

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2013:7

En helt ny vardag
Upplevelsen av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2

ISABELL ERLANDSSON
JENNY JOHANSSON



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Examensarbetets titel:	En helt ny vardag – Upplevelsen av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2
Författare:	Isabell Erlandsson & Jenny Johansson
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	SSK07
Handledare:	Lennart Boman
Examinator:	Marianne Johansson

Sammanfattning

En del av behandlingen vid diabetes typ 2 är att genomföra livsstilsförändringar som ökad fysisk aktivitet och förbättrad kosthållning. Att sköta sjukdomen är viktigt för att inte riskera framtida komplikationer och därför läggs stor vikt på patientens eget ansvar. Sjuksköterskans uppgifter är att motivera, stödja och undervisa patienten, samt se till att vårdrelationen blir en vårdande relation där patienten känner trygghet. Syftet med studien är att beskriva vuxna personers upplevelser av att göra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2. Studien är en litteraturstudie, där data utgörs av tio kvalitativa vetenskapliga artiklar. Resultatet presenteras i tre teman; *Påverkan i vardagen*, *Emotionella upplevelser* och *Sjukvårdens roll*. Det upplevdes som en stor utmaning att anpassa sig till en ny situation. Närstående hade en central roll och upplevdes både som stöttande och som ett hinder. Stöd från sjukvårdspersonal bidrog till att det upplevdes lättare att lyckas med livsstilsförändringar. Kunskapsbristen var utbredd och ledde till svårigheter med att lyckas integrera förändringar. För att integrera livsstilsförändringar krävs ett personligt bemötande från sjuksköterskan där hon ser till personens livsvärld.

Nyckelord: *Diabetes typ 2, livsstilsförändring, upplevelse, sjuksköterska, lidande och kvalitativ*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Patofysiologi och orsaker till diabetes typ 2	1
Behandling	2
Komplikationer	3
Människan	3
Lidande	3
Livsvärld	4
Sjuksköterskans roll	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Datainsamling	6
Dataanalys	7
RESULTAT	7
Påverkan i vardagen	8
Att anpassa sig för andra	8
Att ta kontroll	9
Emotionella upplevelser	10
Att känna rädsla	10
Att uppleva en inre kamp	11
Upplevelsen av sjukvården	11
Stöttning	11
Brist på kunskap	12
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Stöd och anpassning	14
Information	16
Acceptans	17
SLUTSATSER	18
REFERENSER	19
Bilaga 1. Redovisning av sökord.	24
Bilaga 2. Översikt analyserade artiklar.	25

INLEDNING

Under vår utbildningstid har vi träffat flertalet patienter som lider av diabetes typ 2. Eftersom sjukdomen har ett samband med felaktiga kostvanor och fysisk inaktivitet är livsstilsförändringar en viktig del i behandlingen. Vi har reflekterat över att det som verkar vara mest utmanande för patienten är att skapa nya vanor och rutiner samt integrera dessa i vardagen. Vi har även funderat kring hur vi som sjuksköterskor kan motivera dem till en hälsosammare livsstil. För att skapa förståelse för deras situation vill vi undersöka hur patienter upplever de livsstilsförändringar diabetes kräver.

BAKGRUND

Diabetes typ 2 anses vara en riskfaktor för kardiovaskulära sjukdomar som idag är den vanligaste dödsorsaken i det moderna samhället. Det innebär att risken att dö i förtid ökar vid diabetes. Att snabbt upptäcka och behandla diabetes minskar risken för komplikationer i framtiden. Eftersom livsstilen har stor påverkan på sjukdomen är egenvård en central del av behandlingen (Fletcher, Gulanick & Lamendola 2002, s. 17).

Patofysiologi och orsaker till diabetes typ 2

Vid intag av glukos stimuleras betacellerna i pankreas till att producera och frisätta hormonet insulin. Insulin möjliggör för kroppens celler att ta upp glukos och därmed sänka blodsockernivån. Vid diabetes typ 2 drabbas kroppen av insulinresistens, vilket innebär att det krävs en högre mängd insulin för att förhindra blodsockernivån från att stiga jämfört med tidigare. Vid insulinresistens kan kroppen till en början hålla en jämn glukosnivå, på grund av ökad insulinproduktion. Detta leder till att personen drabbas av hyperinsulinemi. När denna kompensationsmekanism pågår under en längre period blir betacellerna uttröttade och deras förmåga att producera insulin blir gradvis sämre. Patienten har drabbats av diabetes typ 2 (Grefberg & Johansson 2007, ss. 350-357).

Enligt Fletcher, Gulanick och Lamendola (2002, s. 18) har ärftliga faktorer betydelse för utvecklandet av diabetes typ 2. I dagsläget vet forskarna att insulinresistensen kan påverkas i rätt riktning genom regelbunden fysisk aktivitet och viktnedgång vid övervikt. Följaktligen får fetma och stillasittande räknas som riskfaktorer för att

utveckla diabetes typ 2. Enligt Nationella Diabetesregistrets årsrapport från 2011 (2011, s. 22) lider 80 procent av alla typ 2-diabetiker av övervikt eller obesitas. Berne och Björntorp (2005, ss. 162-163) menar att bukfetma troligtvis spelar en central roll vid diabetes typ 2. Fettdepåerna i bukhålan har ett känsligt system för att frigöra fett och därmed frisätts en ökad mängd fria fettsyror. Resultatet blir ökade lipidhalter, hyperglukemi och hyperinsulinemi. Stress anses också vara en orsak, då den kan leda till bland annat rubbade kortisolvärden, som kan leda till insulinresistens och därmed diabetes. Även rökning har visat sig medföra ökad insulinresistens.

Behandling

Enligt Nationalencyklopedin (2013) betecknar termen livsstil ett beteendemönster bestämt av personliga egenskaper, motiv och värderingar. Fletcher, Gulanick och Lamendola (2002, s. 17) menar att livsstilen påverkar sjukdomen, och att människor i det industrialiserade samhället har en större risk att drabbas. Enligt Statens Folkhälsoinstitutets levnadsrapport (2011, s. 28) uppger cirka 50 procent av svenska kvinnor och män i åldrarna 16-84 år att de har någon ohälsosam levnadsvana och enligt WHO's World Health Statics (2012, s. 6) har förekomsten av obesitas i världen närmare fördubblats mellan åren 1980 och 2008. Förekomsten av diabetes är beräknad att fördubblas till år 2030 (Wild, Roglic, Green, Sicree & King 2004, s. 1050).

Livsstilsförändringar uppges enligt världshälsoorganisationen WHO (2013) vara den effektivaste behandlingen för att förebygga samt förlänga debuten av diabetes typ 2. För att uppnå en hälsosam livsstil rekommenderas regelbunden fysisk aktivitet minst 30 minuter dagligen, ett normalt BMI, en sund kosthållning med minskat socker- och fettintag samt att undvika rökning. Dessa livsstilsförändringar minskar insulinresistensen och ger även en positiv effekt på blodtryck och kolesterol (Fletcher, Gulanick & Lamendola 2002, s. 21).

När kost och motion inte är tillräckligt som behandling för att reglera blodsockernivån krävs farmakologisk behandling som orala antidiabetika. All läkemedelsbehandling ska ske individuellt och se till patientens önsknings, ålder och till vilken grad läkemedelsbehandling påverkar patientens kvalitet på livet. Många patienter klarar inte

av att hålla en stabil glukoskontroll och kan då kräva insulinbehandling (Tierny 2012, ss. 234-236).

