



Vad det är som skiljer hos vuxna med diabetes, i att bemästra sin sjukdom

Kristina Ragnestål Ulrica Rahm Andersson

Handledare: Kerstin Svanteson

Enskilt arbete i omvårdnad, 10 p.
Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska 50 p
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur/Högskolan Väst

Vårterminen 2007



Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tfn 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se

Arbetets titel: Vad det är som skiljer hos vuxna med diabetes, i att bemästra sin sjukdom.
What the difference is in handling the disease, among adults with diabetes

Författare: Kristina Ragnestål
Ulrica Rahm Andersson

Handledare: Kerstin Svanteson

Institution: Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I

Antal sidor: 32

Kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning
distriktssköterska, 50 p

Datum: Juni 2007

ABSTRACT

Background: Diabetes is a common disease where the degree of self-management is of paramount importance. Individual factors influences both coping and general wellbeing among diabetic patients. Glycemic control is known to be important but other factors ought to be considered.

Aim: The aim of this study was to describe how individual self-management influences the general wellbeing among adult diabetic patients.

Method: This literature study is based on scientific articles.

Results: Our findings indicate that the degree of individual self-management has a major impact on both daily and future wellbeing. The degree of individual self-management, above all, affects glycemic control and hence the risk of future complications. Factors influencing the degree of individual self-management were coping strategies, education, control, goals, faith in the future, depression healthcare support and social support. All these factors pose obstacles and possibilities for the individual patient.

Keywords: Coping, KASAM, self-care, self-management, well-being.

Nyckelord: Coping, egenförmåga, egenvård, KASAM, välbefinnande.

INNEHÅLL	
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sjukdomen diabetes	1
Hälsa	2
Vårdgivarens roll	3
Egenvård och egenförmåga	4
Coping	6
Hälsomodell	7
Kasam	8
SYFTE	8
Frågeställningar	8
METOD	9
Litteratursökning	9
Urval	9
Tabell 1: Systematisk sökning i databasen Cinahl	9
Analys	11
Tabell 2: De artiklar som ligger till grund för arbetet	11
Validitet och reliabilitet	13
RESULTAT	14
Möjligheter i egenförmågan	14
Coping	14
Kunskap	15

Mål	16
Depression	17
Kontroll	17
Socialt stöd	18
Vården	18
Hinder i egenförmågan	18
Coping	19
Kunskap	20
Mål	20
Depression	21
Kontroll	21
Vården	22
DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	23
KONKLUSION	27
REFERENSER	29

INLEDNING

Diabetes är en av de vanligast förekommande folksjukdomarna. Idag har mellan tre och fyra procent av Sveriges befolkning diabetes och andelen diabetiker ökar stadigt (Ruderfelt & Axelsson, 2004).

Att drabbas av diabetes, är att ofrivilligt alla dagar resten av livet behöva bemästra ett sjukdomstillstånd för att ha ett gott välbefinnande. Är egenvård av avgörande betydelse för att må bra i sin sjukdom? Personer med diabetes hanterar sin sjukdom på olika sätt, och får därmed också varierande välbefinnande. Vi skulle utifrån detta vilja ta reda på hur egenförmågan påverkar upplevelsen av välbefinnandet. Vilka faktorer hos individen underlättar respektive försvårar möjligheterna till ett gott välbefinnande och vilken roll omvärlden spelar i sammanhanget.

BAKGRUND

Diabetes är en sjukdom som delvis är ärftlig, men som både kan lindras och i många fall förebyggas genom egenvård (Ruderfelt & Axelsson, 2004). Det är en livslång utmaning som många gånger kräver förändringar i beteendet. Oftast ges kunskap och stöd av sjukvården för att personen skall kunna lära sig att hantera sin egenvård i det dagliga livet (Sigurardóttir, 2005).

Enligt SOSFS 1993:17 är syftet med omvårdnad att stärka hälsa och förebygga sjukdom och ohälsa. Det är viktigt att identifiera riskfaktorer för att kunna förhindra ohälsa. Genom information och rådgivning kan åtgärder vidtagas för att befrämja hälsa eller förhindra ohälsa. Det är sjuksköterskan, genom sin utbildning i specifik omvårdnad, som ansvarar för omvårdnadsarbetet (Raadu, 2006).

I den svenska hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) poängteras att den vårdsökande skall ges upplysningar om sitt tillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds, dessutom skall vård och behandling så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med den som har sjukdomen diabetes (Raadu, 2006). Patientundervisning är ett sätt att möjliggöra denna medverkan (Klang Söderqvist, 2001).

Sjukdomen diabetes

Diabetes utgör olika tillstånd, där två former dominerar; typ 1-diabetes (ungdomsdiabetes, IDDM, insulin dependent diabetes mellitus) och typ 2-diabetes (åldersdiabetes, NIDDM, non

insulin dependent diabetes mellitus) . Det viktigaste gemensamma symtomet för all diabetes är ”högt blodsocker”, som obehandlat leder till ämnesomsättningsrubbing och medvetlöshet. Törst och stora urinmängder är de mest typiska symtomen för diabetes. Insjuknandet hos barn i typ 1 diabetes är cirka 10 procent och sker ofta snabbt. I den yngre medelåldern och hos äldre är symtomen oftast långsamt uppträdande och i dessa åldersgrupper upptäcks ofta diabetes typ 2 i samband med hälsokontroller. Cirka 90 procent av dem som får diabetes får diabetes typ 2 (Agardh, Berne & Östman, 2002). Enligt Hellerström, Kaj, Dock, Cederqvist och Wallberg-Henriksson (2002) kan diabetes inte botas, men möjligheterna att behandla eller förebygga sjukdomen har avsevärt förbättrats genom intensiv forskning. Det kroniska förloppet och uppkomsten av svåra följsjukdomar försvårar och skapar stora problem och sämre livskvalitet. Båda typerna av diabetes kräver livslång behandling för att man ska kunna förebygga eller lindra de svåra följsjukdomarna som kan uppkomma.

I socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes, poängteras betydelsen av delaktighet i den egna vården. Dagmaröverenskommelserna (1996-1999) påtalar behovet av patientens ställning i hälso- och sjukvården och att möjligheterna till information stärks. Det kan underlätta för personer med diabetes att känna till både vad vården kan göra och vad de själva kan bidra med, nationella riktlinjer, lokala vårdprogram och individuella överenskommelser kan ge den informationen (Socialstyrelsen, nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus-version för beslutsfattare, 2005).

Hälsa

Världshälsoorganisationen antog år 1948 en definition på hälsa som löd: ”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte bara frånvaro av sjukdom eller svaghet”. Hälsa beskrivs som en subjektiv upplevelse och innefattar den sociala aspekten då människan inte kan ses isolerad från den miljö hon lever i (Dulong & Poulsen, 1993). Kärnan i definitionen av hälsa beskriver tanken att det finns en inneboende relation mellan kroppens välmående och människans upplevelse av sig själva som nöjda. WHO har lyckats knyta hälsa till välbefinnande och lycka genom sin definition av hälsa. Sjukdom utesluter inte lycka och garanterar heller inte misär eller lidande (Sachs, 1992). Den nya hälso- och sjukvårdslagen betonar att en person som är sjuk skall ses som en autonom, självständig individ, med eget ansvar för sin situation (Rydén & Stenström, 1994). WHO:s hälsobegrepp utvecklades ytterligare under Sundsvallskonferensen 1991, genom att man fokuserade på de dynamiska

aspekterna till skillnad ifrån att se hälsa som ett idealtillstånd. Det reviderade hälsobegreppet, grundades alltså på en syn där hälsa ses som en resurs och en väsentlig förutsättning för människans liv, istället för som målet med människans liv (Medin & Alexandersson, 2000).

Vårdgivarens roll

Målet med diabetesvården är god livskvalitet för en person som har sjukdomen, säker kontroll av blodsockervärden samt minskningar av komplikationer som uppkommer till följd av sjukdomen (Sigurardóttir, 2005; Hovelius & Johansson, 2004). För att uppnå ett tillfredsställande blodsockervärde krävs omfattande insatser från individen själv, parallellt med hjälp och stöd från professionella vårdgivare. Patientutbildning krävs för att lära sig hur blodsockervärdet balanseras i relation till födointag, insulindoser, fysisk aktivitet såväl som påverkan av infektionssjukdomar och stress. Detta kräver dagliga egenkontroller av blodsockret med påföljande justeringar av insulindoserna (Hovelius & Johansson, 2004). Egenvårdens mål mäts ofta i hur bra blodsockervärde som uppnås. Men personen som har diabetes kan ofta ha andra mål med sin egenvård. Ett sådant mål kan vara att få balans i det dagliga livet. Att sätta upp mål med sin egenvård skapar motivation till handling, och är viktigt för att utveckla självdisciplin. En viktig del av vården av personer med diabetes är att sätta upp relevanta mål för egenvården. De som beskriver svårigheter med egenvården kan få hjälp och stöd av vården för att utveckla, kunskap, fysiska handlingar, känslor kring sin sjukdom och självdisciplin för att bättre lyckas i sin egenvård (Sigurardóttir, 2005). Om man i vården vill hjälpa patienten att fokusera på hälsa i stället för enbart sjukdom bör personalen känna till och förstå hur den enskilde individen hanterar sin egenvård i vardagen, eftersom det är via den som man själv kan påverka sin hälsa. De hälsofrämjande beteenden och åtaganden som görs i vardagslivet, bör tydliggöras, respekteras, värderas och av sjukvårdspersonalen ses som en kunskap som behövs för att kunna ge rätt stöd. Om personalen tillmäter patientens berättelse, om vad denne anser vara viktigt och vanligtvis gör för att påverka sin hälsa, samma värde som sin egen professionella kunskap, får den som är sjuk automatiskt ett delat ansvar för sin hälsa och hur egenvården kan utvecklas (Klang Söderkvist, 2001).

