 2009). Enligt Wilkinson et al. (2014) förekommer kluvenhet mellan att själv vilja bestämma över sin behandling kontra att vara bekväm och låta vårdpersonal ta beslut. I en annan studie förekommer två huvudorsaker till att personer inte sköter behandlingen av DMT2 och de är att DMT2 inte prioriteras först i livet eller att de vet vad som ska göras men inte gör det p.g.a. andra krav. Det är ständigt en kamp mellan vad som bör göras kopplat till DMT2 och andra krav som finns i livet (Greenfield, Gilles, Porter, Shaw & Willis, 2011). Detta styrker resultatet. I en annan studie framkommer svårigheter gällande anpassning till sociala grupper (Oftedal et al., 2009). I resultatet framkommer att personer upplever svårigheter med att kombinera behandlingen av sjukdomen och familjen. Detta återfinns även i Ahlin och Billhult (2012) där det upplevs att andra involverar sig i sjukdomen och att personerna blir offer för andras krav samt att de väljer att sätta familj och barn före sin egen hälsa.

Negativa stereotyper kopplade till DMT2 såsom t.ex. övervikt och lathet framkommer, vilket upplevs frustrerande. Källor till skapandet av negativa stereotyper anses vara media, vårdgivare, familj och vänner. Dessa negativa stereotyper bidrar till tankar om att sjukdomen är självförvållad. En transitionsprocess kan ge upphov till förändringar för personen och det är viktigt att vårdpersonal arbetar för att stärka personen i processen så att välbefinnande kan

uppnås trots en svår situation (Olsson & Ek, 2002). I en studie motiverar personer sin egenvård med att de vill vara oberoende av andra och kunna leva som de tidigare gjort (Gorawara-Bhat, Huang & Chin, 2008).

En gudstro kan göra att sjukdomen accepteras medan andra ser sjukdomen som en bestraffning av Gud till följd av brist på tro. Acceptans är en viktig del i transitionsprocessen enligt Johansson et al. (2009). Vidare ses i resultatet också tankar om att DMT2 inte kommer från Gud utan är självförvållad. I en studie anses mentala och emotionella faktorer kunna påverka t.ex. acceptans, förnekande och frustration över att inte uppnå sina egna behandlingsideal (Wilkinson et al., 2014). Detta stämmer väl överens med resultatet.

## **Slutsatser**

Den som har blivit diagnostiserad med DMT2 upplever en psykosocial påverkan. Att behöva anpassa kost och motion påverkar personens relationer samt den egna identiteten. Att drabbas av DMT2 beskrivs vara omvälvande och ger upphov till oro och ångest över framtiden. Sjuksköterskan spelar en viktig roll i den transition som uppstår efter att DMT2 diagnostiserats och kontrollförlust upplevs. Likaså påverkar familj och vänner samt religion förutsättningarna för acceptans av sjukdomen. Ett personcentrerat förhållningssätt från sjuksköterskan ger förutsättningar för personen att med hjälp av autonomi bemästra sin egenvård och därmed stärka livskvaliteten och känslan av att vara oberoende.

## **Kliniska implikationer**

I sjuksköterskans möte med personen som lever med DMT2 är det viktigt med en förståelse för dennes upplevelser kring sjukdomen. Då dessa upplevelser är subjektiva måste en förståelse för variation finnas. Då egenvården har betydelse för sjukdomens utveckling måste sjuksköterskan i sitt personcentrerade förhållningssätt ge förutsättningar för en god kunskapsutveckling hos personen. Detta genom att erbjuda en anpassad utbildning. Sjuksköterskans sätt att kommunicera blir då viktigt. I verksamheten behövs en förståelse för den transition det innebär för personen och dess omgivning att drabbas av och så småningom acceptera DMT2. Av sjuksköterskan krävs en medvetenhet om att behoven är subjektiva och att olika personer har kommit olika långt i transitionsprocessen.

Personerna som är inkluderade i detta arbete beskriver att relationer till vänner och omgivning utanför den närmsta familjen påverkas och att det finns en oro över deras reaktioner. Därför rekommenderas vidare forskning kring hur sociala relationer utanför familjen påverkas av att personen diagnostiserats med DMT2.