Komplikationer

En viktig del i diabetesvården är att reglera blodsockret och se till att det hålls på en jämn nivå. Om blodsockret är ostabilt under en längre period ökar risken att drabbas av sena komplikationer som retinopati, nefropati och neuropati. Vid retinopati uppstår förändringar på ögats näthinna som kan leda till nedsatt syn och blindhet. Nefropati betyder att det uppstår förändringar i njurens blodkärl, vilket kan leda till njursvikt. Neuropati drabbar de små blodkärlen i hjärnan och perifera nerver och kan leda till nedsatt känsel i extremiteter (Almås 2012, ss. 505-506). Eliasson, Lindahl, Lundberg och Stegmayr (2003) menar att risken för kardiovaskulär sjukdom är kraftigt förhöjd vid diabetes. I en undersökning framgick det att det är fyra till sex gånger större risk att drabbas av stroke om du lider av diabetes jämfört med personer utan diabetes. Att drabbas av komplikationer som ger följsjukdomar kan orsaka ett lidande hos patienten, och lidanden riskerar att bli centralt i människans liv.

Människan

Lidande

Sjuksköterskan har enligt ICN:s etiska kod (2007, s. 3) som skyldighet att lindra lidande. Enligt Wiklund (2003, ss. 102-108) finns det tre former av lidande. Dessa är sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande innebär de fysiska symtomen vid sjukdom men också de begränsningar i vardagen sjukdomen medför. Begränsningar kan vara att mäta blodsockret, ta mediciner och att drabbas av diabetessår och nedsatt syn. Vårdlidande är ett lidande orsakat av en behandling eller brister i vården. Choe, Padilla, Chae och Kim (2001, ss. 676-677) har undersökt hur nöjda diabetespatienter är med kvalitén på livet. Många personer upplever negativa tankar om framtiden, komplikationer och känslor av hjälplöshet inför sjukdomen. De upplever att vardagen har förändrats och de uttryckte en ilska att ha drabbats av diabetes. Wiklund (2003, s. 105) beskriver att livslidande är det lidande som hänger ihop med människans hela existens, och vid sjukdom kan existentiella frågor väckas hos

patienten. Lidandet uppstår därför att människans upplevelse av den personliga identiteten hotas och kontrollen förloras (Wiklund 2003, s. 101).

Livsvärld

I vårdvetenskapen benämns begreppet livsvärld som den verklighet vi upplever genom våra kroppar. Den subjektiva kroppen är kroppen en människa lever i och det är genom den vi skapar en bild av oss själva och vår omgivning. I dagens samhälle läggs stor vikt vid kroppen, dess kvalitet och utseende. Att drabbas av en kronisk sjukdom som diabetes förändrar livet och därmed förändras även människans upplevelse av sig själv och dess livsvärld. Det kan även innebära att vår omgivning börjar behandla oss annorlunda och detta påverkar således vår sociala identitet. Människan är sin kropp och verkar i världen genom den, omvärlden och sociala relationer påverkar därför vår livsvärld (Wiklund 2003, ss. 48-58). Dahlberg och Segesten (2010, s. 118-128) menar att närstående alltid ingår i ett livsvärldsperspektiv och att de därför bör inkluderas vid sjukdom.

Kneck, Klang och Fagerberg (2011, s. 561) har undersökt hur diabetespatienter upplever tillvaron två månader efter att de blivit diagnostiserade. Resultatet visar att vardagen förändrats radikalt och att en ny verklighet uppenbarades för personerna. Förutom den förändrade vardagen blev synen på den egna kroppen förändrad och den krävde mer uppmärksamhet. Kroppen blev en central del i livet för deltagarna och krävde fokus på ett sätt som den inte gjort tidigare.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan har fyra riktlinjer att följa och dessa beskrivs i ICN:s etiska kod (2007, s. 3). De fyra anvisningarna är att främja hälsa, återställa hälsa, lindra lidande och förebygga sjukdom. För att göra detta krävs det att sjuksköterskan stödjer och undervisar patienten. I sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen 2005, s. 11) står det att patienten ska informeras och undervisas så att de förstår den givna informationen. Diabetes typ 2 är till stor del en egenvårdssjukdom där patienten behöver stöttning av sjuksköterskan. Socialstyrelsen (2011, ss. 60-61) rekommenderar att hälsofrämjande samtal används vid mötet med dessa patienter. Ett sådant samtal innebär

att sjuksköterskan stödjer individens möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och ger patienten en central roll i sin vård och hälsoutveckling.

Socialstyrelsen (2011, ss. 60-61) menar att det är en balansgång att försöka motivera patienten utan att kränka dennes integritet. Om sjuksköterskan inte möter patienten med ett hälsofrämjande förhållningssätt riskerar vi att utsätta patienten för lidande genom att skapa obehag och skuld känslor. De menar också att om sjuksköterskan ställer för stora krav på individen vid en livsstilsförändring kan det innebära att patienten reagerar med en försämrad självförtroende, och därmed uppnås inga beteendeförändringar och ohälsa skapas.

För att undervisning och stöttning ska kunna ske på bästa möjliga sätt måste relationen mellan sjuksköterska och patient vara väl fungerande. Wiklund (2003, s. 155) menar att vårdrelationen är en väsentlig del i vårdandet och ger patienten möjlighet att beskriva känslor och uttrycka behov. I en fungerande vårdrelation är lärandet ett viktigt begrepp. Att lära handlar om hur patienten tar till sig informationen, bearbetar den och gör den till sin egen och inte om att lära sig den utantill (Wiklund 2003, s. 151). Om sjuksköterskan ska stödja patienten att genomföra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2 krävs att relationen blir en vårdande relation, där fokus ligger på patienten och dennes behov av vård.

PROBLEMFÖRMULERING

Diabetes typ 2 är till stor del en sjukdom där livsstilen kan påverka om du drabbas eller inte. Diabetes kan orsaka ohälsa och skapa svåra följsjukdomar i framtiden. Vid god glukoskontroll, rätt kosthållning och fysisk aktivitet minskar risken för komplikationer.

Att drabbas av diabetes typ 2 i vuxen ålder är en omställning för personen. Det är till stor del en egenvårdssjukdom, där krav ställs på patienten att ansvara för sin livsföring. Sjukvården, i synnerhet sjuksköterskor, har ansvar för att undervisa patient om behandling, samt motivera dem till en hälsosam livsstil. Genom att öka förståelsen för hur dessa patienter upplever förändringar i livsstilen, möjliggör det för sjuksköterskan att bemöta patienterna på bästa sätt.

SYFTE

Att beskriva vuxna personers upplevelse av att göra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2.

METOD

Författarna har valt att göra en litteraturstudie utifrån Axelssons (2012, ss. 203-219) modell. En litteraturstudie görs för att sammanställa kunskap inom ett område på ett adekvat sätt och kan bygga på både kvalitativa och kvantitativa artiklar (Axelsson 2012, ss. 204-205).

