

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:55

Inre och yttre faktorer påverkar
Patientupplevda barriärer till följsamhet av kostrestriktioner vid Diabetes
Mellitus

THERESE JOKIAHO
AWAT RASOAL



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: **Inre och yttre faktorer påverkar**
Patientupplevda barriärer till följsamhet av kostrestriktioner vid
Diabetes Mellitus

Författare: Therese Jokiahö och Awat Rasool

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK26A

Handledare: Susanne Knutsson

Examinator: Eva Efraimsson

Sammanfattning

Diabetes Mellitus är en vanlig kronisk sjukdom med 350 000 patienter i Sverige och sjukdomen ökar hela tiden i förekomst. Diabetes handlar om förhöjda blodsockernivåer och finns i två typer, typ I och typ II som skiljer sig något åt i orsak och medicinsk behandling. Gemensamt för de båda är att egenvård kring kost, motion och medicinering är av stor betydelse för att hålla blodsockret i schack för att undvika risken för komplikationer. Forskning visar att patienter ofta har bristande följsamhet när det gäller kosten. Syftet med den här studien är att utifrån ett patientperspektiv beskriva tänkbara faktorer till att diabetespatienter inte följer de kostrestriktioner som rekommenderas. Studien baseras på litteraturstudier av kvalitativa forskningsartiklar vilka analyserats utifrån en analysmodell beskriven av Evans (2003) och Graneheim och Lundman (2003). Genom studien har patientupplevelser identifierats och beskrivs i fem teman med tillhörande underteman. Det första temat är; kunskapsbrist där beskrivs; begränsad kunskap om kostrestriktioner och otillräcklig information från vårdpersonal. Det andra temat är; personligt förhållande till mat och där redovisas; invanda matvanor, kärlek till onyttig mat och frestelser. Tredje temat handlar om; social inverkan såsom; oförståelse från släkt och vänner, kulturella och traditionella hinder, bekvämlighet och tidsbrist samt ekonomiska hinder. Fjärde temat är; brist på frihet och självbestämmande där upplevelser av att; ej vilja låta sjukdomen styra livet och för stränga regler – vilja att bryta reglerna uttrycks. Femte och sista temat är; avsaknad av behov av följsamhet och där framkommer; brist på motivation och möjlighet till insulinjusteringar. I diskussionen belyses vikten av att sjuksköterskan ser varje patients individuella förutsättningar för egenvård och att man i en vårdrelation gemensamt finner lösningar på identifierade barriärer. Att arbeta med delmål och att inge hopp är delar av vårdarbetet som kan öka en patients motivation.

Nyckelord: *Diabetes Mellitus, Barriärer, Kostrestriktioner, Följsamhet, Patientperspektiv, Upplevelser, Kvalitativ litteraturanalys.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Diabetes Mellitus	1
Diabetes Mellitus typ I	1
Diabetes Mellitus typ II	2
Kostens betydelse för diabetiker	2
Rekommendationer	2
Undervisning	2
Följsamhet	3
Komplikationer med besvärliga upplevelser	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Datansamling	6
Dataanalys	7
RESULTAT	8
Kunskapsbrist	9
Begränsad kunskap om kostrestriktioner	9
Otillräcklig information från vårdpersonal	10
Personligt förhållande till mat	10
Invanda matvanor	10
Kärlek till onyttig mat	11
Frestelser	11
Social inverkan	12
Oförståelse från släkt och vänner	12
Kulturella och traditionella hinder	13
Bekvämlighet och tidsbrist	14
Ekonomiska hinder	15
Brist på frihet och självbestämmande	15
Ej vilja låta sjukdom styra livet	16
För stränga regler – vilja att bryta reglerna	16
Avsaknad av behov av följsamhet	17
Brist på motivation	17
Möjlighet till insulinjusteringar	18
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Kunskapsbrist ger vårdlidande	20
Ett annorlunda begär	21
Alla har sin egen ryggsäck	21
Låt barriärer bli resurser	22
Vikten av motivation	23
Ekonomi och tidsbrist	24

Implikationer för vården.....	24
Konklusion.....	25
REFERENSER.....	26
<i>Bilaga 1. Översikt av analyserad litteratur</i>	30

INLEDNING

Njursvikt med timmar i dialys varje vecka, blindhet, ett amputerat ben och en nära förestående död i hjärtinfarkt. Detta skulle skrämma de flesta och är ett hot som alltid hänger över huvudet på personer med diabetes. Med rätt behandling av sjukdomen kan man dock leva ett gott liv som diabetiker. Inte att undra på den förvåning som vi upplever då vi möter diabetespatienter som missköter sin egenvård kring kostrestriktioner och följaktligen istället ökar sin risk att drabbas av komplikationer. Diabetes är en vanlig kronisk sjukdom som ökar hela tiden i förekomst, därför möter man som sjuksköterska alltid diabetes patienter oavsett i vilken vårdkontext man arbetar. Den här litteraturstudien görs för att ta reda på diabetespatienters egna upplevelser om varför de inte följer kostrestriktioner. Barriärerna kan vara många och är inte alltid kända bland vårdpersonalen. Med en djupare förståelse av dessa barriärer kan sjuksköterskor hjälpa patienter att sköta sin sjukdom bättre och därmed kan patienterna få ett längre liv med mindre lidande.

BAKGRUND

Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus, som är en kronisk sjukdom, har varit känd i 3 500 år. I dag är sjukdomen vanligast i västvärlden och Sverige är ett av de länder som har högst förekomst, med 350 000 patienter (Skafjeldt, 2002 och Svenska Diabetesförbundet, 2006). Sjukdomen blir allt vanligare, särskilt vad det gäller typ II diabetes som till stor del är en välfärdssjukdom, men man har även sett en ökning av förekomsten av Typ I Diabetes. Generellt innebär Diabetes Mellitus, i obehandlad form att man har förhöjda glukoskoncentrationer i blodet, d.v.s. högt blodsocker. Orsakerna till detta kan vara flera och utifrån dem delas sjukdomen in i två huvudsakliga grupper, typ I och typ II (Larsson, 2003).

Diabetes Mellitus typ I

Diabetes typ I beror på att kroppens eget immunförsvar av någon ofta okänd anledning angriper de insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln. Som följd förstörs successivt cellerna och detta förorsakar att insulinproduktionen minskar i samma takt, för att slutligen upphöra helt. Hormonet insulin krävs för upptaget av glukos från blodet till kroppens celler. Diabetes typ I kräver tillförande behandling av insulin för att man skall kunna tillgodogöra sig energiinnehållet i kolhydraterna man äter. Insulinet tillförs kroppen genom subkutana injektioner med sprutor eller med insulinpump. Sjukdomen kallas internationellt för Insulin Dependent Diabetes Mellitus, IDDM. Typ I Diabetes kan drabba individer i alla åldrar, men oftast är det barn och ungdomar som insjuknar. Man hör därför uttrycket barn- och ungdomsdiabetes, vilket dock inte är helt korrekt eftersom sjukdomen är kronisk och de som insjuknar i unga år bär med sig sjukdomen livet ut (Larsson, 2003; Førsund & Mosand, 2006).

Diabetes Mellitus typ II

Typ II Diabetes däremot drabbar oftast äldre individer och kallas ibland åldersdiabetes. Man har dock på senare år uppmärksammat att sjukdomen krupit neråt i åldrarna och på vissa håll i världen har även ungdomar insjuknat. Patienter med denna sjukdomstyp har insulinproduktion men problemet ligger i att kroppscellerna har en viss resistens emot insulin vilket i sin tur minskar glukosupptaget och höjer blodsockerkoncentrationen (Førsund & Mosand, 2006). Fysisk aktivitet och hälsosam kost kan minska insulinresistensen och livsstilsförändringar är därför en viktig behandlingsåtgärd vid Typ II Diabetes. Detta kan kombineras med peroral antidiabetika som med olika metoder sänker blodsockret (Larsson, 2003).

Kostens betydelse för diabetiker

Rekommendationer

Socialstyrelsen (2001) skriver i de nationella riktlinjerna för diabetesvård att målet med behandlingen, som främst handlar om egenvård, skall vara att förhindra komplikationer på både kort och lång sikt samtidigt som patienten skall få behålla sin livskvalité. Kosten är grundläggande i all behandling av diabetes. Kostrestriktioner är framförallt framträdande vid typ II Diabetes beroende på att dessa patienter initialt ofta har en ohälsosam kosthållning samt övervikt. Kostrestriktioner för diabetiker med typ I har numer något mindre roll än tidigare, i och med mer flexibla behandlingsmetoder. Dessa diabetiker har dock fortfarande stort behov av att äta rätt då detta underlättar insulindoseringen. De har också ett stort behov av kunskap inom näringslära och olika livsmedels påverkan på blodsockret. Detta för att kunna hålla en så jämn och så normal blodsockernivå som möjligt. Att anpassa sina matvanor i och med en sjukdom kan påverka patientens livsvillkor, vilket kan liknas med att livsvärlden förändras i och med sjukdomen. Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) beskriver livsvärlden som en individuell upplevelse av vardagslivet och tillvaron så som man tar den för given.

Den kost som rekommenderas vid diabetes skiljer sig inte nämnvärt från den kost som rekommenderas människor i allmänhet, men skall dock inte förringas. Man bör äta regelbundna måltider, hellre mindre portioner och oftare än stora och sällan. Personer med diabetes skall följa tallriksmodellen, där proteiner från kött kombineras med kolhydratrika livsmedel och en stor del grönsaker. Man talar om att i huvudsak äta omättade och fleromättade fetter, som bland annat finns i oljor och fet fisk. Fiberrika kolhydrater med lågt glykemiskt index skall prioriteras medan snabba kolhydrater från exempelvis godis skall undvikas. Hos insulinbehandlade patienter är det framförallt viktigt med regelbundna måltider och en kunskap om hur olika livsmedel påverkar blodsockret och hur insulinet skall justeras därefter (Socialstyrelsen, 2001). Genom en känsla av att ha kontroll över situationen kan patienten känna sig trygg, trots det hot mot existensen som kan upplevas i och med en kronisk sjukdom. Med tillräcklig kunskap kan alltså patienten känna trygghet med sin sjukdom och uppnå välbefinnande (Dahlberg, et al. 2003). Detta kan vidare härledas till begreppet hälsa:

”Hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande (men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom)” (Eriksson, 1989, s. 29).

Att ha diagnosen diabetes behöver alltså inte vara ett hinder för hälsa. Sundhet, är att leva hälsosamt, att sköta egenvård, och ha insikt om handlingars konsekvenser. Friskhet är att med god diabetesvård, hålla kroppen i ett välmående skick med testparametrar inom referensvärden. Genom sundhet och friskhet i kombination med välbefinnande, som är en känsla inom patienten, kan man trots diabetessjukdomen uppleva hälsa.

Undervisning

Inom sjuksköterskans kompetensområde ingår att undervisa patienter. Detta handlar framförallt om att ge information, stöd och vägledning åt patienter så att de får möjlighet att vara delaktiga i sin vård. Sjuksköterskan skall också kunna identifiera informationsbehov hos patienter som inte själva ger uttryck för det samt att förvissa sig om att patienten förstått given information (Socialstyrelsen, 2005). I samband med diabetesvård skall undervisning beröra både de praktiska uppgifter som patienten behöver kunskap om, såsom exempelvis injektioner av insulin. Patienten behöver också teoretiska kunskaper om exempelvis sambandet mellan mat, motion och medicinering. Målet med undervisningen är att patienten skall erhålla tillräckligt med kunskap och praktiska färdigheter så att han/hon kan hantera sin sjukdom och undvika komplikationer. Informationsbehovet är störst hos en patient som nyligen insjuknat i Diabetes Mellitus, men ett stort behov av undervisning kan också finnas hos patienter som haft sjukdomen i flera år (Førsund & Mosand, 2006). Det ingår därför i sjuksköterskans omvårdnadsuppgifter att behovsinventera patienten och därifrån undervisa och utbilda patienten om egenvård. En integrering av kunskap och hälsobeteende måste ske inom patienten, annars blir vårdverksamheten lönlös (Eriksson, 1989). För att detta skall kunna ske är det av stor vikt att sjuksköterskan har ett livsvärldsperspektiv. Att ha ett livsvärldsperspektiv innebär att man intresserar sig av och är följsam till personens syn, förståelse och beskrivning av världen (Dahlberg, et al. 2003). Forskning visar dock att sjukvårdspersonalens förståelse av diabetesvård ofta saknar ett livsvärldsperspektiv och att patienten ofta passiviserar av vårdarna när det gäller undervisning (Holmström, Halford & Rosenqvist, 2003).

