

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:15

Den svåra förändringen
Patienters upplevelser av att förändra livsstil vid diabetes typ 2

John Boxall
Alexandra Holmström



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Den svåra förändringen – Patienters upplevelser av att förändra livsstil vid diabetes typ 2
Författare:	John Boxall & Alexandra Holmström
Ämne:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	SSK25b
Handledare:	Lise-Lott Berg
Examinator:	Eva Persson

SAMMANFATTNING

Diabetes typ 2 har de senaste åren successivt ökat och blivit en allt vanligare sjukdom, vilket resulterar i att allmänsjuksköterskan allt oftare möter denna patientgrupp. Patienten som drabbas av diabetes typ 2 behöver göra livsstilsförändringar gällande kost och motion, risken är annars stor att patienten drabbas av komplikationer. För att sjuksköterskan ska kunna motivera och ge stöd är det viktigt med förståelse för vad livsstilsförändringar innebär för patientens livsvärld. Syftet med denna litteraturstudie är att, med Evans (2003) analysmodell av kvalitativa artiklar, beskriva patienters upplevelser av att förändra livsstil vid diabetes typ 2. Genom analysen framkom fyra kategorier med tillhörande underkategorier. Den första kategorin är: Det egna ansvaret, med underkategorierna Personliga strategier och Planering och struktur. Nästa kategori är: Välja att ta en paus, med underkategorierna Paus, då begäret blir för stort, Berättigade orsaker till paus och Kontrollerad paus. Den tredje kategorin är: Relationers inverkan, med underkategorierna Relationers negativa inverkan och Relationers positiva inverkan. Den sista kategorin är: Motivation, med underkategorierna Egenmotivation och Bekräftelse från andra. Av resultatet framkommer det att sjuksköterskan har en viktig roll genom att individanpassa livsstilsförändringen och undervisa patienten i egenvård. Det påvisas även en genusskillnad, vilken sjuksköterskan bör beakta. Det är också av vikt att sjuksköterskan motiverar patienten att genomföra och bibehålla livsstilsförändring, samt att få patientens familj delaktig i förändringen.

Nyckelord: Diabetes typ 2, Livsstilsförändring, Patientperspektiv, Upplevelser.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Diabetes typ 2	1
Beskrivning av diabetes typ 2	1
Behandling	2
Tidigare forskning	3
Familjens betydelse	3
Sjuksköterskans roll med inriktning på den pedagogiska funktionen	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
RESULTAT	6
Det egna ansvaret	7
Personliga strategier	7
Planering och struktur	8
Välja att ta en paus	9
Paus, då begäret blir för stort	9
Berättigade orsaker till paus	10
Kontrollerad paus	11
Relationers inverkan	11
Relationers negativa inverkan	11
Relationers positiva inverkan	13
Motivation	13
Egenmotivation	13
Bekräftelse från andra	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	16
PRAKTISKA IMPLIKATIONER	20
Bilaga 1	25
Översikt av analyserad litteratur	25

INLEDNING

Diabetes typ 2 är en sjukdom som i västvärlden drabbar allt fler, den anses vara en folkhälsosjukdom som innebär att livsstilsförändringar måste göras. Den ökade mängden patienter med diabetes typ 2 leder till att vi som sjukvårdspersonal, oberoende av arbetsplats allt oftare möter denna patientgrupp. Vårt intresse av att få en djupare förståelse för patienters upplevelser av att genomföra livsstilsförändringar väcktes genom möten med diabetespatienter i olika vårdsituationer. Att förändra sin livsstil kan vara svårt och det kan medföra att uppfattningen av sig själv, samt sin relation till omvärlden förändras. Genom att beskriva patienters upplevelser av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2, kan det ge ökad förståelse för denna patientgrupp.

BAKGRUND

Nedan presenteras en beskrivning av diabetes typ 2 inklusive dess behandling och komplikationer, samt vad tidigare forskning skriver om att göra livsstilsförändringar vid diabetes typ 2. Vidare beskrivs familjens betydelse och sjuksköterskans roll för patienter med denna sjukdom.

Diabetes typ 2

I Sverige har cirka 350 000 - 400 000 personer diabetes (Larsson, 2003) och av dem utgör 85-90 procent patienter med diabetes typ 2. Minst tio procent av befolkningen som är över 70 år har diabetes typ 2 (Socialstyrelsen [SOS], 2001). Sena komplikationer som uppkommer av diabetes, så som problem med njurar, ögon och cirkulation står för cirka åtta procent av sjukvårdskostnaderna i Sverige (Larsson, 2003). Socialstyrelsen (2001) beräknar att diabetikers kontakt med sjukvården, under en tioårsperiod, kommer att öka med tio procent, vilket kommer att resultera i ökade kostnader. Diabetes typ 2 är betecknad som en folkhälsosjukdom där en livsstil med mindre fysisk aktivitet kombinerat med onyttig kosthållning ökar risken att bli drabbad (Larsson, 2003).

Beskrivning av diabetes typ 2

För att kroppen ska kunna tillgodogöra sig energi, vilket är i form av glukos krävs insulin. Diabetes typ 2 orsakas av nedsatt känslighet för insulin, så kallad insulinresistens, i samverkan med bristande insulinproduktion (Larsson, 2003). Orsaker och riskfaktorer till insulinresistens är ärftlighet, låg fysisk aktivitet, övervikt, rökning och högt blodtryck. De flesta av dessa riskfaktorer är kopplade till livsföring, vilken kan påverkas och förändras (SOS, 2001).

Komplikationer till diabetes typ 2 kan delas in i akuta och sena komplikationer, där de sena komplikationerna är den vanligaste dödsorsaken för patienter med diabetes typ 2. De akuta komplikationerna uppkommer då patienten under en kortare tid inte har en balanserad livsstil och har misskött eventuella läkemedel. Akuta komplikationer är hypoglykemi och hyperglykemi, där svårighetsgraden varierar beroende på

blodglukosvärde. Sena komplikationer uppkommer då patienten under en längre tid inte haft kontroll över sjukdomen. Vanliga senkomplikationer är kärlförändringar i både stora och små kärl, vilket kan leda till högt blodtryck, njur-, ögon- och nervskador (Larsson, 2003).

Behandling

Behandling vid diabetes typ 2 är beroende av sjukdomens svårighetsgrad, det vill säga i vilken grad kroppen kan producera insulin, samt dess insulinresistens. Grundbehandlingen består av icke-farmakologisk behandling, som innefattar en kontrollerad kosthållning, fysisk aktivitet och i förekommande fall rökavvänjning. Den icke-farmakologiska behandlingen kompletteras inte sällan med farmakologisk behandling. Den första grundstenen i den icke-farmakologiska behandlingen består av en god sammansatt kost med lämplig fördelning av de olika näringsämnena, som intas på regelbundna tider. Kosten ska vara rik på kolhydrater med högt fiberinnehåll och lågt glykemiskt index. Fett ska intas i lagom mängd och till största delen vara fleromättat. Om det inte förekommer komplikationer behöver proteinintaget ej minskas. Övervikt är vanligt förekommande vid diabetes typ 2, i synnerhet bukfetma. Vid övervikt krävs viktning, vilket är en förutsättning för att undvika komplikationer. Utgångspunkten vid förändrad kosthållning är hushållets tidigare rutiner och att förändringen ska anpassas därefter (Larsson, 2003; Vessby & Asp, 2005).

Den andra grundstenen i icke-farmakologisk behandling är den fysiska aktiviteten, som ska anpassas till patientens förutsättningar och kan exempelvis bestå av promenader och trädgårds- eller hushållsarbete. Fysisk aktivitet har vid diabetes typ 2 flera positiva effekter. Vid fysisk aktivitet ökar känsligheten för insulin, risken för hjärt- och kärlsjukdomar minskar och dessutom leder en god fysisk aktivitet till ökat välbefinnande (Wallberg-Henriksson & Krook, 2005; SOS, 2001). I förekommande fall då patienten är rökare är rökavvänjning en viktig del i den icke-farmakologiska behandlingen. Då rökning är en stor riskfaktor till insjuknande av diabetes typ 2, ökar det också risken att snabbare drabbas av komplikationer. Rökavvänjning leder i många fall till viktuppgång, vilket kan göra avvänjningen svårare för patienten, då sjukdomen förvärras. Detta måste beaktas och dieten kan över en period behöva anpassas ytterligare (Berne & Sörman, 2005). Behandlingen är beroende av patientens eget ansvar till egenvård. Egenvård innefattar hur behandlingen hanteras i patientens vardag, med tidigare vanor och livsstil och den täcker ett stort område inom diabetes typ 2. Egenvård innefattar också att ha kunskap om komplikationer, hur de uppkommer och hur de ska hanteras efter uppkomst. Genom utbildning från sjukvårdspersonal om diabetes typ 2 kan patienten få kunskap rörande sjukdomen, behandlingen och egenvården (Berne & Sörman, 2005; Björvell, 2001).

Är sjukdomen ej under kontroll med icke-farmakologisk behandling, samt om den förvärras sätts kompletterande farmakologisk behandling in. Vid ställningstagande av farmakologisk behandling består valet av antingen peroral antidiabetika eller insulin. Valet är beroende av sjukdomens svårighetsgrad, samt patientens förmåga till egenvård och livsstilsförändring (Olsson, Östman & Adamson, 2005).

Tidigare forskning

Tidigare forskning visar att det är svårt att genomföra och upprätthålla livsstilsförändringar, samt att vården är beroende av patientens eget ansvar. Beroende på tidigare erfarenheter och eventuella sjukdomar har patienter olika svårt att anpassa sig till en ny livsstil (Day, 1995; Frandsen & Kristensen, 2002; Nelson, Reiber & Boyko, 2002). Enligt Merleau-Ponty (1997) är kroppen bärare av tidigare erfarenheter och av personens självbild. Vidare beskrivs kroppen som ett subjekt och att människan är sin kropp, genom vilket omvärlden upplevs. Vid kroppsliga förändringar, såsom sjukdom eller skada förändras också tillgången till omvärlden (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Day (1995) beskriver att patienter måste känna ett hot mot hälsan för att kunna ta eget ansvar till att ändra livsstil. Detta poängterar även Dietrich (1996), vilket visas genom att patienter som genomgår förändringen till att behandlas med insulin har lättare att följa råd om livsstilsförändring, än de patienter som behandlas icke-farmakologiskt eller med perorala läkemedel.

