EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2013:35

Patienters upplevelser av livsstilsförändringar i samband med diabetes mellitus typ II

Eric Petersson
Oscar Sjösten

HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Examensarbetets titel:	Patienters upplevelser av livsstilsförändringar i samband med diabetes mellitus typ II
Författare:	Eric Petersson, Oscar Sjösten
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	SSK07
Handledare:	Marianne Johansson
Examinator:	Susanne Knutsson

Sammanfattning

Diabetes mellitus typ II är en global sjukdom som blir allt vanligare då människor lever ett mer stillasittande liv och äter fetare samt sockerrikare kost. Om diabetes mellitus typ II inte behandlas kan sjukdomen leda till allvarliga senkomplikationer och andra följdsjukdomar. Ökad fysisk aktivitet och en väl balanserad kost är livsstilsförändringar som utgör en viktig del i behandlingen av sjukdomen. Det är därför viktigt ur ett hälsoperspektiv att patienter genomför dessa livsstilsförändringar. Att genomföra livsstilsförändringar är komplext och syftet är därför att beskriva hur patienter upplever dessa livsstilsförändringar i samband med diabetes mellitus typ II. Arbetet är en litteraturöversikt som är baserat på en analys av nio stycken kvalitativa artiklar. Resultatet visar att patienterna uttryckte både ett välmående och ett illabefinnande i samband med livsstilsförändringarna. Illabefinnandet ges till uttryck genom att känna rädsla, förändrade relationer, att inte räcka till och att känna hinder till en förändring. Välmåendet ges till uttryck genom att finna motivation och att ha en känsla av att lyckas. Livsstilsförändringarna upplevs som komplicerade att genomföra och påverkar patienternas livsvärld då nya rutiner skall integreras i vardagen. Litteraturöversiktens resultat kan ge sjuksköterskan kunskap och ökad förståelse hur patienter med diabetes mellitus typ II upplever livsstilsförändringarna. Detta leder till en ökad medvetenhet, ett bättre bemötande och god omvårdnad gentemot dessa patienter.

Nyckelord: *Diabetes mellitus typ 2, livsstilsförändringar, upplevelser, patientperspektiv.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1

Diabetes mellitus typ II 1

Symtom 3

Komplikationer 3

Hypoglykemi 3

Hyperglykemi och ketoacidos 3

Behandling 4

PROBLEMFORMULERING 5

SYFTE 5

METOD 5

Litteratursökning 6

Analys 6

RESULTAT 7

Ett illabefinnande 7

Att känna rädsla 7

Förändrade relationer 8

Att inte räcka till 9

Att känna hinder till en förändring 9

Ett välmående 10

Att finna motivation 10

Att ha en känsla av att lyckas 11

DISKUSSION 12

Metoddiskussion 12

Resultatdiskussion 13

Att vara i ett lidande 13

Att vara i ett välbefinnande 14

SLUTSATSER 15

Kliniska implikationer 16

Fortsatt forskning 16

REFERENSER 17

BILAGOR 20

Bilaga 1

Bilaga 2

INLEDNING

Då en människa drabbas av sjukdomen diabetes mellitus typ II krävs förändringar i vardagslivet som påverkar människans livsvärld. Dessa förändringar kräver ett stort engagemang och anpassning av dagliga rutiner. För många människor upplevs detta som påfrestande och enligt en tidigare studie(Clarke2002, s. 186) upplever patienter det svårt att genomföra de nödvändiga livsstilsförändringarna vid diabetes mellitus typ II. En orsak till detta är att de ska bibehållas under en lång tid och att många faller tillbaka i sina vardagliga rutiner. För att främja hälsa vid sjukdomen krävs en stor omställning av vardagslivet för de flesta människor. De livsstilsförändringar som upplevs vara mest påfrestande är att förändra den fysiska aktiviteten samt kosten (Clarke2002, s. 186). Under våra verksamhetsförlagda studier har vi träffat på flertalet patienter som haft diagnosen diabetes mellitus typ II. Våra upplevelser är att dessa patienter ständigt måste ha sin sjukdom i åtanke för att kunna sköta och leva med den. Detta påverkar till stor del patientens livsvärld på flera olika sätt. Människor har olika syn på livsstilsförändringar och dessa kan skilja sig åt. Vi har reflekterat över hur patienterna upplever de livsstilsförändringar som krävs i samband med diabetes mellitus typ 2 och vill därför undersöka hur dessa upplevs för att sjuksköterskan ska få bättre förståelse för dessa patienter. Förhoppningsvis leder denna förståelse till ett bättre bemötande och ett ökat välbefinnande för patienten.

BAKGRUND

Diabetes mellitus typ II

I takt med att människor lever mer stillasittande samt att fetare och sockerrikare kost konsumeras ökar diabetes mellitus typ II världen över. Sjukdomen har en långsam progression och behöver inte alltid ge upphov till lidande i ett tidigt skede. Ett bristfälligt handhavande av sjukdomen kan leda till allvarliga senkomplikationer. I världen finns det mer än 312 miljoner människor som lever med diabetes mellitus typ II. Troligtvis kommer sjukdomen vara den sjunde största dödsorsaken år 2030 (WHO, 2013).I Sverige finns det ungefär 325 000 personer som har diagnostiserats med diabetes mellitus typ II och sjukdomen utgör en av de stora folkhälsosjukdomarna. Sjukdomen utgör även den största bakomliggande orsaken till kardiovaskulär sjukdom. En obehandlad diabetes mellitus typ II kan leda till allvarliga senkomplikationer i egenskap av synrubbningar, känselbortfall och njurpåverkan (Socialstyrelsen 2009, s. 226). Livsstilsförändringar vid diabetes mellitus typ II är därför en vital del i behandlingen. Riskfaktorer såsom fysisk inaktivitet, dåliga matvanor och övervikt är faktorer som innehar en betydande roll för sjukdomens uppkomst och progression (Mulder 2008, s. 131). Att åtgärda dessa riskfaktorer och åstadkomma livsstilsförändringar påverkar patienters vardagliga liv. Deras livsvärld blir förändrad då nya rutiner ska appliceras i vardagen. Livsvärlden beskrivs enligt Wiklund (2003, s. 40) som den verklighet som människan upplever genom sin kropp. Livsvärlden är därför inte omvärlden eller vår subjektiva hållning till världen, utan världen så som vi lever den. Allt som en människa kommer i kontakt med under sin livstid erfars på ett unikt och subjektiv sätt av varje människa. Kroppen är ett objekt som ständigt måste vara närvarande och det är genom kroppen som människan kan uppleva både världen och kroppen på ett subjektivt sätt, d.v.s. upplevelsen av sin livsvärld (Wiklund 2003, s. 48).

Att tillämpa livsvärldsperspektivet innebär att se, förstå, analysera och redogöra för världen så som den erfars av människor. Livsvärldsperspektivet fokuserar på relationen mellan världen och subjektet (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg 2003, s. 24). Att bedriva vård utifrån ett livsvärldsperspektiv medför att man inriktar sig på patientens upplevelse av hälsa, lidande, välbefinnande samt hur vården upplevs (Dahlberg et al. 2003, s. 25). För vårdaren innebär detta att inta en öppenhet till patienten och sträva efter att hålla tillbaka sin egen förförståelse så att patientens egen upplevelse framträder (Dahlberg et al. 2003, s. 27).

Att ha god kunskap är viktigt för att bland annat kunna fatta rätt beslut gällande medicinering, kostintag och aktivitet så att hälsa samt välbefinnande kan upprätthållas i största möjliga mån (Berne 2002, s. 141).Diabetes mellitus typ II är en kronisk sjukdom och kräver en livslång anpassning samt justering av dagliga rutiner. Att anpassa sig efter nödvändiga rutiner och att bedriva den viktiga egenvården på en daglig basis är ofta en komplex process (Handley, Pullon & Gifford 2010, s. 12). Ett kontinuerligt engagemang avseende sin sjukdom är väsentligt ur hälsosynpunkt då lidande kan minimeras samt välbefinnande främjas. Välbefinnande är ett begrepp som kan anknytas till fenomenologin. Ett välbefinnande är subjektivt vilket gör att upplevelserna endast kan kopplas till den enskilda individen. Livsvärlden aktualiseras och välbefinnande yttrar en känsla hos individen (Wiklund 2003, s. 80). Även om en individ lider av en sjukdom kan således välbefinnande upplevas. Individen kan röra sig mellan att uppleva lidande och välbefinnande och dessa känslor kan även upplevas samtidigt. Välbefinnande förutsätter att individen accepterar lidandet och vågar vara i lidandet (Dahlberg et al. 2003, s. 39). Vid vårdande av patient är målet att minska individens lidande samt att öka upplevelsen av välbefinnande. Som ovan nämnt är välbefinnande subjektivt, det innebär att vårdaren aldrig helt och hållet kan förstå patientens unika uttryck av välbefinnande (Dahlberg et al. 2003, s. 39).

