



HÖGSKOLAN VÄST  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

# **Patienters upplevelser av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2**

**- en systematisk litteraturstudie**

---

**Författare: Anna Larsson och Ann Wiman  
Handledare: Anna-Kari Bromander**

Examensarbete, 15 hp  
kandidatnivå  
VT 2014

## Abstract

---

### **Patienters upplevelser av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2** **Patient's experiences of lifestyle changes in diabetes type 2**

<b>Författare</b>	Anna Larsson och Ann Wiman
<b>Institution</b>	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
<b>Arbetets art</b>	Examensarbete, 15 hp
<b>Program/kurs</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
<b>Termin/år</b>	VT 2014
<b>Antal sidor</b>	26

---

<b>Background</b>	Diabetes type 2 is a fast growing illness and a global health problem, often a result from less appropriate standard of living. Lifestyle changes related to diet and physical activity are important lifestyle changes regarding to get control of the self-management and to avoid vascular complications.
<b>Aim</b>	The aim of this study was to describe patient's experiences of lifestyle changes in diabetes type 2.
<b>Method</b>	A literature study was carried through based on 12 qualitative scientific articles.
<b>Results</b>	The analysis result into two main themes and eight subthemes. Main themes where <i>barriers</i> and <i>motivators</i> for lifestyle changes and the subthemes where <i>struggle</i> , <i>denial</i> , <i>lack of knowledge</i> , <i>alienation</i> , <i>support</i> , <i>motivation</i> , <i>acceptance</i> and <i>knowledge</i> .
<b>Conclusion</b>	This study shows that lifestyle changes are experienced different by patient with diabetes and nurses should therefore be aware of the unique and specific demands these patients require. This is important for providing a good diabetic healthcare and to help patients with their self-management.
<b>Keywords</b>	Behavior changes, diabetes type 2, experiences, lifestyle changes, patient's experiences.

## **Innehåll**

Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Diabetes typ 2 .....	1
Sjuksköterskans omvårdnad .....	2
Egenvård .....	3
Kost och motion vid diabetes typ 2 .....	4
Orems omvårdnadsteori.....	5
Problemformulering .....	6
Syfte .....	7
Metod .....	7
Litteratursökning .....	7
Urval .....	8
Analys .....	9
Resultat.....	10
Hinder till livsstilsförändringar .....	10
Kamp.....	10
Förnekelse .....	12
Okunskap .....	12
Utanförskap.....	13
Möjligheter till livsstilsförändringar.....	13
Stöd .....	13
Motivation.....	14
Acceptans .....	15
Kunskap .....	15
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	17
Kamp - Motivation .....	17
Acceptans och förnekelse .....	18
Stöd och utanförskap .....	19

Kunskap och okunskap .....	20
Konklusion och praktiska implikationer .....	21
Vidare forskning .....	21
Referenser.....	22
Bilaga I Översikt över sökresultat	
Bilaga II Artikelöversikt	

## **Inledning**

Att möta och vårda patienter med diabetes typ 2 är något som tillhör allmänsjuksköterskans vardag. I Sverige lever ca 350 000 till 400 000 individer med någon form av diabetes. Det betyder att sjuksköterskan bör vara insatt i själva sjukdomen diabetes samt de livsstilsförändringar som dessa patienter mer eller mindre tvingas genomgå. Det ställer också krav på sjuksköterskans förmåga till empati och förståelse för patienter med diabetes typ 2. Patienter kan uppleva stora svårigheter att genomföra livsstilsförändringar vilket gör att sjuksköterskan bör vara medveten om möjligheterna som finns för att livsstilsförändringarna ska vara genomförbara. Patienter upplever hälsa, ohälsa och välbefinnande på olika sätt vilket gör att sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete måste vara noga med att individanpassa vården på bästa möjliga sätt. Det innebär också att våga prata om sådant som patienterna kan uppfatta som mycket svårt exempelvis kost och motion som är de viktigaste livsstilsförändringarna för diabetes typ 2.

## **Bakgrund**

### **Diabetes typ 2**

Diabetes är en global sjukdom och Världshälsoorganisationen (WHO, 2013) har fastställt att ca 347 miljoner människor världen över lever med diabetes i någon form. Sjukdomen blir allt vanligare och antalet människor som drabbas av diabetes spås fördubblas mellan åren 2000 och 2025 (WHO, 2013). Störst ökning kommer att ske i Sydostasien och Amerika och ökningen förklaras bero på snabba förändringar i ländernas ekonomiska tillväxt som i sin tur leder till förändrade levnadsvanor (Scherstén, 2005). Det förväntade dödsantalet till följd av diabetes kommer att öka med 50 % under de nästkommande tio åren (WHO, 2013). I Sverige är diabetes en av våra stora folksjukdomar som stadigt ökar bland befolkningen, det uppskattas att ca 350 000 till 400 000 personer lever med diabetes i Sverige idag varav 80 till 90 % har diabetes typ 2 som är den vanligaste formen av diabetes (Envall, 2014).

En omfattande genforskning de senaste åren samt flera studier kring ärftlighet i samband med diabetes visar att genetiska faktorer har stor betydelse för utvecklandet av diabetes typ 2 (Efendic, Groop & Östenson, 2005). Individer med ett genetiskt anlag för diabetes typ 2 kan ihop med fel miljö och ogynnsamma livsstilsförhållanden utveckla diabetes typ 2. Individer med metabolt syndrom som högt blodtryck, höga blodfetter och bukfetma löper högre risk att

drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar som i sig är en utlösande faktor till att insjukna i diabetes typ 2 (Efendic et al., 2005).

Det viktiga hormonet insulin produceras av betacellerna i Langerhans cellöar i bukspottskörteln. Vid diabetes typ 2 påverkar den förhöjda glukoskoncentrationen i blodet betacellernas förmåga att frisätta insulin samt försämrar cellernas förmåga att ta upp glukos. Tillståndet kallas insulinresistens och är ett tidigt tecken på sjukdomen. Fortsätter glukoskoncentrationen att stiga i blodet så försämrar insulinkänsligheten ytterligare och diabetes typ 2 utvecklas fullt ut (Efendic et al., 2005). Signifikant för samtliga former av diabetes är att glukoskoncentrationen i blodet är förhöjt och för att fastställa diagnosen måste ett fasteglukosprov tas som visar  $\geq 7.0$  mmol/L (a.a).

Symtom på diabetes typ 2 kommer oftast smygandes och det är ett sjukdomsförlopp som kan ta många år tills den har utvecklats fullt ut, oftast upptäcks sjukdomen vid årliga hälsokontroller där prov på plasmaglukos tas. Tidiga tecken på sjukdomen kan vara ökad törst, ökade urinmängder, trötthet och viktnedgång (Östman, 2005). Att ständigt ha höga nivåer av glukos i blodet kan orsaka både akuta och sena komplikationer för individer med diabetes (Mulder, 2010). En kortare livslängd för dessa individer som lever med diabetes är ett faktum trots mycket god forskning och utvecklade behandlingsmöjligheter (Mulder, 2010). De akuta komplikationerna som *hypoglykemi*, lågt blodsocker och *hyperglykemi*, högt blodsocker är oftast en komplikation till följd av en dålig livsstil samt av dåligt skött diabetesmedicinering (Agardh, 2005; Mulder, 2010). De sena komplikationerna är främst kärlskador i kroppens viktiga organ som ögon, njurar och hjärna, så kallad *retinopati*, *nefropati* och *neuropati*. Där retinopati är förändringar på ögats näthinna vilket kan leda till nedsatt syn och blindhet. Nefropati betyder förändringar i njurarnas blodkärl som kan leda till njursvikt. Neuropati drabbar de små blodkärlen i hjärnan och perifera nerver och kan leda till nedsatt känslighet i extremiteter (Mulder, 2010). Genom att se över matvanor, motionera mer och sluta röka ökar möjligheten till att förhindra och förebygga diabetes typ 2 (Envall, 2014).