Datainsamling

Inledningsvis gjordes en pilotsökning i databasen Cinahl för att undersöka om det fanns vetenskapliga artiklar inom området. Enligt Axelsson (2012, s. 208) är pilotsökning en fritextsökning utan begränsningar och en bra metod för att komma vidare med sökningen. Lämpliga sökord valdes ut genom att studera ämnesorden på de funna artiklarna och därefter gjordes en ny sökning med dessa. För att få ett lämpligt resultat av artiklar formulerades inklusionskriterier. Artiklarna skulle endast behandla män och kvinnor över arton år som lever i ett västerländskt samhälle samt vara publicerade senare än 2000. Artiklarna ska vara peer-reviewed, ha ett abstract och endast behandla diabetes typ 2. Sökningarna har inkluderat både kvalitativa och kvantitativa artiklar, dock innefattar resultatet endast kvalitativa artiklar, då dessa passar syftet för litteraturstudien.

De databaser som har använts under datainsamlingen är Cinahl och Pubmed. Framst har sökningen skett i Cinahl och sedan kompletterats i Pubmed. Sökningarna i Pubmed gav dock inga resultat som inte redan hittats i Cinahl och redovisas därför inte. Sökningarna har utförts i februari-mars 2013. Sökorden redovisas i Bilaga 1.

När sökningen var utförd hade textförfattarna funnit sju artiklar som passade syftet. Då några artiklar var återkommande under olika kombinationer av sökord har de redovisats

flera gånger i tabellen under ”Antal artiklar som inkluderats”. Därefter utfördes en manuell sökning där ytterligare tre artiklar hittades. En manuell sökning innebär att referenslistan i en artikel studeras för att hitta nya artiklar som borde vara med i studien (Axelsson, 2012, s. 211). Totalt hittades 10 lämpliga artiklar som kvalitetsgranskades enligt Fribergs (2006, s. 119) modell. Ingen av artiklarna ansågs brista i kvalitet och samtliga användes därför i resultatet.

Dataanalys

Artiklarna bearbetades och analyserades utifrån modellen Axelsson (2012, s. 212) presenterar. Inledningsvis läste författarna igenom samtliga artiklar för att skapa en uppfattning kring innehållet. För att få en klar bild av vad artiklarna handlade om skrevs nyckelord och kommentarer i marginalen. Syfte, metod, urval och resultat från varje artikel sammanfördes i en tabell för att skapa en översikt (Bilaga 2). Vid bearbetning av artiklarna fann författarna att fyra teman framgick och för att skapa struktur markerades textstycken med färgpennor för de olika temana. Slutligen slogs två teman ihop och bildade till sist de tre huvudteman som utgör resultatet. Varje huvudtema delades därefter in i två subteman.

RESULTAT

Studiens resultat är indelat i tre teman och sex subteman. Dessa redovisas i tabell 1. Temat *Påverkan i vardagen* beskriver upplevelsen av att integrera livsstilsförändringar i vardagen. Att göra livsstilsförändringar ger upphov till många känslor och dessa beskrivs i temat *Emotionella upplevelser*. Sjukvården har en betydande roll för diabetikern och detta speglas i temat *Upplevelsen av sjukvården*.

Tabell 1

Teman	Subteman
Påverkan i vardagen	<ul style="list-style-type: none"> • Att anpassa sig för andra • Att ta kontroll
Emotionella upplevelser	<ul style="list-style-type: none"> • Att känna rädsla • Att uppleva en inre kamp
Upplevelsen av sjukvården	<ul style="list-style-type: none"> • Brist på kunskap • Stöttning

Påverkan i vardagen

Att anpassa sig för andra

Att försöka integrera livsstilsförändringar i vardagen är en krävande uppgift som ofta involverar både familj och släktingar (Hörnsten, Sandström & Lundman 2004, s.178). Ahlin och Billhult (2011, s. 43) har studerat tio kvinnors upplevelser av livsstilsförändringar vid diabetes. Att äta tillsammans med familjen upplevdes som en utmanande situation för en del av kvinnorna. Familjen föredrog mat som inte var lämplig för diabetiker och detta användes som en ursäkt för att fortsätta med ohälsosamma matvanor. Speciella sammanhang som födelsedagar, restaurangbesök och semesterresor upplevdes som ett hinder i vardagen. Vid dessa tillfällen kände sig kvinnorna annorlunda och att de inte passade in eftersom kosten inte var anpassad efter dem.

Johansson, Ekebergh och Dahlberg (2008, s. 200) beskriver att deltagarna insåg att framtida aktiviteter var tvungna att planeras. Spontana aktiviteter var inte längre aktuella, vilket skapade en känsla av brist på autonomi. Även Gutschall, Onega och Wright (2011, s. 185) har kommit fram till att sociala sammanhang var utmanande för deltagarna och de menar att relationer påverkar livsstilsförändringar både positivt och negativt. Stöd från närstående gjorde det lättare för diabetikern att upprätthålla en diet, medan de som hade en mindre stöttande familj hade svårare att anpassa kosten. Jutterström, Isaksson, Sandström och Hörnsten (2012, s. 49) beskriver att stöd från

närstående uppmuntrar deltagarna att upprätthålla livsstilsförändringarna under en längre period i livet. Även Kneck, Klang och Fagerberg (2012, s. 2490) beskriver att stöd från vänner och familj gav deltagarna ökat självförtroende. Johansson, Ekebergh och Dahlberg (2008, s. 200) beskriver däremot att personerna upplevde att vänner och släktingar började bete sig annorlunda efter att de fått diagnosen. De fick uppmärksamhet som de inte fått tidigare och närstående ville ta hand om personen på ett sätt som gjorde deltagarna frustrerade.

Att ta kontroll

Kneck, Klang och Fagerberg (2012, s. 2488) betonar betydelsen av att ta kontroll över sjukdomen och integrera den i vardagen. Att acceptera sjukdomen var ett sätt att ta kontroll, men detta upplevdes som problematiskt för många. Att inse att livet inte kommer bli som förut var en lång process som skedde gradvis. Deltagarna beskrev att de kände sorg över att livet inte blev som tänkt, men att det nya livet hade potential att fungera. Denna insikt gjorde att de hade lättare att acceptera livsstilsförändringarna (Johansson, Ekeberg & Dahlberg 2008, s. 201). Några deltagare beskrev också att de till slut tvingades att acceptera sjukdomen och försöka organisera livet på ett sätt som varken störde dem själva eller närstående (Gillibrand & Flynn 2001, s. 506). Hörnsten, Sandström och Lundman (2004, s. 178) menar att när deltagarna accepterade sjukdomen hjälpte det dem att integrera livsstilsförändringar i vardagen. Att komma till insikten att den enda som kan förändra sjukdomen är deltagaren själv gav dem styrkan att genomföra livsstilsförändringar. De insåg att kost och fysisk aktivitet var ett sätt att kontrollera sjukdomen och även ett sätt att förändra framtiden och sjukdomsförloppet.

Att implementera förändringarna i vardagen kräver rutiner och struktur (Jutterström et al. 2012, s. 48). Nya rutiner gav en känsla av kontroll och trygghet för många. Ett schema för fysisk aktivitet var vanligt förekommande och hjälpte dem att utföra motionen. En god förståelse för kost, motion och läkemedel skapade ett lugn hos personerna och hjälpte dem att skapa en rutin i livet där det nya beteendet kunde inkorporeras (Whittemore et al. 2002, s. 21). Gutschall, Onega och Wright (2002, s.185) beskriver att livsstilsförändringar upplevdes som en livlina, och utan rätt kost och kontroll på blodsockret kände sig deltagarna osäkra.