## Referenser

- Ahlin, K., & Billhult, A. (2012). Lifestyle changes – A continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 41-47
- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.173-188). Lund: Studentlitteratur
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser* (andra upplagan). Lund: Studentlitteratur
- Banck-Petersen, P., Larsen, T., Pedersen-Bjergaard, U., Bie-Olsen, L., Hoi-Hansen, T., & Thorsteinsson, B. (2007). Concerns about hypoglycaemia and late complications in patients with insulin-treated diabetes. *European Diabetes Nursing*, 4(3), 113-118
- Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s.115-126). Lund: Studentlitteratur
- Browne, J., Ventura, A., Mosley, K., & Speight, J. (2013). I call it the blame and shame disease: A qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes. *BMJ Open*, 3, 1-10
- Cardol, M., Rijken, M., & van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. (2012). Attitudes and dilemmas of caregivers supporting people with intellectual disabilities who have diabetes. *Patient Education and Counselling*, 87(3), 383-388
- Dudas, K., Olsson, L-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., Ekman, I. Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centered care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 521-528
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248-251
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar* (fjärde upplagan). Lund: Studentlitteratur
- Eun-Ok, I. (2011). Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing. *Nursing Outlook*, 59, 278-285
- Forsberg, C., & Wengström Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (andra upplagan). Stockholm: Natur och Kultur
- Friberg, F. (2006a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.115-124). Lund: Studentlitteratur
- Friberg, F. (2006b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.105-114). Lund: Studentlitteratur
- Gorawara-Bhat, R., Huang, ES., & Chin, MH. (2008). Communicating with older diabetes patients: Self-management and social comparison. *Patient Education and Counseling*, 72, 411-417
- Greenfield, C., Gilles, M., Porter, C., Shaw, P., & Willis, K. (2011). It's not just about the HbA1c, Doc! Understanding the psychosocial is also important in managing diabetes? *The Australian Journal of Rural Health*, 19, 15-19
- 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

- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.471-479). Lund: Studentlitteratur
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-137). Lund: Studentlitteratur
- Huang, ES., Gorawara-Bhat, R., & Chin, MH. (2005). Self-reported goals of older patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 306-311
- Hughes, LC., Keith, SE., Byars, A., & Wiginton, KL. (2012). Cognitive mapping in persons newly diagnosed with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(6), 845-854
- Hunt, LM., Arar, NH., & Larme, AC. (1998). Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 diabetes management. *Western Journal of Nursing Research*, 20(6), 656-682
- Hörnsten, Å., Lundman, B., Selstam KE., & Sandström, H. (2005). *Patient satisfaction with diabetes care*. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 609-617
- International Diabetes Federation [IDF]. (2014). *IDF diabetes atlas* (sjätte upplagan). Hämtad 24 februari, 2015, från [http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014\\_EN.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf)
- Johansson, K., Ekebergh, M., & Dahlberg, K. (2009). A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 197-203
- 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
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – Analys och utvärdering* (andra upplagan). Lund: Studentlitteratur
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.69-92). Lund: Studentlitteratur
- Kralik, D., Visentin, K., & van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of advanced nursing*, 55(3), 320-329
- Li, J., Drury, V., & Taylor, B. (2013). Diabetes is nothing: The experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes. *Contemporary Nurse*, 45(2), 188-196
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.159-172). Lund: Studentlitteratur
- McEwen, MM., Baird, M., Pasvogel, A., & Gallegos, G. (2007). Health-Illness transition experiences among Mexican immigrant women with diabetes. *Family and Community Health*, 30(3), 201-212
- Mendenhall, E., Shivashankar, R., Tandon, N., Ali, MK., Narayan, KM V., & Prabhakaran, D. (2012). Stress and diabetes in socioeconomic context: A qualitative study of urban Indians. *Social Science & Medicine*, 75, 2522-2529
- Middleton, AV., LaVoie, NR., & Brown, LE. (2012). Sources of uncertainty in type 2 diabetes: Explication and implications for health communication theory and clinical practice. *Health Communication*, 27, 591-601
- Moonaghi, HK., Areshtanab, HN., Jouybari, L., Bostanabad, MA., & McDonald, H. (2014). Facilitators and barriers of adaptation to diabetes: Experiences of Iranian patients. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13(17), 1-7
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2012). *Preventing type 2 diabetes: Risk identification and interventions for individuals at high risk*. Hämtad 24 februari, 2015, från <https://www.nice.org.uk/guidance/ph38/chapter/1->

[recommendations#recommendation-17-intensive-lifestyle-change-programmes-quality-assurance](#)