### **Sjuksköterskans omvårdnad**

Fokus i själva vårdandet är respekten för mänskliga rättigheter som innefattar rätten till liv, värdighet och att behandlas med respekt (ICN, 2007). Sjuksköterskan ska genom vårdarbetet verka för en miljö där människors värderingar, vanor och tro respekteras (ICN, 2007). Behålla god livskvalitet eller att förbättra sänkt livskvalitet är några av de stora målen med all

sjukdomsbehandling. Vid typ 2-diabetes når man dessa mål genom att lindra patienternas symtom, förebygga akuta komplikationer samt förebygga diabetiska följsjukdomar (Toft, 2010). En viktig del i sjuksköterskans arbete är att anpassa råden kring levnadsvanor och livsstilsförändringar till en nivå som är i enlighet med patientens liv och möjligheter så att hälsa och välbefinnande för patienten kan bevaras. Det krävs då att sjuksköterskan är lyhörd för sina patienters önskemål och värderingar samt visar respekt för patienten som person (Andersson, 2012). Livsstilsåtgärder som kostförändringar, fysisk aktivitet och motivering till rökfrihet utgör grunden för diabetesbehandlingen och patientutbildning i egenvård är central i själva diabetesvården (Socialstyrelsen, 2010). En annan viktig aspekt på patientutbildningen är hur väl patientundervisningen har bedrivits samt hur väl patienten tagit till sig informationen kring sin sjukdom (Toft, 2010). Som sjuksköterska är det viktigt att utgå från patientens kunskapsnivå så rätt stöd och kunskap kan ges (Friberg, 2012). Sjuksköterskan ska efter etablerad kontakt med patienten försöka fokusera på patientens kunskapsbehov. Att inge tilltro och uppmuntran är även viktiga strategier för sjuksköterskan samt att ha avsett tid för mötet och lämplig plats har övervägts (Friberg, 2012). Kommunikationen mellan patienten och vårdande sjuksköterska anses vara en viktig förutsättning för att patienten ska känna delaktighet i vård och behandling, detta kräver att patientens kunskap, insikter och förståelse tas i beaktande för att en god och individualiserad vård ska kunna vara möjlig (Socialstyrelsen, 2010). Tidigare forskning visar att kunskap och förståelse är viktiga komponenter för individanpassad vård (Whittmore, Chase, Mandle & Roy, 2002). Kunskap och förståelse om patienten som individ och för de insatser kring livsstilsförändringar som patienter med diabetes typ 2 kämpar med, resulterar i en bättre vård och mer tillfredsställande resultat kring livsstilsförändringarna (Whittmore et al., 2002)

## **Egenvård**

Det är patienten själv som genom egenvård måste ta kontroll över sjukdomen och hantera de nya levnadsvanorna kring kost, motion och läkemedel som diabetes typ 2 innebär. En viktig del i diabetesvården är att reglera blodsockret och se till att det hålls på en jämn nivå för att förhindra både akuta och sena komplikationer (Socialstyrelsen, 2010).

Egenvården innebär allt det som patienten själv måste göra för att behålla hälsa trots närvaro av en livslång sjukdom (Wikblad, 2006). Egenvård kan delas in i tre delar, den primära, sekundära och tertiära egenvården. Den primära egenvården syftar till att patienten försöker utföra de handlingar som kan resultera i vikttnedgång och på sikt reducera risken för uppkomsten av diabetes typ 2. Den sekundära egenvården handlar om att försöka ha god

metabol kontroll då diabetes typ 2 redan uppstått, för att minska risken för sena komplikationer. Den tertiära egenvården tar vid då komplikationer hos patienten uppstått vilket då ställer krav på en välfungerande vård av dessa komplikationer för att patienten ska må så bra som möjligt (Wikblad, 2006).

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom och innebär att patienterna tvingas genomgå livsstilsförändringar som inte alltid är självvalda. Bristande motivation till egenvård hos patienter med diabetes typ 2 skapar svårigheter i det preventiva arbetet för vårdpersonal och ansträngningarna kan ibland kännas större än vinsterna då goda resultat av omvårdnadsarbetet ofta ses på längre sikt (Wikblad, 2006). Det är därför viktigt att vård och behandling av dessa patienter görs så långt det är möjligt i samråd med patienterna själva så att realistiska och genomförbara mål kan sättas upp. Den personliga sfären är något som alla individer har och det är i olika vårdsituationer som det kan bli svårt för patienterna att skydda just denna och därför ska vården också inriktas på att hjälpa patienten att bevara eller återställa integriteten till en helhet (Andersson, 2012). Ett krav på god vård är att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att patienten ska ges individanpassad information kring sitt hälsotillstånd och den vård som kan komma att bli aktuell (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 1982:763, 31 §).

Tidigare forskning visar att patienter med diabetes typ 2 som upplever ett gott stöd från både familj och från behandlande vårdpersonal har en ökad möjlighet till förändring samt förbättrad egenvård. Ett starkt samband har då påvisats mellan förbättrad glukoskontroll och ett upplevt stöd från familj, vänner och sjukvård (Rosland et al., 2008).

### **Kost och motion vid diabetes typ 2**

Vid diabetes typ 2 kan vissa enskilda livsmedel och koster vara fördelaktiga. En bra kost som kan bidra till viktreduktion, i de fallen då det behövs, är att föredra då kostbehandling ihop med motion är de främsta åtgärderna till att hålla glukoskoncentrationen i blodet inom rimliga nivåer (Socialstyrelsen, 2011). Övervikt och fetma är vanligt förekommande i samband med diabetes typ 2 och viktreduktion ger inte bara förbättrade glukosnivåer utan bidrar även till förbättrad metabol kontroll i form av sänkt blodtryck, viktninskning och reducerat bukomfång som i sin tur bidrar till minskad risk för diabetiska komplikationer (Socialstyrelsen, 2010).

Traditionell diabeteskost grundar sig på de nordiska näringsrekommendationerna (NNR) som används av Livsmedelsverket och diabeteskost skiljer sig inte nämnvärt från de

kostrekommendationer som förespråkas allmänt till befolkningen men det finns vetenskapligt stöd för att traditionell diabeteskost ger viktminskning och har gynnsam effekt på blodfetter (SBU, 2010). Kostrekommendationerna är ett dagligt intag av ca 500 gram frukt och grönsaker, äta fisk två till tre gånger i veckan, använda flytande margarin eller olja till matlagningen, helst välja fullkornsvarianter av bröd, flingor, gryn, pasta och ris samt nyckelhålmärkta livsmedel och en måttlig alkoholkonsumtion. Även livsmedel med lågt glykemiskt index har uppvisat en gynnsam effekt på blodsockret och viktminskning hos de patienter som har en kolhydratrik kost (Livsmedelsverket, 2014).

Regelbunden motion är det mest effektiva sätt att öka insulinkänsligheten hos diabetiker, efter t ex. 30-40 min cykling eller rask promenad kan insulinkänsligheten i blodet stanna kvar i upp till två dygn. Fördelen är att sockret tas upp så mycket fortare efter måltid vilket gör att man på ett effektivt sätt kommer ifrån skadliga glukosnivåer i blodet. Fysisk aktivitet har även positiv effekt på bland annat blodtrycket, blodfetter, skelettets kalkhalt samt på kroppsvikten vid övervikt (Envall, 2014). Tidigare forskning visar på ett positivt samband mellan motionens inverkan på blodsockret och metabola faktorer. Motion är en viktig egenvårdsåtgärd i det preventiva arbetet kring att förebygga diabetes typ 2 samt att reducera det metabola syndromet vid redan diagnostiserad diabetes typ 2. Intensiteten på den utförda motionen spelade roll, då bättre effekt på både långtidsblodsockret och insulinkänsligheten erhöles om aktiviteten var av högre intensitet (Zanuso, Jimenez, Pugliese, Corigliano & Balducci, 2009).

Det är viktigt att vårdpersonal uppmuntrar till vardaglig motion och det finns även möjlighet att få fysisk aktivitet på recept (FaR) av sin behandlande läkare eller sjuksköterska, då kan patienten enskilt eller i grupp motionera olika träningsformer som är individanpassade efter dennes behov (Socialstyrelsen, 2010). Lika viktigt som att rekommendera samt föreslå motion, lika viktigt är det att följa upp patientens träningsresultat. I studier där man kunnat påvisa goda preventiva effekter av motion kopplat till utvecklandet av diabetes typ-2, har uppföljning av motionsråd skett antingen i grupp eller enskilt. Patienten får då också en förståelse från sjukvårdens sida att motionsråd tas på allvar och utgör en viktig del i själva diabetesbehandlingen (Wallberg-Henriksson & Krook, 2005).

### **Orems omvårdnadsteori**

Egenvård är målinriktade handlingar som människan utför åt sig själv eller åt andra på eget initiativ i syfte till att upprätthålla god fysisk och psykiskt välbefinnande (Orem, 2001). Att

visa omsorg om andra menar Orem (2001) är en form av allmänmänskligt beteende som lärs in samt formas under påverkan av den sociala och kulturella miljö som människan lever i. Själva förmågan till egenvård styrs av bland annat ålder, kunskap, livserfarenhet, livsvillkor samt sociala och psykologiska faktorer vilket i slutändan påverkar hur individen tolkar sina egenvårdsbehov samt använder förmågan att planera för den egenvård som behövs. De tre delteorierna om egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem förklarar relationen mellan människors förmåga till egenvård och de egenvårdskrav samt behov som uppstår vid till exempel närvaro av sjukdom. Målet med omvårdnaden är att kunna tillgodose människors egenvårdsbehov så att välbefinnandet och hälsan kan bevaras (Orem, 2001). Egenvården är central vid diabetes typ 2 vilket gör den här teoretiska utgångspunkten relevant.

Utgångspunkten i delteorin om egenvårdsbrist är de begränsningar som människor kan drabbas av på grund yttre eller inre faktorer som hindrar människor att tillgodose sina egenvårdsbehov. Egenvårdsbrist ses som en obalans mellan individens egenvårdskapacitet och individens egenvårdskrav som då gör att individen har ett behov av omvårdnad (Orem, 2001). Den tredje delteorin om omvårdnadssystem har sin utgångspunkt i de hjälpinsatser som utförs för individen för att tillgodose de behov som föreligger utifrån de brister som individen upplever. Teorin bygger på samspelet mellan sjuksköterska och patient och syftet med omvårdnaden är att stärka individens förmåga till egenvård genom medvetna handlingar från sjuksköterskans sida. Orems humanistiska människosyn präglas av en stark tilltro till människans inneboende resurser och menar att individen genom vägledning och stöd ska, när det anses aktuellt, kunna återta sin egenvård (Orem, 2001).