I Nelson, Reiber och Boykos (2002) studie framkommer det att cirka 70 procent av patienterna inte följer rekommendationerna för fysisk aktivitet och att 65 procent av patienterna inte följer kostråden. För att patienten lättare ska kunna förändra sin livsstil skriver tidigare forskning att den icke-farmakologiska behandlingen måste anpassas efter patientens vardag och förmågor (Day, 1995). Den dagliga tillvaron och världen som människan lever i beskrivs inom vårdvetenskapen för människans livsvärld. Enligt Bengtsson (2005) beskrivs livsvärlden av Merleau-Ponty som världen såsom vi lever den, något som ständigt är närvarande och aldrig kan undgås. Livsvärlden är unik för varje enskild person, samma händelse kan upplevas olika beroende på tidigare erfarenheter. Det är genom patientens berättelser och beskrivningar som sjuksköterskan kan få kunskap om patientens livsvärld, för att därmed kunna ge stöd (Dahlberg, et al. 2003). Forskning visar att då patienten får vara delaktig i besluten rörande sin livsstilsförändring ökar följsamheten till rekommenderad behandling (Whittemore, 2000). Egenvård är beroende av patientens attityd och vilja, vilket kan påverkas av sjuksköterskans förståelse och stöd (Day, 1995).

Familjens betydelse

Diabetespatienter hanterar sin sjukdom bäst då de har stöd från familjen. Genom att känna samhörighet, veta att någon bryr sig och uppleva motgång och medgång tillsammans med någon kan vardagen bli lättare. Ett socialt stöd främjar tillfrisknande och anpassning och i situationer då patienten inte har socialt stöd blir anpassningen svårare. (Polonsky, 2002; Ross, Mirowsky & Goldstein, 1990). Sker förändring i hälsan hos en individ kommer det att påverka övriga familjemedlemmar. Beroende på hälsoförändring och dess konsekvenser påverkas familjen och dess medlemmar olika mycket (Wright & Leahey, 1998). Då en familjemedlem drabbas av en obotlig sjukdom, exempelvis diabetes typ 2, kan det för individen och familjen innebära en kris. Kris beskrivs enligt Cullberg (2003) som en situation där tidigare erfarenheter och resurser inte räcker till för att kunna bemästra situationen. Kan krisen inte bemästras, behövs stöd och hjälp för att kunna hantera den nya situationen (Granum, 1994). Individens livsstil är till stor del förankrad i familjens dagliga livsföring, det vill säga matvanor,

aktivitetsnivå och eventuell rökning. Vilket förhållningssätt familjen har till dessa livsstilsfaktorer har stor betydelse för den enskilda individens inställning och möjlighet att göra livsstilsförändringar (Ross, Mirowsky & Goldsteen, 1990).

Sjuksköterskans roll med inriktning på den pedagogiska funktionen

Sjuksköterskans har vid vård av patienter med diabetes typ 2 det grundläggande ansvaret för patientens omvårdnad. Omvårdnaden innebär bland annat identifiering och bedömning av patientens problem och resurser utifrån noga insamlad data från patient och närstående (SOS, 2001). För att på bästa sätt förstå patienten är det viktigt att sjuksköterskan skaffar sig en uppfattning om patientens livsvärld, för att därigenom anpassa omvårdnaden till att skapa bästa förutsättning till livsstilsförändring. I omvårdnadsrollen ingår en hälsobefrämjande, behandlande, rehabiliterande och lindrande funktion, där undervisning är ett redskap för att lyckas. Undervisningens mål är att förbättra patientens motivation och uppfattning av sin sjukdom för att nå hälsa och välbefinnande, vilket görs genom att skapa trygghet och tillit, öka kunskapsnivån och förmedla vikten av att förändra livsstil (Granum, 1994).

Sjuksköterskor beskriver undervisning som bland annat att informera, ge råd och hjälpa, förklara, upplysa och uppmana (Friberg, 2001; Gedda, 2001). Den pedagogiska kompetensen utvecklas genom erfarenhet i situationer som uppstår, samt av iakttagelse av andra och det har visat sig att personliga egenskaper, såsom empati och förståelse underlättar utvecklingen av denna kompetens (Bergh, 2002; Gedda, 2001). Forskning visar att sjuksköterskors patientundervisning sker företrädesvis spontant och informellt, och att den sällan är problembaserad och utgår från patientens erfarenheter och livsvärld, vilket problematiserar patientens lärande (Friberg, 2001; Gedda, 2001). Forskningen beskriver dock att sjuksköterskor är medvetna om att undervisning inte sällan sker på rutin och att den då blir oreflekterad och inte utgår ifrån patientens unika situation (Bergh, 2002). Trots att undervisningen är integrerad och utgör en stor del av sjuksköterskans arbetsuppgifter är sjuksköterskans pedagogiska funktion relativt osynlig (Gedda, 2001). Sjuksköterskans sätt att undervisa handlar idag till stor del om förmedling, att säga åt patienten att ändra levnadsvanor, vilket gör att patienten inte blir delaktig och då inte heller kan ta initiativ till egenvård i samma utsträckning (Öhman, 2003). Ett aktivt lärande kan uttryckas genom att patienten söker kunskap med sjuksköterskan som vägledare (Bergh, 2002; Friberg, 2001).

Undervisning och stöd är en viktig del för att patienten själv ska kunna bedriva egenvård och egenvården är också beroende av patientens förmåga att bedöma situationer och fatta beslut därefter. Denna förmåga bygger på att till en början ha ett reflekterande tankesätt över sitt beteende, som grundar sig ur livsvärlden, med tidigare erfarenheter och vanor (Björvell, 2001). Holm Ivarsson (2007) förklarar att motiverande samtal är en metod som bland annat används vid rådgivning om kost, viktminskning och fysisk aktivitet för att få patienten att reflektera över sin situation. Metoden är patientcentrerad och syftar till att ändra patienters beteende, genom att öka motivationen och få patienten att fatta egna beslut och själv komma fram till egna lösningar. Detta till skillnad från den traditionella undervisningen där patienten uppmanas till förändring, vilken sjuksköterskan utgår från att patienten kommer att följa. Människan har dock ett

behov av att få information, råd och stöd från sjuksköterskan, vilket gör att sjuksköterskan måste vara uppmärksam och öppen för i vilken utsträckning patienten är i behov av detta. Utgångspunkten vid motiverande samtal är att människan har ett behov av att bli hörd, sedd, förstådd, accepterad och respekterad. Genom motiverande samtal kan patienten själv komma fram till bästa sätt att ändra beteende utifrån sin livsvärld (Holm Ivarsson, 2007). Då den nya livsstilen blivit en vana, det vill säga att ingen extra planering krävs, skapas en kontroll och trygghet i situationen, vilket leder till ett långvarigt välbefinnande (Björvell, 2001). Att känna välbefinnande är enligt Eriksson (1984) en inre upplevelse som är svår att direkt observera. Känslan kan delas upp i kort- och långvarigt välbefinnande, där exempelvis en chokladkaka ger ett kortvarigt välbefinnande och som ovan nämnts ger trygghet och kontroll ett långvarigt välbefinnande (Björvell, 2001). Välbefinnande beskrivs vidare av Eriksson (1984) som en del i begreppet hälsa, där hälsa definieras som någonting relativt, det vill säga känslan att ha hälsa kan upplevas trots skada eller sjukdom och den kan variera från en stund till en annan. Genom undervisning och stöd kan sjuksköterskan tillsammans med patienten arbeta med att lösa problem och finna rätt sätt att göra livsstilsförändringar, för att skapa bästa förutsättning till att känna välbefinnande i sin hälsosituation (Björvell, 2001).

PROBLEMFÖRMULERING

Diabetes typ 2 har de senaste åren successivt ökat och blivit en allt vanligare sjukdom, vilket resulterar i att allmänsjuksköterskan allt oftare möter denna patientgrupp. Patienten som drabbas av diabetes typ 2 behöver göra livsstilsförändringar gällande kost och motion. Tidigare forskning visar att det är svårt att genomföra och upprätthålla livsstilsförändringar och att vården är beroende av patientens eget ansvar. Det kan vara svårt att genomföra dessa förändringar på grund av invanda rutiner, livslånga mattraditioner och eventuellt andra sjukdomar. Förändras inte livsstilen är risken stor att patienten drabbas av komplikationer, såväl tidiga som sena, vilket påverkar patientens välbefinnande. För att sjuksköterskan ska kunna motivera och ge stöd är det viktigt med förståelse för vad livsstilsförändringar innebär för patientens livsvärld. Det är genom patientens berättelser och beskrivningar som sjuksköterskan kan få kunskap om patientens livsvärld.

SYFTE

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av att förändra livsstilen vid diabetes typ 2.

METOD

Studien genomfördes som en litteraturstudie, där kvalitativ forskning analyserades för att bidra till kunskap för evidensbaserad omvårdnad. Kvalitativa studier ger en ökad förståelse för den enskilda personens upplevelser, livsvärld och individuella behov. Den ökade förståelsen kan ge vårdpersonal vägledning i möte med patienten (Friberg, 2006). Val av metod grundar sig i att studien ska beskriva patienters upplevelser, vilket är

denna ansats syfte. Evans (2003) beskriver en modell för tillvägagångssätt vid analys av kvalitativa studier, där arbetsgången består av fyra faser. Den inledande fasen beskrivs som en insamlingsfas, där problemet preciseras, sökord formuleras och där litteratur söks och väljs utifrån inklusionskriterier. De artiklar som analyserades i denna studie är funna genom sökning i databasen Cinahl, med sökord funna genom dess tesaurus. Sökorden som användes var Diabetes Mellitus Non-Insulin-Dependent, Non-compliance, Life Style Changes, Life Style, Health Behavior och Living with diabetes. Med olika kombinationer av dessa sökord, samt valda inklusionskriterier resulterade sökningen i fem artiklar. Inklusionskriterier för artiklarna var att de skulle följa den vetenskapliga forskningsprocessen, vara förhandsgranskade, kvalitativa och publicerade efter år 1997. Ytterligare inklusionskriterier var att artiklarna endast skulle behandla diabetes typ 2 med fokus på patientperspektivet. Utifrån de fem valda artiklarna gjordes en kedjesökning från referenser i tre av artiklarna (Peel, Parry, Douglas & Lawton, 2005; Koch, Kralik & Taylor, 2000; Whittemore, Chase, Mandle & Roy, 2002), vilket resulterade i ytterligare tre artiklar. Samtliga åtta artiklar som valdes beskriver patienters upplevelser av att genomgå en livsstilsförändring vid diabetes typ 2. Två av artiklarna är från Australien, fyra från USA och två från Storbritannien. Under litteratursökningen blev även innehållsrika artiklar, som kunde användas till bakgrund och diskussion funna.

Nästa fas i Evans (2003) modell för analys av kvalitativa studier innebär att artiklarna läses upprepade gånger för att skapa en helhetsuppfattning, varav fokus ligger på artiklarnas resultat. Vid genomläsning identifieras nyckelfynd ur meningsenheter från varje artikel, som anknyter till forskningsproblemet och syftet. Nyckelfynden som identifierades kodades efter innebörd, det vill säga efter patienternas upplevelser. För att få en översikt över alla nyckelfynd i varje enskild artikel ströks de under och numrerades, därefter antecknades kodorden i ett anteckningsblock efter gjord numrering. I Evans (2003) tredje fas ska kategorier identifieras utifrån kodorden ur varje artikel, genom att analysera skillnader och likheter i artiklarnas resultat. De identifierade kategorierna grupperades efter likheter, där citat som kunde förklara och styrka kategorierna sedan utsågs. För att göra grupperingen överskådlig och för att lättare finna de utvalda citaten gjordes en korstabell där de numrerade kodorden från samtliga artiklar sammanställdes till tillhörande kategori. Ur kategorierna identifierades underkategorier, som slutligen tillsammans med kategorierna förklarade forskningsproblemet. Genom analysen identifierades fyra kategorier och nio underkategorier, som återigen undersöktes för att nå kärnan i kategorierna och skapa en ny helhet. I Evans (2003) fjärde och sista fas ska varje kategori presenteras och styrkas genom referering till originalartiklar (Evans, 2003; Friberg, 2006).

RESULTAT

Genom analys av artiklarna identifierades fyra kategorier (fet stil) med tillhörande underkategorier (normal stil), dessa presenteras i tabell 1.

Tabell 1

Det egna ansvaret	Välja att ta en paus	Relationers inverkan	Motivation
Personliga strategier	Paus, då begäret blir för stort	Relationers negativa inverkan	Egenmotivation
Planering och struktur	Berättigade orsaker till paus	Relationers positiva inverkan	Bekräftelse från andra
Kontrollerad paus			

Det egna ansvaret

Egenvård är en stor del i behandlingen av patienter med diabetes typ 2 och i analysen av artiklarna framkom det att patienter har olika personliga strategier för att hantera livsstilsförändringen och klara av egenvården. Patienterna beskriver även vikten av att finna en struktur, men att den av vissa patienter upplevs frustrerande (Penckofer, Estwing Ferrans, Velsor-Friedrich & Savoy, 2007; Rayman & Ellison, 2004; Whittemore, Chase, Mandle & Roy, 2002). Detta förklaras och beskrivs vidare i de två underkategorierna Personliga strategier samt Planering och struktur.

Personliga strategier

Vid livsstilsförändring, som krävs vid diabetes typ 2, berättar patienter att förändringen underlättas om en personlig strategi utvecklas (Whittemore, et al., 2002). I Rayman och Ellisons (2004) studie beskrivs det att patienter upplever rädsla för att göra fel då de inte vet vad sjukdomen innebär för deras dagliga liv. Denna rädsla minskar då patienterna får erfarenheter om vad som påverkar deras blodsockervärde relaterat till livsstil, vilket leder till att personliga strategier kan utvecklas. Vidare beskriver Rayman och Ellison (2004) att det är genom experiment som patienterna kan få erfarenheter och fortsättningsvis kunna fatta rätt beslut i liknande situationer, vilket också betonas i studierna av Koch, Kralik och Taylor (1999; 2000). Patienterna upplever att de genom experiment kan vara mer flexibla gällande den rekommenderade behandlingen, då de finner sina egna gränser för vad som påverkar blodsockret (Rayman & Ellison, 2004; Whittemore, et al., 2002). En patient beskriver i studien av Koch, et al. (2000) att hans blodsocker är mer stabilt då han undviker att äta rött kött. En annan patient beskriver att spaghetti får hennes blodsocker att stiga, vilket gör att hon då mår dåligt (Koch, et al., 1999). Rayman & Ellison (2004) beskriver att livsstilsförändringen blir svårare då patienten inte tar vara på sina förvärvade erfarenheter angående sina egna gränser, detta leder till att utvecklingen av personliga strategier försvåras. En stor del av de personliga strategierna är att identifiera konflikter som uppkommer av frestelser och begär. En patient som har funnit sina gränser säger "I can have milk and 2 cookies at night if I wanted to....But if I start with 2 cookies I'm going to want 202 cookies, so I don't." (Whittemore, et al., 2002, s. 22).

Whittemore, et al. (2002) studie visar att personliga strategier leder till ett förbättrat hälsobeteende, där den vanligaste strategin är att undvika det som frestar. En patient beskriver sin personliga strategi i följande citat.

I used to always order dessert and I don't even do that anymore. I can't say that I don't think about it when I first sit down to order my meal. I always say I'll wait and it usually works out that I don't want it by that time (Whittemore, et al., 2002, s. 21).

Flera patienter beskriver att de upplever livsstilsförändringen lättare då de använder sig av den personliga strategin att det bara är att genomföra, utan diskussion. Detta beskrivs som, "I have just got to do it" (Whittemore, et al., 2002, s. 21) eller som av en patient beskrivs "I discipline myself ... and I just say, "Well, you are doing that at this hour every night and that is that." (Whittemore, et al., 2002, s. 22). En patient uttrycker att det blir lättare att motstå frestelser genom att se sötsaker som ett gift, "What I've done is label it as poison (laughs) ... I think of chocolate and chocolate cake as poison and you just don't eat poison." (Whittemore, et al., 2002, s. 22).

Genom att börja se egenvården som ett jobb beskriver flera patienter att de upplever livsstilsförändringen lättare att genomföra (Rayman & Ellison, 2004). Andra patienter beskriver vanor som något som underlättar förändringen (Koch, et al., 2000; Whittemore, et al., 2002). En patient uttrycker att då hon är tillfredsställd med fysisk aktivitet känner hon ett välbefinnande, "If I don't do it, I don't feel right" (Whittemore, et al., 2002, s. 22). En patient beskriver att det blir lättare att följa kostrekommendationer på följande sätt "I got into the habit of measuring everything and I put portions in containers in the freezer." (Sullivan & Joseph, 1998 s. 75). En patient uttrycker i följande citat glädje över att livsstilsförändringen har blivit en ny vana.

It's just I'm so comfortable with choosing my menu for the day or just for the meal that I don't think about the food as much as I used to ... Now it just seems to come naturally and that's terrific because it makes it a whole lot easier. Now I can have a life (Whittemore, et al., 2002, s. 22).

Planering och struktur

Penckofer, et al. (2007) studie visar att flera patienter upplever att struktur är en viktig del vid livsstilsförändring för att kunna ha blodglukosvärdet under kontroll. En patient beskriver sin upplevelse av vikten med struktur, "Once you remove the structure, everything flies out and then your numbers are all over the place." (Penckofer, et al., 2007, s. 684). Patienter beskriver i flera av studierna att känslan av att ha kontroll är avgörande för att lyckas med livsstilsförändringen. Att ha kontroll beskrivs som en balans mellan att vara tillfredsställd med den nya livsstilen relaterat till den tidigare livsstilen, samt att patienterna känner belåtenhet till favoritmat och begär (Penckofer, et al., 2007; Whittemore, et al., 2002).

Patienter beskriver att den nödvändiga strukturen, där planering är en stor del, är tid- och energikrävande, vilket patienter upplever frustrerande (Penckofer, et al., 2007; Rayman & Ellison, 2004; Whittemore, et al., 2002). Patienter berättar att de känner sig tvingade till att planera sina liv efter måltider och insulin, "you have to plan life around when you get your next meal." (Penckofer, et al., 2007, s. 684) eller som en annan

patient beskriver, “every two hours I have to eat because the insulin works that way” (Koch, et al., 1999, s. 717). På grund av planeringen upplever patienterna sig låsta med mindre möjlighet till att vara impulsiva (Penckofer, et al., 2007). De upplever att planeringen blir tvångsmässig och att den upptar alltför mycket tid.

You feel you want to do other things with your energy. [Diabetes] can annoy me...It irritates me...It's a matter of I don't want to be bothered because I have 5 million other things I am doing (Whittemore, 2002, s. 21).

Genom analysen framkom det att flera patienter fråntar sig ansvaret, på grund av att livsstilsförändringen är alltför svår och att de då inte lyckas få struktur av egenvården. En patient beskriver att hon valt att strunta i behandlingen för att istället låta sjuksköterskan ta över hela ansvaret för egenvården. Vidare beskriver patienten att hon önskar att sjuksköterskan ska “come in and just fill my cupboards and the fridge and the freezer with what I was to have” (Parry, Peel, Douglas & Lawton, 2006, s. 102).

Välja att ta en paus

Det framkom att patienter upplever det svårt att genomföra livsstilsförändring och att kostvanor är den svåraste och mest frustrerande delen att förändra (Sullivan & Joseph, 1998; Whittemore, et al., 2002). Många patienter upplever känslor av sorg över att förlora friheten, som deras tidigare livsstil innebar, då framförallt gällande sötsaker (Koch, et al., 2000; Rayman & Ellison, 2004; Sullivan & Joseph, 1998). Flera patienter uttrycker att de upplever en orättvisa att just de drabbats av diabetes typ 2 och att de tvingas till att förändra sin livsstil. Patienter beskriver deras behov av att ta paus och då inte följa rekommenderad behandling (Penckofer, et al., 2007; Rayman & Ellison, 2004). Genom analys framkom att paus sker i olika stor utsträckning och av olika orsaker. Detta beskrivs och förklaras i tre underkategorier, vilka är: Paus, då begäret blir för stort, Berättigade orsaker till paus och Kontrollerad paus.

Paus, då begäret blir för stort

Att ta en paus från livsstilsförändringen på grund av att begären blir för stora, är en upplevelse som patienterna ofta beskriver (Koch, et al., 1999; Koch, et al., 2000; Peel, Parry, Douglas & Lawton, 2005; Penckofer, et al., 2007; Whittemore, et al., 2002). En patient uttrycker “maintaining it [the diet] h-has has not been too bad although as I say, there are times when I get re:::al craving” (Peel, et al., 2005, s. 787). Patienterna beskriver begär för olika saker. De kvinnliga patienterna upplever begär för sötsaker, framförallt choklad, “the worst thing is not being able to eat sweet stuff” (Sullivan & Joseph, 1998, s. 75), medan de manliga patienterna upplever ett begär för skräpmat (Peel, et al., 2005). En kvinnlig patient beskriver i följande citat svårigheter att stå emot begär då frestelser finns i hemmet.