Följsamhet

Forskning visar att patienter med diabetes i stor utsträckning har svårt att följa kostrekommendationerna och att hålla en tillfredställande blodsockernivå (Kristensen, Bro, Sandbæk, Dahler-Eriksen, Flensted Lassen & Lauritzen, 2001; Tahbaz, Kreis & Calvert, 2006). Begreppet compliance, uppkommer i det här sammanhanget och är ett begrepp som funnits länge men som saknar en klar definition. Det finns också många begrepp som används synonymt med compliance, dessa saknar också en definition (Kyngäs, Duffy & Kroll, 2000). Historiskt sett handlade compliance om i vilken utsträckning patienters beteende kring ordinationer och rekommendationer motsvarade det vårdare förväntade sig av dem. Detta strider dock emot vårdvetenskapliga värderingar eftersom det sätter vårdarna i en maktposition över patienterna. I den här uppsatsen kommer därför den svenska översättningen av begreppet, nämligen följsamhet att användas. Följsamhet kommer i den här studien att definieras såsom compliance återges av Kyngäs, et al.:

”...patient's active, intentional and responsible process of self-care, in which the patient works to maintain his or her health in close collaboration with healthcare staff” (Kyngäs, et al., 2000, s.7).

I en studie av Meeto (2004) framkommer att för patienter kan begreppet följsamhet betyda olika saker. Vissa uppfattar det som regler uppsatta av vårdpersonalen som patienten skall följa medan andra uppfattar följsamhet som ett beteende som är lämpligt i och med att sjukdomen integreras i ens vardagsliv. I samma studie har man vidare kommit fram till att patienter beskriver sig själva inom tre olika grader av följsamhet, från strikt följsamhet till mycket flexibel följsamhet. Eriksson skriver vidare att:

”graden av sundhet och friskhet kan uppskattas av både individen själv (patienten) och den som observerar individen (vårdaren)” (Eriksson, 1986, s. 71).

Bristande följsamhet kommer därav att här ses som både brister i egenvård utifrån gällande rekommendationer, med bl.a. P-glucose och HbA1c som parametrar, men också utifrån av patienten själv uttryckta svårigheter med att följa rekommendationer, d.v.s. subjektiva hälsohinder.

Den bristande följsamheten av kostrestriktioner bland diabetespatienter kan enligt Lappalainen, Saba, Holm, Mykkanen och Gibney (1997) ha flera olika anledningar som ofta har med andra behov än sjukdomsbehoven att göra. Detta är bland annat: tidsbrist, svårigheter att ge upp favoritmat och brist på viljestyrka samt kunskapsbrist. Wiklund (2003) skriver att alla människor har begär och behov som måste tillfredställas annars uppstår problem. Begär är en människas innersta vilja och kan beskrivas som en drivkraft som får en att vilja leva sitt liv. Ett begär kan aldrig mättas utan måste hela tiden underhållas, exempelvis måste en människas begär efter kärlek alltid livnäras, om man börjar tvivla på att man är älskad startar direkt ett illabefinnande som man måste åtgärda. Behov, till skillnad från begär, kan tillgodoses för stunden exempelvis blir behovet av mat mättat då vi just ätit. Vid sjukdomen diabetes förändras patientens behov kring maten. Då är det inte bara ett behov att mätta utan det måste även mättas på rätt sätt, med rätt kost. Då patienter har svårt att tillgodose detta förändrade behov uppstår problem.

Komplikationer med besvärliga upplevelser

Följderna till ett dåligt kontrollerat blodsocker kan vara många. Som direkt följd är det framförallt lågt blodsocker som yttrar sig som ett problem, då insulinkänningar med varierande symtom som skakningar, oro, svettningar, snabb puls, hunger och påverkan på medvetandet kan uppstå. Patienter kan då uppleva en oförmåga att kontrollera sin kropp, det blir sjukdomen som styr och man kan ibland vara beroende av andra för att få i sig något att äta (Skafjeldt, 2002). Vid sjukdom kan man känna sig främmande för sin kropp och upplevelsen av kroppen kan förändras (Wiklund, 2003). Detta kan liknas vid den subjektiva kroppen som beskrivs inom vårdvetenskapen som den levda kroppen, som har ett högre värde än bara det fysiska, den är bärare av våra upplevelser och är vår referens till omgivningen. Genom kroppen får vi tillgång till världen, en förändring i

kroppen innebär således en förändring av tillgången till världen (Merleau-Ponty, 1997).

Vissa patienter kan uppleva ett direkt illabefinnande även när blodsockret ligger för högt. Det höga blodsockret är emellertid farligast i det långa loppet då de leder till senkomplikationer i form av kärlpåverkan i njurar, ögon, perifert till nerver i händer och fötter samt i kärlen i hjärna och hjärta. Att komplikationer påverkar blodkärl är orsaken till att mat med mättat fett bör undvikas eftersom det även finns ett tydligt samband mellan kärlproblematik och höga blodfetter (Førsund & Mosand, 2006). Dessa komplikationer kan orsaka ett enormt lidande för patienten. Dahlberg, et al. (2003) beskriver att det finns tre olika former av lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande är det lidande som sjukdomen i sig och dess symtom orsakar. Vårdlidande till skillnad från sjukdomslidandet fokuserar inte på symtomen, utan på lidande som orsakas av vården eller brister i denna och sådant lidande borde inte få existera. Livslidande är vidare det lidande som handlar om ett illabefinnande i tillvaron som helhet. Det lidande komplikationerna orsakar är ett sjukdomslidande som många gånger är mycket värre än det som själva diabetesjukdomen innebär. Njursvikt ger besvärliga symtom och eventuellt ett liv med dialys. Skador i ögonen ger nedsatt syn och hot om blindhet och med dålig perifer cirkulation samt nedsatt känslighet i nerver föreligger en risk för fotsår med enorma smärtor och eventuellt förestående amputation. Stroke och hjärtinfarkt är andra komplikationer och ger sjukdomslidande i form av förändringar i fysiska och mentala funktioner respektive i hjärtats cirkulatoriska förmåga. Stroke och hjärtinfarkt är dessutom de vanligaste dödsorsakerna hos diabetiker (Socialstyrelsen, 2001). Med en god diabetesvård kan dock dessa komplikationer i viss mån förebyggas.

PROBLEMFÖRMULERING

Enligt diabetesförbundet lider i dag 350 000 människor i Sverige av sjukdomen Diabetes Mellitus i någon form. Sjukdomen blir allt vanligare, särskilt vad det gäller typ II diabetes som till stor del är en välfärdssjukdom, men man har även sett en ökning av förekomsten av Typ I Diabetes. Eftersom Diabetes är så vanligt träffar man som allmänsjuksköterska ofta på dessa patienter, oavsett var man arbetar.

Behandlingen av sjukdomen handlar till stor del om egenvård angående insulin, kost och motion. Kostrestriktioner har en betydande roll för alla diabetiker om än något mindre för patienter med typ I. Alla diabetiker har ett stort behov av kunskap inom näringslära och olika livsmedels påverkan på blodsockret. Detta för att kunna sköta sin egenvård, hålla en så jämn och så normal blodsockernivå som möjligt och för att undvika insulinkänningar och sen-komplikationer, till följd av lågt respektive högt blodsocker.

Forskning visar att det är vanligt förekommande att diabetespatienter har svårt att följa dietrekommendationer och därför har svårt att hålla blodsockret på en jämn nivå. Detta medför ett ökat sjukdomslidande för patienten både på kort och på lång sikt. På kort sikt kan patienten uppleva illabefinnande så som olika obehagliga fysiska känslor i och med högt respektive lågt blodsocker. I samband med insulinkänningar kan patienten även

uppleva en känsla av att förlora kontrollen över sin kropp. På lång sikt kan olika komplikationer, så som njursvikt, skador i ögonen, dålig perifer cirkulation, nedsatt känslighet i nerver, stroke och hjärtinfarkt, vålla patienten lidande.

Sjuksköterskan har till uppgift att undervisa patienten för att denne skall kunna sköta sin egenvård så bra som möjligt. Det är därför av stor vikt för allmännsjuksköterskan att känna till olika tänkbara faktorer som kan vara orsaker till att diabetiker inte följer de rekommendationer han/hon fått. Genom att ha kunskap om dessa faktorer kan sjuksköterskan anpassa sin undervisning och information till patientens behov, vilket kan leda till att patientens sjukdomslidande kan minskas på kort respektive lång sikt.

SYFTE

Syftet är att utifrån ett patientperspektiv beskriva faktorer som leder till att diabetespatienter inte följer de kostrestriktioner som rekommenderas.

METOD

Studien baseras på litteraturstudier av kvalitativa forskningsartiklar. Friberg (2006) menar att genom att granska denna form av undersökningar kan man komma närmare en förståelse av hur patienter upplever sin sjukdom och sitt lidande och vidare vinna kunskap om erfarenheter och behov utifrån ett patientperspektiv. Det metodologiska tillvägagångssättet är inspirerat av Evans (2003) fyrstegs modell, som även beskrivs av Graneheim och Lundman (2004). De fyra stegen inkluderar datainsamling, identifiering av nyckelfynd, återgivning av för studierna gemensamma teman och beskrivning av fenomenet. Analysen håller sig till manifest innehållsanalys, där en beskrivande sammanställning av tidigare forskning eftersträvas istället för en omtolkning.

Datainsamling

Evans (2003) beskriver initialt datainsamlingsfasen i vilken för ämnet relevanta sökord (Tabell 1.) formuleras och artiklar hämtas från vårdvetenskapliga databaser utifrån specificerade inklusionskriterier.

Inledande sökningar genomfördes i artikeldatabasen Cinahl och avgränsningar gjordes till abstract. Med olika kombinationer av sökorden erhöles tyvärr ett allt för brett resultat, varpå ämnessökord (Tabell 1.) relevanta för ämnet plockas fram utifrån de egna sökorden genom databasens tesaurus. Med olika kombinationer av dessa sökord och ämnessökord erhöles i den egentliga litteratursökningen tio artiklar motsvarande inklusionskriterierna för uppsatsarbetet. Inklusionskriterierna utgjordes av: kvalitativa studier med utgångspunkt från ett patientperspektiv, patienter med diabetes typ I eller II skulle utgöra målgruppen och innehållsmässigt skulle ämnesfokus ligga kring bristande följsamhet och svårigheter med följsamhet av kostrestriktioner. Artiklarna skulle dessutom vara av god vetenskaplig kvalitet och helst inte vara äldre än tio år gamla.

Tabell 1. Sökord och ämnessökord som användes vid litteratursökningen. *=trunkering, MM=Major subject och MH=Minor subject (EBSCO Industries, Inc, 2008).

Sökord	diabetic*; Diabet*; Diabetes type 2; diet*; restriction; restriction*; self*; control*; manag*; compliance; adherence; adher*; patient*; experience*; perspective*; barrier*; obstacle*; nurse*; nurs*; nursing science.
Ämnessökord	MM Diabetic Patients; MM Diabetes Mellitus, Insulin-Dependent; MM Diabetes Mellitus, Non-Insulin-Dependent; MH Diabetes Mellitus, Non-Insulin-Dependent; MH Diabetes Mellitus, Non-Insulin-Dependent Diet Therapy; MH Diet Therapy; MM Diabetic Diet; MM Glycemic Control; MM Self Care; MM Patient Compliance; MM Diabetes Mellitus Nursing; MH Qualitative Studies.

Förutom de tio artiklar som erhöles genom datainsamlingen användes ytterligare tre artiklar som motsvarade inklusionskriterierna. Två av dessa artiklar (Hjelm, Nyberg, Isacson & Appelqvist, 1999; Hjelm, Bard, Nyberg, & Appelqvist, 2003) hittades genom en sekundärkälla men erhöles via Cinahl. Ytterligare en artikel (Whittemore, Chase, Mandle & Roy, 2002) påträffades via referenslistan till en publicerad C-uppsats. Elva av samtliga artiklar fanns att tillgå i fulltext via Högskolan i Borås artikeldatabaser. Två artiklar (Wong, Gucciardi, Li & Grace, 2005; Wdowik, Kendall & Harris, 1997) beställdes från andra bibliotek.

Dataanalys

I steg två i metoden börjar analysgången. Artiklarna läses upprepade gånger för att man skall få en känsla av innehållet som helhet. Detta efterföljs av att man identifierar nyckelfynden i de olika studierna (Evans, 2003), vilket Graneheim och Lundman (2004) framställer som att plocka ut meningsbärande enheter som svarar på litteraturstudiens syfte. En meningsbärande enhets längd kan variera mellan endast ett par ord och ett helt stycke och kan antingen vara citat från deltagare i studierna eller beskrivande text i vilken författare sammanfattar patientupplevelser som kommer fram i studien. Dessa meningsbärande enheter skall sedermera kondenseras till koder, där textenheten kortas ner samtidigt som kärnan i innehållet bibehålls.