Diabetes mellitus typ II är en kronisk sjukdom som innebär att kroppens celler har nedsatt känslighet för det blodsockersänkande hormonet insulin. Kroppens eget insulin är inte tillräckligt och glukosmolekyler blir kvar i blodet vilket ger upphov till en blodsockerhöjning. Tillståndet leder i sin tur till att de insulinproducerande cellerna går på högvarv för att öka insulinkoncentrationen. Efter en viss tid kan det leda till att insulinproduktionen minskar p.g.a. utbrändhet av de insulinproducerande cellerna(Grefberg & Johansson 2009, s. 347).

De Langerhanska öarna som är lokaliserade i pankreas förändras vid diabetes mellitus typ II. En minskning av antalet betaceller sker med åren vilket resulterar i en minskad produktion av insulin. En patient med diabetes mellitus typ II saknar den snabba frisättningskulmen av insulin som sker vid glukosstimulering. Den viktigaste förändringen är insulinresistensen som innebär att en större mängd insulin måste tillföras för att åstadkomma ett normalt svar(Grefberg & Johansson 2009, ss. 356-357).

Bidragande orsaker till att drabbas av diabetes mellitus typ II kan vara att insulinresistens utvecklas. Det kan bero på att de celler som aktiveras av insulinet är defekta. Sannolikt finns det en heriditetsaspekt som bakomliggande orsak. Insulinresistensen kan minskas genom fysisk aktivitet, en normal kroppsvikt och en god metabol kontroll. Sköts inte detta riskeras en ökning av insulinresistensen och eventuellt

en utveckling av diabetes mellitus typ II enligt Grefberg och Johansson (2009, ss. 357-358).Grefberg och Johansson (2009, s. 356) nämner även att en kraftig stegring av diabetes mellitus typ II väntas samt att skillnaderna varierar kraftig mellan olika länder och folkslag, troligen har detta en kulturell orsak.

För att diagnostiseras med sjukdomen diabetes mellitus typ II krävs ett konstant högt plasmaglukos samt eventuellt en kombination av typiska diabetessymtom. Vid ett förhöjt faste-plasmaglukos d.v.s. ≥ 7,0 mmol/liter eller ett icke fastande plasmaglukos som är ≥ 11,1 mmol/liter skall en fortsatt utredning göras minst två gånger med några dagars intervallför att diagnosen skall bli ställd(Grefberg & Johansson 2009, ss. 348-349).

Symtom

Diabetes mellitus typ II behöver inte ge symtom i ett initialt skede av sjukdomen. Symtomen kan utvecklas successivt och kan hos äldre personer missuppfattas som fysiologiska åldersförändringar. Vissa personer uppvisar knappt några eller vaga symtom vilket gör det svårt att diagnostisera sjukdomen(Almås 2011, s. 503). Några vanligt förekommande symtom vid diabetes typ II är enligt Almås(2011, s. 503): fysisk och psykisk trötthet, ökad törst, täta urinträngningar, dimsyn, klåda i underlivet, samt återkommande urinvägsinfektioner/svampinfektioner. Personer med diabetes mellitus typ II löper större risk att drabbas av komplikationerna hypo- hyperglykemi samt ketoacidos vilka definieras nedan.

Komplikationer

Hypoglykemi

En person med diabetes mellitus typ II riskerar att drabbas av hypoglykemi. Hypoglykemi innebär en låg blodglukoshalt. Orsaken kan vara för stora mängder insulin, hög fysisk aktivitet samt ett lågt nutritionsintag. I värsta fall kan personen hamna i så kallat insulinkoma vilket innebär medvetslöshet som direkt följd av det låga blodsockret. Grefberg och Johansson (2009, s. 373) och Ericson och Ericson (2012, s. 574) skriver att vanliga symtom vid hypoglykemi är: hungerkänsla, oro och hjärtklappning, irritation och aggressivitet, medvetandepåverkan, ökade svettningar, tremor samt en känsla av svaghet. Symtomen uppkommer oftast vid plasmaglukos på ungefär 3,5 mmol/liter. Vid låga glukosnivåer frisätts glukagon som bidrar till att levern producerar extra glukos för att höja blodsockret. Detta kroppsliga försvar mot hypoglykemi försvinner problematiskt nog hos en diabetiker med tiden (Grefberg & Johansson 2009, s. 372).

Hyperglykemi och ketoacidos

Hyperglykemi innebär en förhöjd blocksockerhalt på grund av insulinbrist eller ett ökat behov av insulin. Den bakomliggande orsaken till att drabbas av hyperglykemi kan vara en oupptäckt eller underbehandlad diabetessjukdom men kan även bero på en kraftig stress eller infektion som då ökar insulinbehovet. Vid hyperglykemi kan allmäntillståndet framträda på olika nivåer; illamående, lätt medvetandesänkt men kan i allvarligare fall även leda till medvetslöshet. Allmänna symtom vi hyperglykemi är en

tilltagande diures, törst, aptitlöshet, illamående, trötthet, huvudvärk, synpåverkan, samt torra slemhinnor och torr hud (Ericson & Ericson 2012, s. 575).

Den bristande insulinmängden gör att glukosupptaget i alla insulinberoende vävnader är nedsatt. Då måste dessa vävnader istället förbränna mer fett. Bildning av ketonkroppar sker och dessa återfinns sedan i blodet. Tillståndet kallas för ketoacidos. Symtom är en acetonliknande utandningsluft, takypné, kräkningar och buksmärta. De senkomplikationer som brukas kopplas till diabetes beror på följderna av hyperglykemi under en längre tid (Ericson & Ericson 2012, s. 575).

Behandling

Behandlingen av diabetes mellitus typ II kan delas in i icke farmakologisk och farmakologisk behandling. Under icke farmakologisk behandling hamnar livsstilsförändringar som innefattar sunda matvanor och vikten av regelbunden fysisk aktivitet. Den icke farmakologiska behandlingen kan också kallas för konservativ behandling. Denna del av behandlingen syftar främst till att avlasta betacellerna och bidrar således till att mindre mängd av insulin behövs för att hålla blodsockret på en tillfredställande nivå (Mulder 2008, s.131).

Att anpassa kosten är en vital del av behandlingen vid diabetes mellitus typ II. Vid en välbalanserad och nyttig kost minskar risken för senkomplikationer. Det som eftersträvas är att blodsockerstegringen efter en intagen måltid ska vara så långsam och begränsad som möjligt (Mulder 2008, s. 132). Genom att äta mindre portioner men fler måltider samtidigt som energiinnehållet reduceras kan flera hälsovinster uppnås. Personen kan gå ned i vikt vilket bidrar till att öka insulinkänsligheten (Mulder 2008, s. 132).

Att vara fysiskt aktiv är viktigt för alla människor. Vid diabetes mellitus typ II bör dock extra fokus läggas på fysisk aktivitet. Genom att vara fysisk aktiv kan flertalet positiva effekter uppnås. Fysisk aktivitet bidrar till att öka insulinsignalering och förbättra insulinkänsligheten vilket medverkar till att avlasta betacellerna. Den förbättrade insulinkänsligheten kan kvarstå i upp till två dygn efter fysisk aktivitet (Mulder 2008, s. 134). Fysisk aktivitet är en central del för att kunna gå ned i vikt. Genom att öka energiförbrukningen för att få en mer varaktig viktnedgång. Den positiva följden blir att insulinresistensen minskar (Mulder 2008, s. 134).

Tablettbehandling är ett av de farmakologiska alternativen vid diabetes mellitus typ II. Det finns olika preparat som har olika farmakologiska effekter. Dessa läkemedel har till målsättning att i tarmen minska absorptionen av glukos, öka insulinkänsligheten samt att sätta fart på frisättningen av insulin från betacellerna (Grefberg & Johansson 2009, s. 337).Den andra farmakologiska behandlingen är medicinering med insulin. För majoriteten av personer med diabetes typ II ökar bristen av insulin med tiden. Detta får till följd att man genom rätt livsstilsförändringar kan skjuta upp denna process, men i de flesta fall aldrig undviker insulinbehandling helt och hållet. Målet med insulinbehandling är att öka personens tillgång på insulin (Mulder 2008, s.140).

