



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# Diabetes typ II

## Patienters upplevelse av livsstilsförändringar

Elena Claudia Turcu & Josefin Ronnheden

---

Uppsats/Examensarbete: 15 hp  
Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i Omvårdnad  
Nivå: Grundnivå  
Termin/år: Vt 2019  
Handledare: Lars Engen  
Examinator: Lasse Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

## **Förord**

Vi vill tacka vår handledare Lars Engen för hans stöd och engagemang under hela processen. Dessutom vill vi tacka varandra för en gott samarbete under examensarbete gång.

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Titel (svensk)          | Diabetes typ II - Patienters upplevelse av livsstilsförändringar |
| Titel (engelsk)         | Type II diabetes - Patients' experience of lifestyle changes     |
| Examensarbete:          | 15 hp  |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet  |
| Nivå:                   | Grundnivå  |
| Termin/år:              | Vt 2019  |
| Författare              | Elena Claudia Turcu och Josefin Ronnheden                        |
| Handledare:             | Lars Engen   |
| Examinator:             | Lasse Persson  |

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** Diabetes typ 2 (Diabetes) är en folksjukdom världen över där antalet insjuknande ökar varje år. Diabetes typ 2 är en livsstilsrelaterad sjukdom vilket innebär att ohälsosamma levnadsvanor såsom bland annat bristande kost, minimal fysisk aktivitet och rökning ökar risken för att drabbas. Behandling av diabetes fokuserar inte enbart på medicinering utan innefattar oftast också en livsstilsförändring för individen för att undvika diabeteskomplikationer. Med tanke på det ökande antalet individer med diabetes och vikten av livsstilsförändringar vill vi utforska hur individer upplever dessa förändringar.

**Syfte:** Vårt syfte är därför att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever livsstilsförändringar med fokus på kost och motion.

**Metod:** Metoden vid detta arbete är en litteraturstudie där 12 st artiklar valdes ut för att sammanställa dess resultat.

**Resultat:** Resultatet visade 5 stycken huvudkategorier *Motivation, Behov av stöd och kunskap, Förändring, Diabetesens påverkan på individen och Prioriteringar.*

Livsstilsförändring påverka individen på olika sätt och ger uppkomst till olika känslor, både positiva och negativa. Den främsta anledningen till att livsstilsförändringen utfördes och bibehölls var motivation. Motivation var något som uppkom hos individen för att undvika de komplikationer och risker diabetes för med sig men även motivation från de positiva effekterna av livsstilsförändringar, såsom viktning och ökad kondition.

**Slutsats:** Då individer påverkas olika och upplever olika känslor bör arbetet tillsammans med diabetiker ske på ett personcentrerat sätt och på så sätt se till varje individ resurs för att möjliggöra en känsla av empowerment hos individen.

Nyckelord: Diabetes typ 2, Livsstilsförändringar, Kost, Fysisk aktivitet, Egenvård

# Innehållsförteckning

## **Inledning**

profession  
komplikationer  
individen

## **5Bakgrund**

10Personcentrering  
13Motivation från positiv effekt av livsstilsförändring  
16Livskvalitet

5Diabetes M  
10Empowerm  
14Behov av  
16Känslor

## Inledning

Diabetes är en av de vanligaste folksjukdomar i Sverige och världen över (World Health Organization [WHO], 2018). Personer med diabetes är en av de patientgrupper vi onekligen kommer stöta på som sjuksköterskor oavsett vilken verksamhet vi arbetar i. Sjuksköterskor har som ansvar att arbeta personcentrerat, dvs utefter personens egna styrkor och resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vi finner därför det intressant och lämpligt att fördjupa oss i om hur individen upplever sin diabetes. Då upplevelser och erfarenheter kan skilja sig mellan individer vill vi med detta arbete undersöka likheter och samband hur patienter med diabetes typ 2 upplever livsstilsförändringar. Med den funna kunskap vill vi i vår framtida yrkesroll som sjuksköterskor skapa förståelse samt tillämpa och utforma olika strategier vid preventivt arbete för stötta individen vid förändringar och skapa förutsättningar för empowerment.