## **Problemformulering**

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom och för individen innebär detta att en rad olika livsstilsförändringar är önskvärda att genomföra, för att på längre sikt undvika komplikationer. Från sjukvårdens sida är det viktigt att visa både förståelse och respekt för patienternas livssituation och egna behov då livsstilsförändringar kan vara svåra att genomföra på grund av invanda livsmönster och mattraditioner. Grundläggande delar i traditionell diabetesbehandling är patientutbildning i egenvård vilket ställer stora krav på sjukvården då god förmedling av kunskap till patienter med diabetes typ 2 är central. Vidare ställs det krav på individens förmåga att ta till sig den kunskapen som förmedlas och omvandla den till praktisk förmåga. Det är relevant för sjuksköterskor att förstå vad patienter med diabetes typ 2 upplever som hinder till förändringar samt vad som upplevs motiverande i

samband med livsstilsförändringar så att omvårdnaden och behandlingen av dessa patienter möjliggör en förbättrad livskvalitet samt förhindrar allvarliga komplikationer i framtiden.

## **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelser av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2.

## **Metod**

Detta är en litteraturstudie, där tidigare forskning har sammanställts inom det aktuella området diabetes typ 2. Studien är baserad på tolv kvalitativa artiklar kvalitetsgranskade enligt Friberg (2006). Med detta arbete avses att beskriva patienters upplevelser av hinder och möjligheter till livsstilsförändringar vilket gör att vald ansats är för studien då upplevelser är subjektiva samt att studier med kvalitativ ansats ger en ökad förståelse för patienters specifika behov. Vald metod för analysarbetet är Friberg (2004) modell för litteraturbaserade studier.

## **Litteratursökning**

Systematisk sökning av information har skett i databaserna CINAHL, PubMed och Scopus med sökord från MeSH. Den största vikten lades vid att söka i databasen CINAHL då det är en databas med fokus på omvårdnadsartiklar. När ytterligare sökningar gjordes i PubMed och Scopus återkom flera av de artiklar som redan var funna genom CINAHL. Endast vetenskapliga studier med kvalitativ ansats och skrivna på engelska har valts. Enbart studier som ansetts svarat på syftet har inkluderats. Kvantitativa artiklar har exkluderats. Artiklar från Sverige, Norge, Danmark, Finland, England, Australien, USA och Taiwan har inkluderats, oavsett etnicitet och religion då diabetes typ 2 är en sjukdom som finns över hela världen. Sökstrategi och sökord redovisas i bilaga I.

**CINAHL:** En inledande sökning gjordes i databasen CINAHL med sökordet diabetes mellitus OR diabetes mellitus typ 2 för att få en första överblick över hur brett området var. Ytterligare ämnesord så som "Life Style Changes" OR "Behavioral Changes" samt experience\* lades till. Trunkering användes då det ökar möjligheterna till att få fram ordets alla böjningsformer för att inte gå miste om relevanta artiklar (Östlundh, 2006). Boolesk sökteknik användes också, då framförallt sökoperatörerna AND och OR dels för att koppla ihop ämnesord samt för att se huruvida sökningen gav alla de synonymer som var intressanta (Östlundh, 2006). Inklusionskriterier har varit att studierna ska ha varit skrivna på engelska

samt vara publicerade mellan år 2008 och 2014. Peer reviewed valdes som en avgränsning för att artiklarna skulle finnas i vetenskapliga tidskrifter. Årtalen valdes för att så ny forskning som möjligt skulle fångas in då det finns mycket presenterad forskning kring ämnesområdet diabetes, både av kvalitativ och kvantitativ ansats. Slutligen resulterade sökningen i fyra artiklar som granskades och inkluderades i studien.

**PubMed:** Sökningarna i PubMed resulterade i flera av de artiklar som hade hittats genom CINAHL. Databasen PubMed är mer medicinskt inriktad så många av de artiklar som valdes bort var antingen kvantitativa eller var av mer medicinskt innehåll. Här användes likadana ämnesord som använts i de andra databaserna men de genererade i ett större antal träffar. Inklusionskriterier var även här att artiklarna skulle varit publicerade på engelska och utförda mellan 2008-2014 samt komma från tidskrifter med fokus på omvårdnad. Sökningen resulterade i artiklar som gick vidare för slutlig granskning och tre inkluderades slutligen i studien.

**Scopus:** I Scopus gjordes en kompletterande sökning som genererade i en artikel vilken inkluderades i studien. Sökorden som användes var lifestylechange\*, diabetes och patientexperience. Inklusionskriterier var engelska studier samt att artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2008-2014. I denna databas valdes nurse\* som en avgränsning för att gardera att artiklar inriktade på omvårdnad fångades in. Sökningen resulterade i en artikel som även efter kvalitetsgranskning inkluderades i studien.

## **Urval**

Artiklarna i denna studie har granskats enligt Fribergs (2006) granskningsmall för att påvisa god vetenskaplig kvalitet. Granskningen är en viktig process av analysarbetet i ett litteraturbaserat examensarbete för att påvisa valda artiklars kvalitet då det kan påverka det slutliga resultatets trovärdighet. Vid en granskning skapas även en bättre förståelse för vad artiklarna handlar om (Friberg, 2006). Slutligen granskades fjorton artiklar varav tre förkastades då de inte uppfyllde god vetenskaplig kvalitet enligt Fribergs (2006) granskningsmall. En översikt av de granskade artiklarna redovisas i tabell i bilaga II. De elva artiklar som inkluderades i denna litteraturbaserade studie var alla gjorda med kvalitativ ansats och skrivna på engelska. Artiklarna som inkluderades handlar om vuxna personers upplevelse av att leva med diabetes typ 2. Deltagarna skulle vara över 18 år och både män och kvinnor har varit representerade. Kvantitativa artiklar samt artiklar äldre än 2008 har exkluderats.

## **Analys**

Analysen av de tolv artiklarna har skett enligt Fribergs (2006) modell för litteraturbaserad studie. Som en första del i analysarbetet lästes artiklarnas resultat för att få en förståelse för de nyckelfynd som artiklarna grundades på, nyckelfynden ströks sedan under och överfördes på separat papper för senare bearbetning. Det är viktigt att sätta sig in i artiklarnas resultat med ett öppet sinne då kvalitativa resultattexter har olika uppbyggnad beroende på vilka teoretiska och metodologiska utgångspunkter som har använts (Friberg, 2006). Artiklarna lästes därefter i sin helhet av båda författarna, detta för att få en övergripande uppfattning om vad artiklarna handlade om och få en djupare förståelse av innehållet (Friberg 2006).

Som en andra del i analysarbetet har en sammanställning av artiklarnas resultat gjorts. Flera teman och subteman kom fram och parades ihop för att få fram de slutgiltiga temana som kodats fram genom understrykningar och diskussion författarna emellan. Denna del av analysarbetet är en rörelse mellan artiklarna som utgör helheten i examensarbetet och de delar som artikeln bryts ner till under analysens gång, för att hitta de teman och underteman som svarar till valt syfte. Till slut bildas en ny helhet från de nya teman och subteman som framkommer i det nya resultatet (Friberg 2006).

## Resultat

Resultatet av analysarbetet resulterade i två huvudteman som beskriver vilka hinder och möjligheter som patienterna upplevde till livsstilsförändringar samt åtta underteman. Utifrån de hinder som upplevdes skapades fyra underteman *kamp*, *förnekelse*, *okunskap* och *utanförskap*. Fyra underteman skapades utifrån möjligheterna till livsstilsförändringar, *stöd*, *motivation*, *acceptans* och *kunskap*. Dessa teman presenteras i tabell 1.

**Tabell 1.** Huvudteman och underteman

Huvudteman	Underteman
Hinder till livsstilsförändringar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kamp</li><li>• Förnekelse</li><li>• Okunskap</li><li>• Utanförskap</li></ul>
Möjligheter till livsstilsförändringar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stöd</li><li>• Motivation</li><li>• Acceptans</li><li>• Kunskap</li></ul>

## Hinder till livsstilsförändringar

### Kamp

Kamp var ett vanligt återkommande tema som hinder till livsstilsförändringar, framför allt beskrevs upplevelsen av en inre kamp i många situationer. En del patienter undvek att gå till gymmet eftersom de kände att det var en plats där många visade upp sig. De kände sig utsatta när de skulle vistas tillsammans med vältränade personer och önskade att det hade funnits ett gym för personer i samma situation. Om de var fler med diabetes som tränade samtidigt kunde de på ett annat vis koncentrera sig på träningen istället för att fokus skulle ligga på hur de såg ut (Ofstedal, Karlsen & Bru, 2010). Många kände hopplöshet över att de aldrig lyckades, de hade gjort små livsstilsförändringar när de ingick i ett program med förebyggande åtgärder för patienter med diabetes typ 2, men kunde inte själva upprätthålla förändringarna efter programmets slut. De kände att de fastnat i sin nuvarande livsstil och hade inte något självförtroende till att klara av några större förändringar på egen hand. Tidigare erfarenheter av att misslyckas med livsstilsförändringar sågs som ett hinder eftersom

patienterna inte trodde sig själva och var rädda för ett nytt misslyckande (Jallinoja, Pajari & Absetz, 2008). Kraven som livsstilsförändringar innebar kunde i vissa fall bli för mycket. När målen som satts upp kändes ouppnåeliga gav de istället upp och fick dåligt självförtroende då de nya målen inte lyckades nås. Även här förklarade patienterna att tidigare misslyckanden ställde till det för att kunna tro på sig själva i kampen mot en bättre livsstil (Andersson, Ekman, Lindblad & Friberg, 2008). Att känna stor press samt ha känslan av att man borde göra si eller så kunde många gånger bli för mycket. Det kändes bara deprimerande och inte alls motiverande när de kände sig tvingade till att göra förändringar i livet som de varken hade lust med eller kände att de behärskade (Ahlin & Billhult, 2012).