Bemötande anses vara kärnan i omvårdnad. Intuition och kommunikation är centrala begrepp i bemötandesituationen. I sjuksköterskans möte med den som är vårdsökande, är det viktigt att bli medveten om behov som ligger inom de psykologiska kunskaperna. Därför är det viktigt att ha kunskap om dessa discipliner för att kunna konsultera dem vid behov. Den viktigaste uppgiften sjuksköterskan har är att hjälpa en person med diabetes att uppnå tillräcklig kunskap

för egenvård. Diabetessjuksköterskan fokuserar på konsekvenserna sjukdomen får på vardagslivet och funktionell hälsa (Carnevali, 1984). Vardagen för en person med diabetes innebär att förhålla sig till olika krav för att få hälsa. Detta ger möjlighet till hantering av olika händelser och omgivning. Sjuksköterskans roll är kopplad till vårddagarens vardag, det dagliga livet och hur det i sin tur påverkar hälsan. Lundman skriver om att behov och problem utgör grunden för sjuksköterskans bemötande och handling (Lundman, 1990a).

Människan är en komplex varelse och att ofrivilligt drabbas av en sjukdom ger olika konsekvenser hos den enskilde individen. Den känsla av maktlöshet som ett sjukdomstillstånd ofta innebär, kan minskas genom patientundervisning för att återge kontroll och trygghet. Att bli omhändertagen i sjukvården medför oftast ett beroende av andras beslut vars riktighet inte alltid går att bedöma. Osäkerheten och beroendet kan förstärka stressen som sjukdomen redan i sig oundvikligen medför och personen som har sjukdomen känner sig maktlös och utanför (Klang Söderqvist, 2001).

För att kunna diskutera beteende bör man först få fram föreställningar kring sambandet mellan en person som har sjukdomen diabetes, symtom och levnadsvanor. Det är nödvändigt att förstå vilken uppfattning som finns, eftersom det är den som styr beteendet. Föreställningar om hälsa, sjukdom och behandling är viktiga i vården. Om sjuksköterskan får klart för sig dessa föreställningar om problemet, är det möjligt för henne att förklara och ge adekvat information så att de tillsammans kan planera adekvata åtgärder och därmed öka förståelsen för sambandet mellan livsstil och hälsa (Arborelius, 2001; Klang Söderqvist, 2001).

Egenvård och egenförmåga

För att sjukdomen skall kunna hållas under kontroll är egenvården viktig hos personer med sjukdomen diabetes. Den innefattar framför allt fyra saker; att själv kunna testa sitt blodsocker, variera kosten i olika situationer, justera sitt insulin vid behov och träna regelbundet. Faktorer som kunskap, kroppsliga förutsättningar, upplevelser av känslor och självdisciplin påverkar egenförmågan, som i sin tur påverkar personens blodsockervärde. Faktakunskap om sjukdomen, dess förlopp, behandling och hantering samt hur dessa faktorer interagerar är viktiga för att kunna utföra en bra egenvård. Komplikationer kan påverka hur personer med diabetes mår och hur sjukdomen hanteras. En person av fem oroar sig för komplikationer och de som har diabetes löper högre risk än andra att utveckla dessa. Komplikationer av sjukdomen visar sig som förändringar i ögonbottnar, hjärt- nerv- och njursjukdomar. Enbart oro för komplikationer kan skapa rädsla för framtiden, skräck,

hopplöshet eller förnekande. Omvänd rädsla kan användas som kraft för att kunna förstå och påverka sitt eget sätt att tänka och vinna fördelar. Att leva väl förhindrar att dessa uppkommer (Polonsky, 2002). Att ha bra självdisciplin, har ett starkt samband med att utveckla bra egenvård. Det vill säga, om man klarar av att hantera sin sjukdom på ett ansvarsfullt sätt och samtidigt är flexibel i sitt dagliga liv blir upplevelsen av egenvården bättre och resulterar i ett stabilare blodsockervärde. Har man diabetes försöker man ofta göra många val för att påverka hälsan och välbefinnandet och därför är egenvården så viktig i hanteringen av sjukdomen. Svårigheter kan vara att få balans i kosten, att hantera sjukdomen när man inte är hemma och justeringar i insulindosen. Dessa svårigheter upplevs ofta vara orsak till dålig egenvård (Sigurardóttir, 2005). I Lundman och Norbergs (1993) undersökning framgår att psykologiska faktorer i relation till diabetes har undersökts både med avseende på sjukdomens inflytande på personlighet och inflytande av psykologiska faktorer på sjukdomen. Inre resurser som copingförmåga, självkänedom, kunskap om sjukdomen, kunskap om känslomässiga komponenter och tro är av avsevärd betydelse vid hanteringen av sjukdomens krav och för att åstadkomma tillräcklig egenvård. Yttre källor som hjälp att hantera sjukdomen är hälso- och sjukvård, läkemedel, teknologi, litteratur, behandlingsprogram och sociala stödsystem.

Polonsky (2002) skriver om diabetesegenvården och varför den är så svår för många, samtidigt som andra lyckas riktigt bra. Han tar upp orsaken till sämre egenvård och motsätter sig tron att den beror på brist på självdisciplin, för lite viljestyrka eller "förnekande". Han skriver att de som har sämre förmåga till egenvård är mer rädda för komplikationer än de som klarar den bättre. God egenvård ger positiv inverkan på framtida komplikationer och därmed är vinsten ett friskare och aktivare liv i framtiden. En positiv inverkan på kortsiktiga komplikationer ger ett friskare och aktivare liv nästan genast. Faktorer som är av betydelse för en positiv anpassning till kroniska tillstånd anses vara kunskap, copingresurser, problemlösande inställning, självförtroende och motivation. Undervisningens främsta syfte är därför att stödja och stärka patientens kontroll över sin sjukdom, behandling och förmåga och möjlighet till att kunna hantera det dagliga livets krav. Kunskap är nödvändig för beteendeförändringar men den räcker inte (Klang Söderqvist, 2001). För att skapa motivation bör man inrikta sig på beteendet och ta reda på funderingar kring vanor, vilka fördelar dessa vanor innebär och vad som vidmakthåller vanorna. Därefter kan man diskutera hur en person som har en kronisk sjukdom själv ser på förändringar av sina vanor och vilka svårigheter respektive fördelar en förändring skulle innebära (Arborelius, 2001). Polonsky (2002) skriver om hinder för god egenvård och att den delas in i personliga, mellanmännsliga och

miljömässiga hinder. Egna tankar, känslor och attityder kan göra det svårt att hantera egenvården. Egen upplevd stress, ätstörningar, kunskap, föreställningar, känslor, farhågor och förväntningar är sådana tankar. Relationer med andra som familj, vänner och vårdgivare och på vilket sätt de påverkar i form av stöd och ansvar. Krav ifrån omgivningen och tidsschema är faktorer som påverkar i miljön. En person som har diabetes bör tänka positivt för att kunna ändra handling, men tron ändrar inte nödvändigtvis attityden eller beteendet. För att ändra beteende är det bra att få undervisning i hälsa. Det hjälper inte att förbjuda någon att inte få bete sig på olika sätt, man måste skapa motivation för att ändra attityden. Detta kan ske genom undervisning. Uppenbarligen påverkar beteendet vår hälsa, men även attityden är viktig för hur en person väljer att leva (Blaxter, 1990). Veg, Rosenqvist och Sarkadi (2006) beskriver vad en person bör göra för att lyckas med egenvården, det innebär att gå igenom två steg. Det första steget har att göra med att en person antagit en enkel rutin och genom erfarenhet utvecklat ett personligt sätt att hantera sin sjukdom. Nästa steg är en högre nivå av egenvård, när personen har förmågan att ändra en rutin i nya situationer för att få ett friare liv. Arborelius (2001) menar, att de flesta människor som lyckas med att genomföra en förändring har förankrat den i sig själva. För att förändringen skall bli varaktig, krävs motivation. Det betyder att låta människor bestämma själva, då engagerar de sig mer än om någon annan påtalar det. Detta beroende på att människor har ett inre behov av att själva bestämma och känna att de kan handskas med tillvaron. Om motivationen inte infinner sig inombords utan bara till det yttre blir förändringen ofta inte långvarig. Människors attityd och beteende påverkar till stor del hälsan när de gör egna val. Att ha hälsa eller inte beror mycket på den enskilda individen. Människors uppfattning om sitt eget beteende och omvärlden formas i samspel med viktiga personer i omgivningen. Förändring har att göra med påverkan ifrån omgivningen (Lundman, 1990a).

Coping

Coping står för individens strategier, förmågor och sätt att hantera framför allt påfrestande situationer och krav i livet. Hur individen själv bedömer och värderar sin förmåga och relaterar den till sin aktuella situation. Coping kan delas in på olika sätt, det vanligaste är att skilja på strategier för att hantera den stress och känslor som situationen leder till. Det kan ske genom egenskaper som att acceptera, tolerera, medicinera eller undvika. Strategier för att förändra själva situationen som leder till stress är också ett exempel på hur förmågan används (Medin & Alexanderson, 2000). Stress definieras vanligen som det spänningstillstånd som

individen hamnar i vid mötet av ett krav som på ett eller annat sätt måste hanteras (Klang Söderqvist, 2001). Ett svenskt ord som kan användas istället för copingstrategier är hanteringsstrategier (Medin & Alexanderson, 2000). Faktorer av betydelse för en positiv anpassning till ett kroniskt tillstånd anses vara kunskap, copingresurser, problemlösande inställning, självförtroende och motivation. När en person råkar ut för påfrestande situationer i livet, som vid en kronisk sjukdom, används olika copingstrategier för att reducera och kontrollera den stress man känner på grund av att inte kunna bli av med problemet. Strategierna varierar beroende på problemet och på personens förmåga att tåla och handskas med stress. De vanligaste strategierna brukar vara: konfrontation, undvikande, optimism, fatalism, känsloreaktion, överskylande och lindrande samt stödberoende, förtröstan och självtillit (Klang Söderqvist, 2001).