Mamhidir och Lundman (2004, s. 14) menar dock att inte alla upplevde det lätt att skapa en ny rutin i vardagen. De som fortsatte med ohälsosamma vanor trots bättre vetande kände en frustration och skam över att inte ta hand om sig själv. De var inte redo för förändring och till slut blev de insatta på insulin. Att få insulinbehandling gav dem en känsla av frihet och självständighet och de behövde inte längre kontrollera vad de åt.

Emotionella upplevelser

Att känna rädsla

Flertalet artiklar beskriver att deltagarna känner sig rädda för framtiden på grund av de komplikationer de riskerar att drabbas av. Hörnsten, Sandström och Lundman (2004, s. 179) menar att några deltagare beskrev framtiden som hotfull. De vågade inte planera för den, utan tog en dag i taget. Mamhidir och Lundman (2004, s. 14) kommer fram till att många diabetiker som levt med diabetes under en längre period och som misskött sjukdomen kände rädsla och oro över komplikationer. Att ha familjemedlemmar eller andra närstående som drabbats av diabeteskomplikationer upplevdes av deltagarna som skrämmande. De beskrev den känslan som en tung och otäck upplevelse som genomsyrande livet (Gutschall, Onega & Wright 2011, s. 183; Jutterström et al. 2012, s. 48). Trots rädslan för komplikationer var det inte alla som såg den som en motivation till att göra livsstilsförändringar. Däremot motiverade rädslan en del av deltagarna till att genomföra en förändring i livet. Insikten att de kan drabbas av synförlust eller amputation om de inte påbörjar en förändring sågs som en vändpunkt i egenvården. De uttryckte rädsla för att dö ifrån människor som förlitade sig på dem (Jutterström et al. 2012, s. 48; Whittemore 2002, s. 21).

Även vetskapen om att de måste förändra sin livssituation skapade rädsla. Insikten att de nu levde med en kronisk sjukdom som de behövde anpassa vardagen efter upplevdes som en känslomässig kamp (Mamhidir, 2004, s. 14). Några deltagare upplevde också rädsla för tablettbehandling och insulin (Gutschall, Onega & Wright 2011, s. 183).

Att uppleva en inre kamp

Whittemore, Chase, Mandle och Roy (2002, ss. 21-22) har undersökt hur livsstilsförändringar integreras i vardagen. Att ge efter för frestelser i vardagen gav blandade känslor. Till en början gav det njutning och tillfredsställelse, medan negativa känslor som skuld uppstod efter ett tag. De menar därmed att det blir en inre kamp att genomföra de livsstilsförändringar som krävdes. Personerna beskrev att välbehag var en viktig faktor i att göra livsstilsförändringar. Om de kände sig nöjda med maten hjälpte det dem att motstå frestelser och därmed fortsätta med en hälsosammare vardag.

Även Ahlin och Billhult (2011, s. 44) beskriver hur livsstilsförändringar upplevs som en inre kamp. Viljan att äta och motionera rätt finns hos deltagarna men när frestelsen infinner sig är den för stark för att undvika. Deltagarna jämförde upplevelsen med drogmissbruk. Att fuska med motion och kost skapade en stor oro och ångest. Deltagarna berättade att det var utmanande för dem att utesluta mat som de tidigare tyckt om, att minska på portionsstorleken och att äta på regelbundna tider. Kvinnor upplevde att den svåraste förändringen var att undvika sötsaker, medan flertalet män upplevde att det var extra svårt att minska intaget av alkohol och cigaretter (Frandsen & Kristensen 2002, ss.78-79).

Kvinnliga deltagare beskriver att det är en kamp i sig att vara både fru, mamma och diabetiker. De upplevde att de inte hade någon tid för sig själva och att både man och barn kom på första plats. Att deras egen hälsa kom på sista plats skapade en känsla av förtvivlan hos kvinnorna (Ahlin & Billhult, 2011, s. 43).

Upplevelsen av sjukvården

Stöttning

Både Mamhidir och Lundman (2004, s. 15) och Gutschall, Onega och Wright (2011, s. 185) kom i resultaten fram till att patienterna upplevde att de hade en god relation till sjukvården. Emellertid visar Frandsen (2002, ss. 78-79) att sjuksköterskan reagerade negativt när patienterna ville diskutera svårigheter med att följa kostråd. De upplevde att de inte fick det stöd de behövde när de var oroliga eller hade funderingar angående kost och motion.

Mamhidir (2004, s. 15) menar att det är viktigt för patienterna att relationen med sjuksköterskan är fungerande. Att kunna föra ärliga samtal och mötas av förståelse utan att skuldbeläggas upplevdes som stärkande. Upplevelsen av att bli bekräftad av sjuksköterskan ledde till ett ökat självförtroende som hjälpte patienterna att klara av livsstilsförändringarna. Även Gutschall, Onega och Wright (2011, s. 185) menar att stöd från sjukvården uppmuntrade patienterna till att genomföra förändringar. Regelbunden kommunikation är viktig och vetskapen om att någon finns där är tröstande. Jutterström et al. (2012, s. 48) menar däremot att sjuksköterskan inte kan ge kraft till förändringar. Motivationen måste komma inifrån patienten och besluten kan inte påverkas av någon annan. Det betonas att ansvaret för att utföra livsstilsförändringarna ligger hos patienten, och om inte viljestyrkan finns kan ingen annan påverka dem.

Brist på kunskap

Hörnsten, Sandström och Lundman (2003, s. 179) menar att patienterna fick information från sjukvården, men att den upplevdes som bristfällig. Deltagarna fick själva söka upp information om sjukdomen, medicinering och kostförändringar. Även Frandsen och Kristensen (2002, s. 78) menar att informationen var otillräcklig och av dålig kvalitet. Undervisningen brast gällande att förklara vad diabetes typ 2 innebar och hur den förskrivna medicinen verkade. De lyfter också fram att informationen inte upplevdes som anpassad för individens enskilda behov utan att den var standardiserad. En del tyckte att anledningarna till varför de behövde göra livsstilsförändringar inte hade förklarats. Dessa faktorer bidrog till att personerna fick söka sig till andra kunskapskällor utöver sjukvården.

Även Gutschall, Onega och Wright (2011, s. 185) menar att deltagarna upplevde ett missnöje. Samtliga uttrycker att det var överväldigande att få diagnosen diabetes och att den information de fick i början till viss del glömdes bort. De önskade därför regelbunden information, undervisning två gånger om året, tid till att ställa frågor samt att få chansen att öva på att kontrollera blodsockret. Informationen som ges vid diagnosen fokuserar för mycket på livsstilsförändringarna som måste göras, som viktnedgång och kostomläggning, istället för information om vad diabetes innebär och

vilka komplikationer det kan få i framtiden (Frandsen & Kristensen 2002, s. 78; Gillibrand & Flynn 2001, s. 505; Gutschall, Onega & Wright 2011, s. 185).