It calls to me, you know. If I have something in the frig [*sic*] or freezer that's not good, I hear it calling. I open up the refrigerator door and “Hello” it says to me. So I have to know these things about myself. I know I don't have the willpower to leave them alone (Whittemore, et al., 2002, s. 22).

Flera av patienterna upplever känslor av skuld då de väljer att ta en paus (Koch, et al., 1999; Koch, et al., 2000; Peel, et al., 2005; Penckofer, et al., 2007; Whittemore, et al., 2002). Detta beskrivs av en patient från studien av Koch, et al. (1999) "when you are naughty, you feel guilty" (s. 717). Ytterligare en patient beskriver skuld vid paus som, "I ate dessert and things I shouldn't eat and then the next day I felt sorry ...You are hurting yourself." (Whittemore, et al., 2002, s. 22). Patienter uttrycker att de upplever aggression mot sig själva då de ger efter för sina begär, som en kvinnlig patient uttrycker, "I get so angry at myself for knowing better and deliberately not doing it." (Penckofer, et al., 2007, s. 685). Flera patienter har en önskan om flexibilitet då stora begär uppkommer (Penckofer, et al., 2007).

Analysen visar att det dock finns vissa patienter som väljer att fortsätta med tidigare kostvanor. Detta beskrivs av en patient som, "I mean really not bothering what I was eating you know. [I] just decided that was it you know. I just thought 'Och to hell' I'm going to enjoy myself" (Parry, et al., 2006, s. 102). Vidare beskriver patienten att orsaken till varför hon fortsätter med tidigare kostvanor är för att hon anser att medicin finns som ett alternativ, istället för livsstilsförändring och att hon hellre äter medicin istället för att ge upp tidigare kostvanor. "But if the tablets are going to keep me alive for the rest of my life I'd rather be on them" (Parry, et al., 2006, s. 101). I studien av Rayman och Ellison (2004) beskriver patienter att de oengagerat gör livsstilsförändringar, de väljer att genomföra vissa delar men inte andra. Exempelvis följer de den nya livsstilen under veckodagar, men inte under helger, de äter bra hemma men utanför hemmet följer de inte kostrekommendationerna. Patienterna beskriver dock att de själva inte köper hem sötsaker, men om andra gör det, äter de.

Berättigade orsaker till paus

Patienterna anser att det finns berättigade orsaker till att ta paus från livsstilsförändringen (Peel, et al., 2005). Flera kvinnliga patienter beskriver upplevelsen av att stress gör att de blir tvungna att avstå från kostrekommendationer (Penckofer, et al., 2007). Patienter upplever att livsstilsförändringen de är tvungna att göra är alltför stor, vilket av en patient beskrivs som, "it seemed like it was too drastic ... To me, it was inhumane to be that low (calories)." (Whittemore, et al., 2002, s. 21). Kvinnliga patienter upplever ett stort begär för choklad, vilket de beskriver som en berättigad paus eftersom de anser sig vara, "very much a chocoholic" (Peel, et al., 2005, s. 786). De kvinnliga patienterna beskriver detta chokladbehov orsakat av menstruationscykeln och då som något som är utanför deras kontroll (Peel, et al., 2005). Gällande fysisk aktivitet beskriver patienter smärta, trötthet och ovilja att svettas som berättigade orsaker till att inte anstränga sig fysiskt (Rayman & Ellison, 2004; Sullivan & Joseph, 1998; Whittemore, et al., 2002).

Det framkom att flera patienter lägger skuld på andra för att de själva tar paus och inte följer kostrekommendationerna (Peel, et al., 2005; Whittemore, et al., 2002). De lägger bland annat skulden på vårdpersonalen, "the doctors have told me [unclear] erm 'a couple of squares of chocolate is okay'" (Peel, et al., 2005, s. 787), eller på vänner som ger erbjudanden, vilket de har svårt att säga nej till (Whittemore, et al., 2002). En patient uttrycker sin paus som berättigad och som ett normalt beteende, då hon jämför

sig med andra. "I do cheat, I'm sure everybody cheats [kursivering borttagen]" (Peel, et al., 2005, s. 785).

Andra exempel patienter beskriver som berättigade orsaker till paus är speciella tillfällen, vilket kan vara högtider, semester och restaurangbesök (Koch, et al., 1999; Peel, et al., 2005). Ett av dessa tillfällen beskrivs av en patient i följande citat. "I don't go to the south of France without eating some sugar y'know I can't resist the pastries and who can you're not supposed to!" (Peel, et al., 2005, s. 787).

Kontrollerad paus

Analysen visar att då patienter upplever en tillfredsställelse angående de nya kostvanorna, minskar risken för impulsiv paus och patienterna upplever att livsstilsförändringen underlättas (Whittemore, et al., 2002). Patienter som lyckats med egenvården beskriver att de tar paus från den nya livsstilen med kontroll och att de då inte känner någon skuld. De beskriver att de inte känner någon skuld på grund av att de är vaksamma flera dagar innan om de vet att de exempelvis till helgen kommer att äta utanför de nya kostvanorna (Koch, et al., 2000). Likaså beskriver patienterna att de är vaksamma och mer strikta i sin kost under ett par dagar efter pausen. Patienterna uttrycker att de vid tillfällen då de tar en paus från den nya livsstilen ser till att njuta till fullo. Flera patienter beskriver att den kontrollerade pausen underlättar att bibehålla den nya livsstilen och ökar deras välbefinnande, vilket beskrivs i följande citat (Koch, et al., 2000; Penckofer, et al., 2007; Whittemore, et al., 2002).

There are times that I am going to have more fat or more carbohydrates than I have planned for my regular daily menu and I know that, but as long as it's just that once in a while occasion then it satisfies something in me, but it doesn't make me go off my regular schedule of meal planning (Whittemore, et al., 2002, s. 22).

At my house, my husband is diabetic also, and once a month we pretend we're not diabetic. We go out, we eat what we want . . . and then we're good the rest of the month. But one time a month we just splurge and we feel so much happier. You just need that, a mini-vacation (Penckofer, et al., 2007, s. 686).

Relationers inverkan

Vid analys av artiklarna framkom det att relationer har stor betydelse för patienten vid livsstilsförändring och att relationer kan underlätta såväl som försvåra förändringen. Patienter beskriver upplevelser av att relationer både till familj och till vänner förändras vid livsstilsförändring (Penckofer, et al., 2007; Rayman & Ellison, 2004). Detta förklaras och beskrivs vidare i underkategorierna Relationers negativa inverkan och Relationers positiva inverkan.

Relationers negativa inverkan

I Penckofer, et al. (2007) studie beskriver patienter upplevelser av aggression gentemot familj, vänner, sjukvårdspersonal och främlingar på grund av att de ger kommentarer angående hur patienterna bör äta. Dessa kommentarer skapar aggressioner för att patienterna inte har bett om råd och för att de anser att familj, vänner, sjukvårdspersonal

men framförallt främlingar inte har med saken att göra. Vidare skriver Penckofer, et al. (2007) att patienterna inser att kommentarer från familj, vänner och sjukvårdspersonal är i all välmening, men beroende på hur och i vilken omfattning kommentarerna ges kan det skapa aggression. En kvinna beskriver i följande citat sin sons kommentarer som väldigt påfrestande. "My own kids are on me. I have a son . . . he's on me constantly about, oh, I shouldn't have eaten this. I get so sick of it" (Penckofer, et al., 2007, s. 685). Denna aggression beskriver patienterna som ofta sammankopplad med en aggression mot sig själva för att de inte tar bättre hand om sin hälsa. Patienter beskriver att kommentarer grundar sig i att andra inte förstår, vilket en patient uttrycker, "They don't walk in our shoes" (Penckofer, et al., 2007, s. 685). Familjens okunskap om kostrekommendationer kan skapa frustration och en känsla av att bli sviken, detta beskrivs i följande citat av en patient då hon träffade sin syster. "My sister invited me to eat and then cooked with sugar. Why doesn't she just shoot me?" (Rayman & Ellison, 2004, s. 907).

Flera av studierna visar att patienter upplever att de av olika orsaker blir isolerade från omvärlden på grund av livsstilsförändring och att nedstämdhet då förekommer. Patienter upplever livsstilsförändringen som energikrävande och att de därför inte orkar med sitt sociala liv i samma utsträckning. De beskriver att många sociala evenemang inkluderar mat och känslan av att vara annorlunda och utanför uppstår då lätt (Koch, et al., 1999; Penckofer, et al., 2007; Rayman & Ellison, 2004).

Relationers negativa inverkan på patienters livsstilsförändring beskrivs i flera av studierna då patienter har ett stort ansvar för andra, vilket dock endast uttrycks av kvinnor. Kvinnor upplever att de på grund av omsorg för andra åsidosätter sina egna hälsobehov (Peel, et al., 2005; Penckofer, et al. 2007; Rayman & Ellison, 2004). I Peel, et al. (2005) studie beskrivs det att kvinnliga patienter lagar två uppsättningar av varje måltid på grund av familjens motsättningar till den mer hälsosamma kostförändringen, vilket upplevs frustrerande. Vissa kvinnliga patienter berättar dock att de inte vill påtvinga kostförändringen på familjen och väljer därför självmant att göra två uppsättningar av varje måltid. Då de kvinnliga patienterna måste förse familjen med den mat de önskar, på grund av ovilja att påtvinga kostförändringen på familjen, upplever de att det försvårar kostförändringen. Detta beskrivs av en patient i citatet som följer.

I mean I've still got family living here so I have to provide things that they like as well so. So I still- and I mean I haven't ever avoided it buying biscuits and things and that in the house I've always had them in (Peel, et al. 2005, s. 784).

De kvinnliga patienterna beskriver att även små kostförändringar möts med stort motstånd av familjen, vilket leder till att de kvinnliga patienterna ständigt måste försvara förändringen av deras nya livsstil. Detta medför en ökad stress och försvårar deras anpassning till förändringen (Peel, et al., 2005). Peel, et al. (2005) beskriver att de kvinnliga patienternas kostförändring i många fall är deras egen angelägenhet. Det finns dock kvinnliga patienter som ställer krav på familjen och inte lagar två uppsättningar av varje måltid, vilket av en kvinna uttrycks, "I says 'well eat it or starve or buy your own sausages'" (Peel, et al., 2005, s. 784). En patient uttrycker dock att då familjen frivilligt äter hennes kost upplever hon att detta endast beror på tur, snarare än hennes påverkan (Peel, et al., 2005).