Båda författarna av denna uppsats läste samtliga artiklars resultatdelar upprepade gånger. Därefter markerades de olika delarna, de meningsbärande enheterna, i artiklarna med olika färgade överstrykningspennor beroende på hur innehållet i dem svarade på syftet. Varje färgkombination kopplades till en kod som motsvarades av innebörden i den meningsbärande enheten.

Nästa steg, steg tre, i metoden innebär att jämföra olika kodade nyckelfynd för att finna likheter och skillnader och sammanfatta dessa under olika teman (Evans, 2003) eller kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Teman beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som en sammanställning av textens underliggande mening,

förekommande i latent innehållsanalys. Den analysmodell som använts här är dock manifest innehållsanalys och därför används begreppet tema här som det uttrycks enligt Evans (2003) vilket motsvarar Granehiems och Lundmans (2004) beskrivning av kategorier. Vidare skriver Graneheim och Lundman (2004) att teman skall väljas så att inga data som svarar på syftet behöver uteslutas för att inget tema passar samtidigt som inga data skall passa i mer än ett tema. För att förtydliga beskrivningen av resultatet kan underteman väljas (Graneheim & Lundman 2004; Evans, 2003).

Båda författarna av den här uppsatsen deltog i att sammanfoga alla de meningsbärande enheterna som motsvarades av samma kod, genom att klippa ut dem från artiklarna och klistra på ett papper för respektive kod. Olika papper med koder med liknande innehåll sammanfördes därefter och olika teman formulerades som rubriker. De flesta koderna fungerade i sin tur som underteman, medan vissa formulerades om.

Det slutliga steget, steg fyra, i metoden innebär att fenomenet skall beskrivas. Här ska varje tema skildras utifrån originaltexternas innehåll och sammanställningen bekräftas med exempel och citat från de behandlade forskningsartiklarna (Graneheim & Lundman, 2004; Evans, 2003).

Med hjälp av de papper på vilka de meningsbärande enheterna sammanfogats, skrev båda författarna av den här uppsatsen gemensamt ner en beskrivning av det patienterna i studierna berättat. Alla meningsbärande enheter som svarade på syftet togs med antingen genom ny beskrivande text eller som citat.

RESULTAT

Under artikelanalysens gång har fem teman utkristalliserat sig utifrån studiens syfte. Det sammanställda resultatet presenteras under dessa fem teman med tillhörande underteman i varierande antal (Tabell 2.).

Tabell 2. Teman och underteman som identifierats i studien.

Tema	Underteman
Kunskapsbrist	Begränsad kunskap om kostrestriktioner
	Otillräcklig information från vårdpersonal
Personligt förhållande till mat	Invanda matvanor
	Kärlek till onyttig mat
	Frestelser
Social inverkan	Oförståelse från släkt och vänner
	Kulturella och traditionella hinder
	Bekvämlighet och tidsbrist
	Ekonomiska hinder
Brist på frihet och självbestämmande	Ej vilja låta sjukdomen styra livet
	För stränga regler – vilja att bryta reglerna
Avsaknad av behov av följsamhet	Brist på motivation
	Möjlighet till insulinjusteringar

Kunskapsbrist

Under detta tema beskrivs hur patienter med diabetes på olika sätt upplever kunskapsbrist som ett hinder till att följa kostrestriktioner. Detta redovisas under två underteman; begränsad kunskap om kostrestriktioner och otillräcklig information från vårdpersonal.

Begränsad kunskap om kostrestriktioner

I flera studier (Hjelm, et al., 1999; Savoca & Miller, 2001; Whittemore, et al., 2002; Hjelm, et al., 2003; Galasso, Amend, Melkus & Nelson, 2005; Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006; Gellar, Schrader & Nansel, 2007; Wallin, Löfvander & Ahlström, 2007) framkommer kunskapsbrist om kostrestriktioner och dess samband med diabetes sjukdomen som en barriär till följsamhet av dieten. I Nagelkerks, et al. studie (2006) upplever patienterna att brist på kunskap är deras största problem. En patient säger:

“I think that is the biggest problem that I have is not knowing what I can and what I can’t (eat)” (Nagelkerk, et al., 2006, s. 154).

I studien uttalas framförallt en oförståelse för hur matvanor skall anpassas efter reglerna liksom en patient i en annan studie också uttrycker:

“I had it (diabetes) in the back of my mind but I just didn’t know what to do with it. You’ve got the pyramid and you’ve got to do this (carbohydrate exchange)...I’m sitting there thinking, what do I do?” (Whittemores, et al., 2002 s. 21).

Immigrerade patienter med annan kulturell bakgrund uttrycker svårigheter med att veta vilka delar av deras traditionella mat de kan äta (Wallin, et al., 2007) men också patienter i allmänhet uttalar en osäkerhet kring att välja livsmedel som passar kosthållningen. Detta handlar till stor del om kunskapsbrist angående olika matvarors egenskaper, vissa finner även en svårighet i att läsa recept och avgöra om slutprodukten blir nyttig eller onyttig (Savoca & Miller, 2001; Hjelm, et al., 2003; Galasso, et al., 2005; Nagelkerk, et al., 2006):

“I need someone to go shopping with me to show me hand in hand, shopping, cooking, everything” (Galasso, et al., 2005, s. 723).

En annan faktor som skapar förvirring och påverkar patienternas följsamhet är det ständiga flödet av ny information och nya råd. Råden strider ibland mot varandra och många upplever svårigheter i att veta vad som är korrekt (Hjelm, et al., 1999; Hjelm, et al., 2003).

Otillräcklig information från vårdpersonal

Att få otillräcklig information om kostrestriktioner menar patienter i några studier (Hjelm, et al., 2003; Meetoo, 2004; Galasso, et al., 2005; Nagelkerk, et al., 2006) är en av anledningarna till att deras följsamhet sviktar, En patient uttrycker:

"They [the health professionals] tell us to do these things, they don't tell us how to do these things..." (Galasso, et al., 2005, s. 722).

I Hjelm, et al. (2003) studie av kvinnor från olika kulturer menar Arabiska kvinnor att de inte har fått någon information alls från sjukvårdspersonalen om kostens betydelse för blodsockret och problemet framkommer även i andra studier. En patient uttrycker:

"(Practitioner) never talked about going to classes or anything...just put me on a pill and told me I had diabetes...they never explained nothing" (Nagelkerk, et al., 2006, s. 154).

I samma studie rapporteras jämväl att information i vissa fall har givits, men att den då varit svårförståelig och dessutom ej individanpassad utan allt för generell. I Wdowiks, et al. studie (1997) tas även missuppfattningar kring information upp som en barriär till följsamhet av kostrekommendationerna. I en annan studie (Peel, Parry, Douglas & Lawton, 2005) förklarar patienter att vårdpersonal gett tillåtelse till att de inte alltid håller sin diet genom uttryck som att det är okej att äta något sött ibland vilket lett in patienterna i dåliga banor.

Personligt förhållande till mat

Under detta tema beskrivs hur diabetiker kan ha ett personligt förhållande till mat och upplever detta som ett hinder till att följa kostrestriktioner. Upplevelser kring detta presenteras under tre underteman; invanda matvanor, kärlek till onyttig mat och frestelser.

Invanda matvanor

Många patienter upplever sina tidigare matvanor som en direkt barriär till att följa föreskriven diabetes kost (Hjelm, et al., 1999; Savoca & Miller, 2001; Hjelm, et al., 2003; Wallin, et al., 2007). De frestas ofta av att äta enligt matvanor de haft innan de fick diabetessjukdomen, så som att äta mat med hög andel mättat fett, rött kött, godis, desserter, kolhydratrika livsmedel och läsk samt att äta stora måltider (Savoca & Miller, 2001; Hjelm, et al., 2003). Man beskriver i vissa fall traditioner av att äta fet mat och sötsaker (Hjelm, et al., 1999; Wallin, et al., 2007) både i västerländsk och afrikansk kultur. En kvinna från Somalia säger:

"Our diet, she says, is mostly made up of sweet and fat food and when you can't eat that you can't really eat at all" (Wallin, et al., 2007, s. 309).

I två studier (Savoca & Miller, 2001; Wallin, et al., 2007) beskriver patienter att de har svårt att vänja sig att äta nya nyttiga livsmedel som en del i deras matvanor. Särskilt frukt och grönsaker beskrivs som svårt att integrera i kosten och den nyttiga maten som

helhet beskrevs av flera som smaklös.

Kärlek till onyttig mat

I flera studier (Hjelm et al., 1999; Savoca & Miller, 2001; Hjelm, et al., 2003; Meeto, 2004; Peel, et al., 2005; Wallin, et al., 2007) säger patienter att matens betydelse för dem är mycket stor och i de flesta fall uttrycks en förkärlek till onyttig mat, som är svår att ge upp och som därför blir en barriär till följsamhet av kostrestriktioner. I en studie berättar en kvinna att:

“I like food rich in fat...when I eat such fatreduced food I feel that I haven't eaten anything” (Hjelm, et al., 2003, s.637).

I en annan studie citeras:

“I love to cook food...and to eat good food’, ‘I like sweet things’... ‘I don't strictly follow the diet...’, ‘...probably it's natural that people who love life also love food’” (Hjelm et al., 1999, s.1155).

Man talar också om att ha sötsug och att vara chocoholic (Peel, et al., 2005) vilket skapar ett oföljsamt beteende. Kärleken till den onyttiga maten kan ibland vara så stark hos patienterna att den uttrycks som ett begär. Patienterna känner då att de måste få det de är sugna på även om vissa får enorma skuld känslor efteråt (Whittemore, et al., 2002; Meeto, 2004; Peel, et al., 2005).

Studier (Savoca & Miller, 2001; Miller & Brown, 2005; Peel, et al., 2005) visar att den omtyckta maten ofta är som ett stöd för patienterna i vissa situationer och känslomässigt ätande i samband med nedstämdhet utgör ett hinder för följsamhet liksom behovet av choklad i samband med hormonella förändringar innan menstruation.

Frestelser

Att på olika sätt bli bombarderad med sinnesintryck av frestande mat beskrivs av de flesta diabetesgrupper som ett hinder för en följsam kosthållning (Savoca & Miller, 2001; Whittemore, et al., 2002; Meeto, 2004; Miller & Brown, 2005; Peel, et al., 2005; Gellar, et al., 2007). Ungdomar med diabetes (Gellar, et al., 2007) ser i många fall det faktum att de ständigt är utsatta för frestelsen från onyttig mat, som den största svårigheten med att hålla kostrestriktionerna. Frestelserna förekommer överallt i omgivningen, i skolan men också i det egna hemmet. En tonåring säger:

“It's kind of difficult for me because we have so much ice cream around the house” (Gellar, et al., 2007, s. 675).

Också många vuxna upplever frestelser i det egna hemmet som ett stort problem (Whittemore, et al., 2002; Miller & Brown, 2005; Peel, et al., 2005). En man beskriver hur han fuskar, om han vet att det finns chips hemma tar han några stycken varje gång han går förbi (Miller & Brown, 2005). I Whittemores, et al. studie (2002) beskriver en kvinna målande:

"It calls to me, you know. If I have something in the frig or freezer that's not good, I hear it calling. I open up the refrigerator door and "Hello" it says to me...I don't have the willpower to leave them alone" (Whittemore, et al., 2002, s. 22).

Flera kvinnor (Whittemore, et al., 2002; Peel, et al., 2005) upplever vidare att de har svårt att kontrollera fuskandet som frestelserna framkallar och de uttrycker att en bit lätt blir till många fler om de unnar sig något:

"I can have milk and 2 cookies at night if I wanted to... but if I start with 2 cookies I'm going to want 202 cookies" (Whittemore, et al., 2002, s. 22).

Social inverkan

Olika sociala faktorer upplevs ha en negativ inverkan på hur patienter med diabetes lyckas hålla sina kostrestriktioner. Upplevelser om på vilka sätt detta kan ske beskrivs under fyra underteman; oförståelse från släkt och vänner, kulturella och traditionella hinder, bekvämlighet och tidsbrist samt ekonomiska hinder.

Oförståelse från släkt och vänner

I de flesta studier framkommer att familjen kring personen med diabetes har en betydande funktion för hur han/hon lyckas sköta sin kosthållning. Många upplever brist på stöd och i flera fall beskriver man hur familjen faktiskt har en direkt saboterande roll (Savoca & Miller, 2001; Miller & Brown, 2005; Peel, et al., 2005; Wong, et al., 2005; Gellar, et al., 2007; Wallin, et al., 2007). Ungdomar med diabetes beskriver att deras förmåga att följa de restriktioner sjukdomen medför är omöjligt så länge föräldrarna inte anpassar familjens matvanor till deras behov. När det endast serveras onyttig mat i hemmet blir det vad de äter. En tonåring uttrycker:

"Well my family is not the healthiest eaters, we eat pretty much anything in the closet, which consists of mac and cheese and pizza sometimes and a lot of other stuff" (Gellar, et al., 2007, s. 675).

Även vuxna personer med diabetes upplever familjen som ett hinder för att de skall lyckas sköta sin kost. Framförallt handlar det om att familjen, barn såväl som partners, inte tycker om den mer hälsosamma mat som familjemedlemmen med diabetes rekommenderas. Det kan handla om att de inte tycker om fettsnåla alternativ, att de inte tycker om hälsosammare tillagningssätt eller att de inte tycker om frukt och grönsaker som en del i maten (Peel, et al., 2005). En mamma med diabetes säger:

"I could go get y'know like chicken breasts and grill'em and things like that Amy my youngest she'll not eat that" (Peel, et al., 2005, s. 783).

Många personer med diabetes anpassar därför sin kost efter familjen snarare än efter sin

sjukdom och äter den onyttiga maten om än i mindre portioner (Savoca & Miller, 2001; Peel, et al., 2005; Wong, et al., 2005). Andra patienter lagar dubbla måltider för att tillfredställa både sina egna och familjens behov, detta beskrivs dock ofta som mycket mödosamt (Peel, et al., 2005). I två studier (Savoca & Miller, 2001; Miller & Brown, 2005) framkommer att makar till personer med diabetes ibland medvetet saboterar deras följsamhetsarbete. Sabotaget handlar bland annat om att inte vara samarbetsvillig och att fälla elaka kommentarer angående maten (Savoca & Miller, 2001). Det handlar vidare också om att medvetet baka och köpa hem mat som partnern inte bör äta men har svårt att motstå. En manlig diabetiker säger:

"She is probably the worst thing that could happen to my diet...; she loads the house up with candy...if there's no candy around, I wouldn't eat it" (Miller & Brown, 2005, s 230).

Vissa patienter upplever också sina vänner som en barriär till nyttigare matvanor (Whittemore, et al., 2002; Meeto, 2004; Wong, et al., 2005; Gellar, et al., 2007). Ungdomar i Gellars, et al. studie (2007) tycker framförallt att det är pinsamt att äta nyttig mat inför vännerna. En ungdom säger:

"I won't eat healthy food when I am around them [friends]; I am too embarrassed" (Gellar, et al., 2007, s. 675).

De beskriver också hur de i måltidssammanhang brukar dela med sig till varandra, och eftersom ingen vill bli bjuden på nyttig mat, väljer även ungdomarna med diabetes onyttiga alternativ för att inte bli utanför. Vuxna patienter uttrycker framförallt en önskan om att inte vara till besvär för sina vänner genom att behöva kräva speciell mat och dryck när de umgås eller på fester. En patient säger:

"When I attend parties, etc. I always eat and drink what's there. I can't ask for diet drinks" (Meeto, 2004; s. 1076).

Vissa patienter upplever att deras vänner ofta i ren välmening ger dem saker som de tycker mycket om men inte kan äta på grund av sjukdomen. Patienterna känner då att de inte kan svika sina vänner och tacka nej utan bryter hellre kostrestriktionen (Whittemore, et al., 2002).

Vänskap med andra personer med diabetes som inte följer kostrestriktioner avslöjar deltagare också som ett hinder för följsamhet. En kvinna förklarar sin bristande följsamhet med argumentet:

"If other diabetics eats sweets and desserts at parties, why should I not enjoy my self?" (Meeto, 2004, s.1076).

Kulturella och traditionella hinder

Kulturen upplevs i vissa grupper som ett stort hinder till följsamhet av kostrestriktioner (Hjelm et al., 1999; Hjelm, et al., 2003; Wallin, et al., 2007). Detta gäller framförallt

personer med diabetes och muslimsk bakgrund där den religiösa fastemånaden Ramadan, då mat endast får intas efter mörkrets inbrott, strider mot behovet av måltidernas regelbundenhet. Även den påföljande festen Bajram, efter fastan beskrivs som ett hinder för diabetikernas följsamhet eftersom detta är en högtid med mycket onyttig mat och dryck. Att ha sjukdomen skulle vara skäl till att slippa fasta anser vissa, men de flesta muslimska patienterna i studierna väljer ändå att fasta på grund sin starka tro men också på grund av press från andra.

"She said it's for Allah's sake you are fasting. When she sees others fasting and she can't do it herself she feels bad" (Wallin, et al., 2007, s. 308).

Vidare ses problem med att följa kostrestriktioner även i traditioner i västerländsk kultur. Patienter möter speciellt svårigheter i samband med födelsedagar och andra högtidsdagar då tårter, godis och andra sötsaker står centralt på menyn. Vid sådana tillfällen tvingas patienterna både att motstå frestelserna och förklara för familj och vänner om sin sjukdom, vilket ofta upplevs som jobbigt och svårt (Savoca & Miller, 2001; Meeto, 2004; Wong, et al., 2005). Maten kan också ha en mycket stor innebörd för patienterna i dessa sammanhang, och onyttig mat ses av vissa som en självklar del av förnöjelse vilket gör att dessa inte ens försöker hålla sina restriktioner i samband med högtidsdagar.

"I never comply with my treatment at weddings or parties ... Parties are about food. After eating the wrong foods, I do go ill but I also recover in a couple of days" (Meeto, 2004, s. 1076).

Ledighet och resor ses också som svårigheter i och med att det påverkar patienternas rutiner men också för att dessa nöjen traditionellt sett ofta kopplas ihop med speciell, god och ofta onyttig mat (Savoca & Miller, 2001; Peel, et al., 2005). En man säger:

"I don't go to the south of France without eating some sugar y'know I can't resist the pastries and who can you are not supposed to!" (Peel, et al., 2005, s. 787).

Att äta på restaurang är också en tradition som utgör en svårighet för att följa kostrestriktioner. Detta beror enligt beskrivningarna på att restaurangerna sällan har nyttiga alternativ, deras portioner är ofta stora och matens tillagningssätt är okänt för patienterna (Savoca & Miller, 2001).

Bekvämlighet och tidsbrist

Bekvämlighet tas upp som ett motstånd till att äta nyttigare framförallt av yngre intervjudeltagare (Gellar, et al., 2007; Wdowik, et al., 1997). Ungdomar anser särskilt att de förberedelser som nyttig mat kräver är allt för ansträngande och att snabbmat därför är ett mer lättillgängligt alternativ. En ung person med diabetes säger:

"Most of the healthy stuff take preparation and the junk food is already prepared. Like carrots you have to peel of the outside off of them and you

have to do a lot of washing and stuff” (Gellar, et al., 2007, s. 675).

Även föräldrars bekvämlighet hindrar barnens följsamhet till kostrestriktion. En tonåring avslöjar:

”I eat out a few times a week because my mom says she doesn’t feel like cooking and sometimes we get fast food” (Gellar, et al., 2007, s. 676).

Vidare uttrycker college studenter bekvämlighet i att de upplever det som besvärligt att bära omkring mat och äta i klassrummet som en del i deras följsamhet till diabetes kosten. Följaktligen uteblev ofta deras måltidsplanering och likaså de regelbundna måltiderna (Wdowik, et al., 1997). Andra som också upplever svårigheter i och med måltidsplanering som ett hinder för följsamhet är framförallt de som har svårt att samarbeta med sin familj angående kosthållningen (Miller & Brown, 2005; Wdowik, 1997), men också andra uttrycker det som svårt att alltid planera måltider i förväg. En vuxen deltagare säger:

”Just having to plan and knowing ahead of time what you’re going to eat. That’s a bother” (Savoca & Miller, 2001, s. 228).

I flera studier (Savoca & Miller, 2001; Galasso, et al., 2005; Miller & Brown, 2005; Wdowik, et al., 1997) framkommer tidsbrist som ett hinder för goda matvanor. Vissa patienter förklarar att det är stress och jäktade tillfällen som framkallar dåliga matvanor för att man inte hinner äta nyttigt eller för att man ibland tvingas missa en måltid (Savoca & Miller, 2001; Miller & Brown, 2005). Man förklarar att tidsbristen dels beror på att man har mycket att göra på jobbet, att familjen tar mycket tid och likaså fritidsaktiviteter. För många collegestudenter är tidsbrist och stress ett av de största hindren för följsamhet till kostrestriktioner. En student säger:

”Time, classes and stress are all barriers” (Wdowik, et al., 1997; s. 559).

Ekonomiska hinder

I flera studier (Hjelm, et al., 2003; Galasso, et al., 2005; Wallin, et al., 2007) framkommer ekonomiska hinder för en följsam kosthållning. Den mat som rekommenderas beskrivs ofta som dyr och många påpekar att frukt och grönsaker är dyra livsmedel. Detta i kombination med en dålig ekonomisk status vållar stora bekymmer hos många. En patient säger:

”I wish I had more money to make more choise-income makes a big difference in the types of food I can afford” (Galasso, et al., 2005, s. 723).

Brist på frihet och självbestämmande

Upplevelser av att vara ifråntagen sin frihet och sin rätt att bestämma själv gör att många personer med diabetes väljer att inte följa sina kostrestriktioner, vilket beskrivs i detta tema. Patienternas berättelser framkommer under två underteman; ej vilja låta sjukdomen styra livet och för stränga regler – vilja att bryta reglerna.

Ej vilja låta sjukdomen styra livet

Vissa patienter upplever att diabetessjukdomen tenderar till att styra deras liv och att de förlorat möjligheten att välja. Detta uppfattas som ett hinder för att alltid följa direktiven eftersom viljan att vara fri och självbestämmande stundtals blir för stor (Whittemore, et al., 2002; Wdowik, et al., 1997). En av collestudenterna i Wdowiks, et al. studie säger:

"I lack the freedom of choosing what I want to eat today and when I want to eat." (Wdowik, et al., 1997, s. 560).

Att följsamhet av dietrestriktionerna är ett energikrävande arbete uppfattas av vissa som ett hinder för följsamheten eftersom man önskar att göra annat än att ägna sig åt planering av allt som har med mat att göra. En deltagare i Whittemores, et al. studie (2002) beskriver:

"...All this food garbage is depressive...because you have to fit in some other routine that isn't what you want to do with your life. You feel you want to do other things with your energy. [Diabetes] can annoy me...It irritates me ...It's a matter of I don't want to be bothered because I have 5 million other things I am doing" (Whittemore, et al., 2002, s. 21).

För stränga regler – vilja att bryta reglerna

I flera studier (Whittemore, et al., 2002; Meetoo, 2004; Miller & Brown, 2005) upplever patienter att de inte kan känna sig riktigt avslappnade i sin diet, på grund av att de upplever reglerna som för stränga. Patienterna blir upprörda och arga för att vårdpersonal och även ofta deras egna makar pressar dem till att följa de för dem inhumana kostrestriktionerna (Meetoo, 2004; Miller & Brown, 2005). En europeisk kvinna säger:

"What annoys me they [professionals] expect everybody to be little tin soldiers...To me they expect so much of you...the first consultant I saw I could have thumped him literally. He sat there and my husband was there and he was saying "you must sit and eat this, you must do this and all your weight's this" and I said no it's not because I don't eat a quarter of what my husband eats...so I've said no, sod off..." (Meetoo, 2004, s. 1076).

En annan kvinna beskriver sin ilska över att maken försöker påverka hennes matintag och sätter upp stränga regler:

"I get angry. I don't really say anything; I just get angry. He just knows I'm angry because I can't eat something. I'll say, 'Why can't I eat this?'"

He'll say, 'Well, [because] you had this and you had that' (Miller & Brown, 2005, s. 229).

Som följd av de stränga reglerna är det vanligt att de patienter som ändå försöker följa reglerna, upplever ett behov av att fuska (Whittemore, et al., 2002; Miller & Brown, 2005). En deltagare berättar:

"Here I am doing what they tell me to do and I'm hungry all of the time...I seemed like it was too drastic...To me, it was inhumane to be that low (calories). [I'd] come back home crying and either eating more food or just try to get rid of that hunger I was having...I was hungry and felt like a pig" (Whittemore, et al., 2002, s. 21).

I en annan studie (Meetoo, 2004) framkommer att patienter själva i intervjuer talar väl om de regler de måste följa och berättar gärna om hur de skall lyckas göra detta. Att det är svårt för dem att hålla reglerna framkommer när deras utsagor jämförs med dagböcker som de blivit ombudade att skriva och det uppmärksammas att de i stort sett brutit varenda regel, dagligen.

Avsaknad av behov av följsamhet

Under detta tema beskrivs hur personer med diabetes kan uppleva att det inte finns något behov av att följa kostrestriktioner. Detta redovisas under två underteman; brist på motivation och möjlighet till insulinjusteringar.

Brist på motivation

Många patienter har ingen motivation till att följa kostrestriktioner eftersom de inte tror att det skulle kunna göra dem bättre (Hjelm, et al., 1999; Savoca & Miller, 2001; Hjelm, et al., 2003; Meetoo, 2004; Nagelkerk, et al., 2006) en patient säger:

"What happens, happens - I guess I have a bad attitude"(Nagelkerk, et al., 2006, s. 154).

En arabisk kvinna förklarar i en studie sin bristande följsamhet med att uttrycka att hon inte bryr sig (Hjelm, et al., 2003). Jugoslaviska kvinnor i en liknande studie uttrycker att de tror att det är ödet som avgör deras hälsotillstånd och att de själva inte kan göra något för att påverka (Hjelm, et al., 1999; Hjelm, et al., 2003). En kvinna uttrycker:

"I can't do anything, it is fate. I try to modulate the diet according to all the advice...but it dosen't become better...I can't change it" (Hjelm, et al., 1999, s. 1151).

I några andra studier (Savoca & Miller, 2001; Whittemore, et al., 2002; Nagelkerk, et al., 2006) framkommer en liknande känsla av frustration som ett tydligt hinder för att följa kostrestriktioner. Patienterna beskriver hur de ansträngt sig för att följa de restriktioner de fått men inte upplevt att det gett något resultat. En deltagare säger:

"No matter how good, I was failure" (Nagelkerk, et al., 2006; s. 154).

Möjlighet till insulinjusteringar

Ett flertal patienter i två olika studier (Meetoo, 2004; Gellar, et al., 2007) negligerar behovet av att följa kostrestriktioner tack vare möjligheten att korrigera blodsockret med extra doser insulin. Ungdomar belyser i en av studierna (Gellar, et al., 2007) fördelarna med att ha insulinpump för att hantera sjukdomen:

"I can eat honestly anything because I have the pump" och " I couldn't eat a lot of sugary foods before I got the pump but now I can" (Gellar, et al., 2007, s. 674).

Även vuxna ser möjligheten till insulinjusteringar som ett skäl till att inte alltid följa kostrestriktioner, en person säger:

"...That's right, yes. Like I eat so much food at weddings or parties, that's what I do [adjusts dose of insulin]" (Meetoo, 2004, s. 1076).

Hjälpmiddel i form av blodsockermätare är för vissa också en barriär till strikt följsamhet av kostrestriktioner, eftersom dessa kan användas som ett argument till val av onyttiga livsmedel då blodsockret ligger lågt (Miller & Brown, 2005).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att finna svar på syftet valde vi att analysera kvalitativ forskningslitteratur. Detta lämpade sig väl eftersom vi eftersträvade kunskap om patienters upplevelser och man kan just genom sådan forskning med utgångspunkt i ett patientperspektiv erhålla denna kunskap. Deltagarnas sjukdomstillhörighet var både typ I och typ II Diabetes Mellitus vilket systematiskt valdes av oss för att få en så bred bild som möjligt av vilka hinder en diabetiker i allmänhet kan stöta på och eftersom fenomenet med bristande följsamhet förekommer i stor utsträckning i båda grupper. Vi ville också ha ett brett åldersperspektiv på det hela då detta antogs vara en större variator till olika upplevelser än den specifika sjukdomstillhörigheten och därför ansågs båda sjukdomsgrupperna relevanta.

Artiklar har endast erhållits genom den vårdvetenskapliga artikeldatabasen Cinahl. Eventuellt skulle det varit möjligt att finna fler användbara artiklar om ytterligare databaser använts men vi nöjde oss med de som vi hittade i Cinahl då de var ganska

många och av god kvalitet. Närmare bestämt använde vi oss av 13 artiklar i vår resultatdel, anledningen till att vi valde så pass många var att det i några artiklar endast var en liten del av resultatet som svarade på vårt syfte. Fem av de artiklarna vi använde oss av har ett annat perspektiv än det direkt vårdvetenskapliga, fyra av dessa var skrivna av dietister och en hade en psykologisk ansats. De ansågs dock som användbara eftersom de innehöll tydliga svar på vårt syfte och hade likartade beskrivningar som de vårdvetenskapliga om än att de hade mer djupgående beskrivningar och om kosten specifikt, vilket bara var till vår fördel. Utförandemässigt var dietistartiklarna mycket lika de vårdvetenskapliga och de var av god vetenskaplig kvalitet. Den psykologiska var till viss del annorlunda utförandemässigt men ändå av god vetenskaplig kvalitet och därmed även den trovärdig.

Innan vår egentliga litteratursökning sattes ett av inklusionskriterierna till att artiklarna inte skulle vara äldre än tio år. Vi har dock ändå inkluderat en artikel som är publicerad 1997, detta beror på att den artikeln tar upp en åldersgrupp som ej finns representerad bland våra övriga artiklar, nämligen collegestudenter. Artikelns resultat verkade trovärdigt eftersom det trots åldern liknade resultat i nutida studier om än kring en annan åldersgrupp. Inledningsvis önskade vi framförallt västerländska artiklar och det har vi i huvudsak erhållit. Några av artiklarna behandlar ett kulturellt perspektiv på problematiken med invandrare i västerländsk kultur som deltagare vilket vi tycker berikar den totala bilden. Flera av artiklarna är mycket amerikaniserade och med tanke på den skräpmataskultur som råder där, blir resultatet inte alltid direkt överförbart på svenska förhållanden.

Den analysmodell som vi har använt oss av har fungerat bra eftersom vi har kunnat plocka ut de delar av artiklarnas resultat som svarar på vårt syfte. Detta är en fördel eftersom vissa artiklar har handlat om mycket mer än det som svarade på vårt syfte. Eftersom vi har utgått från forskning med kvalitativ metod så har vi fått en god beskrivning om hur patienter kan uppleva olika hinder för kostrestriktionerna. Resultaten baseras dock på förhållandevis små urvalsgrupper och kan därför inte bli generaliserbart.

Resultatdiskussion

I vår studie har vi inte identifierat några direkta skillnader i upplevelser mellan olika grupper av personer med diabetes varken vad det gäller typtillhörighet eller ålder. Vårt syfte var att beskriva hinder i allmänhet till följsamhet av kostrestriktioner utifrån diabetespatienternas synvinkel. I resultatet har vi kommit fram till att diabetiker överlag upplever likande hinder. Hindren kan vara många och beskrivs bland annat som olika former av kunskapsbrist och olika sociala faktorer. Man talar också om ett personligt förhållande till mat, en vilja att bestämma över sitt eget liv och olika former av bristande motivation. I Lappalainen, et al. kvantitativa studie (1997), där 14331 européer tillfrågats, har man undersökt barriärer som människor i allmänhet upplever då de försöker äta mer hälsosamt. Upplevda barriärer som de kom fram till var bland annat: tidsbrist, brist på motivation, invanda matvanor, svårigheter med matlagning, ekonomiska hinder, påverkan från omgivningen, och bristande kunskap. Detta resultat överensstämmer med alla de hinder till följsamhet av kostrestriktioner som framkommit i vår studie, förutom att vi också identifierat de som hör till diabetessjukdomen

specifikt.

Nedan diskuteras intressanta resultat från studien mot annan forskning och mot vårdvetenskapliga begrepp under rubrikerna; kunskapsbrist ger vårdlidande, ett annorlunda begär, alla har sin egen ryggsäck, låt barriärer blir resurser, vikten av motivation samt ekonomi och tidsbrist.

Kunskapsbrist ger vårdlidande

Kunskapsbrist framkommer i denna studie som en vanlig barriär till följsamhet för patienter med kostrestriktioner i och med diabetes. Kunskapsbristen kan handla om att inte känna till sambandet mellan sjukdomen och kosten, inte känna till olika livsmedels egenskaper eller inte förstå tallriksmodellen. I studien har det framkommit att vissa patienter uttryckligen upplever att detta beror på bristande information från vårdpersonalen medan andra inte uttrycker liknande. Sjuksköterskan har en informativ funktion i vårdandet och det är enligt gällande riktlinjer hans/hennes skyldighet att undervisa patienten om sjukdomen (Socialstyrelsen, 2001). Detta innebär att den kunskapsbrist som upplevs av patienten beror på bristfälligt arbete av sjuksköterskan. Forskning visar dessutom att en majoritet av sjuksköterskor i diabetesvårdssammanhang ofta utgår från sitt eget perspektiv snarare än från patienternas och man har sett att de inte heller samarbetar med patienterna (Holmström, et al., 2003). Det är viktigt som sjuksköterska att i undervisande arbete vara medveten om att alla patienter har olika mycket kunskap och är i behov av olika information. Sjuksköterskans förförståelse bör läggas åt sidan för att fokusera på de kunskapsbehov den specifika patienten har och därifrån undervisa och utbilda patienten om egenvård. Innan sjuksköterskan ger någon information alls måste patientens kunskapsnivå och -behov identifieras. Information som läggs på för låg eller för hög nivå blir meningslös för patienten. En integrering av kunskap och hälsobeteende måste ske inom patienten, annars blir vårdverksamheten lönlös. Därför måste patienten fångas upp där han/hon är så att en utveckling kan ske inom honom/henne själv (Eriksson, 1989). Det är också av stor vikt hur man ger information. Patienten måste vara mottaglig för informationen och det är viktigt att i dialog ta reda på om patienten förstått. Språk kan också vara en barriär i undervisning av en del patienter och det är viktigt att patienter som behöver information på sitt modersmål får möjlighet till tolk (Fagermoen, 2004).

I de fall då utvecklandet av komplikationer beror på utebliven eller bristfällig vård i och med informationsbrist innebär komplikationerna inte bara ett sjukdomslidande för patienterna utan är också ett vårdlidande, alltså något som skulle ha kunnat förebyggas av vårdpersonalen (Dahlberg et al., 2003).

Vidare kan patienter tro att de följer sina kostrestriktioner trots att inte så är fallet, beroende på att de inte fått korrekt information från början (Kyngäs, et al., 2000). Det här innebär att även om patienten inte direkt uttrycker en kunskapsbrist så kan det här föreligga. I samband med studien uppmärksammades att flera patienter som inte angav kunskapsbrist som en faktor till deras bristande följsamhet ändå visade prov på detta. Det här visade sig i och med beskrivningar av kunskap om sjukdomen som inte alltid var helt korrekt. Om man frågar patienten vad han/hon kan i stället för att fråga vad han/hon inte kan, kan man kringgå det här problemet.

Riktlinjer för diabetesvård (Socialstyrelsen, 2001) menar att det finns möjlighet att ge extra insulin om blodsockret ligger för högt. Detta har i studien framkommit som något som utnyttjats av patienterna för en frihet från kostrestriktioner. Många patienter ser fördelar med att kunna justera insulinet när de vill äta något onyttigt som höjer blodsockret men att det onyttiga ofta också är fett tänker de sällan på. I dagligt tal kallas ofta diabetes för sockersjuka vilket avleder från kunskapen om sambandet mellan diabetes och kärlproblematik och därigenom det negativa sambandet med fet mat. Det är viktigt att patientens kunskap om insulinet inte bara handlar om hur det skall injiceras utan också om hur det skall sättas i samband med resten av sjukdomen. Fördelen med dagens snabbverkande insulin är att blodsockret kan hållas bättre i schack och att patienterna inte skall behöva vara lika uppbundna, men det är som sjuksköterska viktigt att påpeka att detta inte skall missbrukas för då sätts patientens hälsa på spel. Patienten kan dock inte ta ansvar för sin egenvård så länge han/hon saknar kunskap.