Hälsomodell

Under 1950-talet utvecklades i USA en socialpsykologisk modell som skulle göra det lättare att förstå varför en del människor ändrade sitt beteende, medan andra inte gjorde det. I modellen utgick man ifrån att människors föreställningar om hälsa och sjukdom styrde deras beteende. Det var upplevelsen av en situation som avgjorde vilka beslut som fattades. Syftet med modellen var att få ökad förståelse för de faktorer som var avgörande för huruvida vårdtagaren följde föreskriven behandling eller inte (Janz & Becker, 1984).

Enligt hälsomodellen eller health and belief model är följande faktorer av betydelse för personens inställning till sin situation: sjukdomens allvarlighetsgrad, sannolikheten för att förvärra sjukdomen, hur effektiv behandlingen är, upplevda hinder med beteendet, fysiska och emotionella konsekvenser av beteendet, för och nackdelar med beteendet samt vilka konsekvenser detta får för patienten (Rankin & Stalling, 2001).

Faktorer utifrån, som massmedia och anhöriga kan skapa hot utifrån det egna beteendet. I modellen beskrivs det här som en påminnelse till att handla. Individens avvägning av upplevda fördelar gentemot nackdelar har mycket stor betydelse för om denne skall förändra sitt beteende eller inte och spelar vanligen betydligt större roll än upplevt hot av sjukdomen. Det handlar inte om rationella eller förnuftiga fördelar och nackdelar utan om de fördelar respektive nackdelar som upplevs av det egna beteendet. Den som har sjukdomen diabetes bör känna att fördelarna med att ändra sitt beteende överväger (Arborelius, 2001; Janz & Becker, 1984; Klang Söderqvist, 2001; Rankin & Stalling, 2001).

Kasam

Nilsson (2002) fördjupar sig i känsla av sammanhang (KASAM) och beskriver det som ett sätt att studera hälsa och välbefinnande på ur ett salutogent perspektiv. Att beskriva hur olika faktorer kan sättas samman med KASAM, kan utgöra en väg för att förstå var enskilda människor befinner sig i olika processer vid hälsa och sjukdom. KASAM kan användas för att synliggöra patientgrupper som bör uppmärksammas i vården. Den salutogena teorin, utvecklad av Antonovsky (1991), passar bra in i omvårdnadssammanhang eftersom hälsa och egenvård är centrala begrepp i den modell han utvecklade. Denna modell fokuserar på hälsans ursprung där det väsentliga är att hälsa ses som en resurs. Antonovsky inledde sitt salutogena resonemang genom att ställa sig frågor som varför vissa människor överlever när de utsätts för påfrestande händelser i livet, medan andra dukar under och vilka faktorer som påverkar människor att hålla sig friska. I den salutogena modellen definieras hälsa på ett kontinuum mellan ytterligheterna hälsa och ohälsa (Antonovsky, 1991). En person rör sig under sin livstid på denna linje mellan dessa ytterligheter. Detta innebär att man alltid har någon form av hälsa så länge man lever. Även om en individ lider av en svår sjukdom så finns någon form av hälsa och denna hälsoresurs kan vara till hjälp i processen av prevention, tillfrisknande och bibehållande av hälsa (Klang Söderqvist, 2001). Avgörande för var på detta hälsokontinuum man befinner sig är den grad av känsla av sammanhang (KASAM) man har i livet. KASAM är människans övergripande uppfattning av livet bestående av de tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. KASAM avspeglar människans övergripande förmåga att hantera påfrestande situationer i livet (Antonovsky, 1991; Jahren Kristoffersen, 1998).

SYFTE

Att beskriva hur egenförmågan påverkar välbefinnandet hos vuxna med diabetes

Frågeställning

– Möjligheter och hinder i egenförmågan

METOD

Vi har valt att göra en litteraturstudie. Sjukdomen diabetes och dess behandlingsstrategier är ett väl undersökt område, vilket vi har kommit fram till genom vår litteratur- och artikelsökning. Därför anser vi att det är den mest passande metoden.

En litteraturstudie är enligt Patel och Davidsson (2003) en möjlighet att få tillgång till de resultat som tidigare undersökningar och forskning visat. Vårt arbete har genomförts som en litteraturstudie och är en bearbetad sammanställning av tidigare publicerade arbeten.

Polit och Hungler (1999) menar att det är viktigt att genom litteraturstudier belysa ett forskningsområde genom att studera det som redan finns dokumenterat inom området. På detta sätt kommer tidigare forskning till nytta, överskådlighet uppnås samt intresse över ämnesområdet väcks. Genom att göra en litteraturstudie utifrån våra frågeställningar, fick vi fördjupad kunskap om tidigare studier och forskning inom det område vi ville undersöka.

APA systemet användes för referenshanteringen i arbetet.

Litteratursökning

Litteratursökningen har gjorts vid Högskolan Västs bibliotek i Vänersborg. Sökningen har genomförts via högskolans bibliotekskatalog, Sofia samt en manuell sökning efter enskilda författare från referenslistor om relevant litteratur. Vi har sökt efter artiklar som stämt överrens med vårt valda ämnesområde i databasen Cinahl och funnit material relevant emot syftet. Sökorden som har använts var för sig eller i kombination har varit: Diabetes, diabetespatient, daily living, wellbeing, management, self management, self care, quality of life, life, belief, och knowledge. Sammanställningen av databasen, sökord och sökordskombinationer samt antalet träffar och urval, redovisas i tabell 1:

Urval

Tabell 1: Systematisk sökning i databasen Cinahl.

Nr	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
1	Diabetes	27936		
2	Diabetes+ wellbeing	326		
3	Diabetes+ wellbeing+ management	76	6	
4	Diabetes+ quality of life	901		

5	Diabetes+ quality of life+ self management	118	2	1
6	Diabetes+ quality of life+ knowledge	38	1	
7	Diabetespatient+ self management+ self care	180	3	3
8	Diabetes+ life+ belief	65	2	1
9	Diabetes+ daily living	0		

Efter sökningen granskades resultaten i sökningarna 3,5,6,7,8, manuellt. Intressanta sammanfattningar relevanta för syftet lästes igenom, en hel del valdes bort då de inte motsvarade syftet. De som valdes bort inriktade sig på områden som handlade om barn med diabetes, var inriktade på olika sjukdomsförlopp som sjukdomen diabetes kan orsaka, var från specifika länder eller motsvarade inte kravet på empiriska artiklar vid litteraturstudier. En av artiklarna i sökning nr 3 exkluderades då den inte gick att få fram i fulltext. Under arbetets gång uppkom en osystematisk sökning via lästa artiklars litteraturförteckning, som gav 2 artiklar relevanta för syftet. Sökning gjordes också på enstaka författarnamn, som Lundman och Wikblad som var kända för tidigare arbeten inom området. Denna sökningen gav 8 artiklar, varav två exkluderades på grund av att de var publicerade före 1988.

Vid urval 1 valdes sammanlagt 21 artiklar ut, som motsvarade syftet, för genom läsning och granskning. En exkluderades från resultat redovisningen på grund av att det var en litteraturstudie, men valdes att användas i bakgrunden. Ytterligare åtta exkluderades på grund av att de inte motsvarade studiens frågeställningar. Äldre artiklar inom ämnesområdet har även granskats. Två artiklar av Lundman publicerade 1993 och en 1990, ansågs relevant i förhållande till syftet, varpå de inkluderades i arbetet. Nyberg (2000) skriver att man skall söka så nypublicerat material som möjligt, men även äldre litteratur med stor relevans för ämnesområdet kan användas. En artikel av Wikblad och en artikel ifrån kedjesökningen exkluderades. I urval 2 redovisas hur många artiklar ifrån olika sökord som användes i studien. En sökning gjordes även på Google scholar, som uppkom som en länk vid sökning i databasen Chinal på sökord diabetes. Den gav en artikel. Totalt antal artiklar som inkluderades i studien var 12. En översikt med författare, syfte, metod och resultat av de inkluderade artiklarna i resultatet finns i tabell 2.

Analys

Patel och Davidsson (2003) skriver att analysen inleds med att bearbeta materialet. Detta sker genom att noggrant läsa igenom och bekanta sig med materialet. Materialet delas sedan in i olika kategorier. Indelningen av kategorierna sker utifrån vad som skall studeras och studiens syfte. Målsättningen med bearbetningsarbetet är att hitta mönster, teman och kategorier i materialet, vilka sedan ligger till grunden för resultatet av arbetet.

Vår analys inleddes med en granskning av artiklarna. Artiklarna bearbetades till en början enskilt av författarna som valde artiklar utifrån syftet. Därefter lästes samtliga kvarvarande artiklar av båda författarna. Artiklarna delades sedan upp mellan författarna för att göra en sammanfattning av resultatet i varje artikel. Vi gick igenom artiklarna utifrån arbetets syfte och frågeställningar, och försökte utifrån det inringa relevant innehåll till resultatet. Artiklarna sorterades in under aktuella rubriker i resultatet.

Nyberg (2000) skriver att om det är flera författare till arbetet är det lämpligt att turvis läsa igenom var sin del av det insamlade materialet, fundera på kategorisering och därefter diskutera fram gemensamma lösningar.