Relationers positiva inverkan

Patienter beskriver att livsstilsförändringen underlättas då de har stöd från sin familj (Peel, et al., 2005; Rayman & Ellison, 2004). Det är dock, i de flesta fall, manliga patienter som uttrycker att livsstilsförändringen inte är speciellt svår att genomföra, detta på grund av att det är hustrun som sköter inköp och tillagning av mat. "I mean my wife does the shopping so I don't have a problem in deciding what to buy or what not to buy." (Peel, et al., 2005, s. 785). De manliga patienterna uttrycker dock att de trots detta håller sig själva ansvariga för sin livsstilsförändring (Whittemore, et al., 2002). Flera av de manliga patienterna beskriver att de är beroende av hustruns stöd, "I couldn't manage without her" (Peel, et al., 2005, s. 785). Genom distansering behöver de inte själva kontrollera kosten, vilket gör livsstilsförändringen lättare (Koch, et al., 2000; Peel, et al., 2005). I studien av Koch, et al. (2000) beskriver manliga patienter att livsstilsförändringen medför ett större besvär för deras hustru än för dem själva, på grund av att hon ansvarar för matlagningen.

Manliga patienter med familj, där barnen bor hemma, påpekar att livsstilsförändringen som diabetes typ 2 tvingar dem att göra, påverkar hela familjens matvanor. En patient uttrycker detta genom "the whole family are eating a lot healthier" (Peel, et al., 2005, s. 785). Anpassningen till den nya livsstilen blir hos manliga patienter en angelägenhet för hela familjen. Patienter betonar betydelsen av stöd från familjen för att lättare genomföra livsstilsförändringen (Peel, et al., 2005; Rayman & Ellison, 2004). En patient vars hustru också har diabetes typ 2 förklarar att de får styrka av att tillsammans anpassa och integrera sjukdomen i deras livsvärld (Koch, et al., 2000).

Motivation

Det framkom i beskrivningar av upplevelser som påverkar motivationen, vilket i sin tur påverkar livsstilsförändringen. Patienter beskriver att motivation kan komma både från sig själv och från andra, exempelvis sjukvårdspersonal (Koch, et al., 1999; Parry, et al., 2006; Whittemore, et al., 2002). Detta förklaras och beskrivs i de två underkategorierna Egenmotivation och Bekräftelse från andra.

Egenmotivation

Det framkom att där patienten har en egenmotivation underlättas livsstilsförändringen (Parry, et al., 2006). En manlig patient som har lyckats med sin livsstilsförändring förklarar, "My support is just all from within. I don't need anybody to say that I'm doing it right all the time. I know I'm doing it right." (Parry, et al., 2006 s. 100). Patienten beskriver att han inte är i behov av stöd från andra i nuläget och att han själv tar det fulla ansvaret för att bibehålla livsstilsförändringen "(does not) 'rely on their encouragement at all to keep-keep on with it'" (Parry, et al., 2006 s. 100). Patienter beskriver att det är lättare att bli motiverad till fysisk aktivitet då de hittar en aktivitet de uppskattar och ser fram emot (Sullivan & Joseph, 1998). Flera av studierna visar att patienter upplever en förbättring av motivationen, stolthet och ett välbefinnande då de ser resultat av livsstilsförändringen och att det därigenom blir lättare att bibehålla den nya livsstilen (Parry, et al., 2006; Koch, et al., 2000).

For the first time in my life I thought well I'm not big anymore. I really feel really good...yeah, so it's things like that that really motivate you to carry on when you realize that it's—what's happened to me. (Parry, et al., 2006, s. 100).

Det framkom att patienter upplever det svårt att finna motivation till att genomföra livsstilsförändringen om de inte ser resultat. Patienter beskriver en försämring av motivationen då de trots rekommenderad behandling har ett högt blodglukosvärde eller att den förväntade viktne­d­gången uteblir. En patient beskriver, "I been really hot on the diet you know really, really good erm and perhaps done a bit of exercise and I find that the (blood glucose) readings are high. You know, for goodness sake." (Parry, et al., 2006, s. 103). Ytterligare patienter beskriver den försämrade motivationen av ett uteblivet resultat, "here I am doing what they tell me to do and I'm hungry all of the time...and the weight was not coming off" (Whittemore, et al., 2002, s. 21) och "No matter what I eat I gain weight." (Sullivan & Joseph, 1998, s. 75).

Studierna av Koch et al. (2000), Rayman och Ellison (2004), Sullivan och Joseph (1998), samt Whittemore, et al. (2002) visar att patienter känner rädsla för komplikationer om de inte genomför livsstilsförändringen, "there's the fear that at some point I could suffer the consequences of diabetes such as the problems of healing and loss of toes" (Sullivan & Joseph, 1998, s. 75). Patienter upplever en ökad motivation då de känner ett hot. Detta hot kan vara om komplikationer eller ökad medicinsk behandling. En patient uttrycker "I don't want to go on insulin if I can help it." (Whittemore, 2002, s. 20). Ytterligare en patient beskriver hur hotet om komplikationer ökar motivationen, "I start to eat that cake and then I remind myself of going blind, and the cake is less appealing." (Rayman & Ellison, 2004, s. 910). Flera patienter beskriver en inre strid mellan vilja och begär, där argumentering med sig själv löser den inre striden.

You know I'm like, "You shouldn't do this." Then the other part of me says,
"Well, it's only once."
"I know but really..."
"It's really not good..."
"It's only once..."
The battle. (Whittemore, et al., 2002, s. 22)

When you feel these emotions, you just want to stop, don't deal with it any more. And that's not a good thing, but you just kind of take a break; you want to take a diabetic break for a day, a week, a month. . . . But your mental health helps you to be able to say, you know, I want to be normal on Friday. On Friday, I'm going to go out with my friends, I want to eat what I want to eat, and I want to drink what I want to drink. Now Saturday—I'll be a diabetic again, but on Friday, that's diabetic holiday (Penckofer, et al., 2007, s. 686).

Patienter beskriver aktiviteter, såsom att sova, sy, shoppa och se på film som andra metoder till att öka motivationen och underlätta livsstilsförändringen, detta på grund av att aktiviteterna får dem på andra tankar (Penckofer, et al. 2007).

Det identifierades att ett dåligt självförtroende försämrar motivationen. En patient beskriver orsaken till den misslyckade livsstilsförändringen, "Why would anybody think that being diagnosed with diabetes would enable me to deal with a problem that

I've never been able to deal with?" (Rayman & Ellison, 2004, s. 906). En annan patient beskriver "I wouldn't say it's out of control but I don't feel as though I can do an awful lot about it" (Parry, et al., 2006, s. 103), vilket beskriver hennes dåliga självförtroende och försämrade motivation. I studien av Koch, et al. (2000) framkommer det att patienter upplever hälsa trots diabetes typ 2, medan patienter i studien av Rayman och Ellison (2004) upplever att de inte kan ha hälsa på grund av sjukdomen. Inställningen till varför patienten drabbats av diabetes typ 2 påverkar motivationen både negativt och positivt. En patient förklarar att hennes diabetes typ 2 endast orsakats av arv, denna inställning medför att hennes motivation till att genomföra livsstilsförändring försämras (Parry, et al., 2006). Den bättre motivationen kommer av inställningen att orsaken till diabetes typ 2 till stor del är livsstilen, vilket beskrivs i följande citat.

Diabetes isn't an illness ... it is just a condition that I had to alter my lifestyle for ... I needed to eat some different foods ... I generally feel as healthy as I can expect to be ... I look after the house, the garden and the dog (Koch, et al., 2000, s. 250).

Bekräftelse från andra

Patienter beskriver att bekräftelse från andra, vilket kan vara från sjukvårdspersonal, familj och vänner förbättrar motivationen till att genomföra och upprätthålla livsstilsförändring (Parry, et al., 2006; Whitemore, et al., 2002). Patienterna beskriver att bekräftelsen ger ett ökat självförtroende och därigenom ökad motivation, vilket av en patient uttrycks "to go to the hospital and I want them to be as pleased again" (Parry, et al., 2006, s. 103). En patient beskriver en situation då sjukvårdspersonal gav henne stöd och ökat självförtroende.

They [health professionals] gave you that confidence that if you're ill now you're going to feel a lot better in a few months time, you know, once you get all your treatment and you stick to this diet thing and that you'll feel a lot better. And, they're going to watch you and they're going to look after you and you felt that's good (Parry, et al., 2006, s. 103).

Patienter beskriver att diabetesutbildning ingav hopp om att deras framtid kan se annorlunda ut om de börjar ta hand om sin hälsa, ett hopp som förbättrar motivationen (Whitemore, et al., 2002).

Det finns dock de patienter som beskriver upplevelser som har inkluderat utebliven bekräftelse av framförallt sjukvårdspersonal, vilket lett till försämrad motivation (Koch, et al., 1999; Penckofer, et al., 2007). Patienter beskriver upplevelser av att sjukvårdspersonal inte anser patienternas erfarenheter som pålitlig kunskap och att sjukvårdspersonal inte ser till deras individuella behov, vilket hos patienterna skapar känslan av att inte bli bekräftad (Koch, et al., 1999). Patienter uttrycker att de av sjukvårdspersonal fått för dåligt med information angående diabetes typ 2, vilket medfört att livsstilsförändringen försvårats (Koch, et al., 1999; Koch, et al., 2000).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi anser att valet av att använda kvalitativa artiklar i analysen var rätt metod för att besvara vårt syfte, där vi vill beskriva patienters upplevelser av livsstilsförändring. Vid artikelsökningen upplevde vi att det var svårt att finna lämpliga artiklar som svarade på vårt syfte. Många av sökresultaten utgick inte från ett patientperspektiv och många artiklar var förutom detta också kvantitativa. Samtliga artiklar, utom en, fanns tillgängliga i fulltext via databasen Cinahl. Artikeln som ej gick att få i fulltext via Cinahl, fanns på Biomedicinska biblioteket i Göteborg. Då samtliga artiklar blev funna via Cinahl ansåg vi att sökning i någon annan databas än Cinahl inte var nödvändig, då de funna artiklarna överensstämde med vårt syfte. Vi anser att artiklarna som har använts varit innehållsrika och givit en tydlig beskrivning av patienters upplevelser av att göra en livsstilsförändring, vilket i alla artiklar beskrivits och styrkts med citat från patienter. Artiklarna beskriver detaljerat patienters upplevelser av kostförändringar, däremot anser vi att patienters konkreta upplevelser av fysisk aktivitet var bristfälligt beskriven.