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) innefattar sjuksköterskans

grundläggande ansvarsområde vilka definieras som: Att främja hälsa, att lindra lidande, att återställa hälsa och att förebygga sjukdom. Då en patient drabbas av diabetes typ II berörs samtliga av dessa ansvarsområden. Sjuksköterskan har således en betydande roll i patientens situation. Oavsett behandlingsmetod av sjukdomen diabetes mellitus typ II är målet att lindra patientens lidande. Lidandet utgör ett hot mot individens värdighet och tillvaro. Människan genomgår en utveckling och har skilda förhoppningar på hur framtiden ska se ut. Lidandet kan hänga samman med både framtiden och individens förflutna (Wiklund 2003, s. 132). Enligt Eriksson (1994, s. 21) kan begreppet lidande definieras genom olika dimensioner. Lidande kan vara något plågande för människan som påverkar individen negativt och en kamp där individen får kämpa. Det kan också vara något meningsbärande, skapande eller en förliknelse. Lidande kan vara något som individen tvingas leva och utsättas för där medlidande d.v.s. förmågan att kunna lida tillsammans med en annan individ existerar. Lidandet kan också vara ett uttryck för en stark lust eller brist. Lidande är subjektivt och ges uttryck på ett unikt sätt för alla individer. Förmågan att kunna lida är en central del för människor och fungerar som en varningssignal att något inte står rätt till. Lidandet kan fungera som ett skydd men löser inga problem för människan. En del individer saknar förmågan att kunna lida. För att en individ ska kunna ge uttryck för sitt lidande krävs det hjälp för att återfinna förmågan att kunna lida (Eriksson 1994, ss.13-14). Enligt Wiklund (2003, s.138) betraktas lidande sakna mening, dock kan lidandet vara lättare att utstå då lidandet förmedlar en upplevelse av meningsfullhet. Att uppleva lidandet som meningsfullt kan hjälpa individen att assimilera lidandet i sin livsvärld. Det kan bidra till att individen upplever känslor som lycka och hoppfullhet.

PROBLEMFORMULERING

För många individer som drabbas av diabetes mellitus typ II medförs en rad olika livsstilsförändringar som kommer att appliceras och bevaras livet ut. Att åstadkomma en livsstilsförändring är för många individer svårt, då det krävs förändringar i det dagliga livet som påverkar livsvärlden mer eller mindre. Den nuvarande forskningen inom området anser vi vara begränsad samt att vi har upplevt att de livsstilsförändringar som utförs är komplexa, därför vill vi lyfta fram patienters upplevelser av livsstilsförändringar som sker i samband med diabetes typ II. En ökad kunskap och förståelse inom detta område kan förbättrasjuksköterskans kunskap om patienters livsstilsförändringar i samband med diabetes mellitus typ II. Den ökade kunskapen och förståelsen kan bidra till ett bättre bemötande och förhållningssätt av sjuksköterskan gentemot dessa patienter som kan appliceras i praxis.

SYFTE

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av livsstilsförändringar i samband med diabetes mellitus typ II.

METOD

I den här uppsatsen har en litteraturöversikt använts. Eftersom syftet var att beskriva upplevelser ur befintlig litteratur valdes denna metod. Enligt Friberg (2006, s. 117) kan

en litteraturöversikt tillämpas för att få en översikt över ett specifikt område samt en förutsättning för fortsatt forskning.

Litteratursökning

Artikelsökningen initierades med en översiktssökning för att skapa en övergripande bild av det aktuella området. Författarna formulerade sökord som ansågs vara relevanta för att kunna besvara arbetets syfte. Sökorden formades efter arbetes syfte. Initialt användes sökorden Diabetes type 2, experience och lifestyle. Detta resulterade i 27 träffar varav abstrakten lästes. Utav dessa artiklar inkluderades fyra stycken som ansågs svara an på litteraturöversiktens syfte. 19 stycken artiklar exkluderades då fem av dessa var kvantitativa samt 14 inte svarade an på syftet. Den andra sökningen inkluderade sökorden Diabetes type 2, nursing och daily life. Denna sökning gav fyra stycken träffar varav en inkluderades efter genomgång av abstrakt. Tre stycken artiklar exkluderades då dessa inte ansågs relevanta för litteraturöversiktens syfte. Då fler artiklar ansågs nödvändiga fortsatte artikelsökningen med sökorden Diabetes type 2, nursing och experience. Antalet träffar blev 63 varav en artikel inkluderades. 57 av dessa artiklar exkluderades då de inte ansågs relevanta samt svara an på syftet. Fem stycken exkluderades då dessa var dubbletter från tidigare litteratursökning. Den fortsatta sökningen innehöll sökorden Diabetes type 2 och lifestyle changes. Sökningen gav 14 träffar och efter läsning av abstrakt inkluderades en artikel, som ansågs vara relevant för litteraturöversiktens syfte. Fem artiklar exkluderades då dessa var kvantitativa och åtta artiklar exkluderades då dessa inte svarade an på syftet. Nästa sökning gjordes med sökorden Type 2 diabetes, self-management och psychosocial factors. Resultatet blev 25 träffar varav en artikel inkluderades. 22 artiklar exkluderades p.g.a. att syftet inte var relevant relaterat till litteraturöversikten. Ytterligare två artiklar exkluderades då dessa var dubbletter från tidigare litteratursökning. Sista sökningen gjordes med sökorden Type 2 diabetes, management och experience. Denna sökning gav 19 träffar varav en artikel inkluderades. Fyra artiklar var dubbletter från tidigare litteratursökning vilka exkluderades. 14 stycken artiklar svarade inte an på syftet och exkluderades. Samtliga sökningar gav totalt nio stycken kvalitativa artiklar. Artiklarna kommer från USA, Storbritannien, Japan, Sverige och Australien. Sökhistorik presenteras även bilaga 1.Artikelsökningen begränsades till vetenskapliga artiklar skrivna på engelska. Artiklarna är även publicerade under 2000-talet. Författarna exkluderar inte några kulturella aspekter i artikelsökningen d.v.s. religion och etnicitet. Artiklar från hela världen inkluderades eftersom diabetes mellitus typ II är en världsomfattande sjukdom. Artiklar som fokuserar på vuxna och äldre inkluderades i sökningen medan ett pediatrisk fokus exkluderades, då diabetes mellitus typ II oftast drabbar vuxna och äldre. Artikelsökningen gjordes i databaserna Cinahl och PubMed (Bilaga 1).

Analys

De utvalda artiklarna har granskats enligt Fribergs granskningsmall (Friberg 2006, s. 109) för att upprätthålla en god relevans och hög vetenskaplig kvalitet(Bilaga 2).Analys av resultatet i de utvalda artiklarna har gjorts enligt Axelsson (2008, s. 212). Axelsson (2008, s.212) skriver att litteraturstudien blir obegriplig för läsaren om det inte finns en tydlig struktur och logik i uppbyggnaden av uppsatsen. Författarna läste de granskade artiklarna ett flertal gånger och strök under relevant material som svarade på

litteraturöversiktens syfte. Ur analysen av data framkom liknande upplevelser som låg till grund för den fortsatta analysen. Artiklarnas helheter gjordes om till delar för att sedan kunna beskrivas som en ny helhet. Teman och subteman formades då gemensamma upplevelser från artiklarna kunde identifieras och föras samman. Genom att sammanfoga teman och föra in data i underrubriker har en bra grundstruktur skapats för resultatet menar Axelsson (2008, s. 212). Efter att ha sammanfogat de gemensamma upplevelserna i teman och subteman utgjorde den nya helheten en väl organiserad struktur. Materialet som resultatet skulle innefatta placerades in under två teman och sex stycken subteman utifrån den struktur som hade formats i tidigare skede.

RESULTAT

Resultatet presenterar patienters upplevelser av livsstilförändringar som delas upp i teman och subteman (Tabell 1). Har ändrat här…ska se ut så här

Tabell 1. Teman och subteman.

Teman	Subteman
Ett illabefinnande	- Att känna rädsla - Förändrade relationer - Att inte räcka till - Att känna hinder till en förändring
Ett välmående	- Att finna motivation - Att ha en känsla av att lyckas

Ett illabefinnande

Av de analyserade artiklarna kunde ett uttryck av illabefinnande tydligt identifieras. Illabefinnandet uttrycks som en central upplevelse i samband med livsstilsförändringarna. I de subteman som utformades utryckte patienterna ett lidande som gav en stark koppling till illabefinnande hos patienterna. Detta gav upphov till temat ett illabefinnande.

Att känna rädsla

Ur analyseringen av data framkom att patienterna upplevde rädsla, vilket uttrycktes som ett illabefinnade (Malpass, Andrews & Turner 2009, s. 260; Bhattacharya 2012, ss. 1074-1076; Ahlin & Billhult 2012, s. 43; Beverly, Penrod & Wray 2007, s. 28; Haltiwanger 2012, s. 159; Whittemore, Chase, Mandle & Roy2002, ss. 20-21; Jutterström, Isaksson, Sandström & Hörnsten 2012, s. 48). Medvetenheten om sjukdomen diabetes mellitus typ II:s progression och prognos utan en tillfredsställande behandling var påtaglig. Patienter påtalade att de upplevde en rädsla för att få senkomplikationer om de inte lyckades eller försökte genomföra de livsstilsförändringar som krävdes. Att inte känna sig tillräcklig eller att ha modet var det många patienter som uttryckte (Malpass, Andrews & Turner 2009, s.260). En upplevelse av ovisshet och rädsla att livsstilsförändringarna inte skulle leda till en förbättrad hälsa yttrades av ett flertal patienter. Eftersom sjukdomen diabetes mellitus typ II är ”tyst”, d.v.s. att det kan

vara svårt att upptäcka sjukdomens symtom fanns en rädsla att den nya livsstilen inte alls ledde till en förbättrad hälsa och prognos (Bhattacharya 2012, ss. 1074-1076).

Patienter som lyckats genomföra en livsstilsförändring och inte upplevde något tydligt ökat välbefinnande upplevde en rädsla av att de inte hade kontroll över sjukdomen. Patienternas upplevda rädsla av att inte ha kontroll över sin egenvård och sjukdom uttryckte patienterna som ett illabefinnande (Ahlin & Billhult 2012, s. 43). Enligt studierna Beverly, Penrod och Wray (2007, s. 28), Haltiwanger (2012, s. 159) och Whittemore et al. (2002, ss. 20-21) präglades patienterna av tankar om en för tidig död, att behöva injicera insulin, uppkomst av senkomplikationer och risken att drabbas av hypo- och hyperglykemi. Dessa tankar födde känslor av ångest som en komplikation av den uppkomna rädslan. En rädsla av att gå miste om att se sina barnbarn växa upp eller att lämna sina barn ensamma på grund av en för tidig död, var ytterligare en aspekt till illabefinnandet (Jutterström et al. 2012, s. 48).

Förändrade relationer

Att genomföra livsstilsförändringar påverkade patienternas relationer (Malpass, Andrews, & Turner 2009, s. 260; Beverly, Penrod & Wray 2007, s. 29; Ahlin & Billhult 2012, s. 43; Haltiwanger 2012, s. 155; Tamwoy, Haswell-Elkins, Wong, Rogers, d'Abbs & McDermott 2004, s. 234). Analys av data visade att patienter upplevde den nya livsstilen som en faktor till förändrade relationer inom exempelvis familj och vänner. Enligt Malpass, Andrews och Turner (2009, s. 260) studie framkom det att äta på restaurang och kunna dricka alkohol i sociala umgängen, var en nyckelfaktor för att interagera med vänner, familj och släkt. Detta skapade ett illabefinnande då pressen ökade genom en känsla av att vara tvungen att prestera bättre under träningspassen uppstod. Anledningen till denna handling var för att fortsätta kunna interagera med familj och vänner samtidigt som den nya livsstilsförändringen fullföljdes (Malpass, Andrews, & Turner 2009, s. 260).

Förhållandet mellan patient och partner kunde påverkas negativt av livsstilsförändringarna vilket skapade en upplevelse av illabefinnande hos båda parter. Patienter upplevde att de var en stor börda då de i vissa situationer behövde hjälp och stöttning med sjukdomen från sin partner, allt ifrån medicinering till kostrestriktioner. Detta ledde till att deras relationer blev förändrade och de intog nya roller i förhållandet. Påfrestningar från sjukdomen kunde skapa en konflikt i förhållandet som gav upphov till ångest och frustration hos båda parter (Beverly, Penrod & Wray 2007, s. 29).

En studie av Ahlin och Billhult (2012, s. 43) visade att en irritation kunde uppstå i förhållandet då anhöriga försökte anpassade sig efter patientens livsstilsförändringar, exempelvis att stå över sötsaker. För att försöka undvika denna situation blev resultatet att patienten mot sin vilja inte höll tillbaka på sötsakerna. Situationen ledde till att patienten upplevde irritation och ångest (Ahlin & Billhult 2012, s. 43).Enligt Haltiwanger (2012, s. 155) kunde situationer uppstå då patienter upplevde sig som otacksamma när de inte tog för sig av maten då de var bortbjudna på middag. Upplevelsen beskrevs som påfrestande då valet mellan att främja sin hälsa eller att framstå som otacksam och bli särbehandlad på grund av sin sjukdom uppstod.

Påverkan från familjen och patientens kulturella principer upplevdes mer som ett hinder än en tillgång. Patienter upplevde att de svek sin familj och kultur efter livsstilsförändringarna, då exempelvis traditioner inte kunde upprätthållas. För många är familjen och kulturen en vital del i livet och genom att sätta dessa åt sidan för sin nya livsstil upplevde vissa patienter ett illabefinnande(Tamwoy et al.2004, s. 234).

Att inte räcka till

Patienter upplevde att det inte alltid var lätt att hitta tid till fysisk aktivitet i vardagen(Ahlin & Billhult 2012, s. 43; Haltiwanger 2012, s. 156; Bhattacharya 2012, s. 1075). Att klara av de dagliga rutinerna och sköta om sin familj samtidigt som patienterna skulle fokusera på sin egen hälsa bidrog till känslan att de inte räckte till. Ahlin och Billhult (2012, s. 43)beskriver en kvinna som uttryckte att hon kämpade med att få tiden att räcka till. Hon skulle vara en moder, en hustru och ta hand om sin egen hälsa på samma gång. Hon upplevde att hennes egna behov och begär prioriterades sist vilket ledde till att hon upplevde en känsla av förtvivlan.

Att familjen var viktig och högt prioriterad var ständigt återkommande i patienternas beskrivelser. Patienterna kände ett ansvar för sina nära anhöriga och upplevde att tiden var otillräcklig för att oroa sig för sig själv och sin diabetessjukdom. Haltiwanger (2012, s. 156) beskriver en patient som lagade två olika mål mat till varje måltid för att tillfredsställa sin familj. Efter en tid gav situationen upphov till att patienten inte längre ansträngde sig för att ta hand som sin egen hälsa vilket bidrog till en känsla av oro och att inte räcka till.

Flera patienter uppgav att pressen på att vara fysisk aktiv bidrog till en överväldigande känsla. Patienterna upplevde att rekommendationerna för vad som var hälsosamt efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus typ II var alltför många och innebar en stor belastning. Bhattacharya (2012, s. 1075) beskriver att patienter upplevde en frustation över att det varen stor differens mellan rekommendationerna, gällande fysisk aktivitet samt kost, och vad som är möjligt att genomföra i deras vardag. Ett överväldigande var så pass stort för en patient så att det gav en motsatt effekt till motivation och ledde till att de nya livsstilsförändringarna avtog (Ahlin & Billhult 2012, s. 43).

Att känna hinder till en förändring

Under genomförandet av livsstilsförändringarna upplevde patienter olika hinder till förändringen (Tamwoy 2004, s. 233; Bhattacharya 2012, s. 1075; Ahlin & Billhult 2012, s. 45; Beverly, Penrod & Wray 2007, s. 29).Analysen av data visar att åstadkomma en livsstilsförändring upplevdes som svårt och krävde ett stort engagemang från den berörda individen. Att acceptera sin diagnos och initiera livsstilsförändringar är en lång och tidskrävande process som alla måste behandla på sitt eget sätt. En del patienter hade svårt att se allvaret i situationen, vilket bidrog till att de inte tog tag i sin sjukdom. En studie påvisade att patienter upplevde en känsla av meningslöshet inför livsstilsförändringarna. Kunskapen om att livsstilsförändringarna var ett måste för att förbättra hälsosituationen kunde påvisas. Dock upplevdes det som svårt och tankar om att ge upp präglade patienterna (Tamwoy 2004, s. 233).

Flera patienter uttryckte svårigheter att följa dieter och rekommenderad kost. Studier

visar att flera patienter upplevde att det nästan var omöjligt att fullfölja de rekommenderade riktlinjerna för kost. Patienter uttryckte även ett illabefinnande över att kost som var utmärkande för deras kultur ansågs vara onyttig och att de hindrades från att äta den (Bhattacharya 2012, s. 1075). Det medförde att patienter upplevde ångest när de åt onyttig kost då de fick känslan av de fuskade med dieten. Orsaken till detta blev ett hinder för att kunna uppleva välbefinnande och skapade istället ett illabefinnande för patienterna (Ahlin& Billhult 2012, s. 45)

Analysen av data visade att många patienter tvivlade på deras egen förmåga att lyckas genomföra livsstilsförändringar. Deras tvekande skapade ett hinder för patienterna att kunna genomföra förändringarna. Att livsstilsförändringarna var komplexa och infattade både kost samt motion förstärkte de negativa känslorna. Bhattacharya (2012, s. 1075) redogör för en man som beskrev att ändra sin livsstil var detsamma som att återigen lära sig hur man lever. Tillämpningen av livsstilsförändringarna upplevde patienter som krävande då det fordrades ett konstant fokus. Denna krävande känsla upplevde patienterna ständigt eftersom de inte kunde ta en paus från sjukdomen. Det orsakade en upplevelse av illabefinnande hos patienterna. (Beverly, Penrod & Wray 2007, s. 29).

Ett välmående

Flera av studierna lyfter fram positiva erfarenheter och upplevelser av livsstilsförändringarna. Dessa upplevelser uttryckte patienterna som en bidragande del till ett ökat välmående. Samtliga subteman innehåller ett välmående som patienter uttryckte i samband med livsstilsförändringarna, varav temat ett välmående formades.