Patienterna upplevde det mycket svårt att ändra sina kostvanor, en inre kamp upplevdes ofta om att göra de rätta valen när det gällde kosthållning. Beroendet av mat jämfördes med att vara beroende av alkohol eller droger och de kände ångest när de fuskade med dieten eller då begäret efter känd mat blev för stort. När begäret tog över var det svårt att motstå och vissa av deltagarna tyckte att om andra kunde äta så varför skulle då inte de också kunna. Det upplevdes särskilt svårt att gå på kalas där det serverades mycket mat då frestelsen ofta blev stor att äta något som inte var passande (Thomson, 2014). När de väl hade börjat äta onyttigt upplevdes det svårt att sluta äta eller rent av att det inte var någon idé att sluta, de kunde ju lika gärna fortsätta och börja leva sitt nyttiga liv imorgon istället. Detta beteende skapade en ond cirkel (Ahlin & Billhult, 2012). Tidigare vanor krockade hela tiden med de nya och det var en tuff kamp att försöka hålla sig till de nya vanorna och inte falla tillbaks. Speciellt när det gällde att inte äta för mycket (Jallinoja et al., 2008).

En del patienter menade att träningen gjorde att de kände sig trötta och svaga samt att all energi bara tog slut, att ha värk var även en ursäkt till minskad fysisk aktivitet. I studie var det några som inte alls hade intresset att träna, det gav dem inget samt att lathet framkom vara ett hinder till fysisk aktivitet (Korkiakangas, Alahuhta, Husman, Keinänen-Kiukaanniemi, Taanila & Latinen, 2011a).

En del patienter upplevde det svårt att få till en livsstiländring på grund av jobbet, det kunde bero på långa arbetsdagar med stress och det fanns ingen ork och tid kvar till träning efter jobbet. Även patienter med udda arbetstider kunde känna vissa svårigheter med att få tiden att räcka till (Korkiakangas, Taanila & Keinänen-Kiukaanniemi, 2011b). Det upplevdes också svårt att äta rätt och på rätt tider på grund av att man hade ett stressigt jobb, Det var viktigare att vara framgångsrik på jobbet än att sköta sin diabetes så som de skulle vilja (Oftedal et al.,

2010). Sätta sig själv i första hand var inte alltid så lätt när det fanns andra i ens närhet som behövde ses efter som barn och barnbarn. Det fanns inte någon tid kvar till dem själva när de hela tiden tog hand om alla andra och insåg att de måste börja tänka lite mer på sig själva för att även i fortsättning kunna ta hand om sina barn (Ahlin & Billhult, 2012).

Ett hinder var att patienterna hade andra hälsoproblem t.ex. andra kroniska sjukdomar eller värk i rygg och knän. Dessa besvär hindrade dem från att leva ett fysiskt aktivt liv (Korkiakangas et al., 2011b). Här upplevdes en kamp från yttre faktorer. Olika väder kunde hindra patienterna till fysisk aktivitet. Om de hade planerat att ta promenader så kanske det inte gick eftersom det regnade eller var kallt och mörkt under vintern (Korkiakangas et al., 2011a).

### **Förnekelse**

Förnekelse av diagnosen framkom i flera studier som ett stort hinder. Om man inte märkte något av sjukdomen så var det lättare att bara leva som vanligt. Det var svårt att hitta mening i att ändra sin livsstil när omedelbara effekter av livsstilsförändringarna uteblev (Wellard, Rennie & King, 2008). Skam var en känsla som beskrevs i samband med att inte följa de livsstilsrekommendationer som fanns, även om patienterna visste hur viktigt det var med livsstilsförändringar gjorde de ändå inte något åt saken (Jallinoja et al., 2008). Det upplevdes av en del lättare att bara fortsätta som de alltid har gjort och låta bli att göra stora förändringar eftersom det känns för jobbigt och rädslan för att misslyckas var stor. Om längtan tillbaks till sina gamla vanor fanns kvar var man inte redo att göra stora förändringar i sitt sätt att leva (Andersson et al., 2008). Att hitta på ursäkter till att inte behöva äta rätt och träna var mycket vanligt. Det förekom att deltagare skyllde ifrån sig på andra för att inte äta rätt som till exempel att någon annan lagade maten (Ahlin & Billhult, 2012). Patienter beskrev ursäkter som att det var för dyrt med gymkort, fel säsong för en viss sport, förkylning eller att det såg löjligt ut när de tränade (Ofstedal et al., 2010).

### **Okunskap**

I Taiwan var okunskapen kring diabetes typ 2 stor, många trodde att det var en sjukdom som bara drabbade de rika. Det gjorde det svårt för att passa in. De kände sig utanför och utpekade när de försökte ändra sin livsstil (Lin, Andersson, Hagerty & Lee, 2007). Andras okunskap om vad en person med diabetes bör äta kunde ställa till det för patienterna, de kände sig dömda för sitt val av mat i sociala sammanhang där kunskapen om diabetes typ 2 inte var så stor (Wellard et al., 2008). Även familj och släktingar hade dålig förståelse för hur man bör

ändra sin livsstil i samband med diabetes och det fanns upplevelser av att kulturen var sådan att mycket mat skulle konsumeras (Thomson, 2014). I de fall där patienterna inte själva lagade sin mat kunde det vara svårt att hålla sig till en bra diet eftersom den som lagade maten inte hade kunskap om vad som var bra mat för en person med diabetes. Det kunde bli svårt att äta på regelbundna tider eftersom någon annan styrde mattiderna (Rosenbek, Lonvig, Henriksen & Wagner, 2011).

### **Utanförskap**

Flera av studierna som analyserats visar att svårigheter upplevdes vid kostomläggningar framförallt när individerna åt tillsammans med andra som inte behövde följda samma diet. Upplevelserna var av olika karaktär men att känna sig utpekad och utanför var vanligt. På kalas eller andra sociala tillställningar var upplevelsen av utanförskap stor, det upplevdes svårt att inte få äta som de andra och de kände sig utpekade antingen för att det inte fanns nått som de kunde äta eller för att de fick något annat att äta (Ahlin & Billhult, 2012). Socialt umgänge med andra var något deltagarna värdesatte högt. Trots det sågs det som något svårt att umgås som vanligt eftersom maten spelade en stor roll i det sociala mötet med andra. Deltagarna ville inte vara annorlunda och tyckte det var orättvist att inte de också skulle kunna få njuta av mat som alla andra. Ett annat problem var när andra talade om för deltagarna vad de fick äta och inte, vilket fick dem att känna sig ännu mer utpekade (Ofstedal et al., 2010). Det kunde gå så långt att de kände sig tvingade att äta en bit tårta bara för att få känna sig som de andra och för att känna sig som en del av den sociala gruppen (Rosenbek et al., 2011). Det kunde upplevas pinsamt att inte äta mat som serverades. En patient ville absolut inte dra till sig någon uppmärksamhet och ville inte visa att hon hade en sjukdom som krävde en speciell diet. Därför vågade hon inte fråga om det fanns något alternativ som passade henne bättre (Wellard et al. 2008).

### **Möjligheter till livsstilsförändringar**

#### **Stöd**

Flertalet av studierna tar upp vikten av stöd från andra som en stor del i att lyckas med livsstilsförändringar. I en familj hade alla ändrat sin diet för att stötta familjemedlemmen som fått diabetes typ 2, vilket upplevdes det som en stor hjälp (Thomson, 2014). Patienter som befann sig i en partner relation upplevde ett stort stöd från sin respektive där partnern uppmuntrade till att äta och träna rätt samt att partnern var en person de kunde diskutera sina val med. De följde även med dem till bokade möten med sjukvården. Patienterna tyckte detta

var bra eftersom partnern då kunde hjälpa till att komma ihåg det som hade sagts och hjälpa till att följa de råd som gavs. Det är alltid lättare när man är två som kan stötta varandra om nu den ena partnern är villig att också ändra sin livsstil vilket inte alltid var fallet (Wellard et al., 2008; Rosenbek et al. 2011). Familj och vänner användes som en resurs till att bättre kunna kontrollera sin diabetes. Anhöriga hjälpte till så att insulinet togs på rätt tider och några upplevde stöd från andra i samma situation då de kunde tipsa varandra hur de skulle gå tillväga för att få bättre kontroll över sin sjukdom (Lin et al. 2007).