Ett annorlunda begär

I den här studien framkommer det att patienternas kärlek till onyttig mat i vissa fall är så stark att de uttrycker den som ett begär. Detta finner vi intressant eftersom Wiklund (2003) beskriver begär som en mycket stark upplevelse som främst handlar om en inre önskan om värdighet. Begär handlar enligt författaren sällan om mat och liknande som snarare kopplas till behov och behovstillfredsställelse. Att ett sådant begär utvecklas bör enligt vårt resonemang ha en ursprunglig orsak i ett misslyckande i att tillfredsställa andra behov eller begär. En människa som sedan tidigare, innan diabetessjukdomen, burit med sig detta begär kanske tidigare mist sin värdighet genom att de exempelvis upplevt sig oälskade och att maten, som vissa patienter i vår studie beskriver, blivit deras enda tröst. En annan tanke är att man som diabetiker upplevt vad vissa patienter i studierna beskriver som misslyckande med hälsomålen, trots ihärdiga försök med kostrestriktionerna. Följsamhet kan då upplevas som meningslöst och behovstillfredsställelsen i att sköta sin sjukdom och bli bekräftad för detta har förbytts till en tillfredsställelse av begäret till den onyttiga maten. Forskning visar att den inställning patienten har till sjukdomen och det stöd man får från omgivningen ofta är minst lika viktigt för följsamhet som kunskap om egenvård (Keers, Bouma, Links, Maaten, Gans & Wolffenbuttel, et al. 2006). Oavsett orsaken till att personerna upplever ett begär till onyttig mat, så skapar detta problem eftersom tillfredsställelsen av begäret strider mot behovet av nyttig mat som man har i och med diabetessjukdomen. Av denna anledning är det viktigt att som professionell sjuksköterska identifiera sådana känslor hos patienten men också ta reda på varför de finns för att tillsammans med patienten finna en väg runt dem.

Alla har sin egen ryggsäck

Alla människor har sin ryggsäck med sina erfarenheter och vanor. I denna litteraturstudie framkommer att vissa delar av detta innebär hinder för följsamhet i samband med diabetes kost. Patienter som sedan gammalt har matvanor som inte passar med den diet som rekommenderas för diabetessjukdomen måste få hjälp att lära om. Detta i sig innebär inte bara information om vad patienten får och inte får äta utan det är också viktigt att de nya matvanorna anpassas till tidigare matvanor på ett sätt som blir

begripligt för patienten. För många patienter är det svårt att direkt kunna identifiera onyttiga och nyttiga alternativ bland matvaror bara genom att få råd om att inte äta söt och fet mat. Kyngäs, et al. (2000) skriver att om patienter kan anta vårdregimer som en naturlig del i sitt liv underlättas följsamheten. Som vårdpersonal måste man förstå att kostrestriktioner endast utgör en liten del av patientens liv bland många andra behov. Därför skall de krav som ställs på patienten anpassas så mycket som möjligt till patientens liv istället för tvärt om. Först då uppnår man ett livsvärldsperspektiv inom sjukvården (Eriksson, 1989).

Genom att inventera patientens matvanor kan man lättare förklara och patienten kan lättare förstå vilka av de matvanor som han/hon brukar äta som inte är lämpliga och vidare komma fram till bra alternativ som han/hon också tycker om. Olika kulturella hinder kan också identifieras i detta sammanhang där immigrerade patienters matvanor ofta skiljer sig radikalt från de som är kända för sjuksköterskan. Här är det av ännu större vikt att ta reda på vad patienten brukar äta och vilka alternativ patienten känner till. Sjuksköterskans kännedom om patienten får dock inte stanna enbart vid maten. För att få en helhetsbild av patientens livsvärld måste man som sjuksköterska genom vårdrelationen lära känna patienten så väl att man har möjlighet att identifiera alla tänkbara faktorer i patientens livsstil som kan påverka följsamheten av kostrestriktioner (Dahlberg, et al., 2003; Kyngäs, 2000). Vårdrelationen skapar också ett sammanhang av förtroende där patienten kan våga öppna sig för vårdaren och beskriva sina svårigheter och därigenom får vårdaren möjlighet att hjälpa.

I samband med den kulturella aspekten som tidigare nämnts kommer fastetraditioner också fram i studier. Dessa orsakar att muslimska patienter riskerar sin hälsa och låter bli att äta om dagarna. Koranen säger att man inte behöver fasta om man är sjuk, för många är dock uppoffringen viktig, men den kan ersättas med att exempelvis ge pengar till fattiga. Genom denna kännedom kan man hjälpa dessa patienter att finna alternativ till fastan och samtidigt bejaka patientens livsvärld.

Låt barriärer blir resurser

I denna studie framkommer familj och vänner som en barriär till följsamhet av kostrestriktioner. Familjen kan också utgöra en resurs och Kyngäs, et al. (2000) belyser vikten av att sjuksköterskan gör patientens familj delaktig i egenvårdsprocessen. I en studie (Gallant, Spitze & Prohaska, 2007) kring familj och vänners påverkan på egenvård vid kostrestriktioner i samband med olika kroniska sjukdomar framkommer att familj och vänner både kan försvåra och förenkla följsamhetsarbetet. I studien framkommer att den oförståelse som upplevs från vänner och familj kan förebyggas med kunskap. En rekommendation som framkommer är att den närmaste familjen tillsammans skall få information om kostrestriktioner och tillsammans komma fram till matvanor som passar hela familjen inklusive familjemedlemmen med diabetes. På så sätt kan sjukdomen och kostvanorna integreras i patientens vardagsliv och ett stöd från familjen kan skapas. Genom att vara ett stöd kan anhöriga hjälpa patienten till motivation, samtidigt som det är viktigt att patienten själv är så pass motiverad att han/hon kan stå emot när okunniga vänner frestar honom/henne. Vissa patienter i denna studie uttrycker också en önskan om att inte vara till besvär för sina vänner. I Gallants, et al. (2007) studie framkommer i liknande sammanhang en lösning genom att man tar

med sig egna nyttiga alternativ, i form av t.ex. sockerfri dryck.

Vikten av motivation

Motivation är en av de viktigaste faktorerna för följsamhet till kostrestriktioner. Är man tillräckligt motiverad är det få andra faktorer som kan hindra en. Har man kunskapsbrist söker man kunskap, hägrar frestelser lär man sig undvika dem på olika sätt och förstår inte familj och vänner så kör man sitt eget race. I motiverande arbete är det viktigt att patienten får känna att han/hon lyckas. Många patienter uttrycker att de trots ansträngningar upplever att de aldrig lyckas tillräckligt bra med sin egenvård. Att som vårdare tillsammans med patienten utformar olika delmål kan hjälpa patienter att hålla motivationen uppe och samtidigt successivt förbättra vårdresultatet.

Vissa patienter i studien beskriver hur de lyckas motivera sig genom att tänka på hur hemska komplikationerna är som man riskerar som följd av bristande följsamhet. Skrämselstrategin är nog dock inget som generellt håller för alla grupper. Som sjuksköterska är det istället viktigt att motivera patienten genom att inge hopp. Detta hopp kan handla om möjligheten att leva ett normalt liv trots sjukdomen. Hoppet måste samtidigt vara realistiskt så att patienterna inte resonerar kring komplikationer i termer som ”Det händer inte mig”. På så sätt kan patienterna uppnå hälsa innefattande både en sundhet och friskhet men också ett välbefinnande i sig själva. Forskning visar att det finns ett tydligt samband följsamhet och livskvalité (Keers, et al., 2006). Livssituationer som komplikationerna däremot skapar, till exempel med bara ett ben eller med en halvsidig förlamning, ökar sällan livskvalitén utan kan i förlängningen istället ge ett livslidande (Dahlberg, et al., 2003). Det har i denna studie framkommit att vissa patienter upplever dåligt samvete och skuld känslor efter att de har ätit onyttig mat, detta är ett tecken på att de är medvetna men de har ingen kontroll över sin kostrestriktion vilket inte heller leder till något välbefinnande.

En studie (Lawton, Peel, Parry, Araoz & Douglas, 2005) har visat att avsaknad av symtom kan göra att man inte känner sig sjuk och att man därför förlorar sin motivation att sträva med sjukdomen. Diabetes är en sådan sjukdom där symtomen inte direkt märks när man är under någorlunda god behandling, därmed är risken stor att man förlorar motivationen. Det är därför viktigt att en person med diabetes lär känna sin kropp och att även små förändringar i välmåendet uppmärksammas och sätts i eventuellt samband med sjukdomen samtidigt bör olika testparametrar integreras i den subjektiva kroppen (Merleau-Pouinty, 1997). Man behöver också lära känna sig själv vad gäller frestelser för att finna strategier att motstå dessa. Genom att acceptera sjukdomen och leva i symbios med den kan man leva ett gott liv med diabetes. De flesta behöver dock hjälp med det här.

En god vårdrelation är viktigt för att patienten skall lyckas med sina kostrestriktioner. Vi kan i vårt resultat se att vissa patienter undanhåller viktig information i intervjuerna och med en sådan inställning i vårdrelationen ljuger patienten inte bara för vårdaren utan också för sig själv. Det är därför viktigt att sjuksköterskan skapar en förtroendefull vårdrelation där man samarbetar mot samma mål (Dahlberg, et al., 2003).

Ekonomi och tidsbrist

I vårt resultat har det framkommit att vissa patienter upplever ekonomiska hinder för att följa kostrestriktioner. Detta beror på en kombination av dålig ekonomi och det faktum att nyttig mat är dyr mat. Frukt och grönsaker och kött med liten andel fett är dyrt och denna patientgrupps följsamhet till kostrestriktioner hindras av detta. Vi kan i vårt resultat se tendensen av att det är minoritetsgrupper som framförallt upplever detta problem, det är invandrare i Sverige och svarta kvinnor i USA. Sjukdomen medför också andra extrakostnader i och med läkarbesök och mediciner. För dessa finns i Sverige ett högkostnadsskydd men något motsvarande stöd finns inte för matkostnaderna. Tänkvärt är att dessa patientgrupper blir mycket kostsamma för vården om de på grund av sin oföljsamhet utvecklar komplikationer och pengarna skulle komma till bättre nytta om patienterna fick stöd från början. Larsson (2003) skriver att samhällets kostnader för komplikationer till diabetes sjukdomen årligen uppgår till mer än vad de direkta kostnaderna av diabetesvården gör. Problemet är mycket svårt eftersom man knappast kan dela ut öronmärkta pengar som skall gå till nyttig mat. Samtidigt är det knappast kostnadseffektivt att pengar som skulle kunna förebygga komplikationer istället används för att behandla dem, då ett extra lidande för patienten erhålls på köpet.

Bekvämlighet och tidsbrist är ett av våra största problem i samhället i dag och studien visar att stress är en av de vanligaste hindren för följsamhet till kostrestriktion. Patienterna säger själva att om de hade mer tid så skulle de äta bättre. Stress är överhuvudtaget inte nyttigt för någons hälsa. Att stress i sig får patienterna att missköta sig är illa dessutom så höjer stresshormoner blodsockret (Larsson, 2003). Patienterna måste få hjälp att lära sig planera sin tid och att anpassa livet efter sjukdomen och sjukdomen efter livet. Vad gäller bekvämlighet finns det många nyttiga alternativ att köpa färdigt i dag, exempelvis färdigskalade morötter och färdigsköljd sallad i påsar.

Implikationer för vården

Genom god vård kan sjuksköterskan hjälpa patienten att sköta kostrestriktionerna som gäller för diabetes sjukdomen. Följaktligen kan risken för komplikationer och extra lidande för patienten minskas och förebyggas. Genom olika former av förebyggande arbete kan också de kostnader komplikationerna medför minskas. Omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan göra för att hjälpa patienten är att:

- Alltid fråga patienter med diabetes om hur de upplever sin sjukdom och vad de kan om den. Detta oavsett om man träffar patienten av annan anledning än diabetes sjukdomen. På detta sätt kan barriärer uppmärksammas och strategier finnas att övervinna dem.
- I all undervisning om kost ta reda på vad patienten brukar äta och utifrån detta ge råd. Annars är det mycket svårt för patienten att anpassa sina matvanor.
- När patienten skall informeras och utbildas om sjukdomen och kosten bör hela familjen delta. Det är viktigt att alla förstår vikten av kostrestriktionerna och samarbetar för den sjuka familjemedlemmens skull.
- All undervisning skall vara individanpassad men i vissa fall kan gruppundervisning vara ett bra sätt för patienter att vinna kunskaper och dela

erfarenheter med andra. I dessa sammanhang är det dock viktigt att gruppundervisningen ligger på en för patienten rimlig nivå och att alla deltagare har liknande behov.

- Skapa en förtroendefull vårdrelation där sjuksköterska och patient samarbetar mot samma mål.
- Motivera patienten att acceptera sin sjukdom och förklara att han/hon kan leva normalt. Hjälpa patienten att integrera sjukdomen i sin livsvärld.
- Arbeta med delmål i följsamhetsarbete så att patienten får känna att han/hon lyckas och på så sätt bibehåller sin motivation.
- Bistå patienten i att nå kunskap om sin egen kropp och integrera hjälpmedel som en del av den, detta så att patienten kan observera små hälsoförändringar och använda dem för att främja välmående genom egenvård.
- I de fall då man som sjuksköterska känner att ens kunskap är otillräcklig för att hjälpa patienten skall man se till så att patienten kommer i kontakt med dietist eller diabetessjuksköterska. Patienten skall också uppmuntras att kontakta vården om han/hon har några frågor och resurser ska finnas så att detta är möjligt.

Konklusion

Det är av stor vikt att patienter följer kostrestriktioner eftersom förhöjda blodsockernivåer i längden leder till komplikationer. Patienter upplever det ofta som mycket svårt att följa dessa kostrestriktioner eftersom många yttre och inre faktorer påverkar dem. Som sjuksköterska är det viktigt att ha en kunskap om olika tänkbara faktorer för att kunna hjälpa patienten till egenvård. Följsamhet måste utgå från varje patients egen livsvärld för att den skall bli genomförbar och hänsyn måste tas till individuella förutsättningar och individuellt upplevda barriärer.

REFERENSER

- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- EBSCO Industries, Inc. (2008). *CINAHL Headings*. Hämtad 2008-04-01 från <http://web.ebscohost.com.lib.costello.pub.hb.se/ehost/mesh?vid=2&hid=112&sid=4b2a022f-f094-471c-a214-4a0f4918d3ad%40sessionmgr104> .
- Eriksson, K. (1986). *Introduktion till vårdvetenskap*. Kristianstad: Nordsteds Förlag AB.
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Göteborg: Liber AB.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretative research: Interpretative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Fagermoen, M.S. (2004). Patientundervisning. Ingår i H. Almås (red.), *Klinisk omvårdad 1* (s. 12-30). Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Førsund, A.J., & Mosand, R.D. (2006). Omvårdnad vid förändringar i bukspottkörtelns endokrina funktion. Ingår i H. Almås (red.), *Klinisk omvårdnad del 2* (s. 899-928). Stockholm: Liber.
- Galasso, P., Amend, A., Melkus, D.G. & Nelson, T.G. (2005). Barriers to Medical Nutrition Therapy in Black Women With Type 2 Diabetes Mellitus. *The Diabetes Educator*, 31(5), 719-725.
- Gallant, P.M., Spitze, D.G. & Prohaska, R.T. (2007). Help or Hindrance? How Family and Friends Influence Chronic Illness Self-Management among Older Adults. *Research on Aging*, 29(5), 375-409.
- Gellar, A.L., Schrader, K. & Nansel, R.T. (2007). Healthy Eating Practices Perceptions, Facilitators, and Barriers Among Youth With Diabetes. *The Diabetes Educator*, 33(4), 671-679.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

- Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P. & Apelqvist, J. (2003). Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 627-643.
- Hjelm, K., Nyberg, P., Isacsson, Å. & Apelqvist, J. (1999). Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1147-1159.
- Holmström, I., Halford, C. & Rosenqvist, U. (2003). Swedish health care professionals' diverse understandings of diabetes care. *Patient Education and Counseling*, 51(1), 53-58.
- Institutionen för vårdvetenskap. (2006). *Riktlinjer för examensarbete på kandidatnivå i ämnet vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad/vårdvetenskap*. [Kompendium] Borås: Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap, Forskningsenheten. Hämtad 2008-03-30 från: <http://www.hb.se/vhb/klass.asp?kid=49&d1=stud&d2=stud> .
- Keers, C.J., Bouma, J., Links, P.T., ter Maaten, C.J., Gans, O.B.R. & Wolffenbuttel, H.R.B., et al. (2006). One-year follow-up effects of diabetes rehabilitation for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Education and Counseling*, 60(1), 16-23.
- Kristensen, J.K., Bro, F., Sandbæk, A., Dahler-Eriksen, K., Flensted Lassen, J. & Lauritzen, T. (2001). HbA1c in an unselected population of 4438 people with Type 2 diabetes in an Danish county. *Scandinavian journal of primary health care*, 19(4), 241-246.
- Kyngäs, H., Duffy, E.M. & Kroll, T. (2000). Review Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 5-12.
- Lappalainen, R., Saba, A., Holm, L., Mykkanen, H. & Gibney, M.J. (1997). Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51(2), 36-40.
- Larsson, O. (2003). Diabetes. Ingår i N. Grefberg & L-G Johansson (red.), *Medicinboken: Vård av patienter med invärtes sjukdomar* (s. 405-461). Stockholm: Liber.

- Lawton, J., Peel, E., Parry, O., Araoz, G. & Douglas, M. (2005). Lay perceptions of type 2 diabetes in Scotland: bringing health services back in. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1423-1435.
- Meetoo, D. (2004). Dietary pattern of self-care among Asian and Caucasian diabetic patients. *British Journal of Nursing*, 13(18), 1070-1078.
- Merleau-Ponty, M. (1997). *Kroppens fenomenologi*. Uddevalla: Bokförlaget Daidalos AB.
- Miller, D. & Brown, J.L. (2005). Marital Interactions in the Process of Dietary Change for Type 2 Diabetes. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(5), 226-234.
- Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54(2), 151-158.
- Peel, E., Parry, O., Douglas, M. & Lawton, J. (2005). Taking the Biscuit? A Discursive Approach to Managing Diet in Type 2 Diabetes. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 779-791.
- Savoca, M. & Miller, C. (2001). Food Selection and Eating Patterns: Themes Found among People with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 224-233.
- Skafjeld, A. (2002). *Diabetes*. Danmark: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (2001). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus*. Linköping: Linköpings Tryckeri AB.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2008-06-02 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf> .
- Svenska Diabetesförbundet (2006). *Film om diabetes*. Hämtad 2008-02-27 från <http://www.diabetes.se/>.
- Tahbaz, F., Kreis, I. & Calvert, D. (2006). An audit of diabetes control, dietary management and quality of life in adults with type 1 diabetes mellitus, and a comparison with nondiabetic subjects. *Journal of human nutrition and dietetics*, 19(1), 3-11.

- Wallin, A-M., Löfvander, M. & Ahlström, G. (2007). Diabetes: a cross-cultural interview study of immigrants from Somalia. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 305-314.
- Wdowik, J.M., Kendall, A.P. & Harris, A.M. (1997). College Students with Diabetes: Using Focus Groups and Interviews to Determine Psychosocial Issues and Barriers to Control. *The Diabetes Educator*, 23(5), 558-562.
- Whittemore, R., Chase, K.S., Mandle, C.L. & Roy, S.C. (2002). Lifestyle Change in Type 2 Diabetes A Process Model. *Nursing Research*, 51(1), 18-25.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wong, M., Gucciardi, E., Li, L. & Grace, L.S. (2005). Gender and Nutrition Management in Type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 66(4), 215-220.

Bilaga 1

Översikt av analyserad litteratur

Vetenskapliga artiklar	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p>Titel: Barriers to Medical Nutrition Therapy in Black Women With Type 2 Diabetes Mellitus.</p> <p>Författare: Galasso, P., Amend, A., Melkus, D.G. & Nelson, T.G.</p> <p>Tidskrift: <i>The Diabetes Educator</i>, 31(5), 719-725.</p> <p>Årtal: 2005</p>	Vårdvetenskapligt perspektiv, Patientperspektiv och Kulturellt perspektiv.	<p>Problem: Typ II Diabetes är en mycket vanlig nästintill epidemiliknande sjukdom bland svarta kvinnor och orsaken är hos de flesta övervikt. Trots att livsstilsförändringar angående kost och motion rekommenderas tidigt ses dålig compliance.</p> <p>Syftet är därför att finna kunskap om vad dessa kvinnor upplever för barriärer till kostrestriktioner.</p>	Kvalitativmetod. 40 amerikanska svarta kvinnor med typ II diabetes som genomgått en egenvårdsutbildning inbjöds till en telefonintervju, 26 fullföljde denna. Kvinnorna var i åldrarna 21-65 år. Intervjun består av 9 slutna och 29 öppna frågor och handlade om kostvanor.	I resultatet framkommer barriärer till compliance som patientgruppen upplever så som; Kunskap och informationsbrist, Ekonomiska barriärer och Tidsbrist. Man redovisar också en beskrivning av patienternas matvanor och en beskrivning av upplevelsen av egenvårdsutbildningen.
<p>Titel: Healthy Eating Practices Perceptions, Facilitators, and Barriers Among Youth With Diabetes.</p> <p>Författare: Gellar, A.L., Schrader, K. & Nansel, R.T.</p> <p>Tidskrift: <i>The Diabetes Educator</i>, 33(4), 671-679.</p> <p>Årtal: 2007</p>	Vårdvetenskapligt perspektiv och Patientperspektiv.	<p>Problem: Ungdomstiden är en känslig tid, och som diabetiker utmanas man att börja ta eget ansvar för sin sjukdom. Dålig matvanor kan få allvarliga konsekvenser. Många ungdomar med diabetes har svårt att hålla tillfredsställande blodsockernivåer och kostrestriktioner. Forskning saknas på detta område</p> <p>Syftet är att undersöka uppfattningen om hälsosamt ätande bland ungdomar med typ I diabetes inklusive underlättande och hindrande faktorer.</p>	Kvalitativ studie. Ungdomar i åldrarna 7-16 år på ett diabetesläger intervjuades i fokusgrupper om 5-12 personer i varje grupp. Varje grupp diskussion varade ca 45 min och öppna frågor ställdes till grupperna. Diskussionerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant varpå en innehållsanalys gjordes på datatexterna.	I resultatet presenteras; Ungdomarnas syn på nyttigt ätande, Deras beskrivna kunskap om sambandet mellan mat och diabetes, Upplevda barriärer och Förenklande faktorer till hälsosamt ätande.
<p>Titel: Beliefs</p>	Vårdvetenskapligt	Problemet: Att	Kvalitativ metod.	I studien framkommer

<p>about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females.</p> <p>Författare: Hjelm, K., Nyberg, P., Isacson, Å. & Apelqvist, J.</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing, 30(5), 1147-1159.</p> <p>Årtal: 1999</p>	<p>perspektiv, Patientperspektiv och Kulturellt perspektiv.</p>	<p>kultur påverkar ens syn på hälsa och följdaktligen ens hantering av sjukdom kan man ser tendenser av tidigare forskning. Hur detta samband påverkar patienten med Diabetes Mellitus finns det lite kunskap om.</p> <p>Syftet är att utforska tro om hälsa och sjukdom, bland invandrade jugoslaviska och svenska diabetiker, som kan påverka deras egen rapporterade egen vård och vård uppsökande beteende.</p>	<p>Grupp intervjuer med 28 kvinnor i åldrarna 35 till 65 år med diabetes, dock ej angivet vilken typ av diabetes. 15 svenska kvinnor och 13 jugoslaver. Intervjuerna bestod av öppna frågor och blev inspelade på band. Data analysen fokuserade på att se skillnader mellan grupperna.</p>	<p>skillnaden mellan hur patienten med olik etnicitet hantera sin sjukdom. Skillnader återfinns i områden som; Teorier om sjukdom, Mötet med sjukvårdpersonal, Hälsobevarande aktiviteter och mönster i att söka sjukvård, Råd om egenvård och benägenhet att följa dem, samt Tron om hälsa.</p>
<p>Titel: Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden..</p> <p>Författare: Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P. & Apelqvist, J.</p> <p>Tidskrift: International Journal of Nursing Studies, 40(6), 627-643</p> <p>Årtal: 2003</p>	<p>Vårdvetenskapligt perspektiv, Patientperspektiv och Kulturellt perspektiv.</p>	<p>Problem: Inga studier har gjorts angående synen på hälsa och sjukdom bland arabiska invandrare med Diabetes Mellitus och inte heller några jämförelse bland olika grupper av invandrare. Araber och Jugoslaver är det största invandra grupperna i Sverige därför att det är viktig att ha kunskap om dem.</p> <p>Syftet är att utforska kulturell påverkan på uppfattningen om hälsa och sjukdom samt på egen vård bland kvinnor med Diabetes Mellitus från olika kulturer, boende i Sverige.</p>	<p>Kvalitativ metod. Grupp intervjuer med 41 kvinnor med Diabetes, dock ej angivet vilken typ av diabetes. 15 svenska, 13 arabiska och 13 jugoslaviska kvinnor. Intervjuerna bestod av öppna frågor och blev inspelade på band. Data analysen fokuserade på att se skillnader mellan grupperna.</p>	<p>I studien framkommer skillnaden mellan hur patienten med olika kulturell bakgrund hanterar sin sjukdom. Skillnader återfinns i områden som; Teorier om sjukdom, Hälsobevarande aktiviteter och mönster i att söka sjukvård, Råd om egen vård och benägenhet att följa dem, samt Tron om hälsa.</p>
<p>Titel: Dietary pattern of self-care among Asian and Caucasian diabetic patients.</p> <p>Författare:</p>	<p>Vårdvetenskapligt perspektiv och Patient perspektiv.</p>	<p>Problem: På patienter med både typ I och typ II Diabetes vilar ett stort ansvar om egenvård och anpassning av livsstilen till</p>	<p>Kvalitativ metod. 49 patienter mellan 18-80 år med typ I och typ II diabetes (25 men indiskt ursprung och 24 men europeiskt) från en lokal diabetes klinik</p>	<p>I resultatet beskrivs patienters egenvårdsbeteende indelat i tre nivåer av följsamhet; Strikt följsamhet, Medel flexibel följsamhet och Mycket flexibel</p>

<p>Meetoo, D. Tidskrift: <i>British Journal of Nursing</i>, 13(18), 1070-1078. Årtal: 2004</p>		<p>sjukdomen annars föreligger stor risk för komplikationer. Många patienter har dock mycket svårt att sköta sin egenvård. Syftet är att undersöka diet mönster i samband med egenvård för diabetespatienter i Asiatiska och europeiska urvalsgrupper.</p>	<p>deltog i semistrukturerade intervjuer och skrev kostdagbok. Intervjuerna pågick i 45-90 minuter. Dataanalysen genomfördes genom tolkning av intervjumaterialet och dagboksanteckningarna.</p>	<p>följsamhet.</p>
<p>Titel: Marital Interactions in the Process of Dietary Change for Type 2 Diabetes. Författare: Miller, D. & Brown, J.L. Tidskrift: <i>Journal of Nutrition Education and Behavior</i>, 37(5), 226-234. Årtal: 2005</p>	<p>Dietistperspektiv, Patient- och Anhörigperspektiv.</p>	<p>Problem: Typ II diabetes närmar sig epidemiska proportioner i USA. Följsamhet till dietrestriktioner är en hörnsten i behandlingen men är också det största hindret i egenvården. I samband med detta hinder har familjen en stor påverkan på patienten. Lite forskning finns om detta samband hos typ II diabetiker. Syftet är att undersöka hur par anpassar sig till kostrestriktioner i samband med typ II diabetes.</p>	<p>Kvalitativ metod. Intervjuer genomfördes i två omgångar med 19 fullföljde par där ena parten insjuknat i Diabetes typ II. Första intervjun inom ett år efter insjuknandet och andra ett år senare. Diabetespatienterna var 45 år eller äldre, paren var gifta eller sambo. En semistrukturerad intervju guide användes liksom öppna frågor. Paret intervjuades först ihop och sedan var för sig. Datamaterialet analyserades genom Grounded Theory.</p>	<p>De deltagande paren indelas i resultatet i tre olika grupper beroende på graden av deras samarbete kring sjukdomen. I varje grupp beskrivs faktorer som; Flexibilitet, Roller, Regler och Kommunikation utifrån patienternas beskrivningar. Hur samarbetet förändrats ett år senare beskrivs på liknande sätt.</p>
<p>Titel: Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. Författare: Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L Tidskrift: <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 54(2), 151-158. Årtal: 2006</p>	<p>Vårdvetenskapligt perspektiv och Patientperspektiv.</p>	<p>Problem: Stora krav ställs på diabetespatienten kring egenvård men patienten kan uppleva många hinder. Sjukvårds personal skall förenkla för patienterna och behöver därför kunskap om barriärer och strategier. Syftet är att beskriva upplevda barriärer till egen vård hos vuxna med typ II diabetes och identifiera egenvårdsstrategier.</p>	<p>Kvalitativ metod. Gruppintervju med 12 deltagare med typ II diabetes. Intervjuerna blev inspelade på band och en observatör dokumenterade icke verbalt beteende. Data analysen bestod i att identifiera olika tema som visar sig i berättelserna.</p>	<p>I resultatet framkommer sex barriärer till egen vård som beskrivs under teman; Diet, Vård, Hjälploshet och frustration, Resurser, Gruppundervisning och Medicinering. Sedan framkommer sex beskrivningar av strategier under teman; Vårdrelation, Positiv attityd, Socialt stöd, Resurser, Medicinering och Gruppundervisning.</p>
<p>Titel: Taking</p>	<p>Psykologiskt</p>	<p>Problem: Diabetes</p>	<p>Kvalitativ metod.</p>	<p>I resultatet framkommer</p>

<p>the Biscuit? A Discursive Approach to Managing Diet in Type 2 Diabetes.</p> <p>Författare: Peel, E., Parry, O., Douglas, M. & Lawton, J.</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Health Psychology</i>, 10(6), 779-791.</p> <p>Årtal: 2005</p>	<p>perspektiv, Patientperspektiv och Könsperspektiv.</p>	<p>typ II ökar i förekomst och i och med sjukdomens egenvård kring mat ställs stora krav på patienten. Detta upplever dock många som svårt. Forskning har tidigare mestadels fokuserat på män med dessa svårigheter och vedertagna uppfattningar om kvinnan som expert på nyttigt ätande har lett dem bort från fokus.</p> <p>Syftet är att undersöka hur patienter med nyligen diagnostiserad typ II diabetes hanterar sin kost, detta sker ur ett könsperspektiv och fokuserar särskilt på misslyckad följsamhet.</p>	<p>Djupintervju med 40 nydiagnostiserade patienter i åldrarna 21-77 år med typ II diabetes. Intervjuerna utgjordes av en repeterande design och upprepades därför sex månader efter första intervjun. Intervju materialet kodades utifrån ämnet diet för att sedan grupperas i teman. Delar av intervjumaterialet som ansågs extra intressant återtranskriberades för att återfå fler nyanser av det talade språket. Data materialet analyserades utifrån tematisk diskursanalys.</p>	<p>teman som; Kosten som en individuell eller familjär angelägenhet och Förklaringar till misslyckande i att hålla dieten.</p>
<p>Titel: Food Selection and Eating Patterns: Themes Found among People with Type 2 Diabetes Mellitus.</p> <p>Författare: Savoca, M. & Miller, C.</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Nutrition Education</i>, 33(4), 224-233</p> <p>Årtal: 2001</p>	<p>Dietistperspektiv och Patientperspektiv.</p>	<p>Problem: Diabetes typ II ställer stora krav på patienten om egenvård. Tidigare forskning visar att patienter upplever det som svårt att följa en hälsosam diet och därmed motsätter sig egenvården. För att lyckas med hälsomål för dessa patienter är det viktigt att vårdpersonal känner till de upplevelser som patientgruppen har kring kostrestriktionerna. Om detta finns lite forskning.</p> <p>Syftet är att undersöka tron om- och perspektiv på kost restriktioner, val av livsmedel, måltidsmönster och attityder om egenvård kring kost bland patienter med typ II diabetes.</p>	<p>Kvalitativ metod med djupintervjuer med öppna frågor. Urvalsgrupp var 45 typ II diabetiker i åldrarna 40-65 år. Intervjuerna pågick i 75 minuter. Data analyserades genom att identifiera för texten genomgående teman.</p>	<p>Teman som presenteras i resultatet är; Historia om måltidsmönster och viktkurva, Kunskap om rekommenderad mat och måltidsmönster, Strategier för hälsosamt ätande, Utmaningar till diet compliance och Svårigheter att omsätta kunskap i handling.</p>

<p>Titel: Diabetes: a cross-cultural interview study of immigrants from Somalia. Författare: Wallin, A-M., Löfvander, M. & Ahlström, G. Tidskrift: <i>Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness</i> in association with <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 16(11), 305-314. Årtal: 2007</p>	<p>Vårdvetenskapligt perspektiv, Patientperspektiv, Kulturellt perspektiv och Könsperspektiv.</p>	<p>Problem: för att framgångsrikt behandla och vårda patienter i minoritetsgrupper behöver vårdpersonal i Sverige kunskap och förståelse om olika etniska grupper. Ingen forskning finns ännu om patienter från Somalia. Syftet är att beskriva hur immigrerade diabetiker från Somalia upplever vardagslivet i Sverige och hur de klarar diabetesrelaterade problem.</p>	<p>Kvalitativ metod med intervjuer med 19 vuxna diabetiker, ej angivet typtillhörighet, som är födda i Somalia men bor i Sverige. Det utskrivna intervju materialet analyserades enligt latent innehållsanalys och resulterade i teman och subteman.</p>	<p>I resultatet presenteras fyra teman; Upplevelser av ångest i vardagslivet, Vardagslivet fortsätter som förut, Förståelse ger en känsla av kontroll och Vara följsam.</p>
<p>Titel: College Students with Diabetes: Using Focus Groups and Interviews to Determine Psychosocial Issues and Barriers to Control. Författare: Wdowik, J.M., Kendall, A.P. & Harris, A.M. Tidskrift: <i>The Diabetes Educator</i>, 23(5), 558-562. Årtal: 1997</p>	<p>Dietistperspektiv och Patientperspektiv.</p>	<p>Problem: Diabetes har en stor påverkan på en individs livsstil. Collegestuder med diabetes är en riskgrupp för bristfällig egenvård i och med deras ålder, nyvunna självständighet och deras tidspressade schema. Syftet är att identifiera faktorer hos dessa studenter som påverkar förmågan att engagera sig i lämpligt egenvårdsbeteende.</p>	<p>Kvalitativ metod med djupgående telefonintervjuer och intervjuer i fokusgrupper med öppna frågor. 10 collegestuder med diabetes typ I deltog i djupintervjuerna och 15 andra i telefonintervjuerna. Intervjuerna varade i ca 30 min. Data analyserades genom att innehållet sammanfattades och jämfördes med en lista av alla svar som framkommit. Studenterna var i åldrarna 18-35 år.</p>	<p>I resultatet beskrivs de fem vanligaste barriärerna till god diabetes vård; Svårigheter med planering och tidsbrist, Stress, Insulinkänningar, Bristande kostcompliance och Ekonomiska hinder.</p>
<p>Titel: Lifestyle Change in Type 2 Diabetes A Process Model. Författare: Whittemore, R., Chase, K.S., Mandle, C.L. & Roy, S.C. Tidskrift: <i>Nursing Research</i>, 51(1), 18-25. Årtal: 2002</p>	<p>Vårdvetenskapligt perspektiv och Patientperspektiv.</p>	<p>Problem: Integrering är ett viktigt koncept i studier om egenvård och kronisk sjukdom, men än så länge saknas förståelse kring denna process. Syftet är att utreda upplevelsen av att integrera rekommendationer vid typ II diabetes till en befintlig livsstil när man deltar i en vårdcoachning program.</p>	<p>Kvalitativ metod med intervjuer och iakttagelser av nio kvinnor i samband med vårdcoachning möten. Analys gjordes genom att sammanfatta data, synliggöra data, dra slutsatser och verifiera resultatet.</p>	<p>I resultatet presenteras upplevda utmaningar till livsstilsförändringar så som att; Finna en känsla av försoning, Skapa en struktur i tillvaron, Kämpa efter tillfredställelse, Utforska sig själv och ens motsättningar, Finna balans, Utveckla en ny livsrytm.</p>
<p>Titel: Gender</p>	<p>Dietistperspektiv,</p>	<p>Problem: Egenvård</p>	<p>Inledande Kvantitativ</p>	<p>Resultatet av den</p>

<p>and Nutrition Management in Type 2 Diabetes. Författare: Wong, M., Gucciardi, E., Li, L. & Grace, L.S. Tidskrift: <i>Canadian Journal of Dietetic Practice and Research</i>, 66(4), 215-220. Årtal: 2005</p>	<p>Patient- och Anhörigperspektiv samt Könsperspektiv.</p>	<p>är viktigt vid typ II diabetes för att annars föreligger risk för komplikationer. Diabetespatienter har svårt att följa dietrekommendationerna och könstillhörighet antas påverka följsamheten. Lite forskning finns dock om sambandet. Syftet är att utreda huruvida följsamhet till kostrekommendationer kan skilja sig mellan kvinnor och män med typ II diabetes beroende på familjära åtaganden och stöd från partner.</p>	<p>metod med 561 deltagare som fyllt i ett frågeformulär. Kvalitativ metod med telefonintervju med 12 gifta typ II diabetiker, blandat kvinnor och män, och sju makar till typ II diabetiker. Intervjudeltagarna var i åldrarna 27-78 år. Frågorna var av både öppen och slutna typ. Analysen av datamaterialet genomfördes med Grounded Theory.</p>	<p>kvalitativa delen av studien presenteras under fyra teman; Kön och stöd, Kön och måltidsändring, Typer av kostförändringar och Hinder för näringsförändring.</p>
---	--	---	--	---