



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Att tygla Diabetes Typ 2

Upplevelser av att göra livsstilsförändringar

Marcus Östgård

Handledare: Ingrid Martinsson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa

Karlskrona Januari 2014

Att tygla Diabetes Typ 2

Upplevelser av att göra livsstilsförändringar

Marcus Östgård

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes mellitus typ 2, som är ett globalt växande problem, är en metabolisk sjukdom, som till följd av problem med eller avsaknad av insulinproduktion eller insulinkänslighet kan leda till allvarliga komplikationer. Grunden för all behandling av diabetes typ 2 är goda levnadsvanor i form av fysisk aktivitet och lämplig kost. Egenvården kan behöva stöd av hälso- och sjukvården, vilket förutsätter kunskap hos sjuksköterskor.

Syfte: Syftet med studien var att belysa upplevelser av livsstilsförändringar efter det första året hos personer med diabetes typ 2.

Metod: Metoden som användes var en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Analysen gjordes utifrån Graneheim och Lundmans tolkning av en innehållsanalys.

Resultat: Livsstilsförändringarna upplevdes innebära förändringar i vardagen, främst gällande matvanor och motion, och känslomässiga förändringar såsom rädsla för sjukdomen och saknad av livsstil. Personerna blev påverkade av omgivningen, såväl familj som arbetsplats. Livsstilsförändringarna krävde anpassning till sjukdomen där insikt om vad sjukdomen kräver var viktig och där kontroll av livsstilsförändringar ledde till framtidstro.

Slutsats: Den globala sjukdomen diabetes typ 2 kan förbättras genom en förändrad livsstil. Upplevelser av att göra livsstilsförändringar kan variera mellan positiva och negativa. Att genomföra livsstilsförändringar kan både upplevas motiverande såväl som innebära en utmaning. Med hjälp av stöd från hälso- och sjukvården ska personer med diabetes typ 2 försees med verktyg att klara sin egenvård.

Nyckelord: Diabetes typ2, livsstilsförändringar, upplevelser

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Diabetes mellitus typ 2	5
Livsstilsförändringar	5
Teoretisk Referensram	6
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Sökord	8
Kvalitetsgranskning	8
Analys	9
Resultat	9
Förändringar i vardagen	10
Upplevelser av matvanor	10
Upplevelser av motion	12
Känslomässig påverkan	13
Rädsla för sjukdomen	13
Saknad av tidigare livsstil	13
Omgivningens påverkan	14
Arbetsplatsens roll	14
Familjens stöd eller icke stöd	14
Anpassning till sjukdomen	15
Insikt om vad sjukdomen kräver	15
Framtidstro	16
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
Slutsats	23
Referenser	25
Bilaga 1 Databassökningar	29
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	32
Bilaga 3 Artikelöversikt	33
Bilaga 4 Exempel på analys	34

Inledning

Diabetes är enligt World Health Organisation (2013) ett globalt problem. I världen finns 347 miljoner människor som har diabetes mellitus och 90 % av dessa har diabetes mellitus typ 2. Enligt Wild, Roglic, Green, Sicree & King (2004) är diabetes ett växande problem och förekomsten av diabetes i världen beräknas, från år 2000, fördubblas fram till år 2030. Enligt Socialstyrelsen (2009) lever 320 000 människor med diabetes typ 2 i Sverige. Enligt World Health Organisation (2013) innebär diabetes en stor hälsorisk som kan leda till allvarliga komplikationer. Enligt Socialstyrelsen (2010) kan diabetes typ 2 motarbetas genom en förändrad livsstil kopplat till aktivitet och kost. Jallinoja, Pajari & Absetz (2008) menar att personers livsstil spelar en stor roll i livet med diabetes. De menar vidare att livsstilsförändringarna som följer kan upplevas svåra och utmanande att genomföra och upprätthålla. Socialstyrelsen (2010) rekommenderar att hälso- och sjukvården bör ge råd och stöd till personer med diabetes gällande bland annat kost och motion. Sjuksköterskan ska enligt Socialstyrelsen (2005) främja hälsa och förebygga att ohälsa. Vidare beskrivs förmågan att vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer. Att kunna bedöma en persons förmåga till egenvård, samt undervisning och stöttning är egenskaper som nämns i syfte att kunna främja hälsa och förebygga ohälsa (a.a). För att kunna hjälpa en person med diabetes typ 2 är det viktigt att känna till upplevelserna hos den som ska stöttas. Det finns mycket forskning tillgänglig vad gäller de medicinska aspekterna av diabetes typ 2 (Dailey, 2011; Tian et al., 2011; Dagenais et al., 2013) såväl som den preventiva aspekten av sjukdomen (Kontogianni, Liatis, Grammatikou, Perrea, Katsilambros & Makrilakis, 2012; Gray et al., 2012; Korakiakangas, Taanila, & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011). Enligt Friberg & Scherman (2005) råder det brist på forskning som lyfter personers upplevelser av att leva med en kronisk sjukdom. Dessa studier är enligt Friberg & Scherman viktiga då människor agerar baserat på erfarenhet och förståelse för en situation. På grund av den stora förekomsten av diabetes typ 2 krävs ett forskningsunderlag som kan ligga till grund för kunskap och förståelse hos sjuksköterskan. En studie som sammanför upplevelser av att göra livsstilsförändringar hos vuxna personer med diabetes typ 2 kan på så vis förbättra möjligheterna för att patienter erbjuds bästa möjliga evidensbaserade vård och stöd.

Bakgrund

Diabetes mellitus typ 2

Enligt World Health Organisation (1999) är diabetes mellitus en s.k. metabolisk sjukdom, som till följd av problem med eller avsaknad av insulinproduktion eller insulinkänslighet påverkar ämnesomsättningen av proteiner, kolhydrater och fetter. Diabetes mellitus typ 2 är enligt World Health Organisation (2013) den vanligaste och mest förekommande formen av diabetes. Diabetes typ 2 innebär en defekt i produktionen av insulin, ofta tillsammans med viss insulinresistans. Effekten av diabetes mellitus kan leda till långsiktigt skadlig påverkan med nedsatta kroppsliga funktioner och organsvikt. Personer som drabbas av diabetes löper risk att i längden få problem med hjärt- och kärlsjukdomar (a.a.). Socialstyrelsen (2010) ger exempel på konsekvenser såsom skador på blodkärl, förändringar i ögonbotten, skador på njurar samt nervskador. Fortsättningsvis kommer diabetes mellitus typ 2 benämnas diabetes typ 2. Anledningar till diabetes typ 2 kan enligt World Health Organisation (2013) vara övervikt, fysisk inaktivitet samt dålig kosthållning.

Livsstilsförändringar

Grunden för all behandling av diabetes typ 2 är enligt Socialstyrelsen (2010) goda levnadsvanor. Individen kan genom goda levnadsvanor påverka hälsan till stor del. Bra levnadsvanor inkluderar bra kost och fysisk aktivitet (a.a.). Åtgärder när det gäller kosthållning är enligt Socialstyrelsen (2011) bland det mest effektiva i behandlingen av diabetes. Det kan minska blodsockernivåer, förbättra ämnesomsättningen och minska risken för komplikationer (a.a.). Gåfvells och Wändells (2006) studie kom fram till att den vanligaste metoden att hantera diabetes typ 2 var genom metabol kontroll. Socialstyrelsen (2010) menar att motion sänker blodtrycket och mängden blodfetter. Vidare sänks blodsockret av muskelarbete då effekten av kroppens insulin blir större. Förbättrade levnadsvanor kan påverka diabetes typ 2 positivt och har stor betydelse för hälsan, både långsiktigt och kortsiktigt, då det minskar risken för komplikationer och möjliggör att kroppen bättre kan hantera ämnesomsättningen(a.a.). Enligt Jallinoja, Pajari och Absetz (2008) upplever vissa personer stora svårigheter och utmaningar med att utföra livsstilsförändringar kopplade till kost och fysiskt aktivitet. Det kan upplevas som en konstant kamp att upprätthålla livsstilsförändringar (a.a.) Oftedal, Bru och Karlsens (2011a) studie visade att förhållandet mellan förväntningar kring livsstilsförändringar kunde skilja sig från

utkomsten av dem. Det framkom även att vissa personer upplevde det enklare att åstadkomma förändringar med kost än med aktivitet (a.a.).