Att finna motivation

Motivation framkommer ur analyseringen av data som en viktig faktor för patienterna att lyckas genomföra livsstilsförändringar(Malpass, Andrews & Turner 2009, s. 260; Jutterström et al. 2012, s. 48; Yamakawa & Makimoto 2008, s. 1036; Whittemore et al. 2002, ss. 20-21). Denna motivation uppstod för patienterna på olika sätt. Den beskrivna rädslan i tidigare tema var ett uttalat tillvägagångssätt att generera motivation (Malpass, Andrews & Turner 2009, s. 260).En del patienter beskriver att de kom till en vändpunkt i livet där de insåg att den nuvarande livsstilen inte var hållbar och en förändring var nödvändig. Tillfället sågs som en möjlighet till att göra en förändring. Studier beskriver att patienter efter diagnostisering av diabetes mellitus typ II såg tillfället som en möjlighet att förändra den nuvarande livsstilen (Jutterström et al. 2012, s. 48; Yamakawa & Makimoto 2008, s. 1036).Den medvetenhet och realism som i vändpunkten uppstod beskrevs som en motivation till att genomföra livsstilsförändringarna. Några upplevelser som beskrivs är att patienterna nu inte kunde vända tillbaka och att de var tvungna att fokusera på framtiden. Detta för att sjukdomens förlopp skulle bli så bra som möjligt och att ett välmående kunde upplevas (Jutterström et al. 2012, s. 48).Att inse att det endast var de själva som kunde genomföra livsstilsförändringarna beskrev patienterna som en motivation. De var tvungna att göra något åt saken på egen hand och de bestämde själva vilket tillvägagångssätt som skulle appliceras. Beslutet måste komma inifrån en själv var det flera som uttryckte. Dock kunde yttre faktorer, exempelvis åsikter från anhöriga och vårdpersonal, påverka patientens beslut till viss mån. Jutterström et al. (2012, ss. 48-49) skriver att patienters upplevelse av att se möjligheten och att kunna ändra sjukdomens progression var en

vändpunkt. Patienterna beskrev vändpunkten som en motivation till att genomföra livsstilsförändringarna. Sjukdomen kan inte elimineras men genom en god livsstil kunde den hållas under kontroll. Det handlar om att anpassa den goda livsstilen till ett väl fungerande vardagsliv (Jutterström et al. 2012, ss. 48-49).Oavsett hur motivationen uppstod, var den vital för att genomföra livsstilsförändringarna samt för att göra dessa permanenta (Whittemore et al. 2002, ss. 20-21).

Diabetesdiagnosen sågs av patienter som ett tillfälle att göra något åt sitt hälsotillstånd och genomföra livsstilsförändringar. Patienter upplevde att fysisk aktivitet förbättrade deras mentala samt fysiska välmående. Upplevelsen motiverade patienterna till att äta mer hälsosam kost då de upplevde att effekten gav bra resultat. Patienterna kände sig mer motiverade att inte ge upp och fortsätta med sin egenvård. Välmåendet styrktes då patienterna upplevde att de hade mer energi och ork i vardagen (Malpass, Andrews & Turner 2009, ss. 260-261).

Att ha en känsla av att lyckas

Patienter upplevde en känsla av att lyckas i samband med livsstilsförändringarna, vilket upplevdes som ett välmående (Whittemore et al. 2002, s. 22; Haltiwanger 2012, s. 157; Yamakawa & Makimoto 2008, ss. 1036-1037;Jutterström et al. 2012, ss 48-49).Enligt Whittemore et al. (2002, s. 22) lyckades vissa patienter förändra hela sin livsstil och fick därmed ett bättre självförtroende vilket ledde till ett ökat välmående. När den nya livsstilen hade applicerats i patienternas vardag upplevdes ett välmående relaterat till att de kände sig stolta och nöjda med sig själva. Enligt Haltiwanger (2012, s. 157) framkom det att några patienter hade känt sig missnöjda innan de tog tag i sina livsstilsförändringar. En upplevelse av skam över sin livssituation och hälsotillstånd kunde urskiljas. De patienter som lyckades ta tag i förändringarna beskrev att de kände sig stolta över vad de hade lyckats med. Detta ledde till att patienterna inte längre upplevde skam utan istället upplevde ett ökat välmående (Haltiwanger 2012,s. 157). Yamakawa och Makimoto (2008, s. 1037) beskriver några patienter som berättar att det fått nya vänner genom att medverka vid aktiviteter som gynnade livsstilsförändringarna. De nya vännerna och aktiviteterna ökade patienternas känsla av tillfredställelse och välmående.

Patienterna var medvetna om de positiva följderna av livsstilsförändringarna. Om patienterna lyckades genomföra livsstilsförändringar påverkades inte enbart deras sjukdom diabetes mellitus typ II. Patienter uttryckte att genom regelbunden fysisk aktivitet och hälsosam kost fungerar det även preventivt mot andra sjukdomar. Kunskapen om detta beskrev ett flertal patienter som en upplevelse av säkerhet. De kände sig mer säkra genom ett undvikande av att drabbas av framtida sjukdomar och att livsstilsförändringarna gav mer än enbart en god prognos av diabetessjukdomen (Yamakawa & Makimoto 2008, s. 1036).Jutterström et al. (2012, ss 48-49) visar att patienter som lyckats med livsstilsförändringarna kände att de hade fått kontroll över sin sjukdom. Att de genom kunskap och insikt nu hade makten att påverka sjukdomens progression. Patienter uppgav att de hade utvecklat egna sätt att förbättra sin egenvård. Förbättrade sockervärden och viktnedgång gav patienterna bättre självförtroende och motivation till att fortsätta leva hälsosamt vilket ökade deras välmående (Jutterström et

al. 2012, ss 48-49).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Då arbetets syfte var att sammanfatta nuvarande forskning området ansåg vi att en litteraturöversikt var en lämplig metod. Enligt Friberg (2006, s. 117) kan litteraturöversikt användas för att möjliggöra en helhetssyn av ett specifikt och avgränsat område. Vi bedömde att en empirisk studie inte var möjlig inom given tidsram. Dock anser vi att en empirisk studie hade varit roligare och mer givande att genomföra, då vi hade kunnat presentera egen insamlad data samt ett resultat som bygger på den data som insamlades.

Litteraturöversiktens inkluderade artiklar anser vi svarar an på arbetets syfte eftersom en noggrann litteratursökning med relevanta sökord genomfördes. Genom artikelgranskningen bekräftas även litteraturöversiktens validitet. Resultatet bygger på nio stycken kvalitativa artiklar. Anledningen till att vi enbart valde kvalitativa artiklar grundar sig i vårt syfte, då upplevelser skulle beskrivas. Kvalitativa artiklar beskriver upplevelser bättre och på ett mer utförligt sätt. Den primära litteratursökningen gjordes i databasen Cinahl. Därefter använde vi databasen PubMed för att se om ytterligare litteratur fanns tillgänglig. Vi inkluderade bara artiklar från Cinahl då litteratursökningen i PubMed endast gav oss dubbletter och inte tillförde någon ny relevant litteratur. Under litteratursökningen hittade vi flertalet bra artiklar men kunde inte använda oss av dessa då biblioteket hade begränsad tillgång till olika tidskrifter. Bibliotekets begränsningar kan ha påverkat resultatet då fler artiklar hade kunnat inkluderas. Antalet artiklar som vi använt i resultatet anser vi som en lämplig mängd. Vid användning av färre artiklar anser vi att trovärdigheten av resultatet hade kunnat ifrågasättas. Dock hade fler artiklar kunnat inkluderas om det fanns att tillhandagå och resultatet hade blivit mer utarbetat. Artiklarnas geografiska ursprung valde vi att inte ta hänsyn till. Författarnas val motiveras genom att diabetes mellitus typ II är en sjukdom som finns världen över och det geografiska ursprunget inte är relevant för att kunna beskriva upplevelserna. Vi fick även en möjlighet att se om det fanns några signifikanta likheter eller skillnader gällande upplevelserna av livsstilsförändringarna mellan geografiska områden. Ifall en skillnad mellan upplevelserna, gällande de olika geografiska områdena hade påträffats, kunde resultatet ha påverkats och eventuellt hade ett geografiskt inklusionskriterie varit nödvändigt. Nackdelen med att inte ta hänsyn till geografiska områden är att resultatet inte kan appliceras i ett specifikt land eller område. Endast artiklar med ett perspektiv på vuxna och äldre inkluderades. Vi tror att denna begränsning inte påverkat resultatet då livsstilsförändringar vid diabetes mellitus typ II inte är relevant utifrån ett pediatriskt perspektiv. Artikelsökningen begränsades genom att endast inkludera artiklar från 2000-talet. Det medförde att artiklarna var relativt uppdaterade. Dock hade ytterligare begränsningar varit möjligt men risken att gå miste om relevanta studier uppvägdes för stor. Endast artiklar skrivna på engelska inkluderades vilket kan ha orsakat att artiklar skrivna på andra språk missats.

Granskningen av artiklarna gjordes enligt Fribergs modell och vi anser att denna metod var lämplig. Friberg (2006, s. 34) skriver att då en utförlig granskning av artiklar utförs

erhålls information om en mängd olika aspekter som är av stor vikt att ha under uppsikt. Enligt Friberg (2006, s. 34) så är det viktigt med bland annat teoretiska utgångspunkter och hur resultatet bildats, inte enbart vad artikelns resultat visar. En bra vetenskaplig nivå av artiklarna till vår studie är angelägen och genom att vi använde oss av denna granskningsmodell upplevde vi att vetenskapligheten synliggjordes. Detta eftersom de valda artiklarnas metod först granskades vid detta skede. Vid analys av data återkom liknande upplevelser i flera artiklar och detta kan ha ökat trovärdigheten för vårt arbete. Dessa liknande upplevelser underlättade utvecklingen av teman och subteman. Dock upplevde vi att denna process var tidskrävande och komplicerad. Efter en lång bearbetning av resultatet kunde teman och subteman formas. Det innehåll som analysen av artiklarna framställde tycker vi att resultatet speglar på ett konkret och strukturerat sätt. Vi valde att analysera datamaterialet enligt Axelsson (2008). Analysmodellen var relevant då den beskrev tillvägagångssättet på ett utförligt sätt. Vi tror att denna analysmodell tillförde ett tydligt strukturerat och genomarbetat resultat. Då analysmodellen var anpassad för litteraturöversikter utgjorde den en bra grund till vårt resultat och var lätt att applicera.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att de livsstilsförändringar som krävs i samband med diabetes mellitus typ II är komplicerade att genomföra och påverkar patienternas livsvärld. Vårt resultat har vi valt att dela upp i *ett illabefinnande* respektive *ett välmående*. Patienter uttryckte att de hade upplevt både ett illabefinnande samt ett välmående vid olika skeden av livsstilsförändringarna. Vid analysen av data var detdessa känslor som framträdde och speglade patienternas uttryck av upplevelser vilket gjorde att skapandet av huvudteman kändes naturligt.

Att vara i ett lidande

Genomförande av livsstilsförändringar visade sig för många patienter ha ett starkt samband med lidande. Detta kan förstås då patienternas livsvärld förändrades, exempelvis att äta god mat som många upplevde som ett välbehag, var tvunget att förändras. Denna förändring var inte lätt för alla patienter. Sjuksköterskan bör ha en medvetenhet om att patientens livsvärld berörs då livsstilsförändringar genomförs. Sjuksköterskan bör således bekräfta patientens lidande samt lindra lidande. Beroende var patienten befinner sig i livsstilsförändringarna kan patienten behöva stöd på olika sätt. Många upplevde genomförandet av livsstilsförändringarna som tidskrävande och att de skulle vilja disponera mer tid om denna fanns. Tiden var en faktor som flera patienter upplevde som otillräcklig vilket ledde till problem när nya rutiner i vardagen skulle skapas. Vårt resultat visade att patienterna upplevde att det var komplext och krävdes ett stort engagemang för att klara av livsstilsförändringarna. Vår litteraturöversikt stöds av Hill-Briggs, Cooper, Loman, Brancati och Cooper (2003, s.1021) då patienter upplevde att integrationen av egenvården och livsstilsförändringarna i vardagslivet var stressigt och svårt. Det fanns flera aspekter på vad patienterna upplevde var svårt men att äta hälsosamt var bland det svåraste. Sjuksköterskan har en betydande roll i att guida och motivera patienter till att äta en välbalanserad kost. Motivationen kan stärkas genom individuell undervisning och stöttning gällande kosten. Mycket negativa upplevelser var framträdande över att behöva leva med diabetes och följa de rekommenderade riktlinjerna, dessa upplevelser

utvecklade ilska och frustration hos patienterna (Hill-Briggs et al. 2003, s. 1023).En annan orsak till att patienterna upplevde lidande var att de hade dålig kunskap om sjukdomen och dess konservativa behandling. Sjuksköterskan kan lindra patientens lidande genom att ge patienten relevant kunskap om sjukdomen och dess behandling. Enligt vår analys av artiklarna framkom det att patienter hade svårt att se allvaret i sjukdomen. Även en upplevelse av att det inte var någon mening med att genomföra livsstilsförändringarna framkom. Enligt en studie gjord av Whittemore, Bak, Melkus och Grey (2003, s. 343) är kognitiva hinder en negativ faktor till livsstilsförändringar. De menar att förnekelse av allvarligheten i sjukdomen är ett hinder för att livsstilsförändringarna skall genomföras. Bidragande med kunskap till dessa patienter är vitalt ur ett vårdande perspektiv så att patienterna kan se syftet med att genomföra livsstilsförändringarna. De rekommenderade riktlinjerna och restriktionerna relaterat till kosten påtalade flertal patienter som svåra att hålla sig till samt överväldigande i vissa fall. Patienter upplevde riktlinjerna och restriktionerna som omöjliga att applicera i vardagen då dessa var alldeles för strikta vilket gjorde att patienter såg en förändring av kosten som ogenomförbar. Whittemore et al. (2003, s. 345)skriver att individuella mål för patienter är bättre ur ett motiverande perspektiv då dessa upplevs som mer realistiska. Studien visar även att individuella mål motverkar känslor av nedstämdhet. Om sjuksköterskan anpassar behandlingen individuellt till patienten kan detta leda till att patienten följer rekommendationerna för behandlingen till större grad. Detta kan på lång sikt leda till ett lindrat lidande och ökat välbefinnande.

Litteraturöversikten påvisar att patienterna kunde uppleva rädsla vilket uttryckte sig som ett lidande. Detta lidande gavs till uttryck genom rädslan av att drabbas av senkomplikationer till följd av att de inte genomförde livsstilsförändringarna eller lyckades genomföra livsstilsförändringarna. Vår studie stöds av Lin, Anderson, Hagerty och Lee (2006, s. 38) som beskriver en känsla av oro och rädsla som patienterna upplevde. Studien visar att patienterna tyckte att det var påfrestande att ständigt behöva oroa sig över sin diabetes. Patienterna uttryckte rädsla över att dö eller få komplikationer till en direkt följd av sjukdomen.

Resultatet visar att patientens relation till familj och vänner kan påverkas vid genomförande av livsstilsförändringar. Hela situationen kunde vara mycket påfrestande för båda parter och kunde skapa irritation och konflikter. I vissa fall hade familjen svårt att acceptera och anpassa sig efter patientens nya förändringar vilket försvårade processen. Dock visar resultatet i en studie av Lin et al. (2006 s. 39) att familjen var ett av de viktigaste hjälpmedlen för patienterna att hantera sin sjukdom. Familjen och patienter i samma situation bidrog med stöd vilket hjälpte patienterna att på ett mer effektivt sätt lyckas att åstadkomma en balanserad livsstil. Båda dessa resultat kan förstås då patientens personlighet samt relationen till familj och vänner är väsentlig

Att vara i ett välbefinnande

I vårt resultat presenterar vi att patienter upplevde det positivt att träffa andra patienter i samma situation. Det gynnade livsstilsförändringarna och ökade känslan av välbefinnande. Whittemore et al. (2003, s. 346) skriver att patienter som är i samma situation med att genomföra livsstilsförändringar främjas av varandra. Det kan ge positiva effekter som ökad motivation, psykosocialt stöd samt möjligheten att få praktiska råd. Sjuksköterskan kan ha i bejakande att lärandesituationen kan stödjas

genom gruppundervisning då patienter i liknande livssituation möts och kan dela med sig av sina erfarenheter.

Litteraturöversiktens resultat visar att patienter såg möjligheten att genomföra livsstilsförändringar och leva hälsosammare efter att ha fått diagnosen diabetes mellitus typ II. Diagnosen fungerade som motivation och en möjlighet till att förändra den nuvarande livsstilen. Motivationen ökade patienternas känsla av välbefinnande. Dock skriver Lin et al. (2006 s. 37) i deras studie att diagnosen påverkade patienterna på ett negativt sätt. Patienterna kände sig stigmatiserade och upplevde skam över att ha drabbats av diabetes typ II. Detta hindrade istället patienterna i deras process att försöka genomföra livsstilsförändringar.

Pi-Sunyer (2007, s. 106) presenterar i sin artikel hur effektivt livsstilsförändringar är för att behandla sjukdomen diabetes mellitus typ II. Livsstilsförändringar i samband diabetes mellitus typ II är effektivare än medicinering och genom att genomföra livsstilsförändringar motverkar dessa även andra sjukdomar som till exempel kardiovaskulära sjukdomar. Detta intygar hur pass viktigt det är för patienter med diabetes mellitus typ II att genomföra livsstilsförändringar. Enligt litteraturöversikten var många patienter rädda för att behöva medicinera sig mot sjukdomen. Genom att ge patienterna kunskap om att livsstilsförändringar är en mer effektiv behandling än medicinering borde detta ge dem motivation till att genomföra dessa. Det är även ansenligt då analysen av data presenterar att många patienter ville undgå medicinering. Sjuksköterskan kan med denna kunskap undervisa patienterna hur viktigt det är att genomföra livsstilsförändringarna för att undvika medicinering samt att uppleva ett välbefinnande. Motivation återkom frekvent i analyseringen av data. Litteraturöversiktens resultat innefattar att patienter som upplever ett välbefinnande relaterat till fysik aktivitet använder denna känsla som en motivation till fortsatt konservativ behandling genom förbättrad kost och ökad fysisk aktivitet. Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi (2011, s. 18) skriver att detta är en vital motivationsfaktor för patienter. Eftersom livsstilsförändringen ska appliceras och fortgå livet ut är motivation viktigt för att hålla den fysiska aktiviteten vid liv. Dock skriver Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi (2011, s. 18) att motivationen för att tillämpa fysisk aktivitet inte alltid var så genomträngande. Exempelvis kunde väder, tid samt lathet vara bortförklaringar till att inte tillämpa fysisk aktivitet. Motivation är ett centralt begrepp i behandlingen av diabetes mellitus typ II. Utifrån litteraturöversiktens resultat kan det tydligt ses ett samband mellan en stark motivation och att lyckas genomföra livsstilsförändringarna. Därför bör sjuksköterskan fokusera på att få patienten motiverad till livsstilsförändringarna. Genom en bra motivation ökar chansen att patienten lyckas att genomföra livsstilsförändringarna vilket kan bidra till ett ökat välbefinnande och en bättre hälsa.

SLUTSATSER

Resultatet visar att patienter upplever livsstilsförändringar som något påfrestande och tidskrävande. Patienter behöver hjälp och stöd vid genomförandet av livsstilsförändringar. Sjuksköterskan har således en viktig roll i att motivera och stödja patienten i att initiera och genomföra livsstilsförändringar för att främja patientens hälsa och förebygga sjukdom. Okunskap visade sig leda till rädsla hos patienterna. Det är

således viktigt att sjuksköterskan lägger fokus på undervisning och anpassar denna utifrån individuella behov. Resultatet av den här studien beskriver patienters upplevelser av livsstilsförändringar och vi vill förbättra sjuksköterskans kunskap om hur detta erfars. Kunskap om hur patienter upplever livsstilsförändringar i samband med diabetes mellitus typ II ger sjuksköterskan bättre förutsättningar och kan leda till en ökad förståelse och ett bättre förhållningssätt till dessa patienter. De fördjupade kunskaperna kan förbättra sjuksköterskans medvetenhet vilket bidrar till ett bättre bemötande och god omvårdnad. Patienterna upplevde både ett illabefinnande och välmående i samband med livsstilsförändringarna. Denna process kan upplevas både som något positivt och negativt utifrån olika patienters perspektiv. Det är viktigt att sjuksköterskan ser patienten som en unik individ och lägger fokus på att individualisera och situationsanpassa omvårdnaden och undervisningen. Detta för att öka välbefinnande och minska lidande för patienten i samband med livsstilsförändringar vid diabetes mellitus typ II.

Kliniska implikationer

- Livsstilsförändringarna påverkar hela patientens livsvärld, sjuksköterskan bör ha detta i åtanke för att kunna stödja patienten i denna process.
- För att kunna stärka patienten i samband med livsstilsförändringarna är det viktigt att sjuksköterskan individanpassar och gör patienten delaktig i behandlingen.
- Livsstilsförändringarna påverkar inte enbart patienten, det är således vitalt att sjuksköterskan inkluderar familj och anhöriga i patientens behandling då patienten godtar detta.
- Patienterna uppvisade kunskapsluckor vilket kunde bidra till rädsla och lidande i olika situationer. Sjuksköterskan bör identifiera vilken kunskap som patienten är i behov av för att kunna ge relevant undervisning i syfte att minska patientens onödiga lidande.
- För att öka följsamheten av livsstilsförändringarna i syfte att förbättra patientens välbefinnande och främja hälsa är det väsentligt att sjuksköterskan intar en motiverande roll.

Fortsatt forskning

Resultatet visar att patienter är i behov av motivation och individanpassad undervisning. Förslag till fortsatt forskning är hur sjuksköterskan kan motivera och stödja patienten på bästa sätt. Vad är det egentligen som motiverar en patient till att utföra livsstilsförändringar? Vidare framkom att familj och anhöriga påverkades av patientens livsstilsförändringar. Det vore av intresse hur sjuksköterskan kan inkludera familj och anhöriga på bästa sätt i patientens behandling. Ytterligare ett förslag för fortsatt forskning är om det finns några betydande kulturella skillnader av upplevelser vid livsstilsförändringar i samband med diabetes mellitus typ II.

REFERENSER

Almås, H. (red) (2011). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.

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

Ahlin, K., & Billhult, A.(2012), 'Lifestyle changes - a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study', Scandinavian Journal Of Primary Health Care, 30, 1, pp. 41-47.

Axelsson, Å. (2008); Litteraturstudie; I *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård:* Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) ss. 203-220. Lund: Studentlitteratur.

Berne, C. (2002); Egenvård; I *Diabetes*; Agardh, C., Berne, C., Östman, J.& Östman, J. (red.) ss. 141-151. Stockholm: Liber.

Beverly, E., Penrod, J., & Wray, L.(2007), 'Living with type 2 diabetes: marital perspectives of middle-aged and older couples', Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 45, 2, p. 24.

Bhattacharya, G.(2012), 'Psychosocial Impacts of Type 2 Diabetes Self-Management in a Rural African-American Population', Journal Of Immigrant & Minority Health, 14, 6, pp. 1071-1081.

Clark, M.(2002), 'Lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes', Journal Of Diabetes Nursing, 6, 6, pp. 182-187.

Dahlberg K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar.* Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan.* Stockholm: Liber Utbildning.

Grefberg, N. & Johansson, L. G. (2009). *Medicinboken.* Stockholm: Liber.

Haltiwanger, E.(2012), 'Experience of Mexican-American Elders with Diabetes: A Phenomenological Study', Occupational Therapy In Health Care, 26, 2/3, pp. 150-162.

Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H.(2010), 'Living with type 2 diabetes: 'Putting the person in the pilots' seat'', Australian Journal Of Advanced Nursing, 27, 3, pp. 12-19.

Hill-Briggs, F., Cooper, D., Loman, K., Brancati, F., & Cooper, L.(2003), 'A qualitative study of problem solving and diabetes control in type 2 diabetes self-management', Diabetes Educator, 29, 6, pp. 1018-1028.

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

Korkiakangas, E., Taanila, A., & Keinänen-Kiukaanniemi, S.(2011), 'Motivation to physical activity among adults with high risk of type 2 diabetes who participated in the oulu substudy of the Finnish Diabetes Prevention Study', Health & Social Care In The Community, 19, 1, pp. 15-22.

Lin, C., Anderson, R., Hagerty, B., & Lee, B.(2008), 'Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes', Journal Of Nursing & Healthcare Of Chronic Illnesses, 17, 5A, pp. 34-42.

Malpass, A., Andrews, R., & Turner, K.(2009), 'Patients with type 2 diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: a qualitative study', Patient Education & Counseling, 74, 2, pp. 258-263.

Mulder, H. (2008). *Diabetes mellitus: ett metabolt perspektiv på en växande folksjukdom*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Pi-Sunyer, F.(2007), 'How effective are lifestyle changes in the prevention of type 2 diabetes mellitus?', Nutrition Reviews, 65, 3, pp. 101-110.

Socialstyrelsen (2009). Folkhälsorapport. Hämtad den 2013-05-27: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad den 2013-05-21: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Tamwoy, E., Haswell-Elkins, M., Wong, M., Rogers, W., d'Abbs, P., & McDermott, R. (2004), 'Living and coping with diabetes in the Torres Strait and Northern Peninsula area', Health Promotion Journal Of Australia, 15, 3, pp. 231-236.

Wibell, L. (2002); Hyperglykemi och ketoacidos; I *Diabetes*; Agardh, C., Berne, C., Östman, J.& Östman, J. (red.) ss. 158-169. Stockholm: Liber.

Whittemore, R., Bak, P., Melkus, G., & Grey, M.(2003), 'Promoting lifestyle change in the prevention and management of type 2 diabetes', Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners, 15, 8, pp. 341-349.

Whittemore, R., Chase, S., Mandle, C., & Roy, C.(2002), 'Lifestyle change in type 2 diabetes: a process model', Nursing Research, 51, 1, pp. 18-25.

Wiklund, L. (2003) *Vårdvetenskap i klinisk praxis.* Stockholm: Natur och kultur.

WHO (2013). Diabetes fact sheet. Hämtad den 2013-05-27. *http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html*

Yamakawa, M., & Makimoto, K.(2008), 'Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients: an exploratory qualitative study', International Journal Of Nursing Studies, 45, 7, pp. 1032-1041.