## Bakgrund

Enligt Socialstyrelsen (2018) lever 5 procent av Sveriges vuxna befolkning med diabetes, en procentandel som dessutom ökar. Enligt International Diabetes federation (IDF, 2017) hade ca 425 miljoner vuxna diabetes år 2017 globalt, denna population beräknas öka till ca 625 miljoner år 2045. Ett mörkertal finns i dessa siffror då flertal personer lever med en oupptäckt diabetes. Majoriteten av de som drabbas av diabetes både i Sverige och internationellt har diabetes typ 2 (Lindholm, 2011). Diabetes kan medföra både akuta och långsiktiga komplikationer, vilket inkluderar ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar samt för tidig död. Dessa komplikationer resulterar till ökade kostnader och resurser för vården och samhället samt leder till ohälsa och lidande för patienten. Forskning visar att komplikationer från diabetes typ 2 kan förhindras eller fördröjas med hjälp av preventivt arbete där förändrad livsstil ses som en faktor (Socialstyrelsen, 2018).

## Diabetes Mellitus

Diabetes delas in i fyra olika klassifikationer typ 1, typ 2 diabetes, graviditetsdiabetes och specifika diabetestyper. Orsaken till diabetes skiljer sig mellan klassificeringarna, men gemensamt är påverkan på insulinproduktionen eller insulinkänsligheten i cellen (Lindholm, 2011).

Vid diabetes typ 1 sker en autoimmun reaktion mot pankreas betaceller. Diabetes typ 1 drabbar både barn och vuxna och kan delas in i snabb eller långsam progression. Den långsamt progredierande formen benämns latent autoimmun diabetes in adults (LADA) och kan förväxlas med diabetes typ 2 (Lindholm, 2011).

Diabetes som uppkommer under graviditet har en egen klassificering. Kvinnor har då nedsatt glukostolerans under graviditeten och diabetesen upphör efter förlossning. Kvinnor som drabbats av graviditetsdiabetes löper högre risk att drabbas av diabetes senare i livet. Denna kategori gynnas av eventuella livsstilsförändringar efter graviditeten (Socialstyrelsen, 2018). Klassificeringen specifika diabetestyper innefattar endokrina sjukdomar där det råder obalans i hormonutsöndringen, genetiska defekter i form av mutationer som påverkar pankreas betaceller, läkemedel eller kemikalier som orsakat diabetes, infektionssjukdomar, olika typer av genetiska syndrom samt exokrina sjukdomar som pankreatit och pankreascancer men kan även förekomma vid hemokromatos eller cystisk fibros (Lindholm, 2011)

## Diabetes typ 2

Vi har i vårt arbete valt att fokusera på diabetes typ 2, som är den vanligaste formen av diabetes där antalet som drabbas ökar varje år världen över. Vid diabetes typ 2 råder insulinresistens i kroppens insulinberoende vävnad. För att kompensera detta ökar pankreas betaceller sin insulinfrisättning vilket medför hyperinsulinemi.

Den ökade insulinfrisättningen påverkar betacellerna och resulterar i successiv försämring av insulinproduktionen och en konstant hyperglykemi. Diabetes typ 2 utvecklas under en längre tid, symtom uppkommer långsamt vilket medför att uppsökandet av vård fördröjs (Ericson & Ericson, 2012).

Individer brukar upptäcka sin diabetes typ 2 via symtom eller på en rutinmässig hälsokontroll. Den hyperglykemi som råder vid diabetes ger symtom som ökad törst och större urinmängd. Andra symtom är ofrivillig viktneigång samt att individen upplever sig tröttare och illamående. För att fastställa att en individ drabbats av diabetes behöver man veta värdet av plasmaglukos i blodet vid fasta och efter peroral glukosbelastning eller HbA1c.

Referensvärde för p-glukos är vid fastande 4.0-6.0 mmol/L både kapillärt och venöst (Karolinska Universitetslaboratoriet, 2018). Detta värde ligger vid diagnostiserandet av diabetes på  $>7$  mmol/L vid fastande. Om värdet under glukosbelastning resulterar i  $>12$  mmol/M kan en diabetes diagnostiseras. Fördelar med att mäta HbA1c är att det visar hur blodsockernivån i blodet har legat de senaste 8-10 veckorna samt att individen inte behöver fasta inför provtagning (Lindholm, 2011).