Gillibrand och Flynn (2001, s. 505) visar i sitt resultat att denna brist på kunskap skapade problem för deltagarna, då en del inte förstod sambandet mellan glukosvärde och senkomplikationer. De visste att de måste mäta blodsockret, men insåg inte varför. Flertalet trodde att anledningen endast var för att undvika hypoglykemi. Deltagarna uppger att de inte fått tillräckligt med information från sjukvården för att kunna utföra egenvård, då de hade svårt att relatera till de råd som gavs. Whittemore et al. (2002, s. 21) menar att om deltagarna fick undervisning som ökade medvetandet kring kost- och träningsbeteende bidrog det till att de kunde integrera nya beteenden och livsstilsförändringar i sin vardag.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Eftersom syftet för litteraturstudien är att beskriva personers upplevelse av att göra livsstilsförändringar är studien endast baserad på kvalitativa artiklar. Textförfattarna anser att detta var ett lämpligt val av metod relaterat till den tidsbegränsning som fanns. En empirisk studie hade kunnat besvara syftet djupare, men kräver tid och resurser som textförfattarna inte förfogade över. För att genomföra studien valdes Axelssons (2012, ss. 203-219) metod, då den lämpar sig för litteraturstudier på kandidatnivå.

Litteraturstudien är baserad på tio artiklar och detta kan upplevas som få. För den tidsram litteraturstudien har skrivits på skulle fler än tio artiklar bli för många. Kvalitetsgranskningen skulle riskera att bli bristfällig och resultatet skulle därmed inte vara tillförlitligt. Samtliga artiklar har bedömts som lämpliga för studiens syfte och har granskats utifrån Fribergs (2006, s. 119) modell. Därmed garanteras en hög vetenskaplig nivå, vilket styrker studiens resultat. I urvalet förekommer ett antal artiklar som publicerades för över tio år sedan, vilket kan upplevas som inaktuellt. Författarna anser dock att personers upplevelser inte kan betraktas som föråldrade då det handlar om kvalitativ forskning. Däremot är det en möjlighet att sjukvårdens rutiner för

undervisning har förändrats då nya riktlinjer har publicerats, vilket skulle påverka resultatet under temat *Upplevelsen av sjukvården*.

Sex artiklar är skrivna av svenska författare och har undersökt diabetespatienter på svenska sjukhus och vårdcentraler. Att majoriteten av artiklarna är svenska kan ses både som en svaghet och en styrka. Det kan vara fördelaktigt eftersom det är i Sverige textförfattarna kommer att vara verksamma, och studien kommer läsas av svenska sjuksköterskor. Då resultatet visar hur svenska diabetespatienter upplever livsstilsförändringar är det anpassningsbart till vår framtida arbetsplats. Svagheten är att resultatet inte fångar eventuella kulturella skillnader.

En inklusionskriterie var att urvalsgruppen i artiklarna endast skulle innehålla personer med diabetes typ 2. En artikel i resultatet behandlar dock både typ 1- och 2 diabetes och det är möjligt att detta har inverkan på resultatet. Textförfattarna anser dock att det gick att urskilja vilka delar av artikelns resultat som behandlade diabetes typ 2 och bedömer därmed att denna artikel inte påverkar resultatets tillförlitlighet. En av artiklarna i litteraturstudien behandlar endast kvinnor. Textförfattarna har bedömt att detta bidrar till att skillnader mellan män och kvinnor blir lättare att urskilja, och skapar därför inget problem för studiens trovärdighet.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att begrepp som stöd, anpassning, information och acceptans var centrala i upplevelsen av att göra livsstilsförändringar. I resultatdiskussionen lyfter textförfattarna fram de resultat som upplevs som mest betydande och belyser hur resultatet kan användas inom vårdandet.

Stöd och anpassning

Det framkommer att närstående har en betydande roll för patienten och dennes upplevelse av att genomföra livsstilsförändringar. När patienten delar vardagen med andra påverkar livsstilsförändringarna inte enbart patienten utan även familjen. Textförfattarna har reflekterat över att det fanns skilda uppfattningar hos män och

kvinnor angående stöd från anhöriga. Till skillnad från män upplever kvinnor ett bristfälligt stöd från närstående. Kvinnor anser att familjen, framför allt maken, inte har förståelse för de livsstilsförändringar som är nödvändiga att göra. I en studie av Wong, Gucciardi, Li och Grace (2005, s. 217) undersöks könsskillnader mellan typ 2-diabetiker i hemmet. Det beskrivs att kvinnor generellt har ett större ansvar för hushållsarbete och stöttar maken aktivt genom matlagning och uppmuntran. Männerna stöttar däremot inte kvinnorna till lika stor grad och kvinnorna fick därmed söka sig utanför familjen för stöd.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen 2005, ss. 10-12) betonar att närstående ska involveras i vårdandet, både gällande delaktighet och undervisning. Det framkommer dock inte i resultatet att de har blivit involverade. Att lägga större vikt vid närstående kan därför vara en god idé för att öka förståelsen hos dem beträffande betydelsen av livsstilsförändringar. Att involvera närstående kan förhoppningsvis bidra till att diabetikern upplever ett ökat stöd från dem, och att anpassningen till en ny vardag blir enklare. SBU's utvärdering av patentutbildning vid diabetes (2009, s. 177) understryker dock att det finns etiska problem att ta ställning till när anhöriga ska involveras, då hänsyn måste tas till patientens integritet och självbestämmande. Textförfattarna anser givetvis att medgivande krävs från patienten innan anhöriga involveras.

Att motivation endast kan skapas av patienten och är oberoende av sjuksköterskans undervisning och stöd belyses av en artikel i resultatet. Textförfattarna ställde sig frågande till detta då det sade emot de övriga resultaten. Rätt sorts stöd från sjukvården har bevisats bidra till ökad motivation och lyckade livsstilsförändringar i ett flertal studier (Robertson 2012, s. 229). Syftet i den avvikande studien var att beskriva vändpunkter i egenvården som ledde till att deltagarna insåg behovet av livsstilsförändringar. Detta kan vara en anledning till det skilda resultatet. Att uppleva motivation inifrån är centralt för att kunna förändras, och om deltagarna redan hade lyckats integrera livsstilsförändringar i vardagen behövdes inte stödet från sjuksköterskan i samma utsträckning. De hade således redan nått till den punkt där motivationen endast kom inifrån.

Information

Resultatet visar att deltagarna tycks uppleva en kunskapsbrist som försvårar livsstilsförändringarna. Att få anpassad information upplevdes som viktigt, och att detta saknas gör att deltagarna hade svårigheter att relatera till kostråden som gavs och integrera dessa i sitt liv. Detta styrks i en studie av Pooley, Gerrard, Hollis, Morton och Astbury (2001, s. 323), som menar att effektiv egenvård endast kan uppnås när patienten känner makt över den behandling de erbjuds. Som ett exempel nämns individualisering av information. För att sjuksköterskan ska kunna individualisera information anser textförfattarna att en god vårdrelation med patienten är nödvändig. Wiklund (2003, s. 156) menar att den vårdande relationen är en tillväxtprocess där vårdarens och patientens målsättning bör sammanfalla. Det innebär att sjuksköterskan måste lyssna på patientens tankar kring livsstilsförändringar för att vara medveten om vad som behöver läras ut.