Under analysen upplevde vi svårigheter med att komma fram till lämpliga kategorier att placera nyckelorden i. Vi hade till en början många kategorier som sedan sammanfördes och ur dessa växte underkategorier fram. Vi upplevde det även svårt att namnge kategorier och underkategorier med övergripande och passande rubriker. Vid litteratursökningen hade vi en önskan om att finna studier gjorda i Norden och framförallt i Sverige. Då vi endast fann lämpliga studier genomförda utanför Norden, medför detta en möjlighet att resultatet av vår analys inte överensstämmer med upplevelser från patienter i Norden.

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens resultat visar att patienter upplever livsstilsförändring som svår att genomföra, där begär, familjens motstånd till kostförändringar, den egna viljan att själv förändra sin livsstil och brist på kunskap är några av de faktorer som försvårar livsstilsförändringen. Resultatet visar att det är viktigt att patienter tar vara på och reflekterar över de erfarenheter de får från sina experiment och misslyckanden gällande kost relaterat till blodglukosvärde. De patienter som inte beaktar och tar till vara på kunskapen de kan inhämta från sina experiment gör sin anpassning till den nya livsstilen svårare. Detta överensstämmer med studien av Anderson-Loftin och Moneyham (2000) som beskriver att experimentering är den bästa vägen till att få kunskap om sin egenvård och sina personliga strategier. Vidare beskriver studien att diskussionsgrupper, där patienter kan lära av varandra, är en god informationskälla. Vi anser att personliga strategier är viktiga verktyg att utveckla för att kunna genomföra livsstilsförändring och tillvägagångssätten för utveckling kan variera. Det är av vikt att sjuksköterskan är medveten om att diskussionsgrupper är en god informationskälla och hjälpmedel för patienten. Vi har diskuterat att om patienter exempelvis för en kostdagbok kan det leda till en utveckling av personliga strategier, genom att en god överblick av kostintag ges. I

studien av Dietrich (1996) beskrivs exempelvis matlagningskurser som förslag till att hjälpa patienterna med livsstilsförändringen. I vårt resultat beskriver patienter att utbildningen om diabetes typ 2 och livsstilsförändringen är bristfällig och inte anpassad efter deras livsvärld, efter deras förmågor och individuella behov. Detta överensstämmer med studier av Dietrich (1996) och Lappalainen, et al. (1997). Whittemore, Bak, D'Eramo Melkus och Grey (2003) beskriver att utbildning inte bör vara en engångsföreteelse, utan att kontinuerlig utbildning är viktigt för att patienten ska kunna genomföra och bibehålla sin livsstilsförändring. Vi anser att sjuksköterskan bör vara medveten om att patienter är i behov av upprepade informationstillfällen, då patienter kan ha svårt att ta till sig all information under ett tillfälle.

I vårt resultat framkommer det olika uppfattningar om begreppet hälsa. Patienter i studien av Koch, et al. (2000) beskriver att de upplever hälsa trots sin diabetes typ 2, vilket överensstämmer med Eriksson (1984) som beskriver möjligheten att uppleva hälsa trots sjukdom. Däremot beskrivs det i studien av Rayman och Ellison (2004) att patienter har uppfattningen att de inte kan uppleva hälsa på grund av deras diabetes typ 2. Vi tror att de patienter som har uppfattningen att de inte kan uppleva hälsa är de som har svårt för livsstilsförändringen och att de inte har lyckats genomföra den.

I samtliga artiklar, som analyserats, beskriver patienterna paus, av olika slag och anledningar. Författarna till artiklarna använder olika termer för att beskriva patienternas upplevelser och beteenden. Vid de tillfällen författarna beskriver patienternas uppehåll från de nya kostvanorna använder de orden cheat, vacation, break, holiday och relief from rules och taking time out. Vi har valt att använda ordet paus för att vi anser att det inkluderar och är övergripande för patienternas anledningar till och variationer av paus. I studien av Lappalainen, et al. (1997) beskrivs det att tidsbrist, ökade matkostnader och dålig vilja är orsaker till att livsstilsförändringen inte genomförs. Vårt resultat visar att den största anledningen till varför patienterna väljer att ta en paus är på grund av att begäret blir för stort. Vi anser att en dåligt individanpassad livsstilsförändring, där livsvärlden inte beaktas, kan vara en anledning till att ta en paus. Om patienten exempelvis är överviktig och viktnedgång blir ett krav för att få kontroll på sitt blodsockervärde, finns det olika sätt att vägleda patienten till viktnedgång. I vårt resultat beskriver patienter att de upplever det minskade energiintaget som en åtgärd vilken är för drastisk och den beskrivs även som omänsklig. Vidare beskriver patienter känslor av sorg över att ha förlorat friheten som deras tidigare livsstil innebar och till att de nu inte själva får välja vad de ska äta. Detta anser vi kan medföra en förändring i uppfattningen av sig själv och en känsla av att förlora sitt rätta jag. Arborelius (2001) beskriver vikten av att livsstilsförändringen individanpassas och att förändringen inte blir för stor, utan görs i etapper. Detta för att patienten inte ska tappa motivation, utan fortsätta genomföra sin livsstilsförändring. Vi anser att en paus som görs för att stilla begär ger ett kortsiktigt välbefinnande. Vårt resultat visar att patienter känner skuld vid de tillfällen då de ger vika för sina begär. Patienterna beskriver att skulden uppkommer för att de anser att de själva ska veta bättre om vad de inte ska äta, samt att de är medvetna om långsiktiga komplikationer som kan följa. Vi anser att det kortsiktiga välbefinnandet kan förstöra ett långsiktigt resultat och därigenom långsiktigt välbefinnande.

I vårt resultat framkommer det att patienter som genomfört livsstilsförändringen kan ta kontrollerade pauser. Patienterna beskriver att de planerar i förväg och är noggranna med vad de äter efter att de tagit paus. Den kontrollerade pausen, som beskrivs i flera av våra analyserade artiklar, har vi inte funnit i någon annan artikel under vår litteratursökning. Däremot fann vi en hemsida på Internet (Polonsky, 2005) genom referenslistan i artikeln av Penckofer, et al. (2007), som beskriver möjligheten till att kunna ta en paus från sin diabetes. Polonsky (2005) skriver att pausen inte nödvändigtvis är någonting dåligt, om den genomförs med kontroll. En kontrollerad paus kan ge mer energi till att fortsätta sköta sin diabetes typ 2. Vidare skriver Polonsky (2005) att alla behöver en paus och att rädsla inte ska finnas för att ta den, men pausen måste göras med eftertanke och planering. Vi anser att det är viktigt att patienten till en början planerar pausen tillsammans med sjuksköterskan, för att blodsockervärdet inte ska påverkas alltför mycket.

Vårt resultat visar att patienter med diabetes typ 2 upplever att relationer kan underlätta, skapa en trygghet och ett välbefinnande, men också försvåra en livsstilsförändring. Flera patienter beskriver känslor av aggression och frustration då familjemedlemmar, vänner och främlingar faller kommentarer angående hur de ska sköta sin egenvård. Detta överensstämmer med studien av Trief, et al. (2003) där patienter beskriver frustration över kommentarer och kritik de får av sin gemål angående egenvårdsskötsel. Vidare beskriver studien av Trief, et al. (2003) att patienter upplever påminnande kommentarer från sin gemål som hjälpsamma. Vi anser att patientens sinnesstämning påverkar upplevelsen av kommentarer familjemedlemmar ger, det vill säga att samma kommentar kan, beroende på patientens humör, uppfattas till att vara stödjande eller till att försvåra egenvården. Vårt resultat visar att patienter upplever familj och vänner som oförstående och inte besitter kunskap om diabetes typ 2 och dess behandling. Vi anser att bristande kunskap försvårar livsstilsförändringen, då familj och vänner inte förstår hur det är att leva med sjukdomen och därför inte kan ge rätt stöd. Vi anser därför att det är viktigt att familjen integreras i patientens vård. Detta överensstämmer med studien av Carter-Edwards, Skelly, Spence Cagle och Appel (2004) som visar att livsstilsförändring försvåras då anhöriga inte har tillräckliga kunskaper och att andra inte förstår allvaret i sjukdomen, vilket även påvisas i vårt resultat. Vidare skriver Carter-Edwards, et al., (2004) att det är viktigt att familjen deltar i patientens vård och livsstilsförändring då hela familjen påverkas, samt att familjemedlemmarna själva löper en risk att utveckla diabetes typ 2.

Resultatet visar en skillnad mellan män och kvinnors stöd från familjen. Manliga patienter gör livsstilsförändringen till en familjeangelägenhet, som då underlättar förändringen, medan det hos kvinnliga patienter skiljer sig i uppfattningen om huruvida familjen ska delta. Vårt resultat visar att manliga patienter upplever livsstilsförändringen som lättare att genomföra, jämfört med de kvinnliga patienterna. Detta anser vi bland annat beror på att det är männens hustrur som inhandlar och tillreder maten och på kvinnans stereotypa roll i familjen. Detta resultat överensstämmer med studier gjorda av Carter-Edwards, et al. (2004), Sarkadi och Rosenqvist (2002) och Trief, et al. (2003) som alla identifierat kvinnors svårigheter att göra livsstilsförändringen till en familjeangelägenhet på grund av deras omsorgsroll. Kvinnliga patienter beskriver i studien av Carter-Edwards, et al. (2004) att de har svårt att prioritera sitt eget välbefinnande före omsorgen för andra i familjen. Vi anser att

omsorgsrollen skiljer sig beroende på nationalitet. Även om Sverige jämfört med andra länder i världen har kommit långt med att skapa ett jämställt samhälle, finns det fortfarande skillnader, dessa är dock inte lika stora som i andra länder. Detta visar forskning från Statens offentliga utredningar (1998), som påvisar att kvinnor sköter huvuddelen av arbetet i hemmet. Vi anser att resultatet, där det visas en skillnad mellan män och kvinnor, troligtvis hade varit mindre påtaglig om studierna varit från Sverige. Med grund i detta anser vi att det vore av intresse att i framtida forskning undersöka upplevelser av relationers betydelse hos kvinnor respektive män, som har diabetes typ 2 i Sverige.