Stöd, uppmuntran och positiva upplevelser av fysisk aktivitet var faktorer som ökade motivationen till att träna (Korkiakangas et al. 2011a). Att dela med sig av sina upplevelser av träningen och att träna med andra hjälpte patienter att fortsätta med sin nya träningsrutin. Att träna tillsammans med andra hjälpte patienterna att komma upp ur soffan och komma iväg till gymmet. Det var lättare att komma igång om någon pushade på och följde med (Korkiakangas et al., 2011b).

Utöver stöd från familjen beskrev flera av studierna att stöd från sjukvården var en viktig del i att lyckas med livsstilsförändringar. I en studie av Wellard et al. (2008) upplevde alla deltagarna att de hade ett bra stöd från sjukvården och att stödet därifrån till stor del bidrog till att kunna hantera sin diabetes. Att få komma på regelbundna kontroller för att kolla sitt blodsocker var uppskattat från flera deltagare (Jallinoja et al., 2008; Lin et al., 2007). Det fanns önskemål om att det skulle finnas utrymme för diskussion och stöttning från flera olika yrkeskategorier så som sjuksköterskor, dietister och psykologer (Lin et al., 2007).

## **Motivation**

Resultatet visade på mycket olika beskrivningar av vad patienter upplevde som motiverande men även många likheter. Att få må bra både fysiskt och psykiskt var något som många ansåg vara motiverande. Det beskrivs att det var viktigt att även på äldre dagar kunna känna sig oberoende av andra och fortsätta bo kvar hemma vilket skapade motivation till att hålla sig fysiskt aktiv för att på så vis också undvika komplikationer eller reducera symptom från komplikationer (Korkiakangas et al. 2011b). Att alltid ligga steget före och hela tiden försöka hålla sjukdomen i schack kunde för vissa ses som en tävling vilket bidrog till motivation (Andersson et al., 2008). Att få vara kvar i livet och se sina barn och barnbarn växa upp ansågs motiverande till livsstilsförändringar och fick deltagarna till att leva så hälsosamt de förmådde (Ofstedal et al., 2010). Det upplevdes en oro att inte få vara kvar i livet och inte kunna vara kapabel till att ta hand om sina barn (Jutterström et al., 2012). Att dö i förtid och

överge de som var beroende av dem var inget alternativ vilket gjorde att de kämpade på och till slut var tvungna att inse hur allvarlig sjukdomen faktiskt var.

Något som många fann motiverande var att träna tillsammans med andra. Sociala kontakter som skapades i samband med träning var viktigt för att hålla motivationen uppe (Korkiakangas et al., 2011b). En annan möjlighet till livsstilsförändringar var tron på en stark inre motivation som på ett fundamentalt sätt bar ansvaret för livsstilsförändringarna (Jallinoja et al., 2008).

### **Acceptans**

Att acceptera sjukdomen som en del av det fortsatta livet har en stor betydelse för att kunna lyckas med livsstilsförändringar. Hur mycket stöd som än finns har liten betydelse om det är så att den egna viljan och accepterandet av sjukdomen saknas. En viktig vändpunkt var när patienterna insåg att de kunde använda kost och motion för att behandla sin diabetes, de kände att de hade makten och kände sig stärkta av det (Jutterström et al., 2012). Det kunde upplevas svårare att acceptera sjukdomen i början. Upplevelsen av skam förekom och att inte våga berätta för andra i tron om att de inte skulle förstå (Lin et al., 2008). Efter ett accepterande av sjukdomen var det omöjligt att bara fortsätta som vanligt, vilket gav motivation till att söka mer kunskap kring sjukdomen och den egna kroppen samt att förståelsen för sjukdomen ökade (Andersson et al., 2008).

### **Kunskap**

Att ha kunskap om hur diabetes typ 2 kan behandlas med kost och motion ökade möjligheten att lyckas med livsstilsförändringarna. Kunskap bidrog till att lära känna sin kropp bättre och vad som var okej att äta eller inte ihop med mätning av blodsocker vilket gjorde att deltagarna till slut visste vad de kunde äta och vad de var mer känslig för (Lin et al., 2007). Att planera i förväg vad som skulle ätas ökade möjligheterna att hålla sig till den diet som var föreslagen, som till exempel att göra en lista över vad som skulle ätas den veckan för att undvika situationer där alternativen var mindre bra (Rosenbek et al., 2011).

En svår uppgift att lära sig visades vara vad som var bra mat eller inte. En patient beskriver att det var som att lära sig äta igen. Mat som förr upplevts som nyttig framstod med nya kunskapen som onyttig. Att lära sig handla ny matvaror och laga helt nya maträtter som inte höjer blodsockret blev en viktig kunskap i processen att hantera sin diabetes typ 2 (Thomson, 2014). De som hade mer kunskap om sjukdomen och vilka komplikationer den kan ge var mer angelägna om att göra livsstilsförändringar (Jallinoja et al., 2008).

## Metoddiskussion

En kvalitativ ansats valdes för detta examensarbete då avsikten var att beskriva patienters upplevelser av hinder och möjligheter vid livsstilsförändringar som på grund av sjukdomen diabetes blir aktuella. För att fånga subjektiviteten hos enskilda individer valdes en kvalitativ ansats där upplevelserna har bearbetats och granskats för att teman ska ha haft möjlighet att uppstå (Friberg, 2006). De tolv valda artiklarna har granskats enligt Fribergs (2006) granskningsmall för att öka studiens trovärdighet. Fribergs (2006) modell för kvalitativ litteraturstudie har valts. Alla studiernas resultat är viktiga var för sig men en större förståelse för ett fenomen skapas om flera studier kan sammanställas till en ny helhet (Friberg 2006).

Sökningarna har genomförts i databaserna CINAHL, PubMed och Scopus. Sökningen i databasen CINAHL var den databas som genererade i flest vårdvetenskapliga artiklar som denna studie baseras på. Kompletterande sökningar gjordes i de andra två databaserna för att se så att inga relevanta artiklar missades. Ett stort antal artiklar var återkommande i databaserna vilket tyder på att en bred sökning gjordes med relevanta sökord. Antalet träffar från sökningarna var stort och kan enligt författarna uppfattas som en svaghet då avgränsningar gjorde att många artiklar föll bort som hade kunnat bidra till detta examensarbete. Samtidigt var det nödvändigt att begränsa sökningen eftersom att det hade varit omöjligt att gå igenom alla artiklar inom den tidsram som gavs för studien. Sökorden som använts har resulterat i vetenskapliga artiklar vars resultat väl motsvarat vårt syfte. Vi anser därför att vi ändå fått relevant material även efter begränsningar gjorts. Diabetes typ 2 har varit ett inklusionskriterie då det är den form av diabetes som ökar mest och som i vuxen ålder bryter ut på grund av olika ogynnsamma livsförhållanden. Artiklar vars innehåll inriktats på diabetes typ 1 har valts bort förutom en artikel där studien innehöll två deltagare med diabetes typ 1. Deltagarna i den aktuella studien uppfyllde inklusionskriterierna och studien i sig hade relevant innehåll så därför inkluderades den. Författarna gjorde ingen avgränsning gällande kön då diabetes typ 2 är en sjukdom som drabbar både män och kvinnor. Författarna är medvetna om att resultatet kan ha visat annorlunda i fall enbart kvinnor eller enbart män inkluderats i studien. Många av de artiklar som lästes av författarna var baserade på en blandning av könen vilket gjorde att författarna beslutade att inkludera båda könen för att få en bra spridning på resultatet. En artikel som valdes till denna litteraturstudie handlade enbart om kvinnor och eftersom inklusionskriterierna uppfylldes, svarade mot syftet och hade ett resultat byggt på väsentliga upplevelser kring kost, ansågs den vara högst relevant och inkluderades. En studie handlade enbart om taiwanesers upplevelser men ansågs även den

tillföra intressanta upplevelser och svarade mot studiens syfte så artikeln inkluderades. Artiklarna skulle även vara skrivna på engelska vilket kan ha påverkat resultatet då studier gjorda på andra språk kunde ha bidragit med fler relevanta artiklar till studien. Eftersom författarna behärskade engelska och svenska valdes inga andra språk. Att studierna skulle vara publicerade mellan 2008-2014 valdes för att så ny forskning som möjligt skulle kunna täckas in samt för att valt ämnesområde är oerhört stort att en begränsning var passande. Om äldrestudier inkluderats hade troligen resultatet påverkats med en större variation på upplevelser.

Artiklar som inkluderades i studien representerar många delar av världen som Sverige, Norge, Danmark, Finland, England, Australien, USA och Taiwan. Avsikten har varit att beskriva upplevelser från patienter med diabetes typ 2 i vilket betyder att ingen fokus har lagts vid studiernas härkomst. Studierna skildes lite åt beträffande syn på diabetes, kulturella och sociala aspekter samt levnadsvanor men många av upplevelserna var likartade vilket styrker denna studies trovärdighet. Detta gör att denna studies resultat kan vara användbar och viss överförbarhet kan vara möjlig.