Textförfattarna frågar sig varför patienter upplever den givna informationen som bristfällig när undervisning i sjukdomen diabetes, samt pedagogisk undervisning, ingår i sjuksköterskeutbildningen. Stor vikt läggs även vid det patientcentrerade förhållningssättet. Sjuksköterskan borde rimligtvis ha de kunskaper som krävs för att ge tillräcklig information, sätta patientens behov i centrum, individualisera kunskapen och bygga upp en god vårdrelation. Pooley et al. (2001, s. 323-324) menar att vårdpersonalen är medveten om behovet av individualisering men att de hindras av tidsbrist och resursbegränsningar. De belyser dock att patienten inte alltid öppnar upp sig och att det gör det svårt för sjuksköterskan att undervisa på patientens villkor. Är det tidsbristen som hindrar sjuksköterskan från att anpassa undervisningen? Textförfattarna menar att med rätt bemötande borde möjligheten att skapa en givande relation med patienten vara god, oberoende av tiden. Nagelkerk (2006, ss. 153-154) visar att det största hindret för typ 2-diabetiker var att de inte förstod den nya dieten, trots att de fått undervisning och stöd. Är det möjligt att sjuksköterskan har alltför bristfälliga kunskaper kring kost och motion relaterat till diabetessjukdomen? Resultatet i denna studie tycks även visa att sjuksköterskor har svårt att nå fram till patienten. Kan detta bero på att det under sjuksköterskeutbildningen finns brister i den pedagogiska

undervisningen? Allt större vikt läggs vid det hälsofrämjande förhållningssättet ute i verksamheten, där motivationshöjande samtal och begrepp som empowerment används för att stärka patienten (SBU 2009, s. 191). Är det möjligt att den grundutbildade sjuksköterskan har svårt att tillämpa dessa begrepp ute i verksamheten på grund av att undervisningen inte behandlar dem tillräckligt? Kan detta leda till att sjuksköterskan inte når fram till patienten? Dessa frågor anser textförfattarna är ett viktigt område som behöver utforskas mer.

Acceptans

Deltagarna upplevde yttre faktorer som bidragande till att de inte lyckades med förändringar, och de använde ursäkter för att rättfärdiga misslyckanden. Detta stämmer med tidigare forskning, som visar att personer som upplevde hinder för livsstilsförändringar lyckades sämre än de som hade en positiv syn på sin egen förmåga. De lyckades följa en diet och motionera regelbundet i större utsträckning än de som använde ursäkter (Aljasem, Peyrot, Wissow och Rubin 2001, ss. 398-399).

Att drabbas av en kronisk sjukdom som diabetes innebär en förändrad livsvärld. Wiklund (2003, s. 64) beskriver att sjuksköterskan måste se till patientens livsvärld och leva sig in i den. Genom att förstå personens livsvärld skapar det förutsättningar för sjuksköterskan att hjälpa patienten på bästa sätt. Det beskrevs i resultatet att upplevelsen av att integrera livsstilsförändringar upplevdes som en inre kamp och att flertalet kände rädsla för framtiden och såg livsstilsförändringar som ett nödvändigt ont. Ett livslidande tycks genomsyra vardagen hos patienterna. I lidandet uppstår funderingar om liv och död och tankar om varför personen har drabbats av sjukdomen (Wiklund, 2003, s. 109). Diabetikerna var tvungna att acceptera sjukdomen och den nya tillvaron innan de kunde påbörja livsstilsförändringarna. Wiklund (2003, s. 214) beskriver att när saker upplevs som hanterbara, begripliga och meningsfulla skapas en känsla av kontroll och trygghet. När patienten upplever den tryggheten skapas förutsättningar för förändring och risken för lidande minskar.

SLUTSATSER

Att göra livsstilsförändringar innebär att en helt ny vardag ska byggas upp. Detta kan ge motstridiga känslor och skapa ett lidande hos patienten. Resultatet visar att sjukvården och närstående har en betydande roll för att diabetikern ska kunna hantera detta. Sjuksköterskan bör reflektera över hur undervisningen sker och använda den kompetens han eller hon besitter inom pedagogik, diabetes och vårdvetenskapliga begrepp. En god vårdrelation är viktig för att patienten ska uppleva stöd. Eftersom resultatet visar att upplevelsen av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2 är en inre process där patientens tankar och känslor är viktiga för utkomsten, menar textförfattarna att mer vårdvetenskaplig forskning behövs. Den forskning som existerar fokuserar främst på upplevelsen av sjukdomen diabetes. Det är viktigt att förstå vilken inverkan livsstilsförändringar har på livet, och inte bara se till hur sjukdomen påverkar patienten.

Praktiska implikationer

- Individualiserad information bör ges till patienten för att denne ska kunna relatera till kostråden och sin egen livssituation.
- Närstående involveras sällan i diabetesvården, trots att de är ett viktigt stöd. Därför är detta en aspekt sjuksköterskan bör ta hänsyn till.
- Eftersom livsstilssjukdomar som diabetes typ 2 ökar allt mer i samhället kan mer fokus läggas på hälsofrämjande undervisning och kost och motion i sjuksköterskeutbildningen. Det behövs dock mer forskning kring detta.

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*, vol. 30, ss. 41-47.

Aljaseem, L., Peyrot, M., Wissow, L. & Rubin, R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, vol. 27, ss. 393-404.

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 203-219.

Berne, C. & Björntorp, P. (2005). Det metabola syndromet. I Ekman, R. & Arnetz, B. (Red.) *Stress Individuen Samhället Organisationen Molekylerna*. Stockholm: Liber AB, ss. 160-171.

Choe, M-A., Padilla G-V., Chae Y-R. & Kim, S. (2001). Quality of life for patients with diabetes in Korea I: the meaning of health-related quality of life. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 38, ss. 673-682.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Eliasson, M., Lindahl, B., Lundberg, V. & Stegmayr, B. (2003). Diabetes and obesity in Northern Sweden: occurrence and risk factors for stroke and myocardial infarction. *Scandinavian Journal Of Public Health*, ss. 70-77.

Fletcher, B., Gulanick, M. & Lamendola, C. (2002). Risk factors for type 2 diabetes mellitus. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, vol. 16, ss. 17-23.

Frandsen, K. & Kristensen, J. (2002). Diet and lifestyle in type 2 diabetes: the patient's perspective. *Practical Diabetes International*, vol. 19, ss. 77-80.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Gillibrand, W. & Flynn, M. (2001). Forced externalization of control in people with diabetes: a qualitative exploratory study. *Journal Of Advanced Nursing*, vol. 34, ss. 501-510.

Gutschall, M., Onega, L. & Wright, W. (2011). Patients' Perspectives About Dietary Maintenance in Type 2 Diabetes. *Topics In Clinical Nutrition*, vol. 26, ss. 180-189.

Guðbjörnsdóttir, S., Eliasson, B., Cederholm, J., Zethelius, B., Svensson, A. & Samuelsson, P. (2011). *Nationella Diabetesregistrets årsrapport*. [Elektronisk] Rapport. Göteborg, Nationella Diabetesregistret. Tillgänglig: https://www.ndr.nu/pdf/NDR_rapport2011_LR.pdf [2013-02-14]

Hörnsten, A., Sandström, H. & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal Of Advanced Nursing*, vol. 47, ss. 174-182.

Johansson, K., Ekebergh, M. & Dahlberg, K. (2009). A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes. *International Journal Of Nursing Studies*, vol. 46, ss. 197-203.

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

Kneck, Å., Klang, B. & Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, vol. 25, ss. 558-566.

Kneck, Å., Klang, B. & Fagerberg, I. (2012). Learning to live with diabetes - integrating an illness or objectifying a disease. *Journal Of Advanced Nursing*, vol. 68, ss. 2486-2495.