Majoriteten av sjuksköterskor och läkare i Jallinoja et als. (2007) studie ansåg att patienter själva måste acceptera det ansvar som följer med att göra livsstilsförändringar. Om acceptansen när det gäller eget ansvar inte finns så utgör den det största hindret för en lyckad behandling. En majoritet av sjuksköterskorna i studien såg det som en del av deras roll att förse information, motivation och stöd till patienter som genomför livsstilsförändringar (a.a.). Oftedal, Bru och Karlsen (2011b) lyfter fram att påverkan av stöd kan skilja sig ifrån olika individer. Behovet av stöd kan skilja sig mycket beroende på hur länge en person har levt med sjukdomen (a.a.). Kneck, Klang och Fagerberg (2012) studie visade att personer upplever diabetes som en vardaglig kamp även när de varit sjuka en längre tid. Motståndet mot sjukdomen hos personer med diabetes typ 2 är enligt Skinner et al. (2011) störst det första halvåret efter diagnos och ebbar under resterande tid av första året ut i en större acceptans på olika plan.

Teoretisk Referensram

Orem (2001) menar att målet för omvårdnaden är att hjälpa en patient till självständighet i den mån det är möjligt. Omvårdnaden ersätter egenvård som patienter i vissa situationer inte själva klarar av. Begreppet egenvård definierar Orem som en aktivitet som personer utför för egen vilja och för egen skull. Egenvårdens syfte är att bibehålla liv, hälsa, kontinuerlig personlig utveckling och välmående.

Egenvården handlar enligt Orem (2001) om personens förmåga att initiera och upprätthålla aktiviteter vilka ämnar bevara fysiska och psykiska funktioner och som sker inom ramen för vad som är viktigt i livet såsom integritet och utveckling. Egenvård är något som måste läras och medvetet och kontinuerligt utföras anpassat till personens behov. Egenvården är en målinriktad process som syftar till att tillgodose egenvårdsbehoven. Dessa behov består enligt Orem (2001) av basala behov såsom syreupptagning, vätskeintag och social interaktion. De består av utvecklingsmässiga behov som är kopplade till utvecklingsprocesser som en individ kan befinna sig i. Slutligen består behoven av hälsorelaterade behov vilket är kopplat till en sjukdom eller ett patologiskt tillstånd vilket kan kräva hantering av medicin, att lära sig leva med effekten av en sjukdom eller att finna en livsstil som möjliggör fortsatt utveckling.

Egenvårdsbrist bygger på två begrepp: egenvårdskapacitet och egenvårdsbegränsning (Orem, 2001). Egenvårdskapaciteten är en komplex inlärd förmåga att tillgodo se egenvårdsbehoven och varierar efter ålder, hälsotillstånd, kunskap, livserfarenhet, kulturmönster och resurser. Motivation och mentala och praktiska färdigheter är också delar i egenvårdskapaciteten. Egenvårdsbegränsning innebär någon form av avsaknad av något inom egenvårdskapaciteten. Egenvårdsbrist innebär en obalans mellan egenvårdskraven och egenvårdskapaciteten och i detta tomrum uppstår behovet för omvårdnad (a.a.).

Syfte

Syftet med studien var att belysa upplevelser av livsstilsförändringar efter det första året hos vuxna personer med diabetes typ 2.

Metod

Den använda metoden var en litteraturstudie med en kvalitativ ansats. Enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011) ämnar en kvalitativ metod att studera ett fenomen eller tolka en mening, upplevelser och erfarenheter. Metoden används humanvetenskapligt och helhetsinriktat och syftar till att nå djupare förståelse av personers upplevelser. Polit och Beck (2008) menar att en litteraturstudie metodiskt söker, analyserar och sammanställer tidigare forskning.

Urval

Artiklarna som söktes skulle vara kvalitativa och skrivna på engelska. För att undvika alltför gammal forskning uteslöts all forskning som publicerades för längre än 20 år sedan det vill säga forskning publicerad före 1993. Artiklarna skulle vara peer-reviewed, vilket enligt Willman et al. (2011) innebär att artiklarna är granskade av experter inom området. Enligt Polit och Beck (2008) ska en litteraturstudie vara baserad på primärkällor, vilket innebär att informationen är resultat av forskningen från samma studie i vilken den är presenterad. En primärkälla är alltså inte byggd på information som kan hänvisas vidare. En medveten avgränsning gjordes till artiklar ifrån länder med liknande sjukvårdssystem som Sverige för att undvika resultat med för stora variationer i kulturella skillnader. Länder med liknande sjukvårdssystem är enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2005) de skandinaviska länderna, stora delar av norra Europa samt Kanada, Australien och Nya Zeeland. Urvalet begränsades till artiklar med vuxna deltagare, det vill säga deltagare över 18 år.

Datansamling

Vetenskapliga artiklar har sökts med hjälp av databaserna CINAHL och MEDLINE. Enligt Willman et al. (2011) är CINAHL en förkortning på Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Databasen innehåller indexerade artiklar från fler än 3000 tidskrifter och cirka 65 procent av artiklarna handlar om omvårdnad. Medline drivs av National Library of Medicine och innehåller bland annat artiklar inom ämnet omvårdnad. I databasen finns indexerade artiklar från över 5000 tidskrifter.

Sökord

Sökorden som användes i olika kombinationer var: *Diabetes Mellitus Type 2, Lifestyle change, Lifestyle changes, Health Behaviour, Attitude to change, self care, self management, experience, experiences, barriers, barrier, motivation, patients perspective, attitude to illness, view, adaption* och *prevention*. Sökorden kombinerades med hjälp av booleska sökoperatörer AND, OR och NOT. Booleska sökoperatörer är enligt Willman et al. (2011) ord som används för att kombinera olika söktermer med varandra. Sökoperatören OR visar träffar som innehåller både den ena söktermen eller den andra samt båda tillsammans vilket breddar sökningen. Sökoperatören AND begränsar enligt Willman et al. (2011) sökningen då den enbart visar träffar som innehåller båda söktermerna. Sökoperatören NOT används för att utesluta vissa söktermer ur sökningen. För få en ökad bredd utfördes en manuell sökning via återfunna artiklars referenslistor då Willman et al. (2011) påstår att det kan vara bra att utföra manuell sökning för att bredda resultatet. Av den manuella sökningen som skedde på titelnivå tillkom 2 artiklar. Sammanlagt resulterade sökningarna i 149 lästa abstrakt utav vilka 14 valdes ut för kvalitetsgranskning (bilaga 1).

Kvalitetsgranskning

De 14 vetenskapliga artiklarna kvalitetsgranskades enligt ett granskningsprotokoll från Willman et al. (2011) för studier med kvalitativ metod (bilaga 2). Granskningsprotokollet innehöll 14 frågor med svarsalternativen ja/nej/vet ej. För varje jakande svar tilldelades 1 poäng. Den totala poängsatsen räknades samman och förvandlades till procent där 69 % eller lägre innebar låg kvalitet, 70-79% innebar medelkvalitet och 80-100% innebar hög kvalitet. Av de totalt 14 granskade artiklarna föll 4 bort antingen på grund av bristande kvalitet eller att på grund av att de inte motsvarade studien syfte. Efter kvalitetsgranskning kvarstod 9 artiklar av hög kvalitet (bilaga 3).

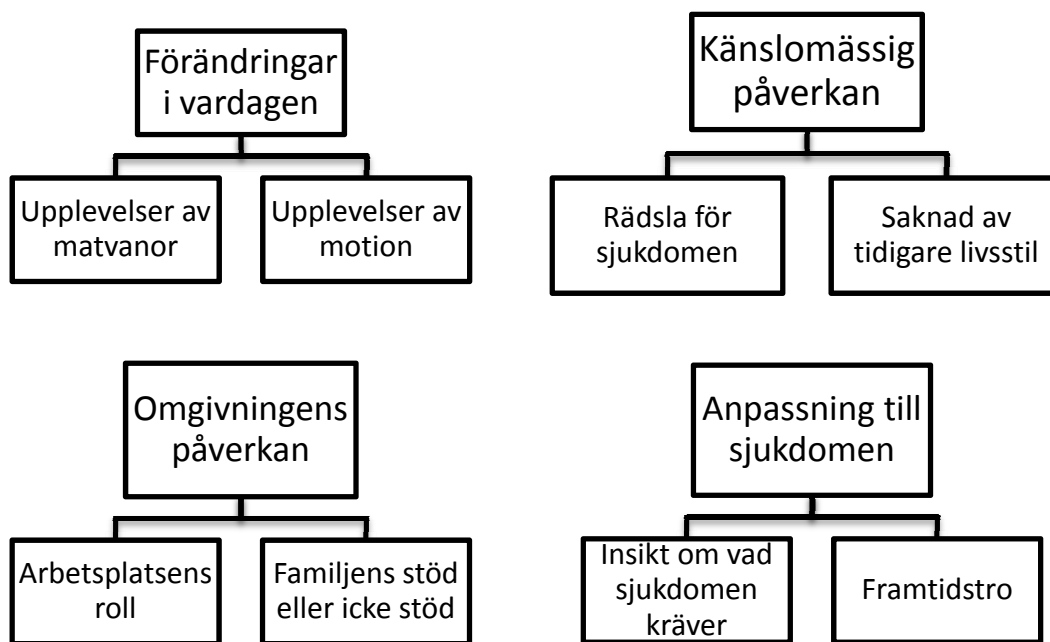
Analys

Analysmetoden för studien var en manifest innehållsanalys med en kvalitativ ansats som skedde utifrån Graneheim och Lundmans (2003) tolkning av innehållsanalys. En kolumn lades till för översättning mellan meningsenhet och kondensering (se tabell 1). En manifest innehållsanalys användes för att analysera vad som direkt uttrycks i texten. En latent innehållsanalys innebär däremot att en tolkning sker utifrån textens innebörd och underliggande mening (Graneheim & Lundman, 2003).

Artiklarna lästes först igenom för att få en helhetsbild av innehållet. I analysmetoden valdes och markerades meningsenheter utifrån artiklarnas resultatdelar. Enligt Graneheim och Lundman (2003) kan meningsenheter vara meningar, ord eller stycken som stämmer överens med en litteraturstudies syfte. De valda meningsenheterna skrevs ned på sitt originalspråk i tabellen för analysen. I nästföljande steg översattes meningarna till svenska varefter de kondenserades. En kondensering innebär enligt Graneheim och Lundman (2003) att meningsenheterna kortas ner och sammanfattas utan att förlora sitt huvudsakliga innehåll. Därefter övergick kondenseringen till en kod vilket är en beskrivning av kondenseringen. Koder som hade likartat innehåll bildade kategorier och underkategorier vilka gick i enighet med studiens syfte.

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier utav vilka samtliga hade två underkategorier. Den första kategorin benämns *Förändringar i vardagen* följt utan två underkategorier som benämns *Upplevelser av matvanor* och *Upplevelser av motion*. Den andra kategorin benämns *Känslomässig påverkan* och följs av underkategorierna *Rädsla för sjukdomen* och *Saknad av tidigare livsstil*. Den tredje kategorin benämns *Omgivningens påverkan* och följs av underkategorierna *Arbetsplatsens roll* och *Familjens stöd eller icke stöd*. Den sista kategorin benämns *Anpassning till sjukdomen* och följs av underkategorierna *Insikt om vad sjukdomen kräver* och *Framtidstro* (se figur 1).



Figur 1. Kategorier och underkategorier

Förändringar i vardagen

Upplevelser av matvanor

Restriktioner gällande kost upplevdes av vissa personer med diabetes typ 2 som en börda. Det kändes störande att se vad andra åt men som inte var bra för personerna själva att äta. Det kändes besvärligt att ständigt behöva tänka på kosten (West & McDowell, 2002). Det sågs som en utmaning att avstå viss mat eller att få in en god kost i ett dagligt schema. Det kunde dels vara svårt att ge upp mat som var omtyckt men framförallt att fortsätta hålla sig till en god kost. Det fanns svårigheter med att göra maten spännande, intressant och nyttig samtidigt. Matlagningen kunde även upplevas som tidskrävande (Dietrich, 1996). Stress kunde stå som ursäkt för vad som framkallar hetsätande eller överkonsumtion av mat (West & McDowell, 2002). Det uttrycktes som svårt att motstå frestelser och att försöka följa bra kostvanor.

I think one has an urge that takes over. Now, I feel like eating this. It's like a drug; I believe drug addicts have the same discussions. It can be like 'well now that I have already started (down the wrong path), I can

start tomorrow instead (down the right one)'. Then everything is about getting what I have an urge for (Ahlin & Billhult, 2012, s. 44).

När det gällde kosten kunde det upplevas som ett hinder att komma hem till andra människor och deras hushåll. Det kunde leda till en känsla av försämrad eller ingen kontroll över vad som kunde ätas (West & McDowell, 2002). I motsats tycktes livsstilsförändringar för andra personer inte vara svåra att starta. Däremot upplevdes svårigheter med att hålla igång fysisk aktivitet och kostrestriktioner samtidigt då de till viss del gick emot varandra. Fysisk aktivitet upplevdes öka aptiten samtidigt som portionsstorlekar hade minskats, vilket försvårade situationen (Malpass, Andrews & Turner, 2009). Mindre restriktiv syn på kost upplevdes också, trots vetskapen om kostens stora påverkan. För andra personer hade kosten förvisso förändrats, men den var i stor utsträckning fortfarande njutbar (West & McDowell, 2002).

Återhållsamhet gällande kostvanor upplevdes ha uppstått efter diagnos. Diabetes typ 2 hade lett fram till ett minskat överätande (Koch, Kralik & Taylor, 2000). Det upplevdes vara möjligt att kunna äta ungefär samma mat som tidigare fast i mindre portioner (Dietrich, 1996). En person uppgav att han försökte leva livet fullt ut trots sin diabetes.

I can go to a pub if I want... so I want to live life to the full... in the beginning... I was careful and restrictive... and I thought it was probably best for me to listen... I feel just as well... maybe better if I can live in my own way. Even if I knew that it would shorten my life by a year... living like I do now... I'd do it anyway because I want to really live before I die. (Mamhidir & Lundman, 2004, s.14.)

Förändrade kostvanor kunde upplevas som en del av vardagen och skuld uppkom inte vid onyttig kosthållning om den skedde sporadiskt. Det upplevdes vara möjligt att äta onyttigt då och då med en känsla av kontroll. Det fanns en medvetenhet och försiktighet i valet av mat men samtidigt upplevdes ingen besatthet av att strikt följa en nyttig kost. Vid tillfällena av att äta utanför ramarna av rekommenderad kost uppgavs extra noggrannhet med kosten dagen efter. Det uppgavs vara tillfälle att passa på att njuta av att äta utanför vad som var lämpligt istället för att må dåligt över det. Kostförändringar upplevdes emellertid ha en positiv effekt (Koch et al., 2000).

Eating the wrong food or even drinking the wrong fluids has an effect on your being and how you feel... I think diabetes changed me for the better (Koch et al., 2000, s. 250).

Några personer var enade om att de noggrant granskade etiketterna på den mat de köpte och att de åt mer hälsosamt och kontinuerligt, vilket innebar att exempelvis inte hoppa över måltider såsom frukost (Koch et al., 2000). Liknande förändringar beskrevs gällande matvanor. Förändringar i kost kunde vara sänkt fett- och sockerrik mat, minskad mängd rött kött, byte av matlagningsoljor samt mindre storlekar på portioner. Kostförändringar kunde också bestå av ökad mängd frukt och grönsaker samt ökat intag av fet fisk (Malpass et al., 2009). Den förändrade kosthållningen innebar för vissa personer inte svårigheter. Det upplevdes vara enklare att med tiden hantera kostvanor och att det var enklare att vara flexibel, vilket ledde till ökad trygghet (Moser, van der Bruggen, Widdershoven & Spreeuwenberg, 2008). God kosthållning upplevdes bli en vana (Hörnsten, Sandström & Lundman, 2004).

Upplevelser av motion

Livsstilsförändringar såsom ökad fysisk aktivitet kunde kopplas till upplevelser av krav. Kraven upplevdes komma både utifrån och inifrån och var ibland så stora att det inte sällan upplevdes som en oöverkomlig tröskel att passera. Ibland uppgavs skäl till att inte använda fysisk aktivitet. Argument och anledningar till att istället fortsätta som tidigare var exempelvis för höga kostnader på ett gym (Ahlin & Billhult, 2012). Andra orsaker som kunde utgöra svårigheter med träningen kunde vara ett dåligt knä vilket satte stopp för promenader. Istället kunde cykling vara ett alternativ att använda emellanåt (Dietrich, 1996). En person hade köpt en motionscykel för att få öka sin aktivitet (West & McDowell, 2002). Hälsosam kost uppmuntrade till att öka aktiviteten. Det var möjligt att uppleva välmående efter att ha tränat samt en känsla av att vara berikad med energi. Att känna sig återuppfriskad efter att ha tränat kunde utgöra motivation till att fortsätta. Längre promenader kunde hjälpa till med att få ner blodsockernivåer. Det kunde upplevas som extra motiverande att träna efter att ha ätit felaktigt, träningen fick fungera som kompensation. Fysisk aktivitet användes även för att sänka blodsocker. Fysisk aktivitet var vid sidan om relativt god kosthållning viktig för att kunna upprätthålla sociala mönster som var viktiga för livskvalitén. En person sade sig njuta lite för mycket av att äta ute och att dricka alkohol, vilket sågs vara viktigt för vänskap och relationer. Ett hårt träningspass dagen efter för hög konsumtion fick fungera som

kompensation. Träning upplevdes möjliggöra en mindre restriktiv kosthållning och gav utrymme för fler undantag (Malpass et al., 2009). För vissa personer upplevdes en ökad fysisk aktivitet inte som en börda då den blev till en vana. Tvärtom kunde det för andra vara det svårt att finna motivation till aktivitet, framförallt om den saknade direkta mål (Hörnsten et al., 2004).