Resultatet visar att beroende på patientens inställning till att göra livsstilsförändringar påverkas motivationen antingen positivt eller negativt. Beroende på om patienten anser att deras diabetes typ 2 har orsakats genom arv eller deras tidigare livsstil anser vi att detta påverkar motivationen till att genomföra livsstilsförändring. Patienter som tror att endast arv är orsaken till deras diabetes typ 2, inser inte livsstilsförändringens betydelse för deras hälsa. Vi ställer oss frågan om detta kan bero på att patienten försöker göra sin situation mer lätthanterlig och inte känna någon skuld, genom att helt utesluta livsstil som orsak till diabetes typ 2 och därigenom slippa genomföra en livsstilsförändring. Flera patienter som talar om svårigheter att förändra livsstil nämner också att förändrad livsstil inte kan bota deras sjukdom, vilket vi anser försämrar motivationen. Denna inställning uppfattar vi som ytterligare ett sätt att hantera en misslyckad förändring av livsstilen. Detta överensstämmer med studien av Wikblad (1991), där det framkommer att patientens motivation försämras då de upplever livsstilsförändringens ansträngningar större än vinsterna. Resultatet visar att de patienter som har inställningen att deras tidigare livsstil är orsaken till utvecklingen av diabetes typ 2, har en bättre motivation till att förändra sin livsstil. Patienter beskriver det som lättare att genomföra livsstilsförändring om de ser att den ger resultat och att de känner en hälsoförbättring. Vi anser att det genom resultat föds motivation och vilja att genomföra och bibehålla förändring. Holm Ivarsson (2007) skriver att om patienten ska lyckas med livsstilsförändring krävs en positiv känsla, för att då kunna skapa en vilja till förändring. Vidare skriver Holm Ivarsson (2007) att människan har olika grad av motivation och vilja att förändra. För att hos patienten skapa denna vilja att förändra är det viktigt att sjuksköterskan stödjer och motiverar. Sjuksköterskan kan med rätt metod påverka patientens livsstilsförändring och forskning visar att motiverande samtal är en metod som vid livsstilsförändring ger lyckade resultat (Shinitzky & Kub, 2001).

Då författarna i artiklarna använder termen health care professionals, har vi valt att använda sjukvårdspersonal, likaledes har vi valt att använda oss av termen sjuksköterska när den används av artikelförfattarna. I diskussionen använder vi oss av benämningen sjuksköterska istället för sjukvårdspersonal, för att vi valt att inrikta oss på sjuksköterskans roll. Sjuksköterskans uppgift är att individanpassa behandlingen, det vill säga se till patientens subjektiva kropp och livsvärld, för att väcka ett intresse till förändring (Holm Ivarsson, 2007). Vårt resultat visar att patienter upplever att behandlingen inte är anpassad till deras livsvärld, samt att de inte får tillräckligt med undervisning och stöd av sjuksköterskan. Detta överensstämmer med studien av Anderson-Loftin och Moneyham (2000) där patienters otillfredsställda stöd beskrivs som frustrerande och därigenom motivationssänkande. Det beskrivs av Carter-Edwards, et al. (2004) att då sjuksköterskan exempelvis använder hot för att motivera, resulterar

det i att patienten blir upprörd och effekten på motivationen blir den motsatta. Vårt resultat visar dock att patienter upplever att hot istället ger en förbättring av motivationen, vilket överensstämmer med studierna av Day (1995) och Dietrich (1996). Anledningen till dessa skilda uppfattningar tror vi kan bero på hur sjuksköterskan använder sina pedagogiska kunskaper, då patientens motivation kan påverkas i positivt respektive negativ riktning, vilket i slutändan påverkar patientens hälsa. Detta överensstämmer med studien av Shinitzky och Kub (2001) som skriver att sjuksköterskans pedagogiska egenskaper påverkar patientens motivation. Gedda (2001) beskriver ett problem i samband med sjuksköterskans dolda pedagogiska funktion. Problemet är att den pedagogiska funktionen sällan efterfrågas eller diskuteras och att kraven på funktionen endast ställs av sjuksköterskorna själva. Vi anser att då den pedagogiska funktionen inte prioriteras leder det till att den kan bli bristfällig, vilket resulterar i sämre individanpassad omvårdnad och då undervisning. Som tidigare nämnts visade vårt resultat att patienter upplever omvårdnaden och undervisningen, som dåligt individanpassad. Wikblad (1991) beskriver att patienter upplever sjukhusbesök som frustrerande på grund av att de många gånger möter ytterligare en ny sjuksköterska och att det ofta är ont om tid, vilket dessutom gör det svårare för sjuksköterskan att kunna se patientens livsvärld och möta patientens individuella behov. Vi anser att en icke individanpassad omvårdnad och undervisning är en bidragande orsak till försämrad motivation, vilket försvårar en livsstilsförändring.

Vårt resultat visar att stöd och bekräftelse från sjuksköterskan ger patienten ett ökat självförtroende och en ökad motivation. Detta överensstämmer med studien av Anderson-Loftin och Moneyham (2000) som beskriver patienters positiva upplevelser och erfarenheter från kontakt med sjuksköterskor, där sjuksköterskorna haft en icke dömande attityd, visat ett genuint intresse för dem, ingett tilltro och varit bestämda men omvårdande, vilket har underlättat livsstilsförändringen. De egenskaper, patienterna beskriver hos sjuksköterskan, överensstämmer med de egenskaper Holm Ivarsson (2007) påpekar som betydelsefulla vid motiverande samtal.

PRAKTISKA IMPLIKATIONER

Utifrån resultatet och efterföljande diskussion framkommer vikten av att sjuksköterskan ser till patientens livsvärld och individanpassar omvårdnaden för livsstilsförändring, där motiverande samtal är en användbar metod för att lättare genomföra livsstilsförändring. Genom motiverande samtal får sjuksköterskan patienten att bli delaktig i undervisningen, samt till att ta egna beslut angående egenvården. Det är centralt att sjuksköterskan efterfrågar patientens erfarenheter och använder sig av dessa för att individanpassa livsstilsförändringen. Vidare anser vi att det är viktigt att sjuksköterskan bekräftar och ger stöd, genom att se och lyssna till patienten. Då resultatet visar att män gör livsstilsförändringen till en familjeangelägenhet, medan kvinnor har svårare att förändra livsstilen på grund av deras roll i familjen, måste sjuksköterskan ta genuskillnaden i beaktning. Om patienten godkänner, är det viktigt att sjuksköterskan får patientens familj delaktig, som stöd, men också som preventiv och hälsobefrämjande åtgärd, då familjemedlemmarna själva kan vara i riskzonen för att drabbas av diabetes typ 2. Vi anser, utifrån vårt resultat och diskussion, att sjuksköterskan genom dessa interventioner kan underlätta en livsstilsförändring för patienter med diabetes typ 2.

REFERENSER

- Anderson-Loftin, W., & Moneyham, L. (2000) Long-term disease management needs of southern African Americans with diabetes. *The Diabetes Educator*. 26(5), 821-832.
- Arborelius, E. (2001). Att prata med patienter om levnadsvanor. Teoretiska begrepp om hur dessa kan överföras till praktik. Ingår i B. Klang Söderkvist (red.), *Patientundervisning*. (s. 115-134). Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (2005). En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. Ingår i J. Bengtsson (red.), *Med livsvärlden som grund*. (s. 9-58). Lund: Studentlitteratur.
- Bergh, M. (2002). *Medvetenhet om bemötande. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. Göteborg : Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Berne, C., & Sörman, E. (2005). Egenvård. Ingår i C-D. Agardh, C. Berner, & J. Östman (red.), *Diabetes*. (s. 142-152). (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Björvell, H. (2001). Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. Ingår i B. Klang Söderkvist (red.), *Patientundervisning*. (s. 15-39). Lund: Studentlitteratur.
- Carter-Edwards, L., Skelly A.H., Spence Cagle, C., & Appel, S.J. (2004). “They don’t understand”: Family support of African American women with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 30(3), 493-501.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. (7. uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Day, J.L. (1995). Why should patients do what we ask them to do? *Patient Education and Counseling*. 26(1-3), 113-118.
- Dietrich, U.C. (1996). Factors influencing the attitudes held by women with typ II diabetes: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*. 29, 13-23.
- Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of inerpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2), 22-26.
- Frandsen, K.B., & Kristensen, J.S. (2002). Diet and lifestyle in type 2 diabetes: the patients perspective. *Practical Diabetes International*. 19(3), 77-80.

- Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning. Mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund*. Göteborg : Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Ingår i F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. (s. 105-114). Lund: Studentlitteratur.
- Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. Göteborg : Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Granum, V. (1994). *Att undervisa i vårdsituationen - en självständig omvårdnadsfunktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Holm Ivarsson, B. (2007). Motivierande samtal, MI. Ingår i B. Fossum (red.), *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. (s. 199-230). Lund: Studentlitteratur
- Koch, T., Kralik, D., & Taylor, J. (1999). Women living with type 2 diabetes; The intrusion of illness. *Journal of Clinical Nursing*. 8(6), 712-722.
- Koch, T., Kralik, D., & Taylor, J. (2000). Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease. *Journal of Clinical Nursing*. 9, 247-254.
- Lappalainen, R., Saba, A., Holm, L., Mykkanen, H., & Gibney, M.J. (1997). Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating. *European Journal of Clinical Nutrition*. 51(2), 36-40.
- Larsson, O. (2003). Diabetes. Ingår i N. Grefberg & L-G. Johansson (red.), *Medicinboken: Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. (s. 405-461). (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Nelson, K.M., Reiber, G., & Boyko, E.J. (2002). Diet and exercise among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 25(10), 1722-1728.
- Olsson, P-O., Östman, J., & Adamson, U. (2005). Insulinbehandling. Ingår i C-D. Agardh, C. Berner, & J. Östman (red.), *Diabetes* (s. 109-130). (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Parry, O., Peel, E., Douglas, M., & Lawton, J. (2006). Issues of cause and control in patient accounts of Type 2 diabetes. *Health Education Research*. 21(1), 97-107.
- Peel, E., Parry, O., Douglas, M., & Lawton, J. (2005). Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in Type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*. 10(6), 779-791.