- Nationella diabetesregistret [NDR]. (2013). *Årsrapport*. Hämtad 6 februari, 2015, från [https://www.ndr.nu/pdf/Arsrapport\\_NDR\\_2013.pdf](https://www.ndr.nu/pdf/Arsrapport_NDR_2013.pdf)
- Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2009). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2548-2556
- Olsson, K., & Ek, A-C. (2002). Transition: How a concept has been used in nursing science. *Journal of nursing theory*. 11(4), 4-12
- Orem, DE. (2001). *Nursing – Concepts of practice* (6<sup>th</sup> edition). St. Louis: Mosby
- Park, H. & Wenzel, JA. (2012). Experience of social role strain in Korean women with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1400-1409
- Pistulka, GM., Winch, PJ., Park, H., Han, H-R., & Kim, MT. (2012). Maintaining an outward image: A korean immigrant's life with type 2 diabetes mellitus and hypertension. *Qualitative Health Research*, 22(6), 825-834
- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – Grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s.31-50). Lund: Studentlitteratur
- Rautio, N., Jokelainen, J., Pölonen, A., Oksahpeltonen, M., Vanhala, M., Puolijoki, H., ... Saaristo, T. (2015). Changes in lifestyle modestly reduce the estimated cardiovascular disease risk in one-year follow-up of the Finnish diabetes prevention program (FIN-D2D). *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 145-152
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s.429-444). Lund: Studentlitteratur
- Rygg, LÖ., By Rise, M., Lomundal, B., Ström Solberg, H., & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 788-793
- Salamon, KS., Brouwer, AM., Fox, MM., Olson, KA., Yelich-Koth, SL., Fleischman, KM., ... Kichler, JC. (2012). Experiencing Type 2 Diabetes Mellitus. *The Diabetes Educator*, 38(4), 543-551
- Schumacher, KL., & Meleis, AI. (1994). Transition: A central concept in nursing. *Journal of nursing scholarship*, 26(2), 119-127
- Slater, L. (2006). Person-centredness: A concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23, 135-144
- Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes*. Hämtad 7 april, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18471/2011-11-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för diabetesvård: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 6 februari, 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19470/2014-6-19.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2010). *Mat vid diabetes*. Hämtad 7 april, 2015, från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Mat%20vid%20diabetes/Smf\\_m\\_at\\_vid\\_diabetes.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Mat%20vid%20diabetes/Smf_m_at_vid_diabetes.pdf)
- Walker, M., Walker, L., & Jayapaul, MK. (2008). Type 2 diabetes in families and diabetes prevention. *European Diabetes Nursing*, 5(2), 52-56
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s.481-496). Lund: Studentlitteratur

- Wallin, AM., & Ahlström, G. (2010). From diagnosis to health: A cross-cultural interview study with immigrants from Somalia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 357-365
- Vetenskapsrådet [VR]. (2011). *God forskningssed*. Hämtad 7 april, 2015, från [file:///C:/Users/masse\\_000/Downloads/2011\\_01.pdf](file:///C:/Users/masse_000/Downloads/2011_01.pdf)
- Wilkinson, A., Whitehead, L., & Richie, L. (2013). Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 111-122
- Wilmot, E., & Idris, I. (2014). Early onset type 2 diabetes: risk factors, clinical impact and management. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 5(6), 234-244
- Östlund, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (Red). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.45-70). Lund: Studentlitteratur

## Artikelsökning

Data-bas	Sökords-kombination	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Kvalitets-granskade	Till litteratur-översikten
Cinahl 2015-02-23	Diabetes mellitus type 2	9 809				
Cinahl 2015-02-23	Diabetes mellitus type 2 AND quali- tative OR inter- view* OR narrat* OR focus group* OR observation*	821				
Cinahl 2015-02-23	Diabetes mellitus type 2 AND quali- tative OR inter- view* OR narrat* OR focus group* OR observation* AND life OR living	206	206	34	12	7
Pub- Med 2015-02-23	Diabetes mellitus type 2	31 758				
Pub- Med 2015-02-23	Diabetes mellitus type 2 AND quali- tative OR inter- view* OR narrat* OR focus group* OR observation*	2 605				
Pub- Med 2015-02-23	Diabetes mellitus type 2 AND quali- tative OR inter- view* OR narrat* OR focus group* OR observation* AND life OR living	512				
Pub- Med 2015-02-23	Diabetes mellitus type 2 AND quali- tative OR inter- view* OR narrat* OR focus group* OR observation* AND life OR living AND experience	61	61	7	3	3

# Kvalitetsgranskningsprotokoll

## Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel: \_\_\_\_\_  
 Författare: \_\_\_\_\_  
 Årtal: \_\_\_\_\_  
 Tidskrift: \_\_\_\_\_

### Del I.

#### Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är syftet relevant till ert examensarbete?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är urvalet beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

---

### Del II

#### Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Hänger metod och syfte ihop? (Kvalitativt syfte – kvalitativt metod)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs dataanalysen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ ställningstagande?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Skär återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej



Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....  
.....  
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....  
.....  
.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....  
.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign: .....