Enligt Ericson & Ericson (2012) inriktas behandlingen av diabetes på att hålla blodsockret inom referensvärdet för att uppnå symtomfrihet och minska komplikationer. Behandlingen består av kost och motion, men i vissa fall även insulin och perorala antidiabetika.

Behandling kan ges var för sig eller i kombination med varandra. Oavsett vilken behandlingsmetod, är hälsosamma levnadsvanor en viktig åtgärd att eftersträva.

## Risikfaktorer

Diabetes typ 2 anses som en livsstilsrelaterad folksjukdom. Riskfaktorerna utgår främst ifrån individens levnadssätt exempelvis brist på motion och en mindre bra kosthållning, dock finns det även en genetisk ärftlighet. Övervikt är den främsta riskfaktorn till diabetes typ 2 och diabetes ökar med stigande övervikt. Graden av övervikt kan anges med hjälp av BMI (body mass index). Typen av fetma har en betydelse för diabetesrisken där bukfetma (manlig typ) är kopplad med en högre diabetesrisk än fettansamling kring höfterna (kvinnlig typ).

Kost har en stark koppling till diabetes där ett för högt energiintag i förhållande till energiförbrukning ökar risken för diabetes (Groop, Lyssenko & Renström, 2010). Fysisk inaktivitet ger minskad energiförbrukning vilket kan leda till viktökning och ökad insulinresistens. Det beräknas att ca 20 procent av Sveriges befolkning har ohälsosamma matvanor. Ohälsosamma matvanor ger upphov till förhöjd risk för diabetes, sänkt livskvalite och förtida död (Adolfsson, 2012).

Risken att utveckla diabetes typ 2 ökar om någon i familjen har denna sjukdomen. Om ett barn vars förälder har typ 2 diabetes finns ca 40 procent högre risk för barnen att utveckla diabetes, ännu högre risk om det är mamman. Förklaring finns inte klarlagd men man har föreslagit att den intrauterina miljö kan spela en stor roll (Groop et al., 2010).

Enligt Norberg, Stenlund, Lindahl, Andersson, Eriksson och Weinehall (2007) ökar risken för att drabbas av diabetes typ 2 vid psykosocial stress, arbetsrelaterad stress samt vid depression. Lågt emotionellt stöd ses dessutom vara en bidragande faktor för kvinnor att drabbas av diabetes typ 2.

## **Komplikationer**

Den kroniska hyperglykemi vid diabetes leder till förändringar i kroppens kärl, så kallad mikro- och makroangiopati. Där mikroangiopati innebär förtjockning i blodkärlens kapillärer och arterioler och makroangiopati innefattar ateroskleros i blodkärlen större kärl. Förhöjda blodsockervärden är en av riskfaktorerna för att drabbas av mikro- och makroangiopati (Lindholm, 2018).

Njurar, ögon och underben är det som främst drabbas av kärlförändringar som komplikation av diabetesen, vilket kan leda till synnedsättning, nefropati och svårläkta sår med i värsta fall underbensamputation (Agardh, 2011).

Retinopati är en komplikation vid diabetes som innebär förändringar i blodkärlen i ögats näthinnan. Dessa förändringar i näthinnan kan vara allt från små blödningar eller små utbuktningar på kärlen till multipla blödningar och inflammationer längst blodkärl och i näthinnans centrum. Diabetesretinopati påverkar synen och är den främsta orsaken till förvärvad blindhet (Agardh, 2011).

Nefropati innebär att njurarnas funktion påverkas pga av förändringar i njurarnas små blodkärl. I Sverige är diabetes den vanligaste orsaken till dialys vid nedsatt njurfunktion (Frid & Annersten Gershater, 2016).

En annan komplikation från diabetes är neuropati som innebär förändringar i perifera nerver och kan ge känselbortfall och smärtor perifert framför allt i fötter (Frid & Annersten Gershater, 2016). Känselbortfall i fötterna kan leda till svårläkta fotsår och kan ibland resultera i svårbehandlad smärta (Löndahl & Landin-Olsson, 2011). Den perifera kärlpåverkan resulterar i minskad cirkulation i ben och fötter vilket leder till försämrad läkning (Lindholm, 2018). Mellan 3-8% av alla individer med diabetes lider av ett svårläkt sår och 85% av alla benamputationer är en komplikation från diabetes.