BILAGOR

Bilaga 1

Databas.	Sökord.	Antal träffar.	Antal inkluderade artiklar.
Cinahl.	Diabetes type 2 AND Experience AND Lifestyle.	27	4
Cinahl.	Diabetes type 2 AND Nursing AND Daily life.	4	1
Cinahl.	Diabetes type 2 AND Nursing AND Experience.	63	1
Cinahl.	TI: Diabetes type 2 AND TI: Lifestyle changes.	14	1
Cinahl.	TI: Type 2 diabetes AND TI: Self-management AND Psychosocial Factors.	25	1
Cinahl.	TI: Type 2 diabetes AND TI: Management AND Experience.	19	1

Bilaga 2

Artikel.	Perspektiv.	Syfte.	Metod.	Resultat.
Titel: Lifestyle change in type 2 diabetes: A process model. **Författare:** Whittemore, R., Chase, S. K., Mandle, C. L. & Roy, S. C. **Tidskrift:** Nursing Research. **Årtal:** 2002. **Land:** United States.	Patientperspektiv.	Beskriva patienters upplevelser av att integrera rekommendationer och behandling vid diabetes typ 2 i sitt vardagsliv efter att fått stöd av en sjuksköterska.	Kvalitativa intervjuer med nio stycken vuxna kvinnor. Intervjuerna fokuserade på upplevelserna från dag till dag av att göra livsstilsförändringar. Analyserade data och strukturerade sedan upp teman.	Resultatet beskriver upplevelserna som en process som sker steg för steg. Processen som sker när man integrerar livsstilsförändringar är komplex.

Artikel.	Perspektiv.	Syfte.	Metod.	Resultat.
Titel: Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study. **Författare:** Malpass, A., Andrews, R., & Turner, K. M. **Tidskrift:** Patient Education and Counseling. **Årtal:** 2008. **Land:** United Kingdom.	Patientperspektiv.	Redogöra för patienters upplevelse av att göra livsstilsförändringar med inriktning på kost och fysisk aktivitet.	Kvalitativ studie med fördjupade intervjuer där 30 personer medverkade.Intervjuerna inriktades med frågor kring kost och fysisk aktivitet. Intervjupersonerna delades in i grupper där en grupp fick vanlig vård, en fick intensiv kostråd och en grupp fick intensiv kostråd och information om fysisk aktivitet.	I resultatet har författarna valt att presentera olika teman där upplevelser beskrivs. Resultatet visar att vid information om kost och fysisk aktivitet får patienterna ökade motivation till att tillämpa livsstilsförändringarna. Patienterna upplevde detta hjälpfullt.

Artikel.	Perspektiv.	Syfte.	Metod.	Resultat.
Titel: Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients: An exploratory qualitative study.**Författare:** Yamakawa, M. & Makimoto, K. **Tidskrift:** International Journal of Nursing Studies. **Årtal:** 2007. **Land:** Japan.	Patientperspektiv.	Beskriva positiva upplevelser av patienter med diabetes typ två.	Kvalitativ studie med en constant comparative metod. Urvalspersonerna kom från två olika sjukhus, totalt 17 personer medverkade. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Därefter delades datan in i koder.	Resultatet delades in i kategorier; positive appraisal, diversion and bonding. Därefter delades dessa in i flera subkategorier. Resultatet presenterar patienternas positiva upplevelser av livsstilsförändringar i samband med diabetes typ 2.

Artikel.	Perspektiv.	Syfte.	Metod.	Resultat.
Titel: Turning points in self-management of type 2 diabetes. **Författare:** Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H. & Hörsten, Å. **Tidskrift:** EDN summer. **Årtal:**2012. **Land:** Sverige.	Patientperspektiv.	Belysa vändpunkter i egenvård som beskrivs av diabetes typ 2 patienter.	Studien är en kvalitativ med en beskrivande ansats som är baserade semistrukturerade intervjuer.18 personer med diabetes typ 2 som hade fått diagnosen inom två år och som får behandling via primärvården var med i studien.	Fyra teman presenteras; Being in a life and death struggle, Being at a crossroads with no return and Being the one who decides presenteras i resultatet. En tabell är infogad för att där även subteman inkluderas.

Artikel.	Perspektiv.	Syfte.	Metod.	Resultat.
Titel: Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. **Författare:** Ahlin, K. & Billhult, A. **Tidskrift:** Scandinavian Journal of Primary Health Care. **Årtal:** 2012. **Land:** Sverige.	Patientperspektiv.	Syftet med studien är att beskriva hur kvinnor hanterar de nödvändiga livsstilsförändringarna som är kopplat till diabetes typ 2.	10 kvinnor med en diagnostiserad diabetes typ 2 ingick i studien. Intervjuer tillämpades där frågorna handlade om hur de upplevde livsstilsförändringarna och på vilket sätt etc. Intervjuerna blev sedan transkriberade. Analysen av data gjordes enligt Giorgi's fenomenologiska modell.	I resultatet presenteras kvinnornas upplevelser av livsstilsförändringarna. Resultatet delades in i fem olika teman där liknande upplevelser presenteras under samma tema. Resultatet visar att livsstilsförändringar är en konstant inre kamp och sätter krav på individen.

Artikel.	Perspektiv.	Syfte.	Metod.	Resultat.
Titel: Living with type 2 diabetes: marrital perspectives of middle-aged and older couples. **Författare:**Beverly, E. A, Penerod, J. & Wray, L. A. **Tidskrift:** Journal of Psychosocial Nursing. **Årtal:** 2007. **Land:** United States.	Patientperspektiv.	Syftet är att förstå likheter och skillnader mellan makar och makor med ett perspektiv på det dagliga livet gällande sin egenvård vid diabetes typ 2.	12 fokusgrupper som vardera diskuterade i 90 min och innehöll 5-10 deltagare användes för att avtäcka och utforska dessa likheter och skillnader. De tre inklusionskriterierna var: 50 år eller äldre, en i paret skulle ha diagnos diabetes typ 2, samt att de antingen skulle vara gifta eller sambos.	Bygger på tre stycken teman som uppstod under diskussionerna: sårbarhet, en börda och att gå vidare. Dessa erfarenheter presenteras under en gemensam rubrik: Tankar om diabetes.

Artikel.	Perspektiv.	Syfte.	Metod.	Resultat.
Titel: Experience of Mexican-American elders with diabetes: A phenomenological study. **Författare:** Haltiwanger, E. P. **Tidskrift:** Occupational terapy in Health Care. **Årtal:** 2012. **Land:** United States.	Patientperspektiv.	Att få insikt och beskriva de erfarenheter som äldre mexi-amerikanska personer upplever samt de psykosociala problem som kan uppstå när de genomför de nödvändiga livsstilsförändringar som krävs för att kunna hantera sin egenvård vid diabetes typ 2.	En fenomenologisk studie. Metoden som användes var fokusgruppsdiskussioner där semistrukturerade frågor ställdes. Personerna var av båda könen mellan 60-85. Ett annat inklusionskriterie var att du skulle kunna prata öppet om sin sjukdom. 24 personer var totalt med i studien. Dessa delades upp i två grupper. Varje grupp träffades åtta gånger. Diskussionerna bandades och transkiberades. Därefter uppkom olika teman som presenteras i resultatet.	I resultatet presenteras fyra teman som beskriver deras erfarenheter. Resultatet som lyfts fram är erfarenheter av att kunna anpassa sig efter de krav som sjukdomen diabetes typ 2 ställer på individen.

Artikel.	Perspektiv.	Syfte.	Metod.	Resultat.
Titel: Psychosocial inpacts of type 2 diabetes self-management in a rural African-American population. **Författare:** Bhattacharya, G. **Tidskrift:** J Immigrant Minority Health. **Årtal:** 2012. **Land:** United States.	Patientperspektiv.	Att utforska och förstå de underliggande psykosociala faktorer och förhållanden som kan påverka egenvården vid diabetes typ 2 bland vuxna afroamerikaner.	Semistrukturerad tematiska intervjuer tillämpades. Studien innefattade personer som var minst 25 år, bo inom AR Delta och haft diabetes i minst sex månader. Vid analyseringen av data användes Grounded Theory. Totalt var 31 personer med i stuiden.	Resultatet presenteras med sju rubriker där personernas upplevelser beskrivs. Resultatet som presenteras innefattar att kulturella faktorer ibland krockar med livsstilsförändringarna samt att livsstilsförändringarna var psykiskt svårare att genomföra än beräknat.

Artikel.	Perspektiv.	Syfte.	Metod.	Resultat.
Titel: Living and coping with diabetes in the Torres Strait and northen peninsula area. **Författare:** Tamwoy, E., Haswell-Ellkins, M., Wong, M., Rodgers, W., d'Abbs, P. & McDermott, R. **Tidskrift:** Health Promotion Journal of Australia. **Årtal:** 2004. **Land:** Australien.	Patientperspektiv.	Syftet är att illustrera olika vinklar och erfarenheter för att acceptera sin sjukdom och lyckas åstadkomma livsstilsförändringar med speciellt fokus på att äta bra kost och röra sig mer vid diabetes typ 2.	Fördjupade intervjuer gjordes på 11 stycken fokusgrupper som involverade 26 män och 41 kvinnor som lever med diabetes typ 2. Personernas ålder varierade mellan 30-70 år. Data presenteras som case-studies där individuella vägval belyses hur sjukdomen diabetes hanterades och en tematisk analys tillämpades. Intervjuerna bandades, transkriberades och diskuterades av fyra stycken forskare som sedan identifierad teman.	Presentationen innefattar både citat och text. Resultatet delas upp i Case-studies och tematisk analys. Insamlad data visar att positiva känslor och ett accepterande av sin sjukdom är viktiga steg mot egenvård.