**Framtaget vid Avdelningen för omvårdnad, Hälsohögskolan i Jönköping**

## Artikelmatris

Författare, år, tidskrift, land	Titel	Syfte	Deltagare	Design	Resultat	Kvalitetsgranskning
Browne, J., Ventura, A., Mosley, K. & Speight, J. (2013). BMJ Open. Australien.	I call it the blame and shame disease: A qualitative study about perceptions of social stigma surrounding type 2 diabetes.	Att utforska de sociala upplevelsorna hos australiensiska vuxna med typ 2 diabetes, med särskilt fokus på tankar och upplevelser av diabetesrelaterat stigma.	Antal: 25 Män: 13 Kvinnor: 12 Ålder: Över 18 år	Kvalitativ metod	Personerna upplevde skuld och skam då de kände sig dömda av andra och upplevde fördomar om att sjukdomen var självförvållad. Det upplevdes förekomma negativa stereotyper kring sjukdomen. Upplevelser av begränsningar i livet förekom och det förekom hopplöshet och låg självkänsla. De upplevde att media beskrev DMT2 som en livsstilssjukdom och därför hade de sig själva att skylla. De hade både positiva och negativa kontakter med hälso- och sjukvården. De upplevde stöd ifrån familjen.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8
Handley, J., Pullon, S. & Gifford, H. (2010). Australian Journal of Advanced Nursing. Nya Zeeland.	Living with type 2 diabetes: Putting the person in the pilots' seat.	Att bättre förstå de dagliga upplevelsorna hos vuxna med typ 2 diabetes, särskilt deras förmåga att ta hand om sin sjukdom.	Antal: 9 Män: 4 Kvinnor: 5 Ålder: 43-69 år	Kvalitativ metod	Personerna upplevde kontrollförlust och i samband med det emotionell påverkan i form av rädsla, chock och aggressivitet. De hade låg motivation till förändringar. De som upplevde kontroll utvecklade en känsla av empowerment och acceptans av sjukdomen. Personerna kunde i sjukdomsutvecklingen återupprätta en balans i livet med hjälp av tidigare erfarenheter, självförtroende och kunskap.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8

Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H. & Hörnsten, Å. (2012). European Diabetes Nursing. Sverige.	Turning points in self-management of type 2 diabetes.	Att belysa hur vändpunkter i egenvård upplevs av personer med typ 2 diabetes.	Antal: 18 Män: 10 Kvinnor: 8 Ålder: 40-80 år	Kvalitativ metod	Personerna upplevde att de hamnat i en kamp mellan liv och död där döden upplevdes ha kommit närmre p.g.a. sjukdomen. De upplevde sig ha hamnat vid ett vägsکیل utan att kunna vända tillbaka. De kände att de var tvungna att motivera sig själva till förändring och att det bara var de själva som kunde förändra utgången av sjukdomsförloppet.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Li, J., Drury, V. & Taylor, B. (2013). Contemporary Nurse. Singapore.	Diabetes is nothing: The experience of older Singaporean women living and coping with type 2 diabetes.	Att förstå upplevelser och copingssätt som äldre Singaporean-kinesiska kvinnor med DMT2 har anammat.	Antal: 10 Män: 0 Kvinnor: 10 Ålder: 60-69 år	Kvalitativ metod	Kvinnorna berättade om den fysiska och psykiska påverkan sjukdomen hade med symtom och brist på motivation och hopp. De upplevde svårigheter med att klara av sin behandling och kände bristande empati från vården. De upplevde stöd från familj och vänner. De kände ett behov av att justera sin kost och söka information för att kunna hantera sjukdomen. De upplevde att bön och tro var viktigt i sjukdomsprocessen.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8
Mendenhall, E., Shivashankar, R., Tandon, N., Ali, MK., Narayan, KM V. & Prabhakaran, D. (2012). Social Science & Medicine. Indien.	Stress and diabetes in socioeconomic context: A qualitative study of urban Indians.	Att förstå hur människor upplever och förstår diabetes över olika inkomstgrupper i Delhi, Indien.	Antal: 59 Män: 30 Kvinnor: 29 Ålder: Över 40 år	Kvalitativ metod	Resultatet beskrev personernas tro och tankar om vad som orsakat deras DMT2. Orsaker som stress, kost och ärftlighet upplevdes av en del vara anledningen till sjukdomens uppkomst. Andra hade ingen förklaring till varför de drabbats. De upplevde inget behov av kontakt med vården så länge det inte fanns några problem.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8