Tabell 2: I tabell 2 presenteras de artiklar som ligger till grund för arbetet

Författare	Syfte	Metod	Resultat
Delmar, C., Böje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, X., Möller, M., Sönder, H. & Pedersen, B. (2006).	Att undersöka hur personer med diabetes upplever oberoende/beroende i sin sjukdom samt sin egenvård.	Antal personer som ingick i studien var n=18. Intervju . Kvalitativ studie.	Deltagarna i undersökningen beskrev att man måste känna att man själv bestämmer över sin sjukdom, men ett stöd ifrån omgivningen var viktig.
Garett, N., Hageman, C.M., Sibley, S. D., Davern, M., Berger, M., Brunzell, C., Malecha, D. &	Att undersöka hur en liten grupp effektivt ökar sin kunskap, känsla av kontroll och förbättrar sitt beteende i relation till att hantera sin diabetes med hjälp av bilder.	Antal personer som ingick i studien var n=358 i undersökningsgruppen och n=382 personer i kontrollgruppen. Telefonintervjuer.	Resultatet visade på framsteg med bilder som instrument för att hantera sjukdomen diabetes och att det påverkade kunskap, känsla av kontroll och beteende.

Richards, S.W. (2005).			
Hjelm, K. G., Bard, K., Nyberg, P. & Apelqvist, J. (2005).	Visa resultatet av en studie som undersökt tron på hälsa och sjukdom och hur det påverkar egenvård och förmågan att söka vård hos män med diabetes och kulturella bakgrunder som bor i Sverige.	Antal personer som ingick i studien var n=35 män boende i Sverige, varav 14 med arabiskt ursprung, 10 tidigare jugoslaver och 11 svenskar. Kvalitativ, Explorativ studie. Intervjuer.	Vårdgivare borde ta hänsyn till individens livssituation, ekonomi och kultur. De borde också bli medvetna om vikten av att ha en anställning och om hur ovanstående faktorer påverkar möjligheterna till egenvård.
Kyrios, B., Nankervis, A., Reddy, P. & Sorbello, L. M. (2006).	Att undersöka vilken roll olika faktorer som orsakar depression har samt hur diabetes påverkar beteendet och välbefinnandet hos personer med diabetes typ 1.	Antal personer som ingick i studien var n=30 kvinnor och n=20 män med diabetes typ 1. Kvantitativ. Enkäter.	Resultatet visade på att det fanns samband mellan depression och sänkt livskvalitet. Starka samband fanns emellan depression och behandlingseffekt, känslan av hopplöshet, tro på den egna förmågan, komplikationer och hur man uppfattade sin situation.
Lundman, B. & Norberg, A. (1993a).	Att undersöka coping strategier som IDDM patienter använder sig av i hanteringen av krav i vardagen. Att förbättra sjuksköterskans bemötande och behandling av patienter med otillfredsställd coping i form av kontroll av ämnesomsättning och välbefinnande.	Antal personer som ingick i studien var n=20. Intervjuer	Resultatet visade på att de som hade känslomässig kontroll och goda blodsockervärden hade bättre problemlösningsförmåga, logiskt resonemang, kroppskännedom och expertkunskap.
Lundman, B. & Norberg, A. (1993b).	Att undersöka sambandet mellan känslan av sammanhang, coping strategier, subjektiv och objektiv hälsa, problem i dagliga livet och oro för komplikationer.	Antal personer som ingick i studien var n=192. De hade insulinberoende diabetes. Intervju. Kvalitativ studie.	Att det är viktigt att sätta sin sjukdom i relation till det dagliga livet för att bättre kunna hantera den.
Lundman, B., Asplund, K. & Norberg, A. (1990).	Att undersöka upplevelser av att leva med diabetes och föreställningar av välbefinnande i en väldefinierad och representativ grupp patienter med insulinberoende diabetes utan grava komplikationer.	Antal personer som ingick i studien var n=192. De hade insulinberoende diabetes. Enkätundersökning	Resultatet visade att de som inte hade grava komplikationer till följd av sin sjukdom, upplevde positiva erfarenheter av sjukdomen och välbefinnande.
Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L.	Att undersöka upplevda hinder och effektiva strategier som personer med diabetes använder för att kunna	Antal personer som ingick i studien var n=26. Intervju.	Hinder var bland annat, dåliga kunskaper om kostens betydelse för sjukdomen, frustration över

(2006).	hantera sin sjukdom i sitt dagliga liv.	Kvalitativ studie.	dålig blodsockerkontroll. Strategier för hanteringen var; bra samarbete med vården, socialt stöd, ha en positiv attityd.
Paterson, B. & Thorne, S. (2000).	Att undersöka hur personer som levt länge med sin sjukdom utvecklats till att bli experter i sin egenvård.	Antal personer som ingick i studien var n= 22 som hade haft sjukdomen i mer än 15 år. Intervjuer.	Man fann fyra stadium som de flesta personerna hade gått igenom när de utvecklade sin egenvård.
Snellman, I & Wikblad, K. (2006).	Att ta reda på vilka mål i livet personer med diabetes har och tror är viktiga för deras välbefinnande och om de har förmåga att uppfylla dem.	Antal personer som ingick i studien var n=155. Intervju. Kvalitativ studie.	Viktiga mål i livet var bra ekonomi, god hälsa, familjemedlemmar, vänner och aktiv fritid. Dom som nådde sina mål var mer nöjda med livet. Dom med undvikande coping strategier var mer missnöjda med livet.
Veg, A. & Rosenqvist, U. & Sarkadi, A. (2006).	Att urskilja olika egenvårdsprofiler hos patienter med diabetes samt ta reda på om dessa olika sätt har inverkan på blodsockret.	Antal personer som ingick i studien var n=259. Intervju. Kvalitativ studie.	Man fann tre kategorier av egenvårdshantering: De bestämmande, de fogliga och de nedslagna. Man fann även skillnader i blodsockervärde hos dessa grupper.
Wikblad, K. (1991).	Vilka förväntningar personer med diabetes har på vården. Vilken kunskap dessa personer behöver för att kunna hantera sin egenvård.	Antal personer som ingick i studien var n=55. De hade insulinberoende diabetes. Intervjuer. Kvalitativ studie.	En upplevelse av att vården var inriktad på patientens blodsockervärde, istället för hur de egentligen mådde. Man ville ha mer stöd och kunskap ifrån vården för att kunna hantera sin sjukdom bättre.

Validitet och reliabilitet

Patel och Davidson (2003) skriver att det är viktigt att ha god validitet och reliabilitet i vetenskapliga studier. Med god validitet menas att man undersöker det man avser att undersöka. Med god reliabilitet menas att undersökningen utförs på ett tillförlitligt sätt.

Validiteten i denna studie innebär att syftet med studien ligger till grund för sökningen och bearbetningen av materialet. För att stärka studiens reliabilitet har vi bearbetat artiklarna

utifrån studiens syfte och frågeställningar, för att sedan presentera resultatet under relevanta rubriker.

RESULTAT

Under arbetets gång formades kategorierna och utifrån dessa har vi valt att dela in resultatet. De utgick ifrån arbetets syfte och frågeställningar och innehållet i de artiklarna vi funnit.

Möjligheter i egenförmågan

Hjelm, Bard, Nyberg och Apelqvist (2005) samt Nagelkerk, Reick och Meengs (2006) undersökte faktorer som påverkade möjligheterna i egenförmågan och kom fram till att det var viktigt att lära sig leva med sjukdomen diabetes för att må bra. Viktiga delar i egenvården var fysisk aktivitet, kost och att hålla en jämn blodssockernivå. Hjelm et al. (2005) fann också i sin undersökning att arbete, kunskap om kroppen samt hur man hanterar sin sjukdom var av betydelse. I undersökningen framkom att de som inte hade svenskt ursprung betonade välbefinnande som möjligheten att ta hand om sina barn och att följa de regler som gällde i hemlandet. Männen med svenskt ursprung tyckte att tillfredsställelse, avslappning, oberoende och stöd från familj och vänner, gav välbefinnande. Nagelkerk et al. (2006) betonade motivation för att nå en effektiv egenvård samt att det var viktigt att förstå vad diagnosen diabetes betydde. Undersökningen ville också visa på vikten av livsstilförändringar genom att göra dagliga beslut och att försöka ha en egenvårdsplan. Nagelkerk beskrev patientcentrerad vård, och att den innehöll strategier, faktorer och aktiviteter som stärkte egenvården samt bidrog till samarbete och försök att förstärka positiva beteendeförändringar. Lundman och Norberg (1993a) menade att sjukdomen inverkade positivt på livet genom sundare vanor. Majoriteten av deltagarna i studien ansåg att sjukdomen hade haft en positiv inverkan på livet. De såg ljusare på tillvaron och mådde bra trots sin allvarliga sjukdom.

Coping

I Lundman och Norbergs (1993b) undersökning visade det sig att en persons vilja att anstränga sig för att hantera sin sjukdom och undvika komplikationer hade samband med hur de upplevde känslan av sammanhang i det dagliga livet och hur de kunde acceptera regelbundenheten i sitt liv. Känslan av sammanhang, hur en person upplever begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i livet, visade sig vara viktig för hur personer med diabetes

upplevde hur det är att leva med sjukdomen. Det fanns ett tydligt samband mellan personernas känsla av sammanhang och copingförmåga, men det fanns inget samband mellan personernas känsla av sammanhang och blodsockervärde. En förklaring till detta kan vara att höga krav på att uppnå ett tillfredsställande blodsockervärde gav låg nivå av välbefinnande. Det fanns inget samband mellan känslan av sammanhang och positiva erfarenheter av sjukdomen, inte heller mellan problem i det dagliga livet eller oro för komplikationer.

Lundman och Norberg (1993a) fann i sin undersökning av känslomässiga copingstrategier samt hur resultatet av blodsockervärdet påverkar välbefinnandet, ett mönster som visade sig i olika grupper:

Experterna (Expertise) hade objektiv och subjektiv uppskattning av blodsockret och ett logiskt resonemang baserat på faktisk kunskap och erfarenhet. De ansåg sig kunna hantera sjukdomen utan för mycket inslag av känslor. De uttryckte också att de skulle vilja hjälpa andra. Denna strategi visade sig ha det bästa utfallet.

De med aktiv rutin (Active routinization) bedömde objektivt sitt blodsockervärde och de hade rutiner i vardagens aktiviteter. Denna strategi kontrollerade och hanterade sjukdomen i vardagen, och det ledde i sin tur till en känsla av tillfredsställelse, men också av oro över de okontrollerbara och begränsade sociala aktiviteterna. En tillfredsställande blodsockerkontroll uppvisades av denna grupp.

De med passiv rutin (Passiv routinization) hade rutin på att uppskatta sitt blodsocker och likaså i vardagen. De hade tilltro till professionen samt lät andra bedöma deras situation och gjorde vad de blivit tillsagda att göra. Utfallet av den känslomässiga delen var välbefinnande men också känsla av beroende och kraftlöshet. En del uttryckte skuld när de inte uppfyllde kraven andra i omgivningen hade på dem. Det fanns ett tydligt samband med känslomässig hantering och blodsockervärdet i denna grupp.

Kunskap

Enligt Nagelkerk et al. (2006) påverkades egenvården effektivt genom kunskap om sjukdomen som i sin tur gav bättre hantering och mindre rädsla. De personer som hade en framtidsinriktad syn på egenvården och en positiv attityd var ofta mer engagerade i att söka kunskap för att bättre förstå och hantera sin sjukdom, medan Veg, Rosenqvist och Sarkadi (2006) i sin studie fann att kunskap genom utbildning inte är tillräckligt för att lära sig hantera sin sjukdom. De menade att andra faktorer var avgörande för hur man upplevde och hanterade den. Undersökningen visade på tre olika kategorier som upplevde och hanterade sjukdomen

olika trots samma kunskapsnivåer. Man fann samband mellan det sätt sjukdomen hanterades på och den nivå blodsockervärdet låg på. Den kategori som hade aktiv kontroll, klarade bättre av att leva med sin sjukdom. Wikblad (1991) undersökte vad patienterna vill ha för slags kunskap för att underlätta hanteringen av sjukdomen i vardagslivet och kom fram till att behov fanns av enkel kunskap om hur kroppen reagerade på lågt blodsocker. Det fanns också behov av kunskap för att anhöriga skulle förstå sjukdomen i det dagliga livet. Garrett et al. (2005) fann i sin undersökning en inlärningsmetod som förbättrade kunskap, känsla av kontroll och beteende hos personer med diabetes. Metoden bestod av bilder som beskevä förloppen i sjukdomen diabetes (The learning map process for diabetes) med avsikt att underlätta inläringen av kunskap om sjukdomen. Resultatet i undersökningen visade att det här inlärnings sättet hade en positiv effekt på undersökningsgruppen och skiljde sig på ett positivt sätt ifrån kontrollgruppen. Wikblad (1991), fann vidare i sin undersökning att det också var viktigt med upprepad information och att ge lagom information vid varje tillfälle så att den går att förstå och använda i praktiken. För att informationen skulle förstås borde den ligga på en individuell nivå. Att kunna hantera sjukdomen i olika situationer handlade om att kunna analysera sin kunskap om sjukdomen, det vill säga att identifiera olika delar av kunskap och kunna kombinera dessa för att kunna använda dem i olika situationer. Wikblad betonade vidare att det var viktigt att ta reda på vilken kunskap som fanns hos personer med diabetes och hur sjukdomen hanterades i det dagliga livet. Att förstå och hantera sjukdomen var ett av de viktigaste målen i vården av personer med sjukdomen diabetes.

Mål

Snellman och Wikblads (2006) undersökning, stödde sig på Nordenfelts (1995) Welfare theory of health, vilken innebar att en person kunde vara ohälsosam men ändå nöjd med livet i allmänhet. Dessa personer kunde nå viktiga mål i livet och känslan av ett bra liv beskrivs av att nå dessa mål. För att ha hälsa, var man inte bara tvungen att överleva, utan också leva ett acceptabelt liv under vissa omständigheter, t ex sjukdom. Paterson och Thorne (2000) hittade samband mellan aktiv egenvård och att uppnå kontroll av sin sjukdom. I undersökningen utgick de ifrån vad som var viktigt i livet hos personer med diabetes och kom fram till att faktorer som arbete, sociala relationer och fritid var av betydelse.

Depression

Kyrios, Nankervis, Reddy och Sorbello (2006) fann i sin undersökning som delvis fokuserade på om det fanns ökad risk för negativa faktorer hos deprimerade personer med diabetes, att varken ökad risk eller samband fanns med faktorer som blodsockervärden, komplikationer av sjukdomen eller hur många år sjukdomen funnits hos en person.

Kontroll

Negelkerk et al. (2006) och Veg et al. (2006) menade att känslan av kontroll, att kunna bestämma över sin sjukdom och att vara aktiv i hanteringen av den, hade betydelse för förmågan att integrera den i livet. Det hade också betydelse för förmågan att kunna ta ansvar för den och självständigt lösa de problem som uppkom i det dagliga livet. Varje dag tog en person med sjukdomen diabetes många beslut baserade på kunskap, tro, attityd, resurser samt stödssystem. Paterson och Thorne (2000) beskrev i sin studie under det stadium de kallade aktivt deltagande (experterna), förmågan att kunna ta medvetna beslut och att acceptera sjukdomen i livet. Veg et al. (2006) fann också i sin undersökning en grupp, de fogliga, som ansträngde sig för att uppfylla kraven av följsamhet för att må bättre i sin sjukdom. Artikelförfattarna menade att de med aktiv kontroll bättre klarade av att leva med sin sjukdom. Nagelkerk et al. (2006) och Veg et al. (2006) kom fram till att personliga värderingar har betydelse för hur sjukdomen hanteras. Enligt Nagelkerk et al. (2006) kunde de med en positiv syn, se en framtid i sin diabetesvård och uttryckte en känsla av bestämmande och kontroll. De ansåg att det var viktigt att skapa rutiner och tider i sin vardag för att få kontroll över sin sjukdom. De menade att personer med diabetes kämpade för att integrera en egenvårdsplan i sitt liv och ville leva ett normalt liv, men sjukdomen begränsade dem genom daglig värdering av kroppsliga behov, strategier och bedömning av behandlingens effektivitet. Paterson och Thorne (2000) visade på betydelsen av att få ta del av erfarenheterna från personer som haft sjukdomen länge var viktigt. Deras undersökning visade också på att olika individer utvecklades olika i sin sjukdomsinsikt beroende på fysisk status och vilka hinder de mötte i sociala situationer samt inre och yttre omgivning. Hjelm et al. (2005) kom fram till att ambitionen att söka vård, påverkades av tron på hälsa och sjukdomen diabetes. Olika tro visade på olika egenvårdsbeteende.

Socialt stöd

Delmar et al. (2006) undersökning visade att en person som hade sjukdomen diabetes själva fick ta ansvar för den och ta kontroll. Artikelförfattarna poängterade att det var viktigt för självkänslan att bli respekterad som individ, att själv lära sig att hantera sjukdomen och vara oberoende av hjälp. Delmar et al. (2006) och Nagelkerk et al. (2006) studier visade även att det kan vara viktigt att ha stöd hos någon annan person i omgivningen för att lyckas bra i sin egenvård. Personer som levde med diabetes upplevde ofta att de kastades mellan hopp, tvekan och hopplöshet och mellan känslor av att ha eller inte ha självkontroll. Det var när dessa olika känslor infann sig, som upplevelsen av osäkerhet, ängslan och oro inför svåra beslut i vardagslivet kunde komma. Stödet gavs ofta från familjemedlemmar, vänner eller vårdpersonal. För många personer kunde det vara svårt att be om hjälp, men att kunna det var en viktig del i utvecklingen av självkontroll av egenvården. Nagelkerk et al. (2006) fann även att de med ett starkt nätverk ofta hade en framtidsinriktad syn på egenvård och ofta en positiv attityd. Veg et al. (2006) studie visade att personer som tagit kontroll över sin sjukdom behövde mindre socialt stöd i sin egenvård i jämförelse med dem som upplevde att de inte hade kontroll över sjukdomen. Hos dem som inte upplevde kontroll över sjukdomen, spelade familjen en stor roll i det sociala stödet.

Vården

Nagelkerk et. al (2006) och Delmar et. al (2006) kom fram till att sjukvården var ett stöd för egenvården och för att hantera situationer i det dagliga livet. Sjukvården kunde bidra med uppmuntran till eget ansvar och positiv handledning för att hjälpa en person med diabetes. I undersökningarna visade artikelförfattarna på att ett gott samarbete med vården ledde till att god balans uppnåddes som gav bättre kontroll över sjukdomen. De menade att detta var en god förutsättning för att lyckas med sin egenvård.

Hinder i egenförmågan

Lundman, Asplund och Norberg (1990b) fann att var fjärde person upplevde behovet av att leva ett regelbundet liv, motionera och att hålla strikt diet som stora problem. Hon fann också att nästan varannan person oroade sig för komplikationer. Hon såg ett märkbart samband mellan känslan av sammanhang och copingstrategier. Hon såg också att relationen till omgivningen och långtråkighet påverkade välbefinnandet negativt, och att detta visade sig

gälla personer med diabetes. Denna känsla av sammanhang verkade vara en viktig faktor för att uppnå en acceptabel känslomässig hantering av kraven från sjukdomen. Hjelm et al. (2005) kom i sin undersökning fram till att gruppen som inte hade svenskt ursprung ansåg att oro och stress gav begränsade möjligheter att hantera sjukdomen på. Lundman et al. (1990b) fann vidare att anhöriga till de drabbade ansåg att deras största problem var planeringen av vardagen och de yngre patienterna i undersökningen hade svårt att få planeringen att gå ihop med det sociala umgänget med vänner. Oro för hanteringen av sjukdomen och insulinreaktioner påverkade också släkt och vänner i det dagliga livet.

Nagelkerk et al. (2006) studie visade att de som upplevde många hinder i sin egenvård följde sin egenvårdsplan sämre. Att identifiera dessa hinder var viktigt för att minska negativa effekter i egenvården. Egenvården var komplex, tidskrävande och involverade alla aspekter i en persons liv. Det var inte bara en persons upplevelse av hinder, utan även livsstil och självförtroende som påverkade förmågan att hantera sin egenvård.

Coping

De som lyckades sämre i sina problemlösande och känslomässiga copingstrategier benämnde Lundman och Norberg (1993a) för:

De tvetydiga (Ambiguity) som stod för objektiv bedömning av blodsockervärdena samt logiskt resonemang baserat på faktisk kunskap, erfarenhet och möjlighet. De hade rutin i sin vardag. Denna grupp var mer komplex och karaktäriserades av seriösa försök att kontrollera sjukdomen, men försöken upplevdes som misslyckanden. Den känslomässiga delen bestod av tvetydighet, känslor av att ”ge upp” och av tvång, men också av välbefinnande. Denna strategi visade sig ha samband med sämre blodsockerkontroll.

De med känslomässiga handlingar (Emotion-based actions) kännetecknades av avsaknad av objektiv uppskattning av blodsockervärdet. Uppskattning och resonemang baserades på känslor. Fynden var individuella. Behovet av välbefinnande var uttalat i denna grupp. Blodsocker värdet visade sig sämre i denna grupp.

De med passiv rutin (Passiv routinization) hade rutin på att uppskatta sitt blodsocker, de hade rutin i vardagen, de hade tilltro till professionen och lät andra bedöma deras situation och gjorde vad de blivit tillsagda att göra. Utfallet av den känslomässiga delen var välbefinnande men också en känsla av beroende och kraftlöshet. En del uttryckte skuld när de inte uppfyllde kraven andra i omgivningen hade på dem. I Denna grupp fanns samband mellan blodsocker – värdet och det sätt som deltagarna hanterade sin sjukdom på.. De med passiv rutin hade både

positiva och negativa inslag i sin kontroll av sjukdomen, och hade trots beroende och kraftlöshet lyckats nå ett bra blodsockervärde (Lundman & Norberg, 1993a).

Snellman och Wikblad (2006) fann i sin undersökning av personer med diabetes att 19 procent inte upplevde sig tillfredsställda med livet och att 42 procent av dem använde undvikande copingstrategier. Fyndet stämde överrens med hypotesen i artikeln som var: ”Om en person med diabetes använder ”undvikande” i sin copingstrategi samtidigt bygger upp viktiga mål för att undvika misslyckanden, ökar missnöjet med livet”. I undersökningen kom artikelförfattarna fram till, att fritiden var det område där de flesta deltagarna i studien, tyckte att det var som var svårast att uppfylla de viktiga målen. I det dagliga livet hade 28 procent av dem, inte uppfyllt sina mål. Undersökningen visade också på att otillfredsställande ekonomi påverkade hälsan. Utav dem som inte upplevde hälsa hade 20 procent otillfredsställnade ekonomi.

Brist på kontroll över blodsockervärdet hos personer med diabetes visade sig som upplevelser av hjälplöshet och frustration. Denna hjälplöshet och frustration kunde leda till sämre copingförmåga som förnekelse och likgiltighet samt depression och svårighet att hantera komplikationer (Nagelkerk et al., 2006).

Kunskap

Nagelkerk et al. (2006) fann i sin undersökning att många som hade sjukdomen diabetes, hade en stor brist i kunskap om hur kosten påverkade blodsockervärdet, de följde en plan men kunde inte ta sig utanför den. De upplevde medicineringen som en börda i det dagliga livet och hade svårt att komma ihåg att sköta den. De hade inte heller någon rutin för sin medicinering, den fanns tillexempel inte alltid med när de inte var hemma. Det framkom också att det fanns dålig kunskap om vilken effekt medicinen hade i kroppen.

Mål

Nagelkerk et al. (2006) beskrev vikten av bakomliggande syften och av strategier för att genomföra positiva förändringar i hanteringen av sjukdomen diabetes, och menade att utan strategier var misslyckandet ofta större, vilket överensstämde med de studier som visade på att egenvård ofta var ett kompromissanden av många hinder. Personer som kände sig nedslagna av sin sjukdom hade som mål med sin egenvård att undvika komplikationer. De hade ett starkt behov av stöd ifrån sjukvården (Veg et al., 2006).

Depression

Kyrios et al. (2006) undersökte i sin artikel sambandet mellan diabetes och depression. De menade att det här sambandet stöds i många tidigare gjorda studier. De som var deprimerade hade sämre egenvård, svarade sämre på behandling och var heller inte motiverade att träna. Hos dem fanns också nedsatt livskvalitet, de hade känslor av hopplöshet och sämre tro på sig själva. I undersökningen diskuteras sannolikheten för att kognitiva teorier kunde kopplas ihop med fynden i resultaten. De talade om optimism och tron på egenförmågan som visade på normala till höga samband med fysisk förmåga. Dock visades inga samband med optimism och tron på egen förmågan med komplikationer, behandlingsresultat, blodsockervärden eller hur länge sjukdomen pågått hos individen. Komplikationer av sjukdomen hade samband med hur länge den pågått, det vill säga att de med komplikationer hade haft sjukdomen längre. De som var deprimerade hade fler orsaker till att egenvården inte fungerade och upplevde oftare att de kände så. De uppgav orsaker som kost, fysisk aktivitet, blodsockervärden, och medicinering.

Brist på kontroll över sitt blodsocker visade sig resultera i upplevelser av hjälplöshet och frustration vilket kunde leda till förnekelse och likgiltighet, som i sin tur kunde leda till depression (Nagelkerk et al., 2006).

Kontroll

I Veg et al. (2006) studie, där undersökningen handlade om hur personer med diabetes hanterade sin sjukdom på olika sätt, var en av de tre kategorierna de nedslagna. Dessa personer hade negativa upplevelser av rutiner i det dagliga livet och kände ett starkt behov av stöd för problemlösning. De beskrev att de hade dålig kontroll över sin sjukdom och upplevde frustration över svängande blodsockervärden. De var djupt bekymrade och uttryckte en önskan över att få kontroll över den. Istället för att berätta om sin roll i hanteringen, beskrev de varför rutinerna i det dagliga livet inte fungerade som de skulle. Orsakerna till detta var dålig sjukvård, övervikt, psykiska problem, trötthet, en känsla av värdelöshet och brist på motivation. I Lundmans och Norbergs undersökning (1993b), visade artikelförfattarna på att oro för komplikationer fanns hos personer med sjukdomen diabetes, och att detta i sin tur kunde påverka kontrollen av den.

Vården

Nagelkerk et al. (2006) fann i sin undersökning att många patienter med diabetes upplevde vården som allt för generaliserad och inte individuellt anpassad. De fick otillfredsställande information, som de inte kände kunde leda till bättre kunskap och de upplevde att ingen lyssnade på deras bekymmer eller oro. De framkom också att de ville ha mer hjälp att göra små justeringar i sin egenvård, som skulle kunna ges genom enkla råd. Denna upplevelse bidrog till sämre egenvård och större svårigheter att sköta sig.

Då vårdpersonal fokuserade på vårdtagarens egenvård i för stor utsträckning skapades ett beroende som kunde leda till att motivationen för egenvård och självkontrollen över sjukdomen minskade vilket i sin tur var hämmande för egenvårdsutvecklingen. (Delmar et al., 2006). Wikblad (1991) fann också i sin undersökning negativ kritik mot vården. Informationen var ofta tekniskt inriktad. Samtalen handlade ofta om medicin, provsvar och tekniken runt sjukdomen. Vårdtagaren blev inte sedd som en person och upplevde att de problem som fanns inte fick någon förklaring. Om förklaring gavs var dessa ofta svåra att sätta in i det dagliga livet. De såg ofta sitt ansvar för behandlingen av sjukdomen som en börda. Mötet mellan de som hade sjukdomen diabetes och vårdgivaren styrdes ofta av blodsockervärdet och man såg inte personen bakom siffrorna. I studien tolkades detta som att en person med diabetes kanske inte alltid mår bra trots tillfredsställande blodsockervärden.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Under litteratursökningen framkom att ämnesområdet diabetes var omfattande och antalet sökträffar blev stort. Vi gjorde en systematisk sökning och använde kombinationer av olika sökord som gav begränsat antal träffar. Vi utgick ifrån artiklarnas titlar och sammanfattning när vi sökte svar på vår frågeställning, vilket kan ha begränsat resultatet i vårt arbete. Vårt syfte och frågeställning stämde väl överrens med valda artiklars resultat.

Litteratursökningen efter artiklar till resultatet gjordes i en databas som var Cinahl. Vi ansåg att relevant innehåll fanns i tillräckligt många artiklar för att det skulle räcka som underlag till vårt arbete. Detta kan möjligtvis ha begränsat studiens resultat.