Diabetes påverkan på kroppens blodkärl ger dessutom en ökad risk för att drabbas av hjärtinfarkt och stroke. Siffror visar att ca. 60-70 % av det personer som lever med diabetes dör till följd av hjärt- och kärlsjukdom (Billing, 2012).

## **Livsstilsfaktorer**

En förbättring i den globala hälsan har resulterat i ökad medellivslängd världen över trots detta skiljer sig välståndet och en ökad klyfta mellan rika och fattiga har uppkommit. Välståndet har inverkat på det sjukdomspanorama som rådde i höginkomstländer där inkluderat Sverige. För 50 år sedan dominerades västvärlden av infektionssjukdomar, i dagens läge domineras värden av livsstilssjukdomar vilket innefattar diabetes typ 2 (Ringsberg, 2014).

Enligt socialstyrelsen (2018) lever cirka 50% av alla kvinnor och 75% av alla män i ålder 18-84 i Sverige med någon ohälsosam vana. Ohälsosamma vanor innefattar bristfälliga matvanor och fysisk aktivitet samt användandet tobak eller riskbruk av alkohol.

Ovanstående vanor utgörs var för sig som riskfaktorer för flertal av våra folksjukdomar där diabetes typ 2 är en av dem. Att inneha flera ohälsosamma vanor ökar risken för sjukdom och lidande desto mer. Livslängden hos personer med ohälsosamma levnadsvanor förkortas och studier visar att personer utan någon ohälsosam vana lever i genomsnitt 14 år längre.

God kosthållning och motion är enligt Hedelin, Jormfeldt och Svedberg (2014) en friskfaktor som ger förutsättning för oss att må bra i livet och förebygga sjukdom.

## **Kostvanor**

Enligt Socialstyrelsen (2018) står ohälsosamma kostvanor i sig för den främsta anledning till sjukdomsfall i Sverige men även i större delen av världen. Ringsberg (2014) skriver att våra

kostvanor i Sverige och den västerländska kulturen har förändrats. Tillgång på mat har gjort att den inte bara förtärs vid hunger utan småätande är något som har eskalerat. En konstant ökning sortiment föda, reklam och matprogram i media samt situationsanpassat småätande exempelvis myskvällar m.m har resulterat i att vi äter allt för mycket. En för hög konsumtion och energiintag i förhållande till vad kroppen förbränner ger negativa effekter och kan leda till övervikt och fetma. Eriksson (2014) berättar att en stor andel av jorden befolkning är överviktiga (ca 20%), något som ökar i både låg, medel och höginkomstländer. I Sverige har förekomsten av fetma ökat både hos vuxna som barn, vilket ökar risken att drabbas av flertal sjukdom såsom diabetes typ 2, stroke, cancer eller psykisk ohälsa (Ringsberg, 2014). Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2010) minimeras risken att insjukna i diabetes typ 2 vid god kosthållning i kombination med ökad fysisk aktivitet. Trots detta uppskattas ca 20% av svenska befolkningen ha ohälsosamma matvanor. Enligt det nordiska näringsrekomentationerna (NNR) som framställdes 2012 innefattar en god kosthållning en välbalanserad kost där fokus ligger på att minska energimängd och istället fokusera på näringstätheten. En bra kosthållning enligt det NNR är en fiberrik kost, rikt på vegetabiliska livsmedel dvs grönsaker och spannmålsprodukter av fullkorn, en bra fettkälla i form av essentiella och omättade fettsyror (Fet fisk, nötter och frön samt vegetabilisk olja) (Livsmedelsverket, 2012).