I try to slow down the process of long-term complications. I cycle a lot. It helps keep my sugar levels low and stable. I cycle, I take long walks, and I keep myself busy. (Moser et al., 2008, s. 6)

Känslomässig påverkan

Rädsla för sjukdomen

Diabetes typ 2 kunde framkalla känslor av stress, ilska och oro. Dessa känslor var grundade i det faktum att diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som inte går att bli av med. Känslorna kopplades också samman med en förlorad frihet (Mamhidir & Lundman, 2004). Diabetes typ 2 upplevdes ta över livet (West & McDowell, 2002). Frustration och ilska upplevdes över att bära med sig sjukdomen resten av livet (Mamhidir & Lundman, 2004). En känsla av maktlöshet och att inte kunna påverka situationen när sjukdomen hade slagit till kunde upplevas (West & McDowell, 2002). Rädsla för diabetes typ 2 uttrycktes samt fruktan för försämrad hälsa, komplikationer och slutligen döden. Vissa personer hade haft familjemedlemmar som dött på grund av diabetes, vilket bidrog till dessa känslor (Dietrich, 1996). Rädsla och stress över att leva med en kronisk sjukdom kombinerades med upplevelsen av att vara utom kontroll. En upplevelse var emotionell belastning orsakad av insikten om de nödvändiga förändringarna som måste ske av livsstil i och med diagnosen av diabetes (Mamhidir & Lundman, 2004). Rädslan för sjukdomen tvingade fram försök att ta kontrollen (Malpass et al., 2009). Förändringar av kost och livsstil skedde som en konsekvens av rädslan för risken av komplikationer (Koch et al., 2000). Det fanns en underliggande känsla av en hotad framtid på grund av risken för komplikationer (Hörnsten et al., 2004).

Saknad av tidigare livsstil

En upplevelse som framkom var saknad av tidigare livsstil. Situationen kunde upplevas som orättvis, tråkig och krävande. En saknad av tiden då det inte fanns något tvång över att tänka på kost och aktivitet fanns, det upplevdes framförallt tydligt i jämförelse med friska

människor som inte behöver ha sådant i åtanke (Ahlin & Billhult, 2012). En person upplevde saknad av sin tidigare livsstil och saknade tiden utan medicin och att kunna äta sötsaker. Diabetes typ 2 beskrevs som en börda att bära på (Koch et al., 2000). En kluvenhet upplevdes efter att både vilja leva efter vad som var bäst för sjukdomen men också att leva livet som vanligt (Mamhidir & Lundman, 2004).

Omgivningens påverkan

Arbetsplatsens roll

Det upplevdes vara upp till var och en att ha med sig rätt mat till arbetsplatsen (Ruston, Smith & Fernando, 2013). Arbetsförmågan upplevdes vara försämrad av överätande (Koch et al., 2000). Det kunde upplevas störande att regelbundet behöva testa blodsocker vilket emellanåt innebar avbrott från arbetet (West & McDowell, 2002). Vissa chefer upplevdes vara ovetande om diabetes typ 2 och hur den kan påverka produktivitet. Ibland upplevdes ointresse från cheferna och att det inte var möjligt att förvänta sig något stöd. En svårighet som upplevdes var att inte kunna ta regelbundna raster för måltider. Arbetstempot och arbetsförhållanden kunde emellanåt framkalla en känsla av att dels inte kunna tillgå mat regelbundet, dels inte hinna övervaka blodsockernivån. Det ansågs vara eget ansvar att sköta diabetes typ 2 på jobbet och att hålla sitt blodsocker på en lämplig nivå. En del personer uppgav att de strategiskt fokuserade på att minska den synliga förlusten av produktivitet som kan följa med lågt blodsocker. Blodsockret hölls också högt för att kunna köra fordon och undvika hypoglykemi på vägen. Att köra blodsockret på höga nivåer upplevdes dock innebära en ökad risk att på lång sikt utveckla komplikationer. Många personer uppgav att de försökte äta regelbunden för att hålla blodsockret på rätt nivå men att de var tvungna att under vissa omständigheter hålla det högre. Strategier användes för att reducera diabetes påverkan på arbetet och möjliggöra att självständighet behölls utan behov av stöd från arbetsgivare (Ruston et al., 2013).

Familjens stöd eller icke stöd

Det upplevdes vara krävande att hantera sjukdomen i vardagen, vilket ofta involverade familj och övrig släkt (Hörnsten et al., 2004). Känslor som framkom var ensamhet och att inte vara känna sig lyssnad på. Familjen vill inte alltid höra klagan, vilket kunde kännas tungt och gjorde det tvunget att på egen hand hålla sig positiv (Dietrich, 1996). Det kunde vara svårt med nära relationer gällande delade måltider och kost som inte alltid gick hand i hand med

vad som var lämpat ur en diabetessynpunkt (Ahlin & Billhult, 2012). Vissa personer kunde känna avundsjuka gentemot andra familjemedlemmar när de inte kunde äta vissa saker (Koch et al., 2000). Ibland användes handlingar och vanor hos människor som fanns i omgivningen som ursäkt för att fortsätta med ohälsosamma vanor. Påverkan av andra människor blev väldigt tydlig under helger och speciella högtider såsom födelsedagar eller julfiranden. Antingen uppstod problem om det inte fanns något att äta eller så upplevde personerna sig själva som en belastning när värden hade ansträngt sig för att erbjuda mat. Det kunde upplevas som svårt att prioritera sig själva när det exempelvis kom till regelbundna måltider. Ofta sattes andra familjemedlemmar såsom barn före egna behov (Ahlin & Billhult, 2012).

Både partner och barn upplevdes vara hjälpsamma. En person upplevde stöd genom att nära anhöriga hade kunskap om lämplig kost, vilket underlättade för matlagning inför besök (Dietrich, 1996). En partner kunde upplevas stöttande genom att bidra med hjälp av matlagning (Moser et al., 2008). Det var möjligt att uppleva stöd när partnern också hade diabetes typ 2, eftersom det då var möjligt att stötta varandra i att uppnå livsstilsförändringar (Koch et al., 2000). Behovet av stöd från familjen var individuellt. Vissa upplevde inget behov av stötning från familjen medan andra personer fann det till stor hjälp (West & McDowell, 2002). Något som upplevdes som viktigt och nödvändigt var uppmuntran och stöd utan skuld (Mamhidir & Lundman, 2004). Hanteringen av diabetes typ 2 hade blivit en del av familjens liv och ett stöd upplevdes hemifrån (Moser et al., 2008).

Anpassning till sjukdomen

Insikt om vad sjukdomen kräver

Livsstilsförändringarna kring diabetes typ 2 upplevdes som en kontinuerlig inre kamp (Ahlin & Billhult, 2012). Det upplevdes som ett stort eget ansvar att ta hand om sjukdom, vilket kunde kännas stressigt (Mamhidir & Lundman, 2004). Att genomgå svårigheter vid hantering av livsstilsförändringar kunde leda till en känsla av misslyckade (Malpass et al., 2009). Motivation ansågs spela en viktig roll för förmågan att åstadkomma livsstilsförändringar. En känsla av att vara överväldigad av de krav som fanns kunde infinna sig samt att det inte var möjligt att finna motivation (Ahlin & Billhult, 2012). Trots befintlig kunskap över vad som borde göras kunde situationen upplevas som en börda. ”Yes, one knows exactly how to do it, what one should do, but...” (Ahlin & Billhult 2012, s. 44). Diabetes typ 2 beskrevs ha inneburit en förändring av livet, dels negativ, dels positiv. Förändrat beteende hade skett

genom inköp av annorlunda mat eller ökad fysisk aktivitet (West & McDowell, 2002). Även i fall där inställningen var negativ till diabetes typ 2 påverkan på livet kunde slutsatsen dras om en ökad medvetenhet om hälsosamma beteenden (Koch et al., 2000).