Vid kvalitetsgranskningen som gjorts enligt Friberg (2006) framkom det att två av artiklarna saknade etiska godkännanden av sina studier men båda artiklarna var ändå vid granskningen av sådan kvalitet att de inkluderades i resultatet.

Författarna har arbetat enskilt och gemensamt med allt material samt bearbetat materialet fram och tillbaka så att inte nödvändig information skulle gå förlorad. Det har även gjort att olika perspektiv har tillförts litteraturstudien.

## **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att diabetes typ 2 innebär en omställning för patienterna till nya vanor och levnadssätt som inte alltid är lätta att genomföra. Centrala upplevelser som sågs som hindrande till livsstilsförändringar var *kamp*, *förnekelse*, *okunskap*, och *utanförskap*. Dessa teman kommer att diskuteras relaterat till upplevelserna av möjligheter som framkom i analysarbetet som var *motivation*, *acceptans*, *kunskap* och *stöd*.

### **Kamp - Motivation**

Livsstilsförändringar som kostomläggning upplevdes extra svåra. Särskilt svårt upplevdes det vara att inte få äta det som man tidigare ätit vilket skapade en inre kamp samt ett begär som

var svår att stå emot. Detta visar tydligt på behovet av individualiserad vård i diabetesbehandlingen där respekt för individernas tankar, levnadsvanor och unika behov tas i beaktande (Socialstyrelsen, 2010). Kampen som många individer upplevde kunde även kopplas ihop med tidigare upplevelser av misslyckanden. Det gjorde att individerna kände stor press över att få till bestående förändringar gällande kost och motion. Kraven som detta skapade ökade stressen och den inre kampen då rädslan för att misslyckas var stor. Det är nödvändigt med visad förståelse och respekt från sjuksköterskans sida (ICN, 2007). Det kan annars vara oerhört svårt att hjälpa patienter att överge gamla vanor och levnadssätt. Menar att Sjuksköterskan har ett viktigt arbete gällande anpassning av de råd som kan komma att bli aktuella i omvårdnaden av patienter med diabetes typ 2 (Andersson, 2012). Anpassningen bör då ske i enlighet med patienternas liv och villkor för att främja hälsa och välbefinnande. I de utvalda studierna fanns varierande beskrivningar på vad patienter upplevde som motiverande till att göra livsstilsförändringar, särskilt förekommande var att utföra fysisk aktivitet ihop med andra. För att livsstilsförändringarna gällande kost och motion skulle bli bestående var det enligt patienterna viktigt att känna stöd och gemenskap. Träning ihop med andra gjorde att patienterna i större utsträckning höll sig till sin träning, de ville helt enkelt inte svika de andra (Hansen, Landstad, Hellzén & Svebak, 2011).

Yttre faktorer som tidsbrist och dåligt väder gjorde att vissa upplevde det kämpigt med livsstilsförändringar. Tidsbristen kunde bero på arbetsrelaterade faktorer som stress och udda arbetstider vilket gjorde det svårt att hinna äta rätt, handla den rätta maten eller utföra fysisk aktivitet. Kneck, Klang och Fagerberg (2011) konstaterar i sin studie just detta problem, att behovet av att arbeta prioriterades framför att ta hand om sin diabetes, även om deltagarna visste att de borde tänka på sig själva och sin diabetes.

Psykiskt och fysiskt välmående var två stora faktorer som motiverade till livsstilsförändringar gällande fysisk aktivitet. En faktor som delades av många var att få finnas till för nära och kära så länge som möjligt. Ingen ville dö och lämna kvar de som var beroende av dem. De ville inte svika sina nära och kära.

### **Acceptans och förnekelse**

Resultatet visade också att många av deltagarna levde i förnekelse av sjukdomen vilket kunde ses som hindrande till många av de livsstilsförändringar som ansågs nödvändiga. Förnekelse av sjukdomen kan härledas till en dålig sjukdomsinsikt och bristande kunskap kring sjukdomen och dess komplikationer vilket påverkar hur patienter sköter sin egenvård.

Patienter förklarar att de upplevde rädsla för själva sjukdomen diabetes, rädsla för komplikationer och en rädsla för de förändringar de tvingades genomgå. En ökad känsla över att inte vara ”normala” visar på hur viktigt det är med god patientundervisning (Olshansky et al., 2008) så att livsstilsförändringar kan komma till stånd och förbli bestående. Det är viktigt att denna patientundervisning är anpassad till patientens kunskaps nivå för att informationen ska nå fram på ett bra sätt (Toft, 2010). Resultatet visar att det fanns ett behov att få vara som alla andra vilket gjorde att det skapades en konflikt mellan de krav som livsstilsförändringarna medförde och de åtgärder som gjordes. Några deltagare förstod inte riktigt varför de skulle ändra sin livsstil när de inte känner av några problem från sjukdomen. God egenvård ger många vinster på lång sikt, men inte lika många på kort sikt. Det gör att det kan vara svårt att motivera sig själv att bedriva egenvård, speciellt om ansträngningarna verkar större än vinsterna. Detta kan skapa problem för vårdpersonal gällande det preventiva arbetet (Wikblad, 2006). Det är viktigt att patienter med diabetes typ 2 känner att de förändringar de gör är värda tid och mödan samt ses som en investering i framtiden. Även fördelaktig omvårdnaden av patienter med diabetes typ 2 inriktas på patientens medverkan i den egna vården så att motivationen kan stödjas och individualiserade mål sätts upp. Utmaningen för diabetesvården ligger i att försöka vara lyhörd för vad patienten vill så att dennes unika behov blir tillfredställda. Det förutsätter vidare att det finns förståelse för att människor är olika och har olika sätt att hantera situationer (Wikblad, 2006).

### **Stöd och utanförskap**

Ett stort nyckelfynd var patienters upplevelser av stöd för att bättre lyckas med livsstilsförändringar. Både stöd från familj och från sjukvården ansågs vara viktigt. Patienter som levde i partnerförhållande upplevde mycket stöd när partnern var delaktig och upplevde det lättare när de var två som kunde hjälpas åt. Att hålla sig till den rekommenderade dieten var ofta det svåraste eftersom andra i hushållet oftast inte åt likadan mat och för många blev frestelsen många gånger för stor. Sjuksköterskan har en viktig roll i omvårdnaden av patienter med diabetes typ 2, det åliggs sjuksköterskan att hjälpa patienter att förstå sin sjukdom och förklara vikten av egenvård samt se till att informationen som ges är individanpassad (Socialstyrelsen, 2010). Detta styrks i en studie av Kneck et al. (2011) som beskriver att deltagarna upplevde ett gott stöd från sjukvården. De beskrev det som en sten att luta sig mot och att ha någon att diskutera med när problem uppstod. Det beskrivs vidare att för att få detta förtroende krävs att sjuksköterskan är öppen och har kunskap om individanpassad vård. Samspelet mellan patient och sjuksköterska är en viktig del i omvårdnaden, sjuksköterskans

uppgift är att stärka patientens egen förmåga till egenvård. När egenvårdsbrist föreligger måste sjuksköterskan hjälpa och stötta patienten och målet med omvårdnaden är till slut att få patienten självständig i sin egenvård (Orem, 2001). Det gäller att hitta de resurser som den enskilda individen besitter så att resurserna kan användas till att eliminera egenvårdsbrist. Upplevelser av utanförskap och att inte kunna vara som alla andra upplevdes hindrande i många situationer, främst i sociala situationer. I flera av studierna tar deltagarna upp att allt de vill är att vara som alla andra och att hela tiden bli påmind om sin sjukdom upplevdes tröttsamt. Detta gjorde många gånger att de åt som alla andra fast de visste att de inte borde och fick sedan dåligt samvete. Här är en tydlig brist i patientens egenvård. Det blir svårt att hålla sin diet när frestelsen blir för stor. Här behöver sjuksköterskan hjälpa patienten att komma på strategier till att kringgå detta. Sjuksköterskans uppgift är att leda in patienten på rätt spår och hjälpa dem till att hjälpa sig själva (Orem, 2001). Regelbundna kontroller hos sin sjuksköterska på vårdcentralen ansågs vara ett bra stöd. Det är viktigt med god uppföljning av patienternas resultat för att hålla dem på rätt spår då det finns många hinder till livsstilsförändringar (Edwal, Hellström & Ohrn, 2008). Detta ställer höga krav på sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete vid diabetes, att stödja patienterna till en bättre livsstil så att hälsa och välmående kan bevaras eller återfås är centrala delar av sjuksköterskans uppgifter (ICN, 2007)

### **Kunskap och okunskap**

Upplevelsen av att andras och egen okunskap var ett hinder för att lyckas med livsstilsförändringar var ett återkommande fenomen i flera av studierna. Som sjuksköterska är det viktigt att involvera familjen och även öka deras kunskap är viktigt för att de ska kunna stötta på ett bra sätt (Rosland et al., 2008). Sjuksköterskan har som uppgift att utforma information så att patienten kan ta till sig den och veta vad som ska göras. Informationen måste vara relevant för patienten och passa in dennes livsvärld. God kunskap om sin sjukdom och hur man hanterar den hjälper patienten till god egenvård (Orem, 2001). Om rätt kunskap ges till patienterna så resulterar det i en bättre insikt om hur kroppen fungerar och hur diabetes påverkar kroppen (Edwall et al., 2008). Patienten måste känna sig delaktig i vården för att finna motivation, därför måste patienten få kunskap om vilken slags egenvård som är relevant och hur patienten ska gå tillväga för att uppnå sina mål.

Många patienter beskrev att de lärde sig med tiden och det blev lättare ju mer kunskap de fick. Kunskapen kunde komma från olika håll, både från sjukvården och från dem själva. Genom att mäta blodsockret efter att de ätit och se vad som fick det att höjas lärde de sig vad som

skulle uteslutas ur kosten. Kunskap kan användas som ett kraftfullt redskap för att lyckas med framtida livsstilsförändringar. Patienterna lärde sig att kontrollera vad de kunde äta genom att mäta blodsockret efter måltid. Ju mer kunskap om sjukdomen och vilka komplikationer den kan ge desto mer angelägna var de att ändra på sina levnadsvanor (Kneck et al., 2011). Kunskap om sin sjukdom och hur den ska behandlas är alltså något som sjuksköterskan måste få in i omvårdnaden av patienten.

## **Konklusion och praktiska implikationer**

Med detta examensarbete var tanken att beskriva patienters upplevelser av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2 då det är en sjukdom som på många sätt förändrar individens vardag. Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som oftast innebär livslånga förändringar gällande kost och motion vilket ställer höga krav på individens egen förmåga till egenvård och förändring. Resultatet visar att centrala upplevelser var bland annat att patienterna upplevde en inre kamp i samband med livsstilsförändringar. Det var viktigt för patienterna att få känna sig som alla andra samt att stöd från sjukvård och anhöriga var något som upplevdes oerhört viktigt. Upplevelser av livsstilsförändringar kan bidra till ökad insikt och förståelse för hur individer klarar att ställa om till nya livsvillkor. Resultatet kan komma till nytta i det praktiska vårdarbetet av dessa patienter. En öppen attityd, djup förståelse och god kunskap kring individers olika och unika behov är viktiga egenskaper som tillskrivs sjuksköterskan. Vidare skapar det möjlighet för bestående livsstilsförändringar samt bättre livskvalité och hälsa för patienter med diabetes typ 2.

## **Vidare forskning**

Förslag till vidare forskning är enligt författarna att göra studier som innehåller deltagare med flera olika nationaliteter. Detta för att få ett bredare synsätt på vilka upplevelser som kan förekomma eftersom vi i dagens sjukvård stöter på patienter från flera olika kulturer. Flertalet av de artiklar som ingick i litteraturstudien inkluderade både män och kvinnor. För att få fram separata upplevelser skulle studier gjorda på ett specifikt kön kunna visa om upplevelserna skiljer sig åt mellan män och kvinnor.

## Referenser

- Agardh, C-D. (2005). Hypoglykemi. I C-D, Agardh. I C, Berne. & J. Östman. (Red.), *Diabetes* (ss. 153-158). Stockholm: Liber.
- Ahlin, K., & Billhult, A. (2012). Lifestyle changes – a continuous, inner struggle for women with typ 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 30(1), 41-47. doi:10.3109/02813432.2011.654193
- Andersson, M. (2012). Intigretet som begrepp och princip för god vård. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp I teori och praktik* (ss.378-389). Lund: studentlitteratur
- Andersson, S., Ekman, I., Lindblad, U., & Friberg, F. (2008). It's up to me! experiences of living with pre-diabetes and the increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes*, 2(4), 187-193.
- Edwall, L., Hellström, A., Ohrn, I., & Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with typ 2 diabetes. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(6), 772-781. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x
- Efendic, S., Groop, L. & Östenson, C-G. (2005). Orsaker till typ 2-diabetes. I C-D, Agardh. C, Berne. & J. Östman. (Red.), *Diabetes* (ss. 77-84). Stockholm: Liber.
- Envall, J. (2014). *Diabetes Typ 2*. Hämtad 15 april, 2014, från <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-2/#section-0>
- Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.105-113). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012). Pedagogiska traditioner av betydelse för patientundervisning. I E. Pilhammar (red.), *Pedagogik inom vård och handledning* (ss. 35 -64). Lund: Studentlitteratur.
- Groop, L. & Melander, A. (2005). Behandling med perorala antidiabetika. I C-D, Agardh. C, Berne. & J. Östman. (Red.), *Diabetes* (ss. 131-141). Stockholm: Liber.

Hansen,E., Landstad, B.J., 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. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00853.x

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 19 Maj, 2014, från:  
[http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

International Council of Nursing. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 19 Maj, 2014, från:  
<http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

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.

Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, Å (2012). Turning points in self-management of type 2 diabetes. *European Diabetes Nursing*. 9(2), 46-50.  
doi:10.1002/edn.205

Kneck, Å., Klang, B., & Fagerberg, I. (2011). Learning to live with illness: experiences of persons with recent diagnoses of diabetes mellitus. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(3), 558-566. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00864.x

Korkiakangas, E. E., Alahuhta, M. A., Husman, P.M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A. M., & Latinen, J. H. (2011a). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of caring Science*, 25(1), 65-69. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00791.x

Korkiakangas, E., Taanila, A., & Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2011b). 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. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00942.x

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

Livsmedelsverket. (2012). *Nordiska näringsrekommendationer 2012*. Hämtad 23 april från [http://www.slv.se/upload/dokument/mat/rad\\_rek/livsmedelsverket\\_nnr\\_2012\\_presentationsbr oschyr\\_webb.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/mat/rad_rek/livsmedelsverket_nnr_2012_presentationsbr oschyr_webb.pdf)

Mulder, H. (2010). Patogenetiska mekanismer vid utveckling av typ 2-diabetes I C-D, Agardh (Red.), *Typ 2-diabetes: Klassifikation, Diagnostik, Behandling* (ss.29-53). Stockholm: Liber.

Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010). Life values and self- regulation behaviours among adults with typ 2 diabetes. *Journal of clinical Nursing*, 19(17/18), 2548-2556. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03243.x

Olshansky, E., Sacco, D., Fitzgerald, K., Zickmund, S., Hess, R., Bryce, C., McTigue K., & Fischer, G. (2008). Living With Diabetes: Normalizing the Process of Managing Diabetes. *The Diabetes Educator*, 34 (6), 1004–1012.

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby Inc.

RosenbekMinet, L., Lonvig, E., Henriksen, J., & Wagner, L. (2011). The Experience of living With Diabetes Following a self- Management Program Based on Motivational Interviewing. *Qualitative Health Reserch*, 21(8), 1115-1126. doi:10.1177/1049732311405066

Rosland, A-M., Keiffer, E., Israel, B., Cofield, M., Palmisano, G., Sinco, B., Spencer, M., & Heisler, M. (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*.2008; 23(12): 1992–1999  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18855075>

SBU (2010) *Mat vid diabetes*. Hämtad 23 april <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Mat-vid-diabetes/>

Scherstén, B. (2005). Epidemiologi vid typ 2-diabetes och möjligheter till prevention. I C-D, Agardh. C, Berne. & J. Östman. (Red.), *Diabetes* (ss. 68-76). Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 9 maj 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-2-2>

Socialstyrelsen (2011) *Kostråd vid diabetes - en vägledning till hälso- och sjukvården*. Hämtad 23 april 2014 från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18471/2011-11-7.pdf>SFS

- Thompson, M. (2014). Occupations, habits, and routines: perspectives from persons with diabetes. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 21(2), 153-160. doi: 10.3109/11038128.2013.851278
- Toft, E. (2010). Behandlingsstrategier vid typ 2-diabetes. I C-D, Agardh. (Red.), *Typ 2-diabetes: Klassifikation, Diagnostik, Behandling* (ss.80-106). Stockholm: Liber.
- Wellard, S., Rennie, S., & King, R. (2008). Perceptions of people with typ 2 diabetes about self-managemant and the efficacy of community based services. *Contemporary Nurs: A journal For the Australian Nursing Profession*, 29(2), 218-226. doi:10.5172/conu.673.29.2.218
- Whittmore, R., Chase, S., Mandle, C-L. & Roy, C. (2002). Lifestyle Change in Type 2 Diabetes: A process model. *Nursing Research* 51 (1), 18-25.
- Wikblad, K. (2006). Egenvårdsutbildning för personer med diabetes. I K, Wikblad. (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (ss. 179-191). Lund: Studentlitteratur.
- WHO (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia: Report of a WHO/IDF consultation. Hämtad 8 Maj, 2014, från [http://www.who.int/diabetes/publications/diagnosis\\_diabetes2006/en/](http://www.who.int/diabetes/publications/diagnosis_diabetes2006/en/)
- WHO (2013) 10 facts of diabetes. Hämtad 8 Ma,j 2014, från <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/en/>
- Zanuso, S., Jimenez, A., Pugliese, G., Corigliano, G. & Balducci, S. (2010). Exercise for the management of type 2 diabetes: a review of the evidence. *Acta Diabetol* (2010) 47:15–22DOI 10.1007/s00592-009-0126-3. Läst online 9 maj 2014
- Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I F. Friberg (red.) *Dags för uppsats –Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 45-70) Lund: Studentlitteratur
- Östman, J. (2005). Definition, diagnostik och klassificering. I C-D, Agardh. C, Berne. & J. Östman. (Red.), *Diabetes* (ss. 11-19). Stockholm: Liber.