| ÖKA                     | BYT UT   | BEGRÄNSA  |
|-------------------------|--|---|
| Grönsaker<br>Baljväxter | Spannmåls-<br>produkter av<br>vitt/siktat mjöl → Spannmåls-<br>produkter av<br>fullkorn    | Charkprodukter<br>Rött kött                     |
| Frukt och bär           | Smör, smör-<br>baserade<br>matfetter → Vegetabiliska<br>oljor, oljebase-<br>rade matfetter | Drycker och<br>livsmedel med<br>tillsatt socker |
| Fisk och skaldjur       |  | Salt  |
| Nötter och frön         | Feta mejeri-<br>produkter → Magra mejeri-<br>produkter                                     | Alkohol   |

(Livsmedelsverket, 2012, Tabell 1)

## Fysisk aktivitet

Västra götalandregionen (VGR, 2016) definierar begreppet fysisk aktivitet som planerad muskelrörelse som i sin tur är energiförbrukande. Rekommenderad fysisk aktivitet ligger på minst 150 min i veckan vid måttlig intensitet dvs ca 30 min om dagen (VGR, 2016). Intensitetsnivå bör ske utifrån individens personliga förutsättningar vilket innebär att den fysiska aktiviteten ser olika ut för varje individ. Att motionera regelbundet har visats ha god effekt på hälsan med flertal positiva egenskaper, det minimerar risken för uppkomst av sjukdom samt stärker kroppens skelett, leder och muskulatur men även immunförsvaret. Fysisk motion ses även ha en positiv påverkan på den mentala hälsan och lindrar oro och ångest, reducerar stress och minskar sömnproblematik (Socialstyrelsen, 2014). Precis som vår kosthållning har även vår fysiska aktivitet påverkats och förändrats av vår ökade levnadsstandard. En hektisk vardag med desto fler stillasittande jobb minskar den fysiska aktiviteten hos individer, särskilt den fysiska vardagsmotionen.



Sverige ligger däremot på topp i Europa vad det gäller en befolkning som är fysisk aktiv. Den förlorade vardagsmotionen kompenseras på fritiden i form av gym, löpning eller annan motion. Dock gäller inte detta alla och vardagen för dessa kan vara helt utan någon fysisk aktivitet. En överviktig person som är fysiskt aktiv löper mindre risk att drabbas av sjukdom jämförelse med en normalviktig som inte tillämpar fysisk aktivitet (Ringsberg, 2014).

## POSITIVA HÄLSOEFFEKTER AV FYSISK AKTIVITET



(Västra götalsregionen [VGR], 2016)

### Rökning & Tobak

Rökning har negativ effekt på hälsan, tydliga samband ses mellan rökning och flertal sjukdomar som KOL, hjärt- kärlsjukdomar samt cancer (Ringsberg, 2014). Rökning som riskfaktor innefattar både daglig rökning samt sporadisk (Socialstyrelsen, 2018). Enligt Berne och Korsgren (2011) medför rökning ökad risk för att drabbas av sjukdom som diabetes typ 2. Det negativa riskerna gäller även vid passiv rökning. I Folkhälsomyndighetens (2019) siffror ses en positiv minskning av daglig tobaksrökning. Dock uppskattas fortfarande 7% av Sveriges befolkning i ålder 16-84 röka dagligen.

### Riskbruk av alkohol

Med ett riskbruk av alkohol tenderar inte bara till att fysiska skador uppkommer, utan ett riskbruk resulterar oftast även i psykiska och sociala skador. Våra alkoholvanor har förändrats och en minskning av riskbruk ses i den yngre populationen medans den äldre populationen ökar (Folkhälsomyndigheten, 2019). Enligt Ringsberg (2014) skiljer sig alkoholkonsumtionen åt mellan olika länder i Europa vilket beror på dess olika dryckeskulturer. Vår dryckeskultur i Sverige har förändrats från att tidigare haft som mest konsumtion under helger ses en ökning av vardagligt drickande. Vad som anses som riskkonsumtion är enligt Socialstyrelsen (2014) inte helt fastbeslutat nationellt men efter det riktlinjer man använder sig av omfattar ett riskbruk är olika för

kvinnor och män. Kvinnor anses kunna inneha ett riskbruk av alkohol vid konsumtion av 9 glas per vecka medans 14 glas per vecka för män.

## **Sjuksköterskans roll**

Rollen som sjuksköterska innebär stort fokus på hälsa och kan delas upp i fyra grundläggande ansvarsområden.