Det upplevdes vara viktigt att känna till hur kroppen reagerade på högt respektive lågt blodsocker. Vetskapen om hur kroppen reagerade ingav en viss känsla av trygghet i vardagen. Att ha en god förståelse och kunskap om sambandet mellan kost, insulin och aktivitet kändes viktigt (Mamhidir & Lundman, 2004). Det fanns en känsla av att sjukdomen initialt hade tagit kontrollen vilket följdes av underlägsenhet. Genom att stå upp mot svårigheterna var det dock möjligt att återta kontrollen över livet (Dietrich, 1996). Många personer beskrev sig vara experter på sin egen sjukdom och hur den skulle hanteras när de beskrev upplevelser av egenvård (Ruston et al., 2013). Det var en viktig del att inse det personliga ansvar som fanns för den egna hälsan och sjukdomen, genom det kunde diabetes typ 2 normaliseras in i livet (Koch et al., 2000). Insikten om vikten av eget ansvar var en stor vändpunkt i hanteringen av diabetes. Det ansågs vara upp till individen att finna vilket sätt denne ska leva på (Mamhidir & Lundman, 2004).

Framtidstro

Livsstilsförändringar såsom kostförändringar och ökad fysisk aktivitet beskrevs både som nödvändiga och gynnsamma. Förändringar av kost och fysisk aktivitet beskrevs som de möjligheter som finns för att påverka diabetes typ 2 och att båda två var lika viktiga. Enbart träning var inte tillräckligt utan det gick hand i hand med förändrad kost och vice versa (Malpass et al., 2009). En attityd som framkom var att inte se diabetes typ 2 som en sjukdom utan som en livsstil (Mamhidir & Lundman 2004). Diabetes typ 2 kunde beskrivas som ett tillstånd som hade förändrat livet snarare än en sjukdom. En acceptans mot diabetes typ 2 hade infunnit sig och hade möjliggjort förbättringar av livsstilen. När sjukdomen väl var en del av verkligheten gällde det att lära sig att leva med det (Koch et al., 2000). Det var möjligt att se nödvändigheten i förändrade vanor (Hörnsten et al., 2004). En person upplevde att allt skulle fungera bra om en relativt god livsstil uppehölls. Behandlades kroppen väl så skulle allt gå bra. Det var möjligt att uppleva motivation efter förändringar i kost som exempelvis resulterat i viktnedgång. Förändringarna skapade en känsla av att vara nyttig och hälsosam. Att undvika beroende av insulin eller tabletter samt att bibehålla hälsolivån kunde kännas glädjande om möjligt (Malpass et al., 2009). Det upplevdes vara möjligt att känna sig

hälsosam trots medicinska problem. Glädje och positivitet framkom över den inverkan som förändringarna av livsstil hade haft på livet (Koch et al., 2000).

He believed that having diabetes was 'one of the best things that had happened' to him because he realized that most things wrong with his health were interconnected (sleep apnea, hypertension and obesity). He had lived with obesity for most of his life, and the diagnoses of diabetes two years previously had motivated him to reduce his weight by 20 kilograms (Koch et al., 2000, s. 250)

Diabetes typ 2 hade haft en positiv inverkan på livet och hade lett till bättre kosthållning och en strävan efter att upprätthålla en bättre livsstil än tidigare. Efter genomförda livsstilsförändringar upplevdes en känsla av att ha åstadkommit något (Koch et al., 2000). Vad som förenklade processen med att hitta en lämplig livsstil samt skänkte en känsla av frihet var en positiv syn på framtiden. Positiv syn på livet och viljestyrka uppgavs vara egenskaper som gjorde det enklare att anpassa sig till en ny livsstil. Med dessa egenskaper kunde vissa personer känna en känsla av frihet (Mamhidir & Lundman, 2004). En säkerhet och trygghet över att ta hand om sig själv hade infunnit sig efter en längre period. Förändringarna blev med tiden till vanor och rutiner vilka blev så inkluderade i vardagen att det ledde till självsäkerhet. Det blev med tiden också enklare att lyssna på kroppen och lära sig hur den reagerade vilket underlättade (Moser et al., 2008). Sjukdomen hade frigjort en motivation för att genomföra livsstilsförändringar som länge varit önskade (Hörnsten et al., 2004).

Diskussion

Metoddiskussion

Studien valdes att genomföras i form av en litteraturstudie med kvalitativ ansats. Då syftet var att belysa upplevelser av att göra livsstilsförändringar efter det första året hos personer med diabetes typ 2, ansågs en kvalitativ ansats vara lämplig eftersom den enligt Willman et al. (2011) är fördelaktig när det kommer till att belysa människors upplevelser och ger utrymme för en helhetssyn. En studie med kvantitativ metod fokuserar enligt Polit och Beck (2008) mer på vissa variabler. En kvantitativ studie ger inte samma utrymme för djup som en kvalitativ studie kan erbjuda, däremot kan en kvantitativ studie på baserat på ett stort antal

anses vara mer representativ. Nackdelen med en kvalitativ studie är att det inte går att dra generella slutsatser på samma sätt som är möjligt i en kvantitativ studie. Då en kvalitativ metod enligt Willman et al. (2011) ämnar lyfta fram och tolka levda erfarenheter, känslor och upplevelser ansågs det dock lämpa sig bäst för studien syfte.

CINAHL och MEDLINE valdes då de enligt Willman et al. (2011) innehåller stora mängder forskning inom omvårdnadsområdet. Det är möjligt att ytterligare någon databas hade kunnat användas för att få ytterligare bredd i resultatet och inte gå miste om relevant forskning. CINAHL och MEDLINE ansågs dock vara tillräckligt då de dels båda innehåller mycket omvårdnadsforskning och då de efter sökningarna bidragit med en lämplig mängd artiklar att basera studien på. Då studien inte eftersträvade att skapa en representativ bild av ämnet låg vikten på de subjektiva upplevelser som fanns i det material som användes.

De valda söktermerna kombinerades samman med de booleska sökoperatorerna AND, OR och NOT för att på bästa sätt anpassas till syftet. Sökoperatör OR användes för att bredda sökningen och binda samman synonymer och liknande begrepp inom ett sökblock, på så vis kunde varje sökblock få ett ganska brett innehåll. Sökoperatör NOT användes för att utesluta söktermer som inte var önskade i förhållande till syftet. Det är möjligt att sökoperatör NOT kunde ha använts i en större grad än det gjorde för att utesluta en större mängd irrelevant material samt spara tid men av det material som framkom föredrogs en manuell gallring. Vid sökningen fanns vissa inklusionskriterier inom vilka sökresultaten skulle matchas. De vetenskapliga artiklarna skulle vara tagna ifrån länder med liknande sjukvårdssystem för att i den mån det var möjligt utesluta alltför stora kulturella skillnader och möjliggöra att resultatet var jämförbart med en svensk kontext. Artiklar som inkluderades kunde i enighet med Sveriges Kommuner och Landsting (2005) komma ifrån länder såsom Sverige, Finland, Danmark, Norge, Tyskland, Storbritannien, Nederländerna, Kanada, Australien och Nya Zeeland. Dessa länder har sjukvård som är tillgänglig för alla medborgare och finansieras statligt. Om artiklar från exempelvis USA hade inkluderats finns det risk att det eventuellt hade påverkat resultatet. Där är sjukvårdssystemet enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2005) försäkringsbaserat och inte tillgängligt för alla, tjänsterna varierar dessutom på typ av försäkring. Det är dock möjligt att argumentera för att det sett till studiens syfte inte hade spelat någon roll varifrån de vetenskapliga artiklarna kom. Det är möjligt att resultatet inte hade skiljt sig åt om urvalet tillåtits vara bredare och att upplevelser av livsstilsförändringar

kan vara universella och subjektiva snarare än bundna till det geografiska område från vilka de är hämtade.

Vid artikelsökningarna lästes samtliga artiklar på titelnivå även när sökträffarna var stora. Sökträffarnas storlek varierade ganska stort beroende på vilka sökordskombinationer som använts. Det är möjligt att samtliga sökningar borde varit likadana i båda databaserna men sökningarna varierade beroende på förslag av sökord ifrån databaserna och olika termer i tillägg till de ursprungliga sökorden. Sökningarna ansågs vara systemastiska nog för att fånga de tre huvudblocken kopplade till syftet, det vill säga: Diabetes typ 2, upplevelser och livsstilsförändringar. Av titlarna som lästes gick de som tycktes kunde innehålla relevant information vidare för läsning på abstractnivå. Det är möjligt att en viss mängd artiklar gick förlorade om titlar var otydliga, missvisande eller missförstådda. Antalet abstracts som lästes skiljde mycket beroende på om det var artiklar som återkom från tidigare sökningar. Av samtliga abstract som lästes gick en relativt liten del vidare för kvalitetsgranskning då de inte upplevdes svara på syftet med studien. Det är möjligt att vissa av artiklarna kan ha innehållit mer relevant information än vad som uppfattades men utvalsprocessen upplevdes lämplig. Två artiklar tillkom genom manuell sökning för att bredda resultatet vilket stöds av Willman et al. (2011). Eventuellt vore det önskvärt om resultatet hade breddats ytterligare med en ökad mängd artiklar men mängden som kvarstod upplevdes lämplig för omfånget av studien.

Utav de totalt 14 artiklar som kvalitetsgranskades uppfylldes antingen inte alla krav i förhållande till syftet eller så blev graderingen gentemot bedömningsprotokollet av låg kvalitet och ansågs därför inte lämpliga för vidare användning. Det är möjligt att kvalitetsgranskningsprotokollet kunde ha modifierats till viss del men efter tolkningen som gjordes av texterna uppfylldes majoriteten av de kriterier som var beskrivna och modifiering upplevdes därför inte nödvändig. Då granskningsprotokollet dessutom är anpassat för just kvalitativa studier sågs dess utformning inte som något att ändra på. Det finns risk för att en granskning påverkas av subjektivitet även när den sker enligt ett utformat protokoll. Detta stödjer Willman et al. (2011) som säger att det finns en risk för övervärdering eller undervärdering av vissa faktorer vid granskningen av de vetenskapliga artiklarna. Granskningen skedde dock så sakligt och objektivt som var möjligt. Enligt Polit och Beck (2008) är det viktigt att studier innehåller ett etiskt övervägande. Enligt Polit och Beck är mänskliga rättigheter av stor vikt och de lyfter fram vikten av rätt till självbestämmande,

vilket förutsätter att deltagare blir informerade om vad för studie de ställer upp på. Samtliga studier som användes innehöll ett etiskt övervägande.

I en av artiklarna fanns deltagare fanns både deltagare med diabetes typ 1 och diabetes typ 2, men den inkluderades trots detta då det var tydligt beskrivet vad som sades och upplevdes av respektive personer. Urvalet begränsades till enbart vuxna deltagare trots att Diabetes typ 2, enligt World Health Organisation (2013), är ett växande problem som kryper allt längre ner i åldrarna. Urvalet begränsades till vuxna då det eventuellt kan finnas skillnader i upplevelserna av att göra livsstilsförändringar hos en vuxen person gentemot ett barn eller ungdom. Då barn eller ungdomar inte har samma självständighet som en vuxen individ kan det komma fram skillnader vad gäller egenvård där exempelvis kosthållning eventuellt inte sköts av individen i fråga. Eventuella skillnader kopplade till genus bortsågs ifrån och inkluderades inte som en faktor i studien. Mathew, Gucciardi, De Melo, och Barata (2012) fann skillnader mellan upplevelserna mellan män och kvinnor. Det vore i framtida studie intressant att undersöka huruvida de individuella skillnaderna kan kopplas till samband med genus, ålder eller livssituation.

Det är möjligt att tidsaspekten var lite för stor och att en begränsning till material yngre än 20 år var för stor då Olsson och Sörensen (2011) konstaterar att samhället och forskningen är föränderlig och inte stillastående. Dock var majoriteten av de använda artiklarna från de senaste åren och ur äldre artiklars resultat undveks material som kunde kopplas till tidsaspekten i den mån det var möjligt för att på bästa sätt nå ett relevant resultat.

Resultatdiskussion

Av resultatet framgick att livsstilsförändringarna innebar en förändring i vardagen och att olika individer hade vitt skilda upplevelser av att genomföra dessa livsstilsförändringar. Upplevelserna kunde skilja sig ifrån negativa och som något tungt att genomföra till att ha positiv effekt och med tiden vara enklare att hantera. Främst tycktes det svårt att initiera goda matvanor, behålla dem och göra dem till en vana. En enighet rådde om att förändringarna av kost var viktiga. Oftedal et al. (2011b) styrker att upplevelsen är individuell då två tredjedelar av deras deltagare hade en positiv inställning till förändringar gällande kost och fysisk aktivitet medan en tredjedel var negativt inställd. Gåfvells och Wändell (2006) styrker resultatet med fynden att deltagarnas främsta metoder när det kom till att hantera diabetes typ 2 var genom metabol kontroll. Eventuellt kan det för vissa personer finnas behov av stöd när

det kommer till, där de får hjälp med hur de kan implementera en god kost i vardagen så enkelt som möjligt. Egenvården handlar enligt Orem (2001) om att initiera och upprätthålla aktiviteter som främjar hälsan.

Även upplevelserna kring motion skiljde sig stort mellan olika individer. För vissa personer innebar det ytterligare ett krav vilket var svårt att uppfylla. För andra personer innebar förändringarna inga problem och upplevdes dessutom skänka positiva effekter. Vetskapen om de positiva effekterna av träning styrks av Korakiakangas et al. (2011) som lyfte fram att deras deltagare ansåg fysisk aktivitet vara väldigt bra för dem och att det var lättare att se motivationen till fysisk aktivitet snarare än att betrakta det negativt. Plotnikoff, Karunamuni och Brunet (2009) fann i motsats att många personer med diabetes typ 2 inte kände av de positiva effekterna av fysisk aktivitet och upplevde de inte som gynnsamma. Vad gäller svårigheterna med fysisk aktivitet kan det behövas stöd och information där information om fysisk aktivitet kan sänka den tröskel som eventuellt kan upplevas som hög för vissa personer. Det kan tänkas vara lämpligt att sjukvården informerar om vardagsmotion och de små val som kan tas varje dag vad gäller fysisk aktivitet. Det kan också eventuellt underlätta om patienten får hjälp att göra en individanpassad plan för fysisk aktivitet. Orem (2001) lyfter fram att egenvårdskapaciteten bland annat består av motivation och mentala färdigheter. När det råder en egenvårdsbrist av dessa faktorer kan hälso- och sjukvården eventuellt behöva stötta, informera och motivera personen med diabetes till att starta och upprätthålla en god livsstil.

Av resultatet framgick att vissa personer upplevde en rädsla för diabetes kopplad till ovisshet och en känsla av förlorad frihet. En saknad upplevdes dessutom av det förhållandevis kravlösa liv som livet utan diabetes tidigare hade inneburit. Detta styrks av Edwall, Danielson, och Öhrn (2010) som beskrev en känsla av att vara blottat inför farorna med sjukdomen och också lyfte fram frustration som en känsla kopplat till misslyckanden i egenvården. Pouwer et al. (2006) fann att det ett stort antal personer lider emotionellt av stressen som följer med diabetes typ 2. Enligt Orem (2001) är egenvårdskapaciteten beroende av de mentala och psykologiska egenskapernas en person besitter för att möjliggöra planering som kan tillgodose egenvårdsbehoven. Ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv kan det eventuellt vara lämpligt att informera om de verktyg som patienten kan använda sig av för att bedriva egenvård och på så sätt till viss del kontrollera sin diabetes. En ökad kontroll kan bidra till att minska rädslan för sjukdomen. Verktyg till att hantera sjukdomen och livet runt

om den kan eventuellt bidra till en acceptans av situationen och minska saknad av tidigare livsstil. Edwall et al. (2010) fann att kunskap och god information ledde till en ökad trygghet och ökad känsla av självständighet.

På arbetsplatsen kunde diabetes påverka produktiviteten negativt. Ibland kunde arbetsförhållanden och tidsbrist tvinga personer att hålla sina blodsockernivåer högre än lämpligt för att undvika blodsockerfall. Enligt Weijman, Ros, Rutten, Schaufeli, Schabracq och Winnubst (2005) spelar arbetsplatsen en mindre roll i påverkan på en persons förmåga till att hantera egenvård än vad andra personliga faktorer gör. Arbetsplatsen har ingen märkbar påverkan på egenvården kopplad till diabetes typ 2 i helhet. Insikten om det egna ansvaret blev tydligt i resultatet och det är därför av vikt att stödet som patienter får till att behärska egenvård är bra nog så att de även kan hantera vardagen där exempelvis arbetsplatsen är inkluderad. I enighet med Orem (2001) idéer om egenvårdskapacitet är det viktigt att personer med diabetes typ 2 får den kunskap som krävs för att på ett självständigt och oberoende sätt kunna bedriva sin egenvård. Stöd från sjukvården kan enligt Oftedal et al. (2011b) vara hjälpsamt för egenvården hos personer med diabetes typ 2.