Genom att vi båda författare läste igenom de artiklar som ingick i arbetet och analyserade dessa utifrån syftet, stärktes reliabiliteten i arbetet. Det vill säga att undersökningen gjordes på ett tillförlitligt sätt (Patel & Davidsson, 2003).

Med validitet menades att man undersökte det man avsåg att undersöka (Patel & Davidsson, 2003). I arbetet stärktes detta genom att artiklar relevanta till studiens syfte och frågeställningar söktes och sedan bearbetades.

Nyberg (2000) upplyste om att det var bra att söka så nypublicerat material som möjligt, men att även äldre litteratur med stor relevans för ämnesområdet kunde användas. Vi fann att Lundmans artiklar var ifrån 1990 och 1993, men att dessa ändå innehöll material som stämde överrens med vad vi hade tänkt undersöka. Innehållet i Lundmans artiklar stämde överrens med vårt syfte och frågeställningar och utgjorde dessutom ett stöd i vårt arbete. Vi diskuterade oss fram till att resultatet i hennes undersökningar var oberoende av förfluten tid och hade troligtvis inte ändrats om studien gjorts senare. Därför inkluderades dessa artiklar i vårt arbete.

Vid forskning bör man sträva efter att ge en så sanningsenlig bild som möjligt av det fenomen som undersöks. Att göra detta innebär bland annat att bidra till riktighet och noggrannhet i vetenskaplig kunskap och att skydda rätten till intellektuell egendom det vill säga att ta hänsyn till upphovsrätten. Det innebär bland annat att man inte får plagiera det vill säga presentera eller utnyttja delar av andras arbeten som om de vore ens egna. Man bör uppge alla de källor som man har utnyttjat (Nyberg, 2000). Samtliga källor återgavs i både löpande text och i referenslistan och vi tog därmed hänsyn till refererade författares upphovsrätt.

Resultatdiskussion

De olika artiklar som valdes att ingå i arbetet, visade på att artikelförfattarna velat ha svar på olika frågor. Vi fann två huvudområden som vi tyckte stämde överrens med det vi eftersökte och vi har försökt beskriva arbetet utifrån dem. Egenförmågan var komplex och artikelförfattarnas olika resultat var därför inte alltid lämpliga att sammanföra, då de var olika och därav uppkom de underrubriker som resultatet redovisas i. Vi vill i resultatdiskussionen försöka visa på samband mellan de omvårdnadsteorier vi valt att ingå i arbetet, KASAM, Hälsomodellen och det resultat vi kommit fram till i vårt arbete.

Lundman och Norbergs (1993b) undersökning visade att en persons vilja att anstränga sig för att hantera sin sjukdom och undvika komplikationer hade samband med hur de upplevde känslan av sammanhang i det dagliga livet. Hur personer med diabetes klarade att leva med sin sjukdom, berodde på förmågan att lösa problem och copingstrategier. Hur de upplevde sin sjukdom hade samband med känslomässiga copingstrategier. Det fanns en koppling med ovanstående och Antonovsky (1991) beskrivning av copingförmåga samt upplevelse av hälsa.

Sambandet mellan en persons grad av känsla av sammanhang, hur personen upplever begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i livet. Lundman och Norberg (1993b) undersökning visade också att känslan av sammanhang hade betydelse för mönstret som det dagliga livet hanterades på. Antonovskys (1991) menade att en stark känsla av sammanhang var avgörande för framgångsrik hantering av stress i livet och därför hälsobevärande.

I Snellman och Wikblads (2006) artikel diskuterades olika teoretiska synsätt på hälsa. En grupp teoretiker ansåg att hälsa var avsaknad av sjukdom eller sjukdomssymtom, vilket innebar att om en person med sjukdomen diabetes hade otillfredsställande blodsockervärden ansågs personen i fråga inte ha hälsa. Andra teoretiker menade att hälsa hade att göra med möjligheten att fullfölja sina mål i livet, vilket innebar att en person kan uppleva hälsa trots sjukdom eller sjukdomssymtom. Antonovsky (1991) beskriver hälsa genom att istället ställa frågan "Varför har personen hälsa?"

Det fanns ingen garanti för lycka bara för att en person hade hälsa. Hälsa var förmågan att kunna genomföra egna viktiga mål i livet och var därigenom ett viktigt steg mot lycka. En person som hade dessa egenskaper ansågs ha både mental och fysisk hälsa. Psykiska såväl som fysiska faktorer kunde hindra en person från att nå sina mål.

Wikblad (1991) tog i sin undersökning upp det faktum att många personer med diabetes inte blev betrodda i att ta ansvar för sin egenvård och att de inte fick tillräckligt med stöd för att hantera den. Det kunde grunda sig i att sjukvårdspersonalen i sitt bemötande var alltför inriktade på den medicinska delen i vården och att den som var sjuk skulle göras frisk. Ett sådant synsätt var inte lämpligt när det handlade om att lära sig hantera en kronisk sjukdom. Förståelse och kunskap var av vikt när en person skulle leva med egenvården resten av sitt liv. Här menade Antonovsky (1991) att vårdpersonalen borde ha ett holistiskt synsätt för att kunna hjälpa. Det var viktigt att lära sig att förstå problemen runt sin sjukdom och att ha resurser för att hantera dem. För att lära sig hantera sin kroniska sjukdom på ett sätt som främjar hälsa och välbefinnande borde det finnas en stark lust att engagera sig i problemet.

Utifrån det resultat vi kommit fram till ser vi att vården kring personer med diabetes ofta är styrd utifrån ett synsätt där blodsockervärdet fungerar som utgångspunkt vid bemötandet. Det är viktigt att vårdgivaren ser till mer än enbart blodsockervärden. Man bör se den som är sjuk ur ett helhetsperspektiv för att kunna hjälpa till med att utveckla en bra egenvård. Nagelkerk et al. (2006) fann i sin studie att en person som har diabetes ville ha stöd av vården genom att uppmuntras till eget ansvar, vara stödjande i sjukdomen och ge positiv handledning. Ett positivt synsätt på hanteringen på diabetesmottagningar i dag är; Har man fått sjukdomen diabetes så har man också fått en chans till att kunna göra val och påverka sin tillvaro, till

skillnad ifrån många andra diagnoser. Det är få sjukdomar som kan bidra med något positivt, som diabetes kan, vilket stämmer överrens med Lundman och Norbergs (1993a) fynd att sjukdomen inverkar positivt på livet genom sundare vanor. Majoriteten av deltagarna i deras studie tyckte att de upplevde sin situation positivt. Med sundare livsvanor krävs att kost och motion tas på allvar, vilket oftast leder till förbättrad ämnesomsättning, viktnedgång och förbättrad kondition, som i sin tur ger bättre hälsa och välbefinnande i allmänhet. Vinsten ligger i förändringen, som troligen inte hade inträffat annars. Även Delmar et al. (2006) fann att personer med diabetes ville ha hjälp av vården genom stöd för att utveckla en bra självkontroll över sin sjukdom och för hanteringen i det dagliga livet. Wikblad (1991) studie visade också att stöd ifrån vården var viktigt för att bli sedd som en person bakom sjukdomen, det vill säga ur fysisk, psykisk och social synvinkel. Ett sådant synsätt bidrog till att individer blev starka och självständiga i sin egenvård. Vi anser att som vårdpersonal är det viktigt att ha med sig i vården, att olika faktorer i en persons liv kan ha stor betydelse för upplevelsen av välbefinnande.

Hjelm et al. (2005) visade i sin artikel på att egenförmågan hade samband med kultur och tron på hälsa och sjukdom. I undersökningen påtalades vikten av att ta hänsyn till individuella behov. För personer med avvikande kultur var upplevelsen av situationen annorlunda än vad den var för personer som hade svensk ursprung. Upplevelsen av situationen avgör hur den som är sjuk betar sig och vilka beslut som fattas enligt den socialpsykologiska hälsomodellen (Janz & Becker, 1984). Vi har kommit fram till att olika kulturer också medför olika syn på hälsa och sjukdom och därmed också kan vara en del man bör arbeta med i vården för att uppnå bättre egenförmåga. Tillvaron består av många olika delar. Hos personer med utländskt ursprung kan kultur och bakgrund skilja sig åt ifrån vad vi är vana vid här i Sverige. Vi anser att bemötandet i sociala situationer är viktigt. Bemötande kan uppfattas på ett sätt som skiljer sig ifrån vad vi är vana vid som infödda svenskar. En annan viktig faktor för att nå välbefinnande handlar om vad man ser som viktigt i tillvaron och hellre gör framför något annat. Vi tror att en situation av trygghet, vänligt bemötande och en välkomnande atmosfär, där vårdtagaren kan känna att det går bra att tala om hur det känns för just honom eller henne, kan bidra till att vårdpersonalen får den information som kan göra det möjligt att gå vidare. Det blir då lättare för vårdpersonalen att förstå, så att de kan förmedla kunskap på rätt sätt, så att den går att ta till sig och leva upp till.

Nagelkerk et al. (2006) fann i sin undersökning att personer med diabetes tog många beslut för att kunna hantera sin sjukdom baserat på kunskap, tro, attityd, resurser och sociala stöd. De menade att som sjukvårdspersonal var det viktigt att ta reda på vilka hinder som

upplevedes och vilka effektiva strategier som användes i egenvården. Detta var viktigt för att kunna hjälpa till med att skapa en realistisk egenvårdsplan. I artikeln betonas att det var viktigt att hålla ett patientcentrerat förhållningssätt som vårdpersonal.

Snellman och Wikblad (2006) samt Hjelm et al. (2005) ansåg att ekonomi var en betydande faktor som påverkade egenförmågan. Att leva med dålig ekonomi var ett begränsande krav som trots vilja många gånger var svårt att påverka. Denna faktor skapade stress och påverkade copingförmågan då situationen var svår att hantera (Medin & Alexanderson, 2000). Vi anser att ekonomi har en stor betydelse i tillvaron och kan vara orsak till spänningar och förändringar i tillvaron. Ett exempel på stora förändringar kan vara då familjesituationen påverkas. Vi vill framhålla förståelsen för de vårdtagare och anhöriga som lever under sådana här omständigheter. Att ha en kronisk sjukdom och samtidigt leva med dålig ekonomi ställer ytterligare krav på en personens och kan bira till ett sämre välbefinnande.

Arborelius, (2001) menade att Hälsomodellen var central i sjukdomsbeteendet eftersom upplevelsen av situationen avgjorde beteende och därmed beslut. Den var av stor betydelse hos personer med sjukdomen diabetes eftersom upplevelser av fördelar och nackdelar vägde tyngre än hotet från sjukdomen. Sambandet sågs också tydligt i bedömningen av det individuella blodsockervärdet, oro för komplikationer och alla de övriga faktorer som spelade in för betydelsen av välbefinnandet.

Betydande faktorer i egenförmågan som vi undersökte i det här arbetet var coping, begriplighet, hanterbarhet, meningsfullhet och tron på hälsa och sjukdom. (Medin & Alexanderson, 2000; Antonovsky 1991; Janz & Becker, 1984). De olika artikelförfattarna visade i sina undersökningar på att psykologiska faktorer stämde överrens med dessa och att påverkan från omgivningen styrde individen i sin sjukdomshantering på olika sätt. Det vi saknar i undersökningarna var påverkan från individuell motivation och samband med tron på ett högre väsen, som till exempel religion eller andra tänkbara individuella föreställningar som kan bidra positivt i egenvården. I genomgången av artiklarna uppfattade vi att en sådan aspekt inte alltid ifrågasattes eller att den undveks.

Lundman (1993a) och Veg et al. (2006)) undersökte egenförmågan utifrån olika karaktärer och kom fram till att det fanns samband mellan hur de olika grupperna använde sin förmåga och det resultat som nåddes. Resultaten byggde på fakta från undersökningen, och poängterade bland annat hur experterna hade den rätta förmågan för att nå ett gott resultat medan förlorarna var de som inte kunde lyckas med att kontrollera sin blodsockernivå. Snellman och Wikblad (2006) tog i detta sammanhang upp en intressant aspekt med mål som medel för att lyckas i sin egenförmåga. Utifrån denna undersökning var perfekta

blodsockervården inte enda möjligheten att nå ett gott resultat utan även en person med sämre resultat kunde lyckas med att nå målet.

I Paterson och Thorne's (2000) artikel diskuterades att många personer med diabetes upplevde att stöd ifrån personer som levt länge med sjukdomen diabetes, var värdefullt. Undersökningen förde fram en intressant aspekt i ljuset som skulle kunna utveckla diabetesvården, genom att personer ur de bägge grupperna, de som nyligen fått diagnosen och de som levt med sjukdomen länge, skulle få utbyta erfarenheter. Vi ser denna möjlighet, där en person som har erfarenhet skulle kunna ge råd och stöttning på ett sätt som inte skulle kunna gå att få från någon som inte själv har sjukdomen, som en möjlighet att utveckla diabetesvården.

Ämnesvalet i den här uppsatsen har samband med vår pågående specialistutbildning till distriktsjuksköterskor, och resultatet kommer att vara till hjälp i vårt framtida arbete.

Konklusion

I vårt arbete valde vi att ta reda på hur egenförmågan påverkade välbefinnandet. Det resultat vi kom fram till var att faktorer som coping, kunskap, mål, kontroll, depression, socialt stöd, stöd ifrån vården samt framtidstro utgjorde möjligheter och hinder för en person som hade sjukdomen diabetes. Coping, kontroll och mål hade samband med möjligheter där de fungerade. Att förhålla sig väl till sin sjukdom kunde ge kontroll och underlättade för att sätta upp mål i sin tillvaro. Socialt stöd visade sig utgöra en positiv faktor, men kunde också utgöra krav på individen. Framtidstro hade samband med att kunna leva ett gott liv med sin sjukdom, utan komplikationer och depression. Samtidigt fanns en parallell med oro för komplikationer som kunde skapa depression och orsaka att framtidstron försämrades eller förlorades. Kunskap beskrevs som en positiv faktor, men var inte enbart positiv då sättet den förmedlades på avgjorde om personen i fråga fick den till sig, förstod den och kunde använda den. Detta går hand i hand med hur stöder ifrån vården upplevs. Resultatet visade också på att välbefinnande mycket väl kunde nås utan att kunskap var avgörande. Vårdgivaren hade ett stort ansvar att bidra med kunskap och vägleda genom att se utifrån det sätt som bäst kunde hjälpa och stötta, det vill säga utifrån individens livsvärld.

Med det här arbetet vill vi visa på att kunskapen om skillnaderna i hanteringen av sjukdomen diabetes hos olika individer i sig, är ett medel som kan användas i vården för att nå fram till ett bättre välbefinnande. Många som har sjukdomen diabetes och besöker diabetesmottagningar i dag, vet inte alltid om att det finns andra personer med samma

problem, som tänker och känner annorlunda än de själva gör. Vetskapen om detta skulle kunna förändra livssituationen till det bättre.

REFERENSER

Agardh, C., Berne, C. & Östman, J. (2002). *Diabetes*. Stockholm: Liber.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.

Arborelius, E. (2001). *Varför gör dom inte som vi säger??* Stockholm: Nykopia Tryck AB.

Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Tavistock/ Routledge.

Carnevalli, D, L.(1984). *Diagnostic reasoning in nursing/Doris L.Carnevalli*. Philadelphia: Lippincott, cop. 1984.

Delmar, C., Böje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jakobsen, C., Möller, M., Sönder, H. & Pedersen, B. (2006). Independence/ dependence- a contradictory relationship? Life with a chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences sep, vol.20*, 261-268.

Dulong, J. & Poulsen, C. (1993). *Grundbok i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Garett, N., Hageman, C, M., Sibley, S, D., Davern, M., Berger, M., Brunzell, C., Malecha, D. & Richards, S, W. (2005). The Effectiveness of an Interactive Small Group Diabetes Intervention in Improving Knowledge, Feeling of Control and Behavior. *Health Promototion Practice*, 6 (3), 320-328.

Hellerström, C., Kaj, G., Dock, A., Cederqvist, E. & Wallberg-Henriksson, H. (2002). *Diabetes, forskningen, framstegen, framtiden, aktuell medicinsk forskning 2002*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Hjelm, K, G., Bard, K., Nyberg, P. & Apelqvist, J. (2005). Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (1), 47-59.

Hovellius, B. & Johansson, E. (red.). (2004). *Kropp och genus i medicinen*. Lund: Studentlitteratur.

- Jahren Kristoffersen, N. (red.). (1998). *Allmän omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Klang Söderkvist, B. (red.). (2001). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Kyrios, B., Nankervis, A., Reddy, P. & Sorbello, L.M. (2006). The Relationship of Depression to Treatment Adherence, Quality of Life and Health Outcomes in Type 1 Diabetes Mellitus. *E-Journal of Applied Psychology*, 2 (1), 3-14.
- Lundman, B. (1990a). Daily living and coping strategies in insulin-dependent diabetics: diagnostic reasoning in nursing /by Berit Lundman. Umeå: Univ., 1990.
- Lundman, B., Asplund, K. & Norberg, A. (1990b). Living with diabetes: Perceptions of well-being. *Research in Nursing & Health* 1990, 13, 255-262.
- Lundman, B. & Norberg, A. (1993a). Coping strategies in people with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 19 (3), 198-204.
- Lundman, B. & Norberg, A. (1993b). The significance of a sense of coherence for subjective health in persons with insulin-depend diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 381-386.
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 151-158.
- Nilsson, B. (2002). *Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv*. Umeå: Umeå universitet.
- Nyberg, R. (2000). *Skriva vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

- Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Paterson, B. & Thorne, S. (2000). Developmental Evolution of Expertise in Diabetes Self-Management. *Clinical Nursing Research*, Nov, 4, 402-419.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). *Nursing research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Company.
- Polonsky, W. (2002). *Diabetes hela livet*. Lund: Studentlitteratur.
- Raadu, G. (2006). *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården*. 2006. Stockholm: Liber.
- Rankin, S. & Duffy Stalling, K. (2001). *Patient education*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Ruderfelt, D. & Axelsson, L. (2004). Patientundervisning vid diabetes- faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor. *Vård I Norden*, 4, 9-14.
- Rydén, O. & Stenström, U. (1994). *Hälsopsykologi*. Stockholm: Bonnier utbildning AB.
- Sachs, B. (1992). *Vårdens etnografi* (1.uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Sigurardóttir, A, K. (2005). Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing Mars*, 14, 301-314.
- Snellman, I. & Wikblad, K. (2006). Health in patients with Type 2 diabetes: an interview study based on the Welfare Theory of Health. *Scandinavian journal of Caring Sciences Dec*, vol.20, 462-471.
- Socialstyrelsen. (2005). Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus – Version för beslutsfattare. *Folkhälsorapport 2005*, diabetes, tematiska översikter och analyser.

Veg, A., Rosenqvist, U. & Sarkadi, A. (2006). Self- management profiles and metabolic outcomes in type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 44-54.

Wikblad, K. (1991). Patient perspectives of diabetes care and education. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 837-844.