- Främja hälsa
- Förebygga sjukdom
- Återställa hälsa
- Lindra lidande (Hedelin , Jormfeldt & Svedberg, 2014)

## **Sjuksköterska som profession**

Sjuksköterska är ett legitimerat yrke, det vill säga att hen har teoretisk och praktisk visat och examinerat sin kunskap för att bli behörig att kalla sig sjuksköterska och utföra detta yrke.

Varje sjuksköterska ansvarar för sin egna legitimation och yrkesutövning, vilket innebär eget ansvar för sina handlingar, hålla sig uppdaterad om kunskap inom sitt yrkesområde samt arbeta utefter lagar och förordningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2017)

Omvårdnad är sjuksköterskans huvudsakliga kompetensområde, både som ett humanistisk synsätt och ett vetenskapligt kunskapsområde.

Sjuksköterskans omvårdnad skall tillämpas utifrån ett etiskt perspektiv med hänsyn till de mänskliga rättigheterna samt patientens självbestämmande, integritet och autonomi.

Den omvårdnad som tillämpas skall dessutom vara beprövad och evidensbaserad (Willman, 2013). I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor av Svensk sjuksköterskeförening (2017) påtalar man vikten av att skapa en förtroendefull relation med patient och eventuella närstående för att uppnå en god omvårdnad. För att kunna uppnå detta behöver sjuksköterskan se till hela patienten, dess behov och styrkor, fysiskt, psykiskt, och spirituellt/andligt.

Sjuksköterskan skall även ha kunskap om att individanpassa den information som ges utefter varje enskilds patients nivå.

## **Personcentrering**

Personcentrerat arbetssätt utgår i från hälso- och sjukvårdens beprövade vetenskap och patientens erfarenhet (Ekman, Norberg & Swedberg, 2015). Vid personcentrerad vård fokuserar man på individen och dess resurser, individen ses som en viktig komponent och tillåts vara en aktiv deltagare i sin egen vård (Wolf, Vella & Fors, 2019). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2016) är individens egna berättelse en stor resurs vid planeringen av dess vård. Vid möte med individen bör sjuksköterskan visa öppenhet, vilja och intresse att lyssna på dennes berättelse. Med denna information och kunskap får sjuksköterskan en större förståelse som kan tillämpas vid planering av vård och sträva efter att få individen att kunna leva sitt liv trots sjukdom. För att uppnå detta krävs att sjuksköterskan har en inblick i personens behov, vanor, önskemål, värderingar, prioriteringar och resurser. Forskning visar att den personcentrerade vården har flera fördelar både hälsoekonomiskt och för individen. Kortare vårdtider där fler individer har möjlighet att återgå till sitt egna hem reducerar både vårdkostnaderna och tillgång till fler vårdplatser. Den personcentrerade vården ökar även känslan av trygghet, självförtroende och livskvalité hos individen samt förbättrar smärtlindring och minimerar risken för vårdrelaterade skador (Pirhonen, Hansson Olofsson, Fors, Ekman & Bolin, 2017).

## **Empowerment**

Empowerment är ett begrepp inom den personcentrerade vården och ingår vid hälsofrämjande arbete. Empowerment är enligt Fors (2015) en process där man vill skapa möjlighet för individen utifrån dennes egna resurser känna kontroll över sitt egna liv och hälsa. Som sjuksköterska ska vi hjälpa individen att upptäcka dessa inneboende resurser (Funnel, 2012). Diabetes är en kronisk sjukdom där individen kan behöva både medicinsk behandling, omvårdnad och rådgivning. För att individen ska kunna känna empowerment trots sin diabetesdiagnos och i vid sin behandling krävs kunskap, förståelse och information (Funnel, 2012). Vårdpersonal ansvarar för att den information och kunskap som ges är utformad och lämplig så informationen blir förståelig för dess mottagare. Pellmer, Wramner och Wramner (2012) beskriver empowerment där sjuksköterskan ger möjlighet för individen att hjälpa sig själv. För att tillämpa detta krävs att individen är delaktig i sin vård. Att individen skall vara delaktig i sin egna vård är något som både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen påtalar. För att empowerment ska nås krävs att man använder patientens resurser och möