



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2 - en litteraturstudie

Sofia Boman Eriksson

Annika Herbertsson

Handledare: Johan Sanmartin Berglund

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Maj 2017

Upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2

Sofia Boman Eriksson
Annika Herbertsson

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en metabolisk sjukdom som beräknas öka framöver. Den som drabbas av diabetes typ 2 kan behöva ändra sin livsstil för att kunna hantera sin sjukdom och undvika att drabbas av framtida komplikationer. Förändringar som kan behöva göras är framförallt att ändra kostvanor och öka den fysiska aktiviteten.

Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva personers upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2.

Metod: En litteraturstudie baserad på tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod. Artiklarna analyserades med Graneheim och Lundmans tolkning av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom huvudkategorierna: *Inte kunna leva som innan, meningslöshet, motivation och kroppsligt välbefinnande*. Underkategorierna som framkom var: *svårigheter med egenvården, att inte vara som andra, social påverkan, behov av stöd och behov av kunskap*.

Slutsats: Personerna upplevde svårigheter och känslor som förlust och meningslöshet över att göra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2. Det fanns en bristande kunskap kring sjukdomen och personerna upplevde att ökad kunskap hade hjälpt dem att förändra sin livsstil. Det visade sig även att stöd och motivation var en viktig faktor för att kunna upprätthålla livsstilsförändringarna. Flera av personerna upplevde att livsstilsförändringarna hade positiv effekt då de nu kände sig friskare än innan sjukdomen. Denna kunskap kan vara betydande för sjuksköterskan som genom stöd och motivation kan hjälpa dessa personer att förändra sin livsstil.

Nyckelord: Diabetes typ 2, livsstilsförändringar och upplevelse.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Bakgrund	5
Diabetes typ 2	5
Livsstilsförändringar	6
Upplevelse	6
Teoretisk referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Sökord	10
Kvalitetsgranskning	10
Resultat	11
Inte kunna leva som innan	12
Svårigheter med egenvården	13
Inte vara som andra	13
Social påverkan	14
Meningslöshet	14
Motivationens betydelse	15
Behov av stöd	16
Behov av kunskap	16
Kroppsligt välbefinnande	17
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	21
Slutsats	23
Självständighet	24
Referenser	25
Bilaga 1 Databassökningar	31
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	33

Bilaga 3 Artikelöversikt	35
Bilaga 4 Innehållsanalys	37

Inledning

År 2015 beräknades 415 miljoner vuxna personer ha diabetes. Detta är en siffra som beräknas öka till 642 miljoner år 2040 (International Diabetes Federation, 2015), en majoritet av dessa beräknas ha diabetes typ 2 (NCD Risk Factor Collaboration). Diabetes typ 2 ökar allt mer och 2005 diagnostiserades 33 420 personer i Sverige med diabetes typ 2 jämfört med 2014 då 45 619 personer diagnostiserades (Socialstyrelsen, 2014).

Levnadsvanorna kan behöva förändras vid diabetes typ 2 för att minska risken för komplikationer (Baghianimoghadam, Afkhami, Ardekani, & Baghianimoghadam, 2009). Det kan vara svårt för personer med diabetes typ 2 att göra de livsstilsförändringar som anses vara nödvändiga och många upplever utmaningar att tillämpa behandlingsrekommendationerna till sin befintliga livsstil och vardag (Whittemore, Chase, Mandle & Roy, 2002). Hansen, Landstad, Hellzén och Svebak (2011) menar att dessa livsstilsförändringar kan ta tid samt att stödet och omvårdnaden som ges till dessa personer måste individanpassas (ibid.).

För att ge en god omvårdnad krävs kunskap om livsstilsförändringar vid typ 2 diabetes och den enskilde individen (Whittemore et al., 2002). Detta menar Olsen, Granath, Wharén, Blom och Leksell (2012) brister hos sjuksköterskan som behöver öka den kunskapen för att ge en god personcentrerad omvårdnad (ibid.).

Diabetes typ 2 blir allt vanligare och beräknas öka kraftigt framöver, sjuksköterskan kommer därför möta allt fler av dessa patienter oavsett vårdform. Denna studie kan bidra till att tydliggöra och öka förståelsen för den kunskap som redan finns inom livsstilsförändringar vid diabetes typ 2. Studien ska även kunna sammanställa och tydliggöra den nyaste forskningen inom området.

Bakgrund

Diabetes typ 2

Diabetes är en kronisk metabolisk sjukdom som orsakas av nedsatt eller bristande produktion av insulin vilket leder till förhöjt blodsocker (Östman, 2007). Diabetes typ 2 är den vanligaste diabetesformen och i Sverige beräknas mellan tre till fyra procent av befolkningen lida av diabetes typ 2 (Allgot, 2006). Vid diabetes typ 2 finns det en bristande insulinsekretion eller en insulinresistens i vävnaderna. Detta kan bero både på att vävnaderna har en minskad känslighet för insulin och/eller att det är en minskad frisättning av insulin. Konsekvenserna av detta blir att sockret lagras i blodet vilket på sikt kan leda till allvarliga komplikationer som hjärt-kärlsjukdomar (Alvarsson, Brismar, Viklund, Wolk, Örtqvist, & Östenson, 2013), och mikrovaskulära komplikationer i ögon och njurar (Cecilio, Arruda, Teston, Santos, & Marcon, 2015). Majoriteten av de som insjuknar i diabetes typ 2 är vuxna personer och riskfaktorer för att drabbas förutom ärftlighet är bland annat övervikt, fysisk inaktivitet, tobaksbruk och stress (Alvarsson et al., 2013).

Många lever med diabetes typ 2 utan att veta om det och omkring tio procent av befolkningen i Sverige har nedsatt glukostolerans, vilket är ett förstadium till diabetes typ 2 (Allgot, 2006). Den vanligaste anledningen till att diagnosen diabetes typ 2 upptäcks är att personen drabbas av en diabeteskomplikation innan de är medvetna om att de är drabbade av sjukdomen (Alvarsson et al., 2013).

Hörnsten, Sandström och Lundman (2004) menar att många patienter som får diagnosen diabetes typ 2 har dålig kunskap om vad sjukdomen innebär och vad som händer i kroppen (ibid.). Det kan väcka känslomässiga reaktioner för den som drabbas och kan komma som en chock att behöva anpassa vardagen till sin diabetes (Söderberg, & Karlsson, 2007). Däremot menar Smide och Hörnsten (2009) att diabetes typ 2 är en ärftlig sjukdom och många som drabbas av sjukdomen är redan förberedda och reagerar därför inte så känslomässigt på sin diagnos då någon i familjen eller i släkten sedan tidigare är drabbad och har bra kunskaper om vad sjukdomen innebär (ibid.).

Livsstilsförändringar

Goda levnadsvanor kan förebygga ohälsa och främja hälsa. Personers val och levnadsvanor påverkar till en bra eller dålig hälsa, men även utbildning, social miljö och ekonomiska förutsättningar påverkar en persons livsstil (Folkhälsomyndigheten, 2016). Genom att förändra sin livsstil kan exempelvis utvecklingen av sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar och diabetes typ 2 förhindras eller fördröjas. Dessa förändringar är framförallt viktning, hälsosam kost, en ökad fysisk aktivitet samt att sluta röka (Socialstyrelsen, 2009).

Vid en kronisk sjukdom anser Öhman, Söderberg och Lundman (2003) att det kan bli nödvändigt att göra livsstilsförändringar vilket innebär en förändring i det dagliga livet som påverkar individens vardag. Dessa förändringar innebär många gånger upplevelser av stress, såsom förlust av kroppsliga funktioner, förändringar i livsstil och känslor av misslyckanden inför att inte klara av förväntade sociala och utvecklingsmässiga roller (ibid.).

Personer med diabetes typ 2 förväntas enligt Oftedal, Bru och Karlsen (2011) förändra sin livsstil till hälsosammare kostvanor och vardaglig motion (ibid.). Känslan av att inte kunna leva utifrån tidigare levnadsvanor kan vara svårt för den som drabbas (Smide & Hörnsten, 2009; Tong, Vethakkan & Ng, 2015). Tong et al. (2015) menar vidare att bristande kunskap om och en problematik med livsstilsförändringar kopplat till kosten och den fysiska aktiviteten är vanlig hos personer med diabetes typ 2 (ibid.).

Upplevelse

Eriksson (1991) beskriver att en upplevelse utgörs av människans självmedvetenhet och medvetenhet. Hur en person upplever något är unikt och upplevelserna kan inte helt tolkas och förstås av andra (ibid.). Alla människor befinner sig i en värld som i sig innehåller en egen bedömning och av den, vad den indikerar, vad den står för, och det som vi tar för dess ursprung. I den värld som människan lever i inkluderar människan sig själv, sin omgivning och det han eller hon finner mening i (Laing, 1982).

I vårdvetenskapen beskrivs människans upplevelse som ett möte med sig själv i sitt innersta väsen, vilket innebär att det människan begär, det vill säga dess längtan hopp och önskan i livet förändras och når nya djup och inriktningar (Eriksson, 1991). Människans upplevelser är alltid subjektiva och kan aldrig jämföras med en annan människas upplevelse då de genomgått liknande eller samma händelse i livet, då varje persons upplevelsevärld är individuell och annorlunda (Laing, 1982).

Teoretisk referensram

KASAM

Vad som gör att vissa människor klarar motgångar bättre än andra människor intresserade Aaron Antonovsky som grundade begreppet KASAM som betyder känsla av sammanhang. Begreppet fokuserar på en persons förmåga att hantera olika livssituationer och salutogenes som betyder hälsans ursprung (Langius, 2007). I begreppet KASAM ingår de centrala komponenterna begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet. Personer med höga värden av dessa komponenter har då ett högt KASAM (Antonovsky, 2005).

Antonovsky (2005) beskriver att begreppet begriplighet innebär hur en person upplever inre och yttre stimuli, hur personen förstår vissa händelser och sin omgivning. Är omvärlden ordnad, tydlig och strukturerad eller oväntad, slumpmässig och kaotisk. En person med hög känsla av begriplighet kan förutsäga de stimuli som den kommer möta, eller åtminstone kunna förklara och ordna de överraskningar som sker. Hanterbarhet innebär hur en person klarar av att hantera problem och vilka resurser som finns för att hantera problemen. Dessa resurser till hanteringen kan vara en själv eller exempelvis en vän eller en partner. En person med hög känsla av hanterbarhet känner sig inte som ett offer eller som att livet är orättvist när något oväntat sker. Vidare menar Antonovsky (2005) att meningsfullhet är den viktigaste komponenten och beskriver den även som motivationskomponenten. Det innebär att kunna se en mening med det som sker och att livet har en känslomässig innebörd. Komponenten innebär också att problem och de krav som ställs i livet upplevs som en utmaning och något som är värt att lägga engagemang på istället för att ses som påfrestande och meningslöst (ibid.).

Enligt Langius och Björvell (1996) kan känsla av sammanhang beskrivas som en persons möjlighet att hantera coping och stress. Ju högre KASAM en person har desto större är sannolikheten att få en bättre hälsa och livskvalitet. En svag känsla av KASAM gör bland annat att en person upplever sämre allmän hälsa och har mindre motivation (ibid.). Enligt Eriksson och Lindström (2007) påverkar en persons grad av KASAM hur personen anpassar sig till en sjukdomssituation. En person med hög grad av KASAM anpassar sig lättare till konsekvenserna av sjukdomen än en person med lägre grad av KASAM som hanterar sin nya livssituation sämre (ibid.). Lundman och Norberg (1993) menar att betydelsen av högt KASAM för personer som har diabetes är betydelsefullt då det bidrar till framgångsrik emotionell hantering av sjukdomens krav (ibid.). Enligt Merakou, Koutsouri, Antoniadou, Barbouni, Bertias, Karageorgos och Lionis (2013) har personer med diabetes typ 2 ett lägre KASAM värde än personer utan sjukdomen (ibid.).

Syfte

Syftet var att beskriva personers upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2.

Metod

Det har i denna studie valts att göra en litteraturstudie baserad på studier med kvalitativ design. Olsson och Sörensen (2011) menar att det vid en litteraturstudie är den vetenskapliga litteraturen som är informationskällan. Det är viktigt att kritiskt granska den vetenskapliga litteraturen för att kunna besvara sitt syfte då en litteraturstudie ska ha en lika hög trovärdighet och noggrannhet som de vetenskapliga och primära källorna har (ibid.). Friberg (2012) menar att en litteraturstudie innebär att skapa översikt över kunskapen och forskningsläget inom ett specifikt omvårdnadsområde (ibid.).

Enligt Henricson och Billhult (2012) innebär en kvalitativ metod att samla in data genom ett litet urval och beskriva en upplevelse. Metoden utgår från ett holistiskt synsätt som innebär att forskaren utgår från människans helhet, vilket gör att det varken finns rätt eller fel i den levda erfarenheten eller upplevelsen (ibid.).

Urval

Inklusionskriterier för litteraturstudien var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vara kvalitativa vetenskapliga artiklar och vara peer reviewed. Olsson och Sörensen (2011) beskriver peer reviewed som att andra oberoende forskare inom samma område har granskat artikeln före publicering (ibid.). Artiklarna skulle vara högst 10 år (2007–2017) gamla för att använda aktuell och ny forskning. Deltagarna i artiklarna skulle vara över 18 år och alla deltagare skulle vara diagnostiserade med diabetes typ 2.

Datansamling

Databaserna som användes till denna studie var Cinahl och PubMed. Cinahl är en förkortning på Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature och innehåller material inom omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (Karlsson, 2012). Enligt Willman, Stoltz, & Bahtsevani (2011) beskriver 65 procent av Cinahls material omvårdnad. PubMed är publicerad av National Library of Medicine och innehåller vetenskapliga artiklar inom områdena medicin och omvårdnad (ibid.).

Sökningarna gjordes i både fritext och utifrån kontrollerade sökningar med ämnesord i MeSH på PubMed och Cinahl Headings i Cinahl. Enligt Willman et al. (2011) står MeSH för ”Medical Subject Headings” och innebär att sökorden är kontrollerade medicinska ämnesord, Cinahls motsvarighet till MeSH heter Cinahl Headings (ibid.). Ett ämnesord används för att beskriva innehållet i artikeln och kan ses som en slags etikett. Fritextsökningar innebär en bredare sökning där det ord som skrivs in i sökfältet förekommer i titel, författare och ämnesord (Karlsson, 2012).

Efter litteratursökningen väljs enligt Rosén (2014) artiklar ut först utifrån titelnivå och sedan genom att läsa abstrakten för att avgöra om artiklarna uppfyller inklusionskriterierna och besvarar syftet (ibid.). Artiklarna lästes först enskilt av författarna på titelnivå vilket resulterade i att 301 artiklar lästes på abstraktsnivå enskilt, utav dessa exkluderades 239 artiklar. Utav de 62 artiklar som sedan lästes enskilt i fulltext sorterades 50 artiklar bort vilket resulterade i att 12 artiklar valdes för kvalitetsgranskning. De artiklar som exkluderades var på grund av irrelevant metodval, fel kontext eller att de inte svarade på studiens syfte.

Sökord

De sökord som användes i denna litteraturstudie var *Diabetes mellitus type 2, experience, life experience, life changes, lifestyle, lifestyle changes, selfcare, self-management och patients attitudes*. Sökorden kombinerades även med booleska operatörerna AND och OR som enligt Karlsson (2012) används för att söka på mer än ett ord. AND används för att avgränsa sökningen och göra den mer specifik och OR används för att expandera och öka sensitiviteten (ibid.). Databassökningarna redovisas i bilaga 1.

Kvalitetsgranskning

För kvalitetsbedömning av artiklar användes granskningsmallen för kvalitativ forskningsmetodik av statens beredning för medicins utvärdering (SBU). Rosén (2014) beskriver att en granskningsmall används för att bedöma kvalitén på en artikel. SBU:s granskningsmall innehåller frågor som bedömer den enskilda studiens kvalitet som påverkar tillförlitligheten där det eftersträvas att svaret blir ”ja”. Innan granskningen bör viktiga aspekter för kvalitén väljas ut (ibid.). De aspekter som ansågs vara viktiga i denna studie var att de valda artiklarna skulle ha ett etiskt resonemang för att visa en god kvalitet.

Granskningsmallen innehåller 21 frågor och beroende på hur välgjord studien är kan den få hög, medel eller låg kvalitet (Rosen, 2014). För att uppnå hög kvalitet skulle mer än 17 svar vara ”ja”, 14 till 16 ”ja” gav medel kvalitet och under 14 ”ja” gav låg kvalitet. Totalt granskades tolv artiklar först enskilt av de båda författarna för att sedan diskuteras och sammanställas tillsammans. Kvalitetsgranskningsprotokollet redovisas i bilaga 2. Utav de tolv artiklarna exkluderades två på grund av låg kvalitet. Tio artiklar höll hög- eller medel kvalitet och inkluderades i studien. Artikelöversikt redovisas i bilaga 3.

Dataanalys

Analysmetoden är i denna litteraturstudie baserad på Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en kvalitativ innehållsanalys (ibid.). Olsson och Sörensen (2011) beskriver innehållsanalysen som antingen latent eller manifest (ibid.). Vid en manifest innehållsanalys arbetar forskaren med det synliga och uppenbara vilket innebär att analysen är textnära. Vid en latent innehållsanalys gör forskaren däremot en tolkning av den underliggande innebörden av texten. I både en latent och manifest innehållsanalys förekommer en viss grad av tolkning (Graneheim, & Lundman, 2004). Denna litteraturstudie utgick från den manifesta innehållsanalysen med latent inslag. Enligt Forsberg och Wengström (2013) kännetecknas den kvalitativa innehållsanalysen av att forskaren på ett systematiskt och stegvist sätt

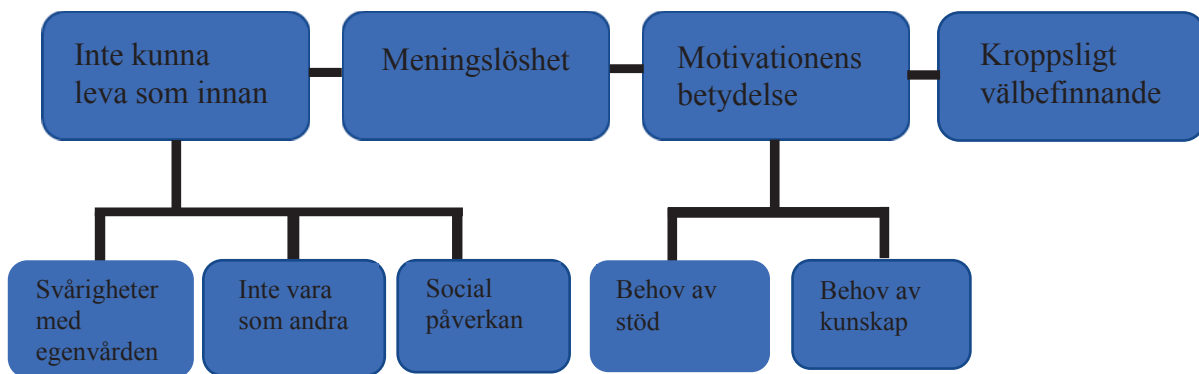
klassificerar data för att kunna identifiera teman och mönster för att slutligen kunna beskriva fenomenet (ibid.).

De tio valda artiklarna lästes igenom enskilt och tillsammans flera gånger, vilket Graneheim och Lundman (2004) rekommenderar för att få en mer noggrann och djupare förståelse av innehållet (ibid.). Därefter valdes meningsenheter med fokus på syftet ut enskilt för att sedan diskuteras och sammanställas gemensamt. Graneheim och Lundman (2004) menar att en meningsenhet är ord eller meningar som har ett gemensamt budskap som besvarar en studies syfte (ibid.). Meningsenheterna översattes från engelska till svenska med hjälp av svenskt-engelskt lexikon och skrevs in i en tabell i ett Word dokument. Meningsenheterna diskuterades tillsammans och de som inte ansågs besvara syftet med studien sorterades bort. Därefter kondenserades meningsenheterna vilket Graneheim och Lundman (2004) menar är steg två i innehållsanalysen. Detta innebär att texten kortas ner men kärnan i meningen kvarstår. Sedan kodades meningsenheterna, vilket innebär att kärnan i meningsenheten kortas ner och beskrivs med endast några få ord (ibid.). Därefter granskades meningsenheterna som nu hade kondenserats och kodas igen i Word dokumentet.

För att få en överblick av meningsenheterna när de hade kondenserats och kodats skrevs de ut på papper för att sedan bilda olika högar för att jämföra och se samband mellan de olika upplevelserna. De meningsenheter som var kondenserade och kodade och innehöll samma budskap bildade kategorier och underkategorier. Graneheim och Lundman (2004) beskriver skapandet av kategorier som kärnan i den kvalitativa innehållsanalysen där en kategori är det centrala och uppenbara budskapet i texten (ibid.). Exempel på innehållsanalysen redovisas i bilaga 4.

Resultat

Resultatet beskriver personers upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2. Från innehållsanalysen framkom kategorierna: *Inte kunna leva som innan*, *meningslöshet*, *motivationens betydelse* och *kroppsligt välbefinnande* med underkategorierna: *svårigheter med egenvården*, *inte vara som andra*, *social påverkan*, *behov av stöd* och *behov av kunskap*. Se figur 1.



Figur 1. Sammanställning av resultatets kategorier och underkategorier.

Inte kunna leva som innan

Många av personerna med diabetes typ 2 upplevde en känsla av förlust av att behöva ändra sina levnadsvanor och göra de livsstilsförändringar som ansågs vara nödvändiga. De kände även en känsla av osäkerhet och förvirring över att inte kunna hantera sin sjukdom (Rygg, Rise, Lomundal, Solberg, & Steinsbekk, 2010; Mathew, Gucciardi, De Melo, & Barata, 2012). Resultatet visade att personernas självuppfattning hade förändrats då vissa kände en sorg över att inte kunna göra de saker som de kunnat göra innan diagnosen (Graffigna, Barello, Libreri, & Bosio, 2014). Många av personerna upplevde en rädsla och oro för framtiden som var grundad i känslor över att deras framtid skulle vara hotad av framtida komplikationer (Rygg et al., 2010; Newton, Asimakopoulou, Scambler, 2015). Det upplevdes i vissa fall som en känsla av förlust och svårigheter att inte kunna äta som de gjort innan diagnosen (Nugent, Carson, Zammitt, Drummond Smith, & Wallston, 2015; Mathew et al., 2012). Resultatet visade att många personer kände skuld över maten och blev olyckliga (Malpass, Andrews, & Turner, 2009; Rygg et al., 2010). Personerna upplevde även att de blev försiktiga med maten och inte vågade äta allt (Newton et al., 2015; Mathew et al., 2012).

Resultatet visade att personerna upplevde att deras diagnos gav dem begränsningar i det vardagliga livet då många fick dåligt samvete när de vid enstaka tillfällen gått tillbaka till de levnadsvanorna som de hade innan diagnosen (Graffigna et al., 2014; Malpass et al., 2009). Begränsningarna gjorde att de alltid var tvungna att ha en plan och personerna upplevde känslor som att vara en slav för sin sjukdom då den alltid förföljde dem (Graffigna et al., 2014; Malpass et al., 2009; Newton et al., 2015).

Svårigheter med egenvården

Personerna upplevde att egenvården kunde vara svår att anpassa till vardagen och att det var en börda att behöva ta kontroll och ansvar för sin sjukdom (Newton et al., 2015). Många upplevde att läkarna ofta gav abstrakta regler över vilka livsstilsförändringar som skulle genomföras, vilket var svårt att leva utifrån i det dagliga livet (Graffigna et al., 2014). Resultatet visade att personerna upplevde det slitsamt och svårt att göra livsstilsförändringar som att äta hälsosammare, vara fysiskt aktiva och gå ner i vikt (Rygg et al, 2010; Yamakawa, & Makimoto, 2008).

Personerna upplevde svårigheter och utmaningar i att det var de själva som var tvungna att hantera sin sjukdom (Oftedal, Karlsen, & Bru, 2010). Många upplevde att det var svårast att förändra kosten och anpassa sig till hälsosamma kostalternativ (Mathew et al., 2012; Rygg et al, 2010; Newton et al., 2015; Graffigna et al., 2014). Vissa upplevde det svårast att inte kunna äta sötsaker på samma sätt längre och att det var svårt att motstå frestelsen att gå tillbaka till dåliga kostvanor (Mathew et al., 2012; Rygg et al, 2010). Det upplevdes som en svår utmaning att hålla en strikt och hälsosam diet i det vardagliga livet då det alltid var tvungna att planera sitt matintag (Graffigna et al., 2014; Mathew et al., 2012; Rygg et al, 2010). Personerna upplevde en svårighet med egenvården då de arbetade och inte hade tid att följa upp sin diabetes på samma sätt som när de var hemma (Oftedal et al., 2010).

Inte vara som andra

I resultatet framkom det att personer med diabetes typ 2 upplevde känslor som ensamhet och utanförskap då de menade att de inte var som alla andra, då andra kunde äta vad de ville och inte behövde tänka på allt de gjorde. Detta gjorde att personerna kände sig annorlunda jämfört med andra människor och var avundsjuka över att inte kunna njuta av livet på samma sätt (Oftedal et al., 2010; Graffigna et al., 2014).

Många personer var missnöjda med sin kroppsform och upplevde en känsla av utsatthet på grund av detta. Flera av dessa personer ville träna men kände att de inte kunde leva upp till de kroppsideal som visade sig på gymmet och valde därför att inte träna. De menade att det skulle underlätta om det fanns ett gym för personer som var överviktiga (Oftedal et al., 2010). Det framkom i resultatet att personer med diabetes typ 2 upplevde en stark önskan om att få ha ett normalt liv och leva som andra människor för att slippa ensamheten (Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk, 2013; Graffigna et al., 2014; Oftedal et al., 2010).

Social påverkan

Många upplevde att de sociala sammanhangen som en börda. De upplevde det svårt att tacka nej till olämplig kost och att de fick många kommentarer om sin diabetes i sociala sammanhang (Rygg et al, 2010). Personerna upplevde att de kände sig som utomjordingar då de inte fick äta allt andra äter och undvek ibland sociala aktiviteter som gör det svårt att hålla sig till sin diet (Mathew et al., 2012). De upplevde att det vätskade sig i munnen av att se andra äta och att det svårt att se andra personer äta det de inte kunde (Handley, Pullon, & Gifford 2010).

Personerna upplevde att deras nya livsstil påverkade det sociala då de var tvungna att tänka på det när de umgicks med familj och vänner. Många gånger var mat och alkohol nyckeln till socialt umgänge och vissa gick ifrån sina rekommendationer i sociala sammanhang (Graffigna et al., 2014; Malpass et al., 2009). Andra upplevde att de hellre tog med sig egen mat på middagar hos andra för att kunna hålla sig till sina kostrekommendationer (Mathew et al., 2012). Några upplevde att de sociala sammanhangen var viktiga för livskvalitén och anpassade sig genom att kompensera med fysisk aktivitet för att kunna delta i de sociala sammanhangen (Malpass et al., 2009; Rise et al., 2013). Det fanns även situationer på arbetet som påverkade livsstilsförändringarna. Personerna upplevde att kollegorna tyckte att de var konstiga när de utförde sina annorlunda rutiner på arbetet. De upplevde även svårigheter av att anpassa livsstilen på arbetet (Ofstedal et al., 2010; Newton et al., 2015).

Meningslöshet

I resultatet visade det sig att många personer upplevde en meningslöshet i att göra de livsstilsförändringar som ansågs vara nödvändiga att göra (Rise et al., 2013; Graffigna et al., 2014). Det som till största del ansågs var meningslöst var att förändra kosten då flera upplevde att det inte spelade någon roll hur de åt eftersom det ändå inte fanns någon mat som inte innehöll något som de inte fick lov att äta.

"I choose what's on the shelf in front of the tip of my nose. Because whatever I'm looking for it contains something that shouldn't be there and there is no point in going from grocery store to grocery store searching for something suitable for my body". (Rise et al., 2013).

Många menade att de efter diabetesdiagnosen fortsatte att äta onyttigt, de menade att de likaväl kunde äta det då det är socker i allt (Rise et al., 2013). Vissa av personerna upplevde att de hade goda levnadsvanor redan innan diagnosen och att de inte följde de råd som de får från sjukvårdspersonal eftersom de inte mår dåligt (Nugent et al., 2015; Rise et al., 2013) Resultatet visade att dåligt mående skulle motiverat till bättre egenvård (Handley et al., 2010).

I resultatet visade det sig att personerna var dåliga på att följa upp sin diabetes, trots att de hade möjlighet till bättre följsamhet (Rise et al., 2013). Många av personerna fuskade med egenvården genom att gå ifrån de på helgerna då de drack vin, öl och åt sötsaker (Graffigna et al., 2014; Mathew et al., 2012). Personerna beskrev att de ansåg att de kunde fuska med sötsaker så länge inte blodsockret ökade (Mathew et al., 2012) Det visade sig i resultatet att några personer inte såg sig som sjuka och därför tyckte att det var meningslöst att utföra egenvården korrekt (Newton et al., 2015; Rise et al., 2013).

Motivationens betydelse

Resultatet visade att många personer var motiverade till att göra sina livsstilsförändringar på grund av rädsla för komplikationer. De ville förbli friska och försena sina komplikationer av sjukdomen så länge som möjligt och detta gjorde dem mer motiverade att förebygga komplikationerna genom att förändra sin livsstil (Malpass et al., 2009; Oftedal et al., 2010; Rise et al., 2013).

”The long-term complications are far ahead, I hope. But I think that I’d prefer to grow old and stay fit for a very long term. Only I can do anything about that and it motivates me to do something.” (Oftedal et al., 2010).

Personerna var motiverade av att försöka undvika medicinering eller insulin. Detta motiverade dem till att hålla sig till en hälsosam kost och kontrollera sin diabetes bättre (Malpass et al., 2009; Newton et al., 2015; Oftedal et al., 2010). Personerna upplevde även att familjen var en motivation då de ville vara hälsosamma och friska så länge som möjligt för familjens skull (Newton et al., 2015; Nugent et al., 2015; Oftedal et al., 2010). Resultatet visade även att några balanserade sin kost med hjälp av träning. De upplevde att de var mer beslutsamma till träning efter att de ätit något de inte borde samt att resultatet av träningen var motiverande för att fortsätta (Graffigna et al., 2014; Malpass et al., 2009).

Behov av stöd

I resultatet framkom att stöd var en viktig faktor för att kunna upprätthålla livsstilsförändringarna då stödet kan vägleda och hjälpa personerna att känna sig motiverade (Rise et al., 2013; Graffigna et al., 2014). Dock upplevde några av personerna att de saknar stöd eller möjligheten att kunna fråga någon vid behov. De saknade även någon att prata med om de började tvivla på sitt beteende (Rise et al., 2013). Personerna upplevde att de vill ha någon att diskutera sina vardagliga problem med och uttryckte en önskan om att dela sina erfarenheter och liknande känslor med andra personer som lever med sjukdomen. Genom att få råd av och lyssna på andra personer upplevde de att det kunde hjälpa dem (Rygg et al., 2010; Newton et al., 2015).

Stödet kunde komma ifrån exempelvis barn, vänner partner eller läkare. Personerna upplevde att det var hjälpsamt att frun håller koll på att de äter rätt och upplever att stödet från familjen hjälper dem att lyckas med sina förändringar (Mathew et al., 2012; Rise et al., 2013; Newton et al., 2015). Stödet från vänner var också motiverande. Personerna upplevde att genom att tillsammans positivt förändra matvanorna i vänkretsen eller träna tillsammans med sina vänner hjälpte dem (Mathew et al., 2012; Oftedal et al., 2010). Många personer uttryckte betydelsen av att tillhöra en grupp när det kommer till fysisk aktivitet. De uppskattade uppmuntran, sällskap och känslan av samhörighet av att träna tillsammans med andra (Yamakawa et al., 2008; Graffigna et al., 2014; Mathew et al., 2012; Oftedal et al., 2010).

Behov av kunskap

Personerna upplevde att en ökad kunskap skulle ge kontroll, minska problem och underlätta de förändringarna de går igenom (Rygg et al., 2010; Rise et al., 2013; Newton et al., 2015). I resultatet framkom att många upplever att kunskapen brister vilket skapar en osäkerhet och förvirring. Personerna upplevde att informationen ofta var motsägelsefull vilket gav förvirring över vad de bör äta och varför (Rygg et al., 2010; Graffigna et al., 2014). De saknade särskilda strukturer eller konkreta exempel på regler i det dagliga livet. Deras nya livsstil innebär många nya regler och personerna upplever att de hela tiden måste agera korrekt, men ibland upplever de att de tvivlar på hur de ska göra på grund av bristande kunskap (Graffigna et al., 2014).

I resultatet framkom att personerna skulle uppskatta rådgivning eller kurser av exempelvis en dietist som kan ge exempel på nya livsstilsregler. De upplever att något sådant skulle vara både användbart och trevligt (Graffigna et al., 2014). Ytterligare en person beskrev att broschyrer från sjukhuset om livsstilsförändringar gav lite hjälp men att kunskapen fortfarande är bristfällig (Mathew et al., 2012). Resultatet visade att personerna upplever att de behöver bättre förståelse för varför de behöver förändras. De har många frågor men får inga svar eller vågar inte fråga, de känner sig förlöjligade eller upplever att exempelvis läkarna är för stressade för att svara (Rygg et al., 2010; Graffigna et al., 2014). Personerna upplevde att de ville lära sig mer och att en ökad kunskap och förståelse skulle göra dem mer avslappnade (Rygg et al., 2010).

Kroppsligt välbefinnande

Personerna upplevde sin diagnos som något positivt, som en möjlighet till förändring. De började prioritera att lösa problemen med sin hälsa och förstod vikten av att hantera sin hälsa. De upplevde att diagnosen diabetes typ 2 gav dem goda möjligheter att reglera sin livsstil. Personerna upplevde att hälsan var viktigare nu och att de tänker mer på sin hälsa nu än innan de blev sjuka (Yamakwa et al., 2008; Nugent et al., 2015). Personerna var omedvetna om sin hälsa innan de blev drabbade och upplever att de borde tagit kontroll över hälsan tidigare (Nugent et al., 2015).

Diabetesdiagnosen gav en möjlighet till att sluta med deras vanor som förstörde hälsan och de ansåg att livsstilsförändringarna var både nyttiga och nödvändiga (Malpass et al., 2009; Yamakwa et al., 2008). Personerna beskrev att livsstilsförändringarna inte var något eget val men som nu hade blivit en hälsosam vana. De slutade lägga märke till svårigheterna och det blev en del av det dagliga livet (Newton et al., 2015; Rise et al., 2013).

”The best is that it (new diet and increased level of physical exercise) is not something that i’m aware of anymore. It has become a habit... A healthy habit.” (Rise et al., 2013).

Resultatet visade att personerna upplevde att livsstilsförändringar så som viktnedgång och ökad fysisk aktivitet gav en ökad känsla av kroppsligt välbefinnande (Ofstedal et al., 2010). Personerna upplevde även att förändringarna var nyckeln till nytt självförtroende. Det gav

självförtroende att se hur kroppen reagerar genom att behandla kroppen väl genom träning och förbättrad kost (Malpass et al., 2009). Känslan av att kunna hantera sjukdomen och känna hälsa gav både upplevelser av glädje och lycka (Graffigna et al., 2014; Nugent et al., 2015). Personerna upplevde att de mår bättre och njuter av sina hälsosamma liv. De beskrev att dem börjat njuta av sina måltider och att viktnedgång fått dem att må bättre (Malpass et al., 2009; Yamakwa et al., 2008).

Personerna upplevde att diagnosen hade förändrat deras liv positivt då de kände sig friskare nu än innan. De upplevde att de aldrig mått bättre och att de var i bättre form nu än innan de blev sjuka (Malpass et al., 2009; Newton et al., 2015; Rise et al., 2013). Genom att förändra sin diet eller öka den fysiska aktiviteten upplevde personerna att de fick mer energi (Malpass et al., 2009; Rise et al., 2013). Dessa förändringar förbättrade både den mentala och fysiska hälsan och uppmuntrade dem att fortsätta med sina livsstilsförändringar (Malpass et al., 2009).

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som användes för att besvara syftet i denna studie var en litteraturstudie med kvalitativ ansats som baserades på tio vetenskapliga artiklar. Syftet var att beskriva personernas upplevelse och för att ta reda på detta ansågs en litteraturstudie baserad på artiklar med kvalitativ metod vara lämplig. Detta går i linje med Henricson och Billhult (2012) som beskriver att en kvalitativ metod är passande för att beskriva en upplevelse (ibid.). En kvalitativ metod valdes framför en kvantitativ metod då den ansågs bättre kunna besvara studiens syfte samt att en kvalitativ metod ansågs ge ett större djup.

Det valdes att göra en litteraturstudie då båda författarna ansåg att denna typ av studie kunde besvara syftet väl. En litteraturstudie sågs även som en styrka då Friberg (2012) menar att en litteraturstudie skapar en översikt över den aktuella kunskapen och forskningsläget inom ett visst område (ibid.). En litteraturstudie valdes framför en empirisk studie dels för att det inte fanns tidsutrymme under kandidatexamen och dels för att det fanns relevant underlag i de olika databaserna till att göra en litteraturstudie inom området. Däremot hade resultatet eventuellt kunnat bli annorlunda om en empirisk studie hade genomförts då studien hade

utgått från enbart svenska förhållanden. Axelsson (2012) menar att en litteraturstudie är på lagom nivå för en kandidatexamen då avsikten är att introducera forskning inom ett område och sammanställa den. Då studenter ofta har dålig förkunskap inom området är det därför lämpligt att göra en litteraturstudie (ibid.).

Innan sökningarna påbörjades bokades tid hos bibliotekarie för att få fördjupad kunskap om artikelsökningar. De databaser som användes till denna studie var Cinahl och PubMed. De ansågs vara relevanta då de enligt Willman et al. (2011) innehåller material inom området omvårdnad (ibid.). Databaserna ansågs innehålla tillräckligt med material för att besvara syftet men om ännu en databas hade använts hade det eventuellt resulterat i att fler relevanta artiklar hittats. Vid sökningarna i databaserna användes kontrollerade sökningar med ämnesord i MeSH och i Cinahl headings samt sökningar i fritext. Det ansågs vara en styrka att söka både med ämnesord och i fritext då Karlsson (2012) menar att ämnesord är som en slags etikett som beskriver innehållet i artikeln och fritextsökningar ger en bredare sökning (ibid.). Under datainsamlingen upptäcktes fler relevanta sökord utöver de preliminära sökorden som först ansågs besvara syftet. För att kombinera sökorden användes booleska operatörerna AND och OR då Karlsson (2012) menar att AND används för att avgränsa och specificera sökningen och OR används för att expandera sökningen (ibid.). Detta var ett bra sätt för att kombinera sökorden och hitta relevanta artiklar. Den booleska sökoperatören NOT användes inte i studien då den inte ansågs relevant. Willman et al. (2011) menar att NOT bör användas med försiktighet då det kan leda till att fler artiklar än vad som önskas exkluderas (ibid.). Dock hade termen NOT kunnat spara tid då det utesluter artiklar som inte är relevanta för syftet.

Ett av litteraturstudiens inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska då det enligt Willman et al. (2011) är det språk som vanligen används inom vetenskaplig forskning (ibid.). Engelska är även ett språk som båda författarna behärskar, men då svenska är författarnas modersmål kan viss tolkning eller problematik i översättningen skett. En styrka i denna studie är att författarna använder nyare artiklar för att bättre kunna sammanställa den nyaste forskningen inom området. Detta kan också ha varit en nackdel då risken finns att relevant forskning kan ha missats. Det gjordes ingen geografisk avgränsning och artiklarna i studien var ifrån Italien, Nya Zeeland, Norge, Storbritannien, Skottland, Kanada och Japan. Detta kan vara en nackdel för studien då exempelvis värden och levnadsvanorna kan skilja sig mellan de olika länderna. Dock menar Willman et al. (2011) att

det ger ett bredare perspektiv och en högre tillförlitlighet att inkludera resultat från olika länder i en studie (ibid.). Det ansågs även att om en avgränsning gjorts till enbart svenska artiklar hade ett stort bortfall skett och urvalet hade blivit för litet. Ett annat inklusionskriterie för studien var även att deltagarna i artiklarna skulle vara vuxna över 18 år. Detta kan ha påverkat resultatet i studien då livsstilsförändringarna vid diabetes typ 2 eventuellt kan variera beroende på personens ålder.

Artiklarna som valdes ut kvalitetsgranskades enligt SBU:s granskningsmall för kvalitativ forskningsmetodik. Denna granskningsmall valdes då den ansågs relevant och pålitlig vilket styrker studien. Till denna studie valdes endast artiklar med hög eller medel kvalitet med det gemensamma kravet att alla artiklar skulle ha ett etiskt resonemang. Kvalitetsgranskningen gjordes först enskilt och diskuterades sedan för att öka trovärdigheten. Två artiklar valdes bort på grund av låg kvalitet. Detta gjordes för att öka studiens trovärdighet trots att artiklarna ansågs besvara syftet.

I denna litteraturstudie användes Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av en kvalitativ innehållsanalys med manifest innehåll och latent inlag som analysmetod. Avsikten i denna studie var dock att försöka undvika latent inlag och hålla texten så manifest som möjligt för att styrka studien och öka trovärdigheten. Denna analysmetod valdes av författarna då den bedömdes vara lättförståelig och passande för att besvara studiens syfte. Meningsenheterna valdes ut enskilt och diskuterades sedan tillsammans dels för att öka trovärdigheten och dels för att säkerställa att ingen viktig information som kunde besvara syftet missades.

Översättning till svenska, kondensering och kodning av meningsenheterna gjordes sedan med avsikt att undvika tolkning. För att minska risken för översättningsfel användes ett svenskt-engelskt lexikon vid översättningen. Därefter kategoriserades meningsenheterna tillsammans vilket var positivt för att få ut det väsentliga i innehållsanalysen vilket går i linje med Graneheim och Lundman (2004) som beskriver att kategorierna är det centrala budskapet i texten (ibid.).

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att personer upplever livsstilsförändringar olika vid diabetes typ 2 vilket är betydelsefullt för sjuksköterskan att ha kunskap om. Resultatet presenterades i fyra kategorier som var följande: *Inte kunna leva som innan, meningslöshet, motivationens betydelse* och *kroppsligt välbefinnande* med underkategorierna: *svårigheter med egenvården, inte vara som andra, social påverkan, behov av stöd* och *behov av kunskap*.

I resultatet framkom det att personer med diabetes typ 2 upplevde en känsla av förlust över att inte kunna leva utifrån sina tidigare levnadsvanor. Personerna tyckte att det var slitsamt att göra livsstilsförändringar som att äta hälsosammare, vara fysiskt aktiva och gå ner i vikt. I linje med detta visade det sig i en studie av Linmans, Knottnerus och Spigt (2015) att personer med diabetes typ 2 upplevde att det var emotionellt påfrestande att inte kunna leva utifrån sina tidigare levnadsvanor och att det var energikrävande att behöva utföra de rekommenderade livsstilsförändringarna (ibid.). I resultatet visade det sig att personerna upplevde att det var svårast att förändra kosten och att det var en förlust att behöva anpassa sig till hälsosamma kostvanor. I en studie av Chong, Ding, Byon, Comino, Bauman och Jalaludin (2017) visade det sig däremot att den fysiska aktiviteten var den livsstilsförändring som personer med diabetes typ 2 tyckte var svårast att anpassa (ibid.). Det är för sjuksköterskan av stor betydelse att ha kunskap om att personer kan uppleva livsstilsförändringarna olika för att kunna ge en individanpassad vård till dessa personer.

Tidigare studier beskriver svårigheterna för den som är drabbad av diabetes typ 2 att behöva anpassa livsstilsförändringarna till vardagen (Smide et al., 2009; Whittemore et al., 2002). I resultatet framkom det att personerna upplevde en ensamhet och utanförskap då de ansåg att de inte var som alla andra, de var missnöjda över sin kroppsform och avundades andra människor som inte behövde tänka på allt de gjorde och kunde äta vad de ville. Det framkom att personernas självuppfattning förändrades vilket begränsade det vardagliga livet. Resultatet visade även att personernas sociala liv påverkades och att de sociala sammanhangen sågs som en börda. I linje med detta beskriver Öhman et al. (2003) hur livsstilsförändringarna vid diabetes typ 2 kan inviga en känsla av rädsla över att inte klara av sociala situationer (ibid.). Däremot visade det sig i resultatet att vissa ansåg att de sociala sammanhangen var viktiga för livskvalitén.

Resultatet visade att motivation var en viktig faktor för att lyckas med att göra livsstilsförändringar. Det som motiverade personerna att ändra sina levnadsvanor till de positiva var att de ville förbli friska, undvika framtida komplikationer, slippa medicinering samt att de ville vara friska för familjens skull. Dessa personer såg en mening med att göra de livsstilsförändringar som krävdes, vilket går i linje med Antonovsky (2005) som beskriver meningsfullhet som en viktig motivationskälla (ibid.). Det framkom i resultatet att personerna upplevde en meningslöshet i att göra de livsstilsförändringar som ansågs vara nödvändiga att göra vid diabetes typ 2. Vissa av personerna upplevde att de hade goda levnadsvanor redan innan diagnosen och att de inte följde de råd som de fick från sjukvårdspersonal eftersom de inte led av dåligt mående. Antonovsky (2005) menar att meningsfullhet är den viktigaste komponenten för att kunna uppnå ett högt KASAM. Han beskriver vikten av att personen måste se en mening med det som sker i livet och vikten av att utmana sig själv för att klara av de problem och krav som ställs. Det är av stor vikt att personen ser betydelsen av att lägga ner engagemang istället för att se problemet som något påfrestande och meningslöst (ibid.). Här har sjuksköterskan en viktig roll att stödja och informera personen så att han eller hon upplever en meningsfullhet av att förändra livsstilen.

Resultatet visade även att personerna lärt sig att hantera sin sjukdom och vilka livsstilsförändringar som krävs för att undvika framtida komplikationer, slippa medicinering och förbli friska både för deras egen skull men även för familjen. Detta leder in på Antonovsky (2005) som beskriver hanterbarhet som en viktig komponent för att uppnå ett högt KASAM. En person som har en hög känsla av hanterbarhet känner inte att livet är orättvist och ser sig inte som ett offer (ibid.). I resultatet framkom det även att stöd var viktigt för att kunna upprätthålla livsstilsförändringarna. Personerna ville ha möjligheten att fråga eller diskutera vardagliga problem vid behov med sjukvårdspersonal. Detta går i linje med en studie av Edwall, Hellström, Ohrn och Danielson (2008) där det visade sig att om personer med diabetes typ 2 hade en sjuksköterska att vända sig till vid behov gav det en ökad trygghet i vardagen (ibid.). I resultatet framgick det även att personerna upplevde att de skulle underlätta om de fick tala med någon som också hade sjukdomen för att kunna få råd av dem.

Det visade sig i resultatet att personerna upplevde att det fanns en bristande kunskap om deras sjukdom, vilket går i linje med Hörnsten et al. (2004) som menar att många patienter som får diagnosen diabetes typ 2 har dålig kunskap om vad sjukdomen innebär och vad som händer i kroppen (ibid.). Smide och Hörnsten (2009) menar däremot att personer som drabbas

av diabetes typ 2 har en bra kunskap om vad sjukdomen innebär då den är ärftlig och någon i familjen eller släkten sedan tidigare har sjukdomen (ibid.). Resultatet visade att personerna upplevde att de skulle behöva mer kunskap om sin sjukdom då det fanns en oro och förvirring kring den och hur de skulle äta och varför. De menade att kunskap skulle ge kontroll, minska problem och underlätta de förändringar som de gick igenom. Personerna upplevde att kunskap skulle göra dem avslappnade vilket går i linje med Antonovsky (2005) som beskriver begriplighet som en viktig komponent för att lyckas uppnå ett högt KASAM (ibid.).

I resultatet framkom det även att flera av personerna upplevde att diagnosen hade gett en möjlighet till att sluta med osunda vanor som förstörde hälsan. De upplevde att diagnosen hade förändrat deras liv positivt då de kände sig friskare nu än innan. Resultatet visade att personernas hälsosamma vanor hade blivit en del av deras livsstil och upplevdes inte längre som något svårt att klara av då det blivit en vana. Personerna upplevde även glädje och lycka över att kunna hantera sjukdomen. Enligt Langius och Björvell (1996) har dessa personer ett högre KASAM än de personer som upplevde att livsstilsförändringarna var meningslösa och slitsamma att utföra (ibid.). Det är enligt Lundman och Norberg (1993) betydelsefullt att personer med diabetes typ 2 har högt KASAM då det bidrar till en framgångsrik emotionell hantering av sjukdomens krav (ibid.). Däremot visade stora delar av resultatet att personer saknade kunskap, stöd och motivation till att göra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2, de kände även en förlust över att inte kunna leva utifrån tidigare levnadsvanor och hade en stark önskan om att få vara som andra människor utan diabetes. Enligt Merakou et al. (2013) har personer med diabetes typ 2 ett lägre KASAM än personer utan sjukdomen (ibid.), vilket skulle kunna vara en förklaring till varför personer hanterar livsstilsförändringarna olika. Eriksson och Lindström (2007) beskriver även att en person som har lågt KASAM hanterar sin livssituation sämre vid en sjukdomssituation än en person som har hög grad av KASAM (ibid.). Det kan vara bra för sjuksköterskan att ha kunskap om att personer upplever sin sjukdomssituation olika då han eller hon bemöter dessa personer.

Slutsats

I denna litteraturstudie har personers upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2 beskrivits. De viktigaste fynden i denna studie var att många upplever livsstilsförändringarna som något svårt och meningslöst. Resultatet visade även att det krävs motivation samt stöd för att lyckas. Livsstilsförändringarna kan göra att personerna känner

sig friskare efter sjukdomen än innan och upplever ett större välbefinnande. Behovet av kunskap var stort och många upplevde att de saknade kunskap om sin sjukdom och att ökad kunskap hade hjälpt dem att förändra sin livsstil.

Denna studie kan bidra till att öka den individanpassade vården och öka förståelsen för att olika personer hanterar och upplever sin diabetes och de livsstilsförändringar som anses vara nödvändiga olika. Alla personer upplever saker olika och det är av vikt att lyssna på den personen för att öka kunskapen om hur just den personen upplever sin situation. Diabetes typ 2 är en sjukdom som beräknas öka framöver och är en patientgrupp som kommer förekomma allt mer inom sjukvården. Kunskap och stöd är något som sjuksköterskan genom ett personcentrerat arbetssätt kan hjälpa dessa personer med så att de bättre lyckas med sina livsstilsförändringar. Denna studie kan ligga till grund för fortsatt forskning inom området för att skapa en bättre förståelse för dessa personers upplevelser. I och med att insjuknandet av diabetes typ 2 sjunker i åldrarna bör framtida forskning göras inom området med yngre deltagare då mycket forskning redan finns om äldre personer.

Självständighet

Denna litteraturstudie har både Annika Herbertsson och Sofia Boman Eriksson bidragit genom att ha suttit tillsammans vid samtliga tillfällen för att kunna diskutera och samarbeta kring arbetet. I bakgrunden har ansvaret delats upp mellan parterna, Annika Herbertsson har haft huvudansvaret för att beskriva begreppen diabetes typ 2 och upplevelse och Sofia Boman Eriksson har haft huvudansvaret för att beskriva begreppet livsstilsförändringar och den teoretiska referensramen. Sökandet av artiklar samt analysprocessen utfördes enskilt för att sedan sammanställdes sedan tillsammans. Metoddiskussionen är beskriven av Sofia Boman Eriksson och resultatdiskussionen är beskriven av Annika Herbertsson. Resterande delar har gjorts tillsammans.

Referenser

Allgot, B. (2006). Diabetes och samhället. I A. Skafjeld (Red.), *Diabetes*. (s. 25–33). Lund: Studentlitteratur.

Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Wolk, A., Örtqvist, E., & Östenson, C-G. (2013). *Diabetes*. Karolinska institutet.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Axelsson, Å. (2012) Litteraturstudie. I: Granskär, M., & Höglund- Nielsen, B. (Red.) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (s. 203–220) Lund: Studentlitteratur.

Baghianimoghadam, M.H., Afkhami, H., Ardekani, M., & Baghianimoghadam, B. (2009). Effect of education on improvement of quality of life by SF-20 in type 2 diabetic patients. *Acta Medica Indonesiana*, 41(4), 175-180.

Cecilio, HPM., Arruda, O., Teston, E., Santos, A., & Marcon, S. (2015). Behaviors and comorbidities associated with microvascular complications in diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(2), 113-119. doi: 10.1590/1982-0194201500020.

Chong, S., Ding, D., Byun, R., Comino, E., Bauman, A., & Jalaludin, B. (2017). Lifestyle Changes After a Diagnosis of Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 30(1), 43-50. doi:10.2337/ds15-0044.

Edwall, L., Hellström, A., Ohn, I., & Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 772-781. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02015.

Eriksson, K. (1991). *Pausen – en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almquist och Wiksell AB.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938–944. doi: 10.1136/jech.2006.056028.

Folkhälsmyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Graffigna, G., Barello, S., Libreri, C., & Bosio, C.A. (2014). How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: implications for clinical practice. *BMC Public Health*, 14:648. doi:10.1186/1471-2458-14-648.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

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

Hansen, E., Landstad, B., Hellzén, O., & Svebak, S. (2011). Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 484-490.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.129–137). Lund: Studentlitteratur.

Hörnsten, A., Sandström, H., & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 174–182. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03076.x.

International Diabetes Federation (IDF), (2015). *Diabetes: Facts and figures*. Hämtad 2016-12-12, från <http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures>.

Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.95-113). Lund: Studentlitteratur.

Laing, R-D. (1982). *Upplevelsens röst – Upplevelse, vetenskap och psykiatri*. Nordstedt & Söners Förlag: Stockholm.

Langius, A. & Björvell, H. (1996). Salutogenetic model and utilization of the KASAM form (Sense of Coherence) in nursing research – a methodological report. *Vård i Norden*, 16(1), 28–32.

Langius-Eklöf, A. (2007). Salutogenes och känsla av sammanhang. I M. Carlsson (Red.), *Psykosocial cancervård*. (s. 55–72). Lund: Studentlitteratur.

Linmans, J. J., Knottnerus, J. A., & Spigt, M. (2015). How motivated are patients with type 2 diabetes to change their lifestyle? A survey among patients and healthcare professionals. *Primary Care Diabetes*, 9(6), 439-445. doi:10.1016/j.pcd.2015.02.001.

Lundman, B., & Norberg, A. (1993). The significance of a sense of coherence for subjective health in persons with insulin-dependent diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (3), 381–386. doi: 1365-2648.1993.18030381.

Malpass, A., Andrews, R., & Turner, KM. (2009). Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: a qualitative study. *Patient Education & Counseling*, 74(2), 258–263. doi:10.1016/j.pec.2008.08.018.

Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M., & Barata, P. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Family Practice, 13*(1), 122–133. doi:10.1186/1471-2296-13-122.

Merakou, K., Koutsouri, A., Antoniadou, E., Barbouni, A., Bertias, A., Karageorgos, G., & Lionis, C. (2013). Sense of coherence in people with and without type 2 diabetes mellitus: an observational study from Greece. *Mental Health in Family Medicine 10*(1), 3–13.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4*4 million participants. *The Lancet, 387*, 1513-1530.

Newton, P., Asimakopoulou, K., Scambler, S. (2015). A Qualitative Exploration of Motivation to Self-Manage and Styles of Self-Management amongst People Living with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research, 2015*, 1–9. doi: 10.1155/2015/638205.

Nugent, L.E., Carson, M., Zammitt, N.N., Drummond Smith, G., & Wallston, K.A. (2015). Health value & perceived control over health: behavioural constructs to support Type 2 diabetes self-management in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing, 24*(15–16), 2201–10. doi: 10.1111/jocn.12878.

Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*(4), 735–744. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x.

Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing 19*(17–18), 2548–56. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x.

Olsen, M., Granath, A., Wharén, P., Blom, T., & Leksell, J. (2012). Perceived knowledge about diabetes among personnel in municipal care: a qualitative focus group interview study. *European Diabetes Nursing, 9*(2), 52–55. doi: 10.1002/edn.206.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Rise, M.B., Pellerud, A., Rygg L.Ø., & Steinsbekk, A. (2013). Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study. *PLoS One*, 8(5). doi: 10.1371/journal.pone.0064009.

Rosén, M. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Rygg, L.Ø., Rise, M.B., Lomundal, B., Solberg, H.S., & Steinsbekk, A. (2010). Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(8), 788–93. doi: 10.1177/1403494810382475.

Smide, B., & Hörnsten, Å. (2009). People's reasoning about diagnosis in type 2 diabetes. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 1(3), 253–260. doi: 10.1111/j.1752-9824.2009.01028.x.

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2014). *Statistikdatabas för diagnoser i öppen vård*. Hämtad 2016-01-05, från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserioppenvard>.

Söderberg, S., & Karlsson, B (2007). Psykologi. I C-D. Agardh., C. Berne., & J. Östman. (Red.), *Diabetes*. (s.373–382). Stockholm: Liber.

Tong, W.T., Vethakkan, S.R., & Ng, C.J. (2015). Why do some people with type 2 diabetes who are using insulin have poor glycaemic control? A qualitative study. *BMJ open*, 5(1). doi: 10.1136/bmjopen-2014-006407.

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

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

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), 1032–41. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.05.003.

Öhman, M., Söderberg, S., & Lundman, B. (2003). Hovering between suffering and enduring: The meaning of living with serious chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13(4), 528-542. doi: 10.1177/1049732302250720.

Östman, J. (2007). Definition, diagnostik och klassificering. I C-D. Agardh., C. Berne., & J. Östman. (Red.), *Diabetes*. (s.11–19). Stockholm: Liber.

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i Cinahl headings					
Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
S1 (MH "Diabetes Mellitus, type 2")	2017-03-22	15 037	-	-	-
S2 (MH "Life experience")	2017-03-22	4778	-	-	-
S3 S1 AND S2	2017-03-22	21	16	5	1
S4 (MH "Self Care")	2017-03-22	7494	-	-	-
S5 S1 AND S4	2017-03-22	906	-	-	-
S6 S1 AND S2 AND S4	2017-03-22	7	6	2	1
S7 (MH "Patient attitudes")	2017-03-22	12 981	-	-	-
S8 S1 AND S7	2017-03-22	228	-	-	-
S9 S1 AND S4 AND S7	2017-03-22	74	48	3	1
S10 (MH "Life Style") OR (MH "Life Style Changes")	2017-03-22	8489	-	-	-
S11 S1 AND S10	2017-03-22	779	-	-	-
S12 S5 AND S10	2017-03-22	71	23	4	-
S13 S8 AND S10	2017-03-22	25	17	2	-

Fritextsökningar i Cinahl					
Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
S1 Diabetes Mellitus Type 2	2017-03-22	15 595	-	-	-
S2 lifestyle OR lifestyle changes	2017-03-22	9438	-	-	-
S3 S1 AND S2	2017-03-22	865	-	-	-
S4 life experience OR experience	2017-03-22	67 522	-	-	-
S5 S1 AND S4	2017-03-22	409	-	-	-
S6 S2 AND S5	2017-03-22	40	13	4	0
S7 Self Care OR Self Management	2017-03-22	11 272	-	-	-
S8 S1 AND S7	2017-03-22	1141	-	-	-

S9 S3 AND S8	2017-03-22	94	32	5	1
--------------	------------	----	----	---	---

Sökningar i PubMed MeSH

Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
S1 "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]	2017-03-21	103 842	-	-	-
S2 "Life Style"[Mesh]	2017-03-21	74 707	-	-	-
S3 S1 AND S2	2017-03-21	3273	-	-	-
S4 "Self Care"[Mesh]	2017-03-21	46 412	-	-	-
S5 S1 AND S4	2017-03-21	3409	-	-	-
S6 S3 AND S5	2017-03-21	229	58	13	2

Fritextsökningar i PubMed

Sökordskombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
S1 Diabetes Mellitus type 2	2017-03-22	115 623	-	-	-
S2 Life experience OR experience	2017-03-22	553 572	-	-	-
S3 S1 AND S2	2017-03-22	1941	-	-	-
S4 Self management OR self care	2017-03-22	173 706	-	-	-
S5 S1 AND S4	2017-03-22	5331	-	-	-
S6 S3 AND S5	2017-03-22	315	59	16	2
S7 Lifestyle OR Lifestyle changes	2017-03-22	93 465	-	-	-
S8 S1 AND S7	2017-03-22	4511	-	-	-
S9 S3 AND S5 AND S8	2017-03-22	43	26	8	2

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja

Nej

Oklart

Ej tillämpl

- a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja

Nej

Oklart

Ej tillämpl

- a) Är urvalet relevant?
- b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?
- c) Är kontexten tydligt beskriven?
- d) Finns relevant etiskt resonemang?
- e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktäristika, kontext etc):

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?				
b) Är datainsamlingen relevant?				
c) Råder datamättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till datainsamlingen?				
Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):				

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?				
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?				
c) Råder analysmättnad?				
d) Har forskaren hanterat sin egen förståelse i relation till analysen?				
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?				
b) Är resultatet begripligt?				
c) Är resultatet tydligt beskrivet?				
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
e) Genereras hypotes/teori/modell?				
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Graffigna, G., Barello, S., Libreri, C., & Bostio, C.A. 2014. Italien	How to engage type-2 diabetic patients in their own health management: implications for clinical practice	Kvalitativ metod med dagböcker och semistrukturerade intervjuer.	29 personer, 13 kvinnor och 16 män. Ålder: 41–71.	Hög
Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H. 2010 Nya Zeeland	Living with type 2 diabetes: 'Putting the person in the pilots' seat'	Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer. Grounded theory och fenomenologisk.	9 personer, 5 kvinnor och 4 män. Ålder: 43–79.	Hög
Malpass, A., Andrews, R., & Turner, K.M. 2009 Storbritannien	Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: a qualitative study.	Kvalitativ metod med djupintervjuer och Grounded theory.	30 personer, 18 kvinnor och 12 män. Ålder: 40–72.	Medel
Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M., & Barata, P. 2012 Kanada	Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis.	Kvalitativ metod med semistrukturerade fokusgrupper och intervjuer.	35 personer, 17 män och 18 kvinnor. Medelålder: 57.	Hög
Newton, P., Asimakopoulou, K., Scambler, S. 2015 Storbritannien	A Qualitative Exploration of Motivation to Self-Management and Styles of Living amongst People Living with Type 2 Diabetes.	Kvalitativ metod med fokusgrupper, semistrukturerade intervjuer och öppna enkäter.	36 personer. Ålder: 60+.	Medel
Nugent, L.E., Carson, M., Zammitt, N.N., Drummond Smith, G., & Wallston, K.A. 2015 Skottland	Health value & perceived control over health: behavioural constructs to support Type 2 diabetes self-management in clinical practice	Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer.	13 personer, 10 män och 3 kvinnor. Ålder: 46–77.	Hög

Ofteidal, B., Karlsen, B., & Bru, E. 2010 Norge	Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes.	Kvalitativ metod med fokusgrupper.	19 personer, 7 kvinnor och 12 män. Ålder: 30–65.	Medel
Rise, M.B., Pellerud, A., Rygg L.Ø., & Steinsbekk, A. 2013 Norge	Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study.	Kvalitativ fenomenologisk metod med semistrukturerade intervjuer och fokusgrupper.	23 personer, 14 kvinnor och 9 män. Ålder: 35–72.	Hög
Rygg, L.Ø., Rise, M.B., Lomundal, B., Solberg, H.S., & Steinsbekk, A. 2010 Norge	Reasons for participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A qualitative study.	Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer	22 personer, 13 kvinnor och 19 män. Ålder: 35–72.	Medel
Yamakawa, M., & Makimoto, K. 2008 Japan	Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients: an exploratory qualitative study.	Kvalitativ metod med djupintervjuer. Grounded theory.	15 personer, 7 kvinnor och 8 män. Ålder: 50–78.	Hög

Bilaga 4 Innehållsanalys

Meningenshet (eng.)	Meningenshet (sv.)	Kondensering	Kod	Kategori	Underkategori
... feeling insecure about social settings... how to politely say no when served unsuitable foods, and how to avoid cakes and sweets... having to explain that had become a burden...	... känna sig osäker i sociala sammanhang... hur ska man trevligt säga nej till olämplig kost och hur ska man undvika kakor och sötsaker... behöva förklara det har blivit en börda...	Har blivit en börda att förklara sig i sociala sammanhang.	Sociala sammanhang är en börda.	Inte leva som innan	Social påverkan.
It is about social gatherings [...] I get so many comments on my diabetes, so it gets a bit annoying sometimes.	Det handlar om sociala sammankomster... Jag får många kommentarer om min diabetes, så det blir lite jobbigt ibland.	Kommentarer vid sociala sammankomster är jobbigt.	Sociala sammankomster är jobbigt.	Inte leva som innan	Social påverkan.
I try to be compliant with all my doctor said, but I confess that I didn't really understand the sense of some prescription, for instance about the diet.	Jag försöker vara tillmötesgående med allt min doktor säger, men jag erkänner att jag inte riktigt förstår meningen med några råd, till exempel om kosten	Försöker vara tillmötesgående, men förstår inte meningen med råden.	Försöker men förstår inte meningen.	Meninglöshet.	
Support was important for maintaining lifestyle changes. Some of the informants who had permanently increased physical activity said that they had been supported by children, friends, partners and doctors.	Stöd var viktigt för att upprätthålla livsstilsförändringarna. Några av deltagarna som permanent hade ökat sin fysiska aktivitet sa att de hade fått stöd av barn, vänner, partner och läkare.	Stöd var viktigt för att upprätthålla livsstilsförändringarna.	Stöd viktigt.	Motivationens betydelse	Behov av stöd