Resultatet visade att familjens stöd skilde sig mycket från olika personer och behovet av stöd från familjen likaså. Diabetes hade påverkan på familjen och kunde dels berika och dels tynga ner. Det upplevdes vara underlättande och tryggt när familjemedlemmar hade kunskap om diabetes typ 2. Oftedal et al. (2011b) resultat motsäger till viss del detta då de fann att sambandet mellan kost och fysisk aktivitet och socialt stöd var lågt. Deras resultat antydde att det socialt stöd inte har stor påverkan på egenvården. Karlsen, Idsoe, Hanestad, Murberg, och Bru, (2004) menar att i sin studie att sambandet mellan egenvård och socialt stöd är litet. Rosland, Kieffer, Israel, Cofield, Palmisano och Sinco (2008) fann i motsats att stöd ifrån närstående spelade roll i hanteringen av egenvård. Patientinformation är viktig och kanske framförallt när det gäller diabetes typ 2 då det till så stor del handlar om egenvård och eget ansvar. Om patientutbildningen är god och tydlig kan det underlätta för patienten att sprida kunskapen vidare till sina familjemedlemmar. Enligt Orem (2001) innefattar egenvårdskapaciteten bland annat kunskap och motivation, om det råder en brist av detta leder det till svårigheter med utförandet av egenvård. Enligt Edwall et al. (2010) leder kunskap om egenvård till en ökad tro på den egna egenvårdskapaciteten.

Det framkom i resultatet att det fanns en insikt om vad sjukdomen kräver. Insikten om det egna ansvaret hade dels upplevts som en börda och något tungt att acceptera men samtidigt som en nyckel till självständighet och något som gjorde det enklare att hantera situationen. Med vetskapen om det egna ansvaret var det lättare att gå vidare med livet och hantera diabetes typ 2. Jalinoja et al. (2008) menar att medvetenheten om det egna ansvaret var stort. Att utföra ett hälsosamt beteende låg hos den drabbade personens intresse, men kunde upplevas svårt att verkställa (a.a.). Orems (2001) teori lyfter att egenvårdskapaciteten bland annat varierar av kunskap och resurser. Kunskap och resurser är något som hälso- och sjukvården kan hjälpa personen med diabetes typ 2 att förbättra. Hälso- och sjukvården kan genom utbildning och bemötande ge gott omvårdnadsstöd.

Diabetes upplevdes ha haft en positiv effekt hos vissa personer vilket ledde till en ökad tro på framtiden. Synsättet att sjukdomen blev till en del av livet snarare än en börda och en sjukdom gjorde det enklare att gå vidare leva på ett sätt där sjukdomen inte stod i vägen för livskvaliten. Enligt Orem (2001) handlar egenvården om att tillgodo se egenvårdsbehoven. Hälsorelaterade behov rör handlar bland annat om att lära sig leva med effekterna av en sjukdom eller att finna en livsstil som möjliggör fortsatt utveckling. När dessa behov är uppfyllda tyder det på att egenvården har uppnått sitt mål.

Slutsats

Diabetes är ett stort och växande globalt problem. Grunden för all behandling av diabetes typ 2 är goda levnadsvanor. Individen kan genom goda levnadsvanor, bra kost och fysisk aktivitet påverka hälsan till stor del. Studien fann att upplevelserna kring livsstilsförändringar innebär individuella skillnader. Livsstilsförändringar innebär förändringar i vardagen. Goda kostvanor kunde upplevas svåra att acceptera, initiera och bibehålla. Att finna motivation till fysisk aktivitet kunde ses som problematisk. Goda matvanor och ökad motion upplevdes dock ha många goda effekter på hälsan. Diabetes typ 2 hade känslomässig påverkan och kunde på grund av dess kroniska natur framkalla rädsla och en känsla av bristande kontroll. Vidare upplevdes en saknad till livsstilen som föregått sjukdomen. Omgivningen roll kunde upplevas viktig. Arbetsplatsen kunde upplevas som en utmanande miljö för egenvård, men upplevdes samtidigt till stor del ligga på eget ansvar. Familjens stöd kunde vara både viktigt och av mindre betydelse. Anpassning till sjukdomen framkallade insikt om vad sjukdomen kräver. Denna insikt bestod bland annat av eget ansvar, vilket kunde ses som en börda men kunde

också ha positiv inverkan på livet. Livsstilsförändringar upplevdes vara verktyg som kunde möjliggöra kontroll av diabetes typ 2, vilket i sin tur ledde till ökad framtidstro. Hälso- och sjukvården ska bidra med stöd för egenvård där egenvårdskapaciteten brister. Förmågan till att ge omvårdnad påverkas av kunskap, attityd och färdighet. Föreliggande studie belyser upplevelser av livsstilsförändringar. Kunskaperna kring dessa kan av hälso- och sjukvården möjliggöra ett förbättrat stöd för den enskilde. Vidare forskning skulle kunna undersöka hur ett gott stöd ifrån sjukvården kopplat till diabetes typ 2 ser ut ifrån en patients perspektiv. Fortsatta studier skulle kunna undersöka om sjukvårdens information och undervisning upplevs vara tillräcklig för att möjliggöra en god egenvård hos personer med diabetes typ 2. Det vore också intressant att vidare undersöka huruvida eventuella individuella skillnader i upplevelser av att göra livsstilsförändringar hos personer med diabetes typ 2 kan kopplas till samband med genus, ålder eller livssituation.

Referenser

- Ahlin, K., & Billhult, A. (2012). Lifestyle changes - a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(1), 41-47.
- Dagenais, G., Lu, J., Faxon, D., Bogaty, P., Adler, D., Fuentes, F., & ... Frye, R. (2013). Prognostic Impact of the Presence and Absence of Angina on Mortality and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Stable Coronary Artery Disease: Results from the BARI 2D (Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes) Trial. *Journal of The American College of Cardiology*, 61(7), 702-711.
- Dailey, G. (2011). Early and Intensive Therapy for Management of Hyperglycemia and Cardiovascular Risk Factors in Patients With Type 2 Diabetes. *Clinical Therapeutics*, 33(6), 665-678.
- Dietrich, U. (1996). Factors influencing the attitudes held by women with type II diabetes: a qualitative study. *Patient Education & Counseling*, 29(1), 13-23.
- Edwall, L., Danielson, E., & Öhrn, I. (2010). The meaning of a consultation with the diabetes nurse specialist. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 341-348.
- Friberg, F., & Scherman, M. (2005). Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 274-279.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24,105 -112
- Gray, L. J., Khunti, K., Williams, S., Goldby, S., Troughton, J., Yates, T., & ... Davies, M. J. (2012). Let's prevent diabetes: study protocol for a cluster randomised controlled trial of an educational intervention in a multi-ethnic UK population with screen detected impaired glucose regulation. *Cardiovascular Diabetology*, 11(1), 56-65.
- Gåfvels, C., & Wändell, P. (2006). Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 71(3), 280-289.
- 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.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4), 244-249.
- Jallinoja, P., Pajari, P., & Absetz, P. (2008). Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 455-462.

- Karlsen, B., Idsoe, T., Hanestad, B., Murberg, T., & Bru, E. (2004). Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 9(1), 53-70.
- Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2012). Learning to live with diabetes - integrating an illness or objectifying a disease. *Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2486-2495.
- Koch, T., Kralik, D., & Taylor, J. (2000). Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9(2), 247-254.
- Kontogianni, M., Liatis, S., Grammatikou, S., Perrea, D., Katsilambros, N., & Makrilakis, K. (2012). Changes in dietary habits and their association with metabolic markers after a non-intensive, community-based lifestyle intervention to prevent type 2 diabetes, in Greece. The DEPLAN study. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 95(2), 207-214.
- Korkiakangas, E. E., Alahuhta, M. A., Husman, P. M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A. M., & Laitinen, J. H. (2011). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 62-69
- 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), 15-22.
- Malpass, A., Andrews, R., & Turner, K. (2009). Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: a qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 74(2), 258-263.
- Mamhidir, A., & Lundman, B. (2004). Having control over type 2 diabetes means daring to be free. *Journal of Diabetes Nursing*, 8(1), 12-16.
- 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.
- Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G., & Spreeuwenberg, C. (2008). Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 891.
- Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2011a). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 735-744.
- Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2011b). Social support as a motivator of self-management among adults with type 2 diabetes. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 3(1), 12-22.
- Olsson, H & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Liber. Stockholm

- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6 uppl). St Louis: Mosby Inc
- Plotnikoff, R., Karunamuni, N., & Brunet, S. (2009). A comparison of physical activity-related social-cognitive factors between those with type 1 diabetes, type 2 diabetes and diabetes free adults. *Psychology, Health & Medicine*, 14(5), 536-544.
- Polit, & Beck, C.T. (2008). *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Pouwer, F., Beekman, A., Lubach, C., & Snoek, F. (2006). Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education & Counseling*, 60(2), 235-240.
- Rosland AM, Kieffer E, Israel B, Cofield M, Palmisano G, & Sinco B (2008) When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *Journal of General Internal Medicine*. 23: 1992–1999
- Ruston, A., Smith, A., & Fernando, B. (2013). Diabetes in the workplace - diabetic's perceptions and experiences of managing their disease at work: a qualitative study. *BMC Public Health*, 13386.
- Skinner, T. C., Carey, M. E., Cradock, S. S., Dallosso, H. M., Daly, H. H., Davies, M. J., & ... Oliver, L. L. (2011). Comparison of illness representations dimensions and illness representation clusters in predicting outcomes in the first year following diagnosis of type 2 diabetes: Results from the DESMOND trial. *Psychology & Health*, 26(3), 321-335.
- Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes – en vägledning till hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Typ 2 Diabetes – Vad du kan göra och vad vården bör göra*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sveriges Kommuner och Landsting, (2005). *Svensk sjukvård i internationell belysning: en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat*. Stockholm: SKL. Elektronisk: http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=f06d2667-0a10-4d9d-8224-391fd2844886 Hämtad: 2014-01-15
- Tian, J., Wen, Y., Yan, L., Cheng, H., Yang, H., Wang, J., & ... Liu, K. (2011). Vascular Endothelial Dysfunction in Patients with Newly Diagnosed Type 2 Diabetes and Effects of 2-year and 5-year Multifactorial Intervention. *Echocardiography*, 28(10), 1133-1140.
- Weijman, I., Ros, W., Rutten, G., Schaufeli, W., Schabracq, M., & Winnubst, J. (2005). The role of work-related and personal factors in diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 87-96.

West, C., & McDowell, J. (2002). The distress experienced by people with type 2 diabetes. *British Journal of Community Nursing*, 7(12), 606-613.

Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047-1053.

Willman, A., Stolts, P., & Bahtsevani, B. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och kliniska verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur

World Health Organisation. (1999). Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Genève: World Health Organisation.

World Health Organization. (2013). Diabetes. [Elektronisk]. Hämtad 2013-12-01: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Diabetes Mellitus type 2	22 870	2013-10-03		
(MH "Diabetes Mellitus, Type 2")	22 113	2013-10-03		
Life style change*	4 916	2013-10-03		
(MH "Life Style Changes")	4 771	2013-10-03		
(MH "Health Behaviour")	21 360	2013-10-03		
(MH "Attitude to Change")	2 193	2013-10-03		
Exper*	233 464	2013-10-03		
Diabetes Mellitus type 2 OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2")	22 870	2013-10-03		
Life style change* OR (MH "Life Style Changes") OR (MH "Health Behaviour")	25 750	2013-10-03		
(MH "Attitude to Change") OR Exper*	235 373	2013-10-03		
Diabetes Mellitus type 2 OR (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") AND Life style change* OR (MH "Life Style Changes") OR (MH "Health Behaviour") AND (MH "Attitude to Change") OR Exper*	94	2013-10-03	18	2

Sökningar i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Diabetes Mellitus type 2	22 870	2013-10-08		
Lifestyle changes	1 877	2013-10-08		
Self care	23 326	2013-10-08		
Self management	5 569	2013-10-08		
Experience	89 219	2013-10-08		
Experiences	52 460	2013-10-08		
Barriers	24 283	2013-10-08		
Barrier	6 517	2013-10-08		
Motivation	17 417	2013-10-08		
Patients perspective	1 151	2013-10-08		

Attitude to illness	7 790	2013-10-08		
View	23 034	2013-10-08		
Lifestyle changes OR Self care OR Self management	27 135	2013-10-08		
Experience OR Experiences OR Barriers OR Barrier OR Motivation OR Patients perspective OR Attitude to illness OR View	191 214	2013-10-08		
Diabetes Mellitus type 2 AND Lifestyle changes OR Self care OR Self management AND Experience OR Experiences OR Barriers OR Barrier OR Motivation OR Patients perspective OR Attitude to illness OR View	348	2013-10-08	53	2

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
Diabetes type 2	25 451	2013-10-09		
Lifestyle change*	2 427	2013-10-09		
Diabetes type 2 AND Lifestyle change* NOT Prevention	147	2013-10-09	27	3

Sökningar i Medline

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
(MH "Diabetes Mellitus, Type 2")	78 563	2012-10-03		
(MH "Life Style+")	60 440	2012-10-03		
(MH "Life Change Events")	18 492	2012-10-03		
(MH "Life Style+") OR (MH "Life Change Events")	60 440	2012-10-03		
(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") AND (MH "Life Style+") OR (MH "Life Change Events")	2340	2012-10-03		
TI exper*	453 541	2012-10-03		
TI exper* AND (MH "Diabetes Mellitus, Type 2") AND (MH "Life Style+") OR (MH "Life Change Events")	16	2012-10-03	3	1

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
(MH "Diabetes Mellitus, Type 2")	78 563	2013-10-12		
(MH "Adaptation, Psychological")	71 276	2013-10-12		
(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") AND (MH "Adaptation, Psychological")	263	2013-10-12	48	4

Manuella sökningar

Sökord/Titel	Antal träffar	Datum	Databas
Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes	1	2013-10-14	Cinahl
Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands	1	2013-10-14	Medline

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Beskrivning av studien, t.ex. metodval

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej

- datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamätnad? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Hämtad från:

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C.(2006). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Ahlin, K., & Billhult, A. 2012 Sverige	Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study	Intervjuer.	10 kvinnor i åldrarna 37-87 år.	Hög
Dietrich, U. 1996 Australien	Factors influencing the attitudes held by women with type II diabetes: a qualitative study	Intervjuer.	7 kvinnor i åldrarna 37-81 år.	Hög
Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B. 2003 Sverige	Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes	Narrativa intervjuer.	21 kvinnor och 23 män i åldrarna 47-80 år.	Hög
Koch, T., Kralik, D., & Taylor, J. 2000 Australien	Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease	Gruppsamtal.	9 män	Hög
Malpass, A., Andrew, R., & Turner, K. 2008 Storbritannien	Patients with Type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study	Djupintervjuer.	18 kvinnor och 12 män.	Hög
Mamhidir, A., & Lundman, B. 2004 Sverige	Having control over type 2 diabetes means daring to be free	Narrativa intervjuer.	2 män och 2 kvinnor i åldrarna 46-65 år.	Hög
Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G., & Spreuwenberg, C. 2008 Nederländerna	Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands	Djupintervjuer.	6 kvinnor och 9 män i åldrarna 55-77 år.	Hög
Ruston, A., Smith, A., & Fernando, B. 2013 Storbritannien	Diabetes in the workplace – diabetic's perceptions and experiences of managing their disease at work: a qualitative study	Semistrukturerade intervjuer.	23 (3) kvinnor och 20 (8) män i åldrarna 30-65 år.	Hög

Bilaga 4 Exempel på analys

Meningsenhet	Översättning	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
I always feel better when I come back from the gym, I always feel I've got more energy...	Jag mår alltid bättre när jag kommer tillbaka från gymmet, jag känner alltid att jag får mer energi	Mår bättre efter träning... ökad energi...	Positiv effekt av träning	Fysisk aktivitet	Förändringar i vardagen
Feelings expressed by the participants showed that most were afraid of diabetes. They feared loss of health, complications, and ultimately death.	Känslor som uttrycktes av deltagarna visade på att de flesta var rädda för diabetes. De fruktade förlust av hälsa, komplikationer och slutligen döden.	Rädda för diabetes... fruktade förlust av hälsa, komplikationer och döden...	Rädsla för diabetes	Rädsla för sjukdomen	Känslomässig påverkan
The women described using people they lived with and their actions as an excuse for themselves to continue with their unhealthy habits.	Kvinnorna beskrev att de använde handlingar hos personer som de levde med som ursäkt för att själva fortsätta med ohälsosamma vanor.	Personer i omgivning stod som ursäkt för att agera ohälsosamt..	Skylla på sin omgivning	Familjens stöd eller icke stöd	Omgivningens påverkan