Middleton, AV., LaVoie, NR. & Brown, LE. (2012). Health Communication. USA.	Sources of uncertainty in type 2 diabetes: Explication and implications for health communication theory and clinical practice.	Att utforska de upplevda källorna till osäkerhet bland personer med DMT2.	Antal: 49 Män: 21 Kvinnor: 28 Ålder: Över 18 år	Kvalitativ metod	Tre källor beskrevs vara kopplat till osäkerhet hos personer med DMT2; medicinskt, socialt och personligt. Personerna upplevde oro över diagnosen och prognosen. De upplevde att det fanns ett tabu över sjukdomen och att andra tyckte att den var självförvållad. Det fanns även en känsla av att behöva hitta sin identitet i sjukdomen.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Moonaghi, HK., Aresh-tanab, HN., Jouybari, L., Bostanabad, MA. & McDonald, H. (2014). Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. Iran.	Facilitators and barriers of adaption to diabetes: Experiences of Iranian patients.	Att utforska upplevelserna av resurser och barriärer i anpassningen till DMT2 hos iranska patienter.	Antal: 15 Män: 5 Kvinnor: 10 Ålder: Vuxna	Kvalitativ metod	Tre teman framkom; individuellt sammanhang, stödjande sammanhang och självjämförelse med andra kroniskt sjuka personer. Det förekom både positiva och negativa upplevelser kring individen och sjukdomen. Familjen upplevdes vara en hjälp och motivation i sjukdomsprocessen. Självjämförelse innefattade att personerna tänkte sig att situationen kunde varit värre då de jämförde med andra sjukdomar.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8
Park, H. & Wenzel, JA. (2012). Journal of Advanced Nursing. Sydkorea.	Experience of social role strain in Korean women with type 2 diabetes.	Att utöka vår förståelse för upplevelser av det sociala livet i ett diabetessammanhang bland medelålders gifta koreanska kvinnor med DMT2.	Antal: 10 Män: 0 Kvinnor: 10 Ålder: Vuxna	Kvalitativ metod	I början av sjukdomen upplevdes förståelse från familj och anhöriga. Med tiden upplevde kvinnorna att omtanken planade ut och att familjen egentligen hade svårt att förstå deras situation och att de ibland kände sig som en börda för andra. De upplevde en skam över sjukdomen och svårigheter med att veta hur de skulle hantera de problem som uppstod.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8

Salamon, KS., Brouwer, AM., Fox, MM., Olson, KA., Yelich-Koth, SL., Fleischman, KM., ... Kichler, JC. (2012). The Diabetes Educator. USA.	Experiencing Type 2 Diabetes Mellitus.	Att utforska upplevelser och perspektiv hos ungdomar diagnostiserade med typ 2 diabetes i termer av påverkan på dagligt liv, anpassning till sjukdom och motivation gällande egenvård.	Antal: 8 Män: 2 Kvinnor: 6 Ålder: 11-16 år	Kvalitativ metod	De upplevde behov av att anpassa sig till sjukdomen i form av egenvård och livsstilsförändringar. Det förekom en rädsla inför att sköta sin behandling framför andra. De hade olika uppfattningar om vad som orsakade sjukdomen, t.ex. ärflighet, bristande aktivitet och kost. Det upplevdes förekomma åsikter från släkt och vänner om hur ungdomarna skulle sköta sin behandling och hur de skulle kunna förbättra sin hälsa.	Del 1: 4/4 Del 2: 7/8
Wallin, AM. & Ahlström, G. (2010). Scandinavian Journal of Caring Sciences. Sverige.	From diagnosis to health: A cross-cultural interview study with immigrants from Somalia.	Att undersöka hur somaliska immigranter som bor i Sverige upplevde diagnosen och beskrev sina tankar om hälsa.	Antal: 19 Män: 8 Kvinnor: 11 Ålder: 30-83 år	Kvalitativ metod	Personerna upplevde efter sin diagnos existentiella tankar och de kände rädsla och oro över framtiden. De tvivlade på diagnosen och försökte förtränga den till en början. Upplevelse av acceptans av sjukdomen, tacksamhet till Gud och att hitta fördelar och positiva jämförelser var vanligt.	Del 1: 4/4 Del 2: 8/8