Mamhidir, A. & Lundman, B. (2004). Having control over type 2 diabetes means daring to be free. *Journal Of Diabetes Nursing*, vol. 8, ss. 12-16.

Mosand, R. & Stubberud, D-G. (2011). Omvårdnad vid diabetes. I Almås, H., Stubberud D-G. & Gronseth, R. (Red.) *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB, ss. 499-528.

Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal Of Advanced Nursing*, vol. 54, ss. 151-158.

Nationalencyklopedin (2013). *Livsstil*. <http://www.ne.se/lang/livsstil> [2013-02-14]

Pooley, C., Gerrard, C., Hollis, S., Morton, S. & Astbury, J. (2001). 'Oh it's a wonderful practice... you can talk to them': a qualitative study of patients and health professionals views on the management of type 2 diabetes. *Health & Social Care In The Community*, vol. 9, ss. 318-326.

Robertson, C. (2012). The role of the nurse practitioner in the diagnosis and early management of type 2 diabetes. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, vol. 24, ss. 225-233.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk]. Tillgänglig:

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2013-02-12]

Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*. [Elektronisk]. Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>

[2013-02-14]

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2009). *Patientutbildning vid diabetes*. [Elektronisk] Rapport. Tillgänglig:

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/patientutbildning_vid_diabetes_full_text.pdf

[2013-04-20]

Statens folkhälsoinstitut. (2011). *Levnadsvanor. Lägesrapport 2011*. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/PageFiles/15755/A2012-03-Levnadsvanor-lagesrapport-2011.pdf>

[2013-02-14]

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. [Elektronisk]. Tillgänglig:

<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

[2013-02-08]

Tierney, K. (2012). Therapeutic choices and the nurse practitioner's role in type 2 diabetes when metformin alone is no longer enough. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, vol. 24, ss. 234-248.

Whittemore, R., Chase, S., Mandle, C. & Roy, C. (2002). Lifestyle change in type 2 diabetes: a process model. *Nursing Research*, vol. 51, ss. 18-25.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, vol. 27, ss. 1047-1053.

Wong, M., Gucciardi, E., Li, L. & Grace, S. (2005). Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Canadian Journal Of Dietetic Practice & Research*, vol. 66, ss. 215-220.

World Health Organization (2012). *World Health Statics 2012*. [Elektronisk] Rapport. Tillgänglig:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70889/1/WHO_IER_HSI_12.1_eng.pdf [2013-02-20]

World Health Organization (2013). *Diabetes. Fact sheet N312*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> [2013-02-14]

Bilaga 1. Redovisning av sökord.

Databas	Sökord	Avgränsning	Antal träffar	Antal artiklar som inkluderats
Cinahl	"Diabetes mellitus, type 2" AND Behavioral Changes AND Qualitative	Publicerade 2000-2012.	10	1
Cinahl	"Diabetes mellitus, type 2" AND "Life Style" AND Qualitative	Publicerade 2000-2012.	35	3
Cinahl	Diabetes type 2 AND Lifestyle Changes AND Qualitative	Publicerade 2000-2012.	15	2
Cinahl	"Diabetes mellitus, type 2" AND "Life style" AND Integration	Publicerade 2000-2012.	9	1
Cinahl	Diabetes type 2 AND Lifestyle AND Quality of Life	Publicerade 2000-2012	38	2
Cinahl	Diabetes type 2 AND attitude to illness AND qualitative	Publicerade 2000-2012	33	1

Bilaga 2. Översikt analyserade artiklar.

Författare, årtal titel och tidskrift	Syfte	Metod	Urval	Resultat
<p>Titel: <i>Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study</i></p> <p>rfattare: Ahlin, K. & Billhult, A.</p> <p>Tidsskrift: Scandinavian Journal of Primary Health Care</p> <p>Land: Sverige</p> <p>rtal: 2012</p>	<p>Att beskriva hur kvinnor hanterar nödvändiga livsstilsförändringar när de drabbas av en kronisk sjukdom, där diabetes används som modell.</p>	<p>Kvalitativ fenomenologisk ansats.</p> <p>Ostrukturerade intervjuer.</p>	<p>10 kvinnor diagnostiserade med typ 2 diabetes som blivit rekommenderade livsstilsförändringar.</p>	<p>Fem teman togs fram; <i>Motstridiga känslor inför närståendes deltagande, Bli ett offer för krav utifrån, Uppleva kunskapsbrister, Ha ett begär och Hitta anledningar att inte förändra sig.</i> Essensen av att göra livsstilsförändringar beskrivs som en konstant inre kamp, där kvinnorna ser sig som offer och orättvist behandlade av livet.</p>
<p>Titel: <i>Diet and lifestyle in type 2 diabetes: the patient's perspective</i></p> <p>rfattare: Brown Frandsen, K. & Smedegard Kristensen, J.</p> <p>Tidsskrift: Practical Diabetes International</p> <p>Land: Danmark</p> <p>Årtal: 2002</p>	<p>Att undersöka faktorer som påverkar följsamheten hos patienter med diabetes typ 2 som behandlas med kost och farmakologisk behandling.</p>	<p>Fokusgrupper.</p> <p>Utöver det två frågeformulär relaterade till kostvanor och informationskällor för diabetes.</p>	<p>Gruppdiskussionerna hölls i Frankrike, Tyskland, Spanien, Storbritannien och USA. Varje grupp bestod av 8-10 personer. Sex grupper var från USA och två grupper inkluderade personer från de europeiska länderna. Totalt var 123 personer med i studien.</p> <p>Exkluderade: Patienter som diagnostiserats med diabetes innan fyrtio års ålder, gravida</p>	<p>Patienter upplevde bristande information angående sjukdomen och medicineringen. I alla fem länder hade patienterna blivit rådda att följa en diet och gå ned i vikt, men denna information var bristfällig. Följsamhet gällande kost var ett stort problem för de flesta patienter, och de erkänner att det är svårt att minska på maten och även utesluta mat som de gillar. De upplevde även att sjukhuspersonalen inte var tillräckligt stöttande.</p>