- Penckofer, S., Estwing Ferrans, C., Velsor-Friedrich, B., & Savoy, S. (2007). The psychological impact of living with diabetes: women's day-to-day experiences. *Diabetes Educator*. 33(4), 680-690.
- Polonsky, W. H. (2002). *Diabetes hela livet*. Lund: Studentlitteratur.
- Polonsky, W. H. (2005). *Behavioral Diabetes Institute- the emotional side of diabetes: 10 things you need to know* [Online]. Tillgänglig [www: http://www.behavioraldiabetes.org](http://www.behavioraldiabetes.org)
- Rayman, K. M., & Ellison, G. C. (2004). Home alone: the experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control. *Health Care for Women International*. 25, 900-915.
- Ross, C.E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family*. 52(nov.), 1059-1078.
- Sarkadi, A., & Rosenqvist, U. (2002). Social network and role demands in women's type 2 diabetes: A model. *Health Care for Women International*. 23, 600-611.
- Shinitzky, H.E., & Kub, J. (2001). The art of motivating behaviour change: The use of motivational interviewing to promote health. *Public Health Nursing*. 18(3), 178-185.
- Socialstyrelsen. (2001). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens offentliga utredningar 1998:6. *Ty makten är din ... myten om det rationella arbetslivet och det jämställda Sverige. Betänkande från Kvinnomaktutredningen. Utredning om fördelningen av ekonomisk makt och ekonomiska resurser mellan kvinnor och män*.
- Sullivan E. D., & Joseph, D. H. (1998). Struggling with behavior changes: A special case for clients with diabetes. *The Diabetes Educator*. 24(1), 72-77.
- Trief, P.M., Sandberg, J., Greenberg, R.P., Graff, K., Castonova, N., Yoon, M., & Weinstock, R.S. (2003). Describing support: A qualitative study of couples living with diabetes. *Families, Systems & Health*. 21(1), 57-67.
- Vessby, B., & Asp, N-G. (2005). Kost. Ingår i C-D. Agardh, C. Berner, & J. Östman (red.), *Diabetes* (s. 85-96). (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Wallberg-Henriksson, H., & Krook, A. (2005). Motion. Ingår i C-D. Agardh, C. Berner, & J. Östman (red.), *Diabetes* (s. 97-108). (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Whittemore, R. (2000). Strategies to facilitate lifestylechange associated with diabetes mellitus. *Journal of Nursing Scholarship*. 32(3), 225-232.

- Whittemore, R., Chase, S.K., Mandle, C.L., & Roy, C. (2002). Lifestyle change in Type 2 diabetes: a process model. *Nursing Research*. 51(1), 18-25.
- Whittemore, R., Bak, P.S., D'Eramo Melkus, G., & Grey, M. (2003). Promoting lifestyle change in the prevention and management of type 2 diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 15(8), 341- 349.
- Wikblad, K. (1991). Patient perspective of diabetes care and education. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 837-844.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (1998). *Familjevård*. Lund: Studentlitteratur.
- Öhman, B. (2003). *Sjuksköterskans patientundervisning inom geriatrisk vård och rehabilitering*. Stockholm: HLS Förlag.

Bilaga 1

Översikt av analyserad litteratur

Artikel	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p>Titel: Women living with type 2 diabetes; The intrusion of illness</p> <p>Författare: Koch, T., Kralik, D., & Taylor, J.</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 1999, nov 8(6), 712-722.</p>	Vårdvetenskapligt och patientperspektiv	Syftet med studien är att ge en ökad förståelse för vuxna som lever med en kronisk sjukdom. Detta genom att kvinnor med diabetes typ 2 fick möjlighet att berätta hur det är att leva med diabetes i relation till deras hälsa och att belysa deras styrkor snarare än brister.	Kvalitativ metod med gruppintervju av sex kvinnor genomfördes. Intervjuerna genomfördes en gång i veckan under åtta veckor, två timmar per gång.	Kategorier som identifierats: <ul style="list-style-type: none"> · Att leva med diabetes är stressigt: rädsla för komplikationer och död. · Huvudsaklig sysselsättning: konstant vaksamhet. · Social påverkan · Kost: kan eller kan jag inte äta det? · Egoism: jag, jag, jag! · Välbefinnande: att ta en paus. · Trötthet: att hitta kraft. · Depression: upp- och nedgångar.
<p>Titel: Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease.</p> <p>Författare: Koch, T., Kralik, D., & Taylor, J.</p> <p>Tidskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Årtal: 2000, mars 9(2), 247-254.</p>	Vårdvetenskapligt och patientperspektiv	Studiens syfte är att männen själva ska få möjlighet att berätta hur det är att leva med diabetes typ 2 i relation till deras hälsa och att belysa deras styrkor snarare än brister.	Kvalitativ metod med gruppintervju av sex män genomfördes. Intervjuerna genomfördes en gång i veckan under en period av fyra veckor, två timmar per gång .	<ul style="list-style-type: none"> · Välmående: "Diabetes har ändrat mig till det bättre". · "Diabetes är inte en sjukdom - det är en del av livet". · Kostval: "Välj bara det du kan äta". · Komplikationer: "Betyder att ta bättre hand om sig själv". · Kontroll: "Jag vet vad jag måste göra". · Relationer: "Du kan inte skylla på kocken för dina snedsteg".
<p>Titel: Issues of cause and control in patient accounts of type 2 diabetes</p> <p>Författare: Parry, O., Peel, E., Douglas, M., & Lawton, J.</p> <p>Tidskrift: Health Education Research</p> <p>Årtal: 2006, 21(1), 97-107.</p>	Psykologiskt och sociologiskt med ett patientperspektiv	Syftet är att undersöka nydiagnostiserade diabetes typ 2 patienters upplevelser och syn på orsaker till och skötsel av sjukdomen.	Kvalitativ metod med djupintervjuer av 19 kvinnor och 21 män genomfördes. Det gjordes tre intervjuer per patient, över en period av ett år, varje intervju varade en timme.	Uppfattningen av att sjukdomen beror på livsstil eller att den uppkommer genom arv eller att den beror på en kombination av dem båda. Detta speglar sig i inställningen att jag kan ändra mig eller att det inte finns någonting jag kan göra åt sjukdomen.

<p>Titel: Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in type 2 diabetes</p> <p>Författare: Peel, E., Parry, O., Douglas, M., & Lawton, J.</p> <p>Tidskrift: Journal of Health Psychology</p> <p>Årtal: 2005, 10(6), 779-791.</p>	<p>Psykologiskt och sociologiskt med ett patient-perspektiv</p>	<p>Syftet är att undersöka hur patienter som är nydiagnostiserade med diabetes typ 2 gör för att sköta sin diet.</p>	<p>Kvalitativ metod med djupintervjuer av 19 kvinnor och 21 män genomfördes. Det gjordes tre intervjuer per patient, över en period av ett år, varje intervju varade en timme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Blir en angelägenhet för hela familjen eller att patienten är ensam med att sköta dieten. · Patienters inställning till att äta utanför dieten - att det finns "berättigade" orsaker till att gå utanför sin diet.
<p>Titel: The psychological impact of living with diabetes: women's day-to-day experiences</p> <p>Författare: Penckofer, S., Estwing Ferrans, C., Velsor-Friedrich, B., & Savoy, S.</p> <p>Tidskrift: Diabetes Educator</p> <p>Årtal: 2007, juli-aug 33(4), 680-690.</p>	<p>Vårdvetenskapligt och patient-perspektiv</p>	<p>Syftet är att förstå känslor av depression, oro och ilska som kvinnor med diabetes typ 2 upplever och hur detta påverkar deras livskvalité.</p>	<p>Kvalitativ metod med gruppintervjuer av fyra grupper om cirka tio kvinnliga deltagare. Gruppintervjuerna genomfördes under två timmar per grupp.</p>	<p>De kategorier som identifierades var:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Kämpa med förändring av hälsosituation. · Möter svårigheter i relationer med sig själv, familjen och andra. · Oroar sig för nuet och framtiden · Bär på ansvar för sig själv och andra · Val av att ta paus.
<p>Titel: Home alone: the experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control.</p> <p>Författare: Rayman, K. M., & Ellison, G. C.</p> <p>Tidskrift: Health Care for Women International</p> <p>Årtal: 2004, 25, 900-915.</p>	<p>Vårdvetenskapligt och patient-perspektiv</p>	<p>Syftet är att beskriva de tidiga upplevelserna och vardagslivet om hur det är att lära sig egenvård vid diabetes typ 2 hos kvinnor som är nydiagnostiserade.</p>	<p>Kvalitativ metod, där djupintervju med 14 kvinnor genomfördes. Intervjuerna varade i en till en och halv timme.</p>	<p>Patienterna upplevde att det är svårt att genomföra egenvården, då självuppfattningen förändras, friheten att välja mat förloras och relationer påverkas. Det fanns även deltagare som genomfört livsstilsförändringen och upplever då egenvården som lättare.</p>

<p>Titel: Struggling with behavior changes: A special case for clients with diabetes.</p> <p>Författare: Sullivan E. D., & Joseph, D. H.</p> <p>Tidskrift: The Diabetes Educator</p> <p>Årtal: 1998, 24(1), 72-77.</p>	<p>Vårdvetenskapligt och patientperspektiv</p>	<p>Syftet är att få djupare förståelse för patienters svar på förväntningar av att förändra livsstil.</p>	<p>Kvalitativ metod där fem kvinnor och fem män intervjuades via telefon, därefter genomfördes en gruppintervju.</p>	<p>Patienter upplever att dieten är den svåraste delen att förändra på grund av krav på planering, ingen frihet och att liver kretsar mycket kring maten. Träning uppfattades som någonting som behövdes förändras även om det inte alltid gjordes.</p>
<p>Titel: Lifestyle change in type 2 diabetes</p> <p>Författare: Whittemore, R., Chase, S. K., Mandle C. L., & Roy, C.</p> <p>Tidskrift: Nursing Research</p> <p>Årtal: 2002, 51(1), 18-25.</p>	<p>Vårdvetenskapligt och patientperspektiv</p>	<p>Syftet är att förstå processen av att integrera rekommenderad behandling vid diabetes typ 2 i den befintliga livsstilen.</p>	<p>Kvalitativ metod med en timme djupintervju genomfördes med nio kvinnor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Livsstilsförändringen kräver att en struktur skapas, vilket bland annat upplevdes frustrerande. · Tillfredsställelse är viktigt för att kunna göra livsstilsförändringar. · Viktigt att hitta en balans i livet vid en ny livsstil. · Konflikter mellan att tillfredsställa begär och att följa rekommenderad behandling.