Bilaga I. Översikt över sökresultat

Pubmed	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	diabetes type 2	88805				
#2	lifestylechang*	4521				
#3	#1 and #2	587				
Begränsningar:Journal Article 08-01-01- English Language, Nursing journals		31	31	8	5	3
Datum 14-04-02						

CINAHL	Sökord	Träffar	Lästatitlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus")	49720				
#2	(MH "Life Style Changes") OR (MH "Behavioral Changes")	10276				
#3	experience*	159309				
#4	#1 and #2 and #3	47				
Begränsningar: Peer reviewed, English Language 20080101-		29	29	5	4	3
Datum 14-03-24						

Scopus	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	diabetes	579904				
#2	lifestylechange*	26744				
#3	"patient* experience*"	35865				
#4	#1 and #2 and #3	16				
Begränsningar: "nurs" English Language 20080101-		1	1	1	1	1
Datum 14-04-03						

CINAHL	Sökord	träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda Artiklar
#1	(MH "Diabetes Mellitus, Type 2") OR (MH "Diabetes Mellitus")	49720				
#2	Experience*	159315				
#3	self- management	4620				
#4	#1 and #2 and #3	144				
Begränsningar: Peer reviewed, English Language 20080101-		73	73	10	6	4
Datum 14-04-04						



Författare, årtal och land	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<b>Författare:</b> Ahlin, K. & Billhult, A. <b>Årtal:</b> 2012 <b>Land:</b> Sverige	Syftet med studien var att beskriva hur kvinnor hanterade nödvändiga livsstilsförändringar vid kronisk sjukdom som diabetes typ 2.	Kvalitativ ansats med Fenomenologisk utgångspunkt Djupgående intervjuer	Tio kvinnor > 65 år med diabetes typ 2 Sjukpensionärer eller pensionerade Varierande komplikationer från inga till stroke.	Resultatet visar att kvinnorna upplever en enorm inre kamp vid diabetes typ 2 som försvårar livsstilsförändringarna.
<b>Författare:</b> Andersson, S., Ekman, I., & Lindblad, U., & Friberg, F. <b>Årtal:</b> 2008 <b>Land:</b> Sverige	Syftet med studien var att utforska upplevelser från personer som befinner sig i förstadiet av diabetes och som även har en ökad risk till typ 2 diabetes.	Kvalitativ ansats Intervjuer Fenomenologisk /hermeneutisk utformning av analysarbetet.	10 deltagare, 5 män och 5 kvinnor.	Resultatet visade att individer som är i förstadiet till diabetes typ 2 befinner sig i gränslandet mellan att vara frisk och lida av en sjukdom. Känslan att ha kontroll trots upplevelsen av att vara i risk att utveckla diabetes typ 2 var ett viktigt tema som framkom. Även upplevelserna av att möta hinder eller möjligheter framkom.
<b>Författare:</b> Jallinoja, P., Pajari, P., & Absetz, P. <b>Årtal:</b> 2008 <b>Land:</b> Finland	Syftet med studien har varit att beskriva hur individers upplevelser av livsstilsförändringar före och efter hälsofrämjande åtgärder sattes in.	Kvalitativ ansats Intervjuer	Individer med risk för att utveckla diabetes i åldern 50-65 år 216 deltagare i 20 grupper. Delade upp i två grupper. De som hade gått upp i vikt o de som gått ned de som gått ned 4,5 % inkluderades och de som gått upp 2% inkluderades. 18 som ökat och 20 som minskat i vikt	Resultatet visade att det finns tre olika sätt att uppleva svårighetsgraden på livsstilsförändringar. De som upplever det som en hopplös utmaning, de som kämpar för en förändring och de som tycker det är ganska lätt.
<b>Författare:</b> Bilaga II Artikelöversikt Jutterström, L., Isaksson, U., Sandström, H., & Hörnsten, Å.	Studiens syfte var att belysa vändpunkter för egenvård som individer upplevde.	Kvalitativ ansats Intervjuer	18 deltagare, 10 män och 8 kvinnor	Resultatet visade på att de vändpunkter som deltagarna beskrev blev en motivation mot ett bättre liv och förändrade levnadsvanor.

<b>Årtal:</b> 2012 <b>Land:</b> Sverige				
<b>Författare:</b> Korkiakangas, E.E., Alahuhta, M.A., Husman, P.M., Keinänen- Kiukaanniemi, S., Taanila, A.M., & Laitinen, J.H. <b>Årtal:</b> 2011 <b>Land:</b> Finland	Syftet med studien var att beskriva hinder och möjligheter till motion bland vuxna som har hög risk att utveckla diabetes typ 2.	Kvalitativ ansats  Videospelade grupp konsultationer	74 deltagare, 33 män och 41 kvinnor	Resultatet visade att det fanns många viktiga motiverande faktorer som bidrog till träning. Framför allt att träning sågs som lustfyllt och glädjande samt att det bidrog till sociala kontakter.
<b>Författare:</b> Korkiakangas, E., Taanila, A.M. & Keinänen- Kiukaanniemi, S. <b>Årtal:</b> 2011 <b>Land:</b> Finland	Syftet med studien vara att beskriva vad patienter upplevde som hinder och vad de upplevde var motiverande för att utöva motion.	Kvalitativ ansats  Frågeformulär med öppna frågor	134 deltagare som var födda år 1935 och hemmahörande i staden Oulu	Resultatet av studien visade att det som motiverade deltagarna att motionera var, viktkontroll och fysisk och psykiskt välmående.
<b>Författare:</b> Lin, C-C., Anderson, R.M., Hagerty, B.M., & Lee, B-O. <b>Årtal:</b> 2008 <b>Land:</b> Taiwan	Syftet med studien var att förstå samt dokumentera olika perspektiv från taiwaneser med diabetes typ 2 relaterat till den process och de strategier som används till att sköta egenvården vid kronisk sjukdom.	Kvalitativ ansats  Intervjuer Fokusgrupper	41 deltagare	Resultatet visar att det var en stor påverkan på det dagliga livet för dessa taiwaneser med diabetes typ 2. Stigmatisering var ett faktum för dessa deltagare och resultatet visade även på att det är olika hur individer tar till sig sjukdomen samt att egenvårdsprocessen spelar in på vilken sociokulturell bakgrund individen har.
<b>Författare:</b> Ofteal, B., Karlsen, B., & Bru, E. <b>Årtal:</b> 2010 <b>Land:</b> Norge	Syftet med studien var att identifiera värderingar hos vuxna individer med diabetes typ 2 och beskriva deras upplevelser av hur dessa värderingar påverkar egenvården.	Utforskande/ beskrivande kvalitativ ansats  Fokusgrupper	19 deltagare, 12 män och 7 kvinnor.	Resultatet visar att de värdefulla värderingar som deltagarna upplevde påverkade den dagliga egenvården.
<b>Författare:</b> Rosenbeck Minet, L.K., Lönvig, E-M., Henriksen, J-E., & Wagner, L. <b>Årtal:</b> 2011 <b>Land:</b> Danmark	Syftet med studien vara att utforska och beskriva den levda erfarenheten hos individer med diabetes typ 2 efter 1 års behandling i egenvårdprogram med särskild	Kvalitativ studie  Fokusgrupper  Intervjuer	349 deltagare  Både diabetes typ 1 och typ 2 och deltagarna slumpades till antingen kontrollgruppen	Resultatet visar att individerna med diabetes har specifika behov gällande stöd i den dagliga egenvården. Upplevelse av en meningsfull vård hjälpte patienterna att

	inriktning på motiverande samtal ledda av sjuksköterskor.		eller försöksgruppen	övervinna de hjälpbehov som deltagarna upplevde.
<b>Författare:</b> Thompson, M. <b>Årtal:</b> 2014 <b>Land:</b> USA	Syftet med studien vara att undersöka och beskriva hur personer med diabetes uppfattar arbetet kopplat till egenvården av diabetes.	Kvalitativ ansats  Intervjuer och foto dagbok	Åtta deltagare, fem män och tre kvinnor, i ålder 36-78 år	Resultatet bygger på fyra teman och sammanfattningsvis framkom att deltagarna som fått likartad undervisning angående egenvård, tolkade och utförde åtgärder på olika sätt.
<b>Författare:</b> Wellard, S.J., Rennie, S., & King, R. <b>Årtal:</b> 2008 <b>Land:</b> Australien	Syftet med studien var att belysa individers föreställningar om mötet med hälso- och sjukvården i samband med kontrollen av sin diabetes typ 2	Kvalitativ, tolkande ansats  Djupintervjuer med halvstrukturerade frågor.	4 deltagare 1 man och 3 kvinnor	Resultatet visar att deltagarna upplevde stora brister i mötet med vården. Svårigheter med tidsbokningar och långa väntetider samt en upplevelse av att vårdpersonal inte uppmärksammade deras behov av kunskap.