			kvinnor och de med insulinbehandling.	
<p>Titel: Forced externalization of control in people with diabetes: a qualitative exploratory study</p> <p>Författare: Gillibrand, W. & Flynn, M.</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of advanced nursing</i></p> <p>Land: England</p> <p>Årtal: 2001</p>	Att utforska och beskriva patienters uppfattningar om diabetessjukdomen, dess komplikationer och livsstil.	Kvalitativ ansats. Semi-strukturerade intervjuer.	18 personer registrerade i en diabetesdatabas valdes ut genom ändamålsenligt urval. Exklusionskriterie var att de inte skulle vara patienter på ett sjukhus.	Tre teman togs fram; <i>Kunskap om sjukdomen, Den psykologiska bördan, av diabetes och Rationalisera.</i> En subkategori hittades också; <i>Verklighetsundvikande.</i> Resultatet visar att personer med diabetes upplever och beskriver komplexa psykologiska effekter och coping-mekanismer.
<p>Titel: <i>Patient's perspectives About Dietary Maintenance in Type 2 Diabetes</i></p> <p>rfattare: Gutschall, M., Onega, L. & Wright, W.</p> <p>Tidsskrift: Topics in Clinical Nutrition</p> <p>Land: USA</p> <p>rtal: 2011</p>	Att förstå patienters perspektiv av att upprätthålla en diet och kartlägga faktorer som kan förlänga upprätthållandet.	Kvalitativ semistrukturerad intervjuguide.	23 personer diagnostiserade med diabetes typ 2 i minst ett år, i åldern 21-70.	Resultatet visar att fem faktorer upplevs som viktiga vid upprätthållandet av en diet, och dessa utgör resultatets fem teman; <i>Självdisciplin, Förstå sina känslor, Stödjande relationer med familj, vänner och vårdpersonal, Undervisningsbehov samt Strategier för att upprätthålla en hälsosam diet.</i>
<p>Titel: Personal understanding of illness among people with type 2 diabetes.</p> <p>Författare: Hörnsten, Å., Sandström, H. & Lundman, B.</p> <p>Tidsskrift: <i>Issues and Innovations in Nursing Practice</i></p>	Att beskriva personliga upplevelser av sjukdom hos diabetes typ 2-patienter i Sverige.	Studien är en del av en interventions-kunskapsstudie. Studien är utförd genom narrativa intervjuer och användandet av en intervjuguide.	8 av 15 vårdcentraler valdes slumpmässigt ut i norra Sverige. 4 var randomiserade för kontroll och 4 för intervention. 120 patienter valdes ut. Inklusionskriterier: 40-80 år och levt med diabetes typ 2	I resultatet hittades sex teman; <i>Bilden av sjukdom, Diagnosens mening, Integration av sjukdom, Utrymme för sjukdom, Ansvar för vården och Framtida utsikter.</i> Resultatet belyser att det är utmanande och tidskrävande att passa in sjukdomen i vardagen.

<p>Land: Sverige Årtal: 2004</p>			<p>de senaste 2 åren. Patienter med demens, psykisk ohälsa, alkoholism eller cancer exkluderades.</p>	<p>Rädsla och oro är vanligt.</p>
<p>Titel: <i>A lifeworld phenomenological study of the experience of falling ill with diabetes.</i> Författare: Johansson, K., Ekebergh M. & Dahlberg, K. Tidsskrift: International Journal of Nursing studies Land: Sverige Årtal: 2009</p>	<p>Att utveckla kunskap om hur det är att drabbas av diabetes utifrån ett patientperspektiv.</p>	<p>Vårdvetenskaplig studie med livsvärlds fenomenologisk utgångspunkt. Narrativ. Varje deltagare har skrivit en berättelse om erfarenheten att drabbas av diabetes.</p>	<p>10 personer med nydiagnostiserad diabetes, från två sjukhus i södra Sverige, blev tillfrågade att skriva en berättelse. 4 män och 3 kvinnor svarade.</p>	<p>Essensen i att insjukna i diabetes är att det är en kamp för att inte bli sjuk, att allt ska fortsätta som vanligt och att den nya situationen kommer bli det naturliga. Vid insjuknande hamnar kroppen i obalans. Trots diagnosen diabetes vill deltagarna fortsätta att leva samma liv.</p>
<p>Titel: <i>Turning points in self-management of type 2 diabetes</i> rfattare: Jutterström, L. , Isaksson, U. & Hörnsten, Å. Tidsskrift: European Diabetes Nursing Land: Sverige Årtal: 2012</p>	<p>Att belysa hur personer med diabetes typ 2 beskriver vändpunkter i egenvården.</p>	<p>Kvalitativ beskrivande. Semi-strukturerade intervjuer, analyserade utifrån innehållsanalys.</p>	<p>Bekvämlighetsurval bestående av 18 män och kvinnor som varit diagnostiserade med diabetes typ 2 i minst två år.</p>	<p>Fyra teman togs fram; <i>En kamp mellan liv och död, Stå vid ett vägskäl utan återvändo, Vara den som beslutar samt Vara den som kan påverka utkomsten.</i> Känslomässiga och existentiella funderingar var vanliga bland deltagarna.</p>
<p>Titel: <i>Learning to live with diabetes- integrating an illness or objectifying a disease.</i></p>	<p>Att belysa hur det är att leva med diabetes tre år efter diagnosen.</p>	<p>Kvalitativ ansats. Intervjuer har genomförts med 13 deltagare och har analyserats med en</p>	<p>13 deltagare, 4 kvinnor och 9 män med både diabetes typ 1 och 2. Inklusionskriterier</p>	<p>Resultatet visar att hur personen uppfattar sin fysiska kropp är avgörande för inlärningsprocessen. Om kroppens signaler kan</p>

<p>Författare: Kneck, A., Klang, B. & Fagerberg I.</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of advanced nursing</i></p> <p>Land: Sverige</p> <p>Årtal: 2012</p>		<p>fenomenologisk-hermeneutisk metod.</p>	<p>var att intervjuerna skulle genomföras på svenska. Alla deltagarna hade blivit erbjudna en veckas diabeteskurs.</p>	<p>tolkas är det ett verktyg för att upptäcka och förstå världen och sig själv. Att känna osäkerhet inför sina egna behov och inte lita på sin kropps signaler gjorde deltagarna beroende av andras beslut.</p>
<p>Titel: Having control over type 2 diabetes means daring to be free.</p> <p>Författare: Mamhidir, A. & Lundman, B.</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Diabetes Nursing</i></p> <p>Land: Sverige</p> <p>Årtal: 2004</p>	<p>Att undersöka betydelsen av att ha kontroll över sjukdomen och livssituationen vid diabetes typ 2.</p>	<p>Kvalitativ studie med en narrativ intervjumetod.</p>	<p>2 män och 2 kvinnor med typ 2 diabetes.</p>	<p>Deltagarna upplevde diabetes som en börda när de insåg ansvaret de hade och att de förlorade sin frihet. När de lärde sig kroppens signaler och att kontrollera blodsocker gav det en känsla av trygghet. Personliga val var viktigt i vardagen, samtidigt som de kände rädsla och skuld över misstag i egenvården. En positiv syn på livet underlättade för att genomföra livsstilsförändringar och hitta en frihet. Uppmuntran från hälsopersonal hjälpte deltagarna att bygga upp sitt självförtroende.</p>
<p>Titel: Lifestyle Change in Type 2 Diabetes</p> <p>Författare: Whittermore, R., Chase, S., Mandle, C. & Roy, S.</p> <p>Tidsskrift: <i>Nursing Research</i></p> <p>Land: USA</p>	<p>Studien fokuserar på upplevelsen av att integrera den rekommenderade behandlingen vid diabetes typ 2 i en existerande livsstil, under deltagande i en sjuksköterskeledd intervention.</p>	<p>En tolkande metod användes för att få fram data ur fältanteckningar och intervjuer.</p>	<p>9 kvinnor med diabetes typ 2, rekryterade från sjukhusets diabetesutbildningsprogram och vårdcentralen.</p>	<p>Processen att integrera livsstilsförändringar var komplex. Utmaningarna beskrivs i fem teman; <i>Förlika sig med känslorna, Skapa en struktur, Strävan efter tillfredsställelse, Upptäcka sig själv och sina konflikter, Hitta en balansgång och Utveckla en ny</i></p>

rtal: 2002				<i>livsrytm.</i> Detta var utmaningar som behövde accepteras för att lyckas integrera förändringarna.
-------------------	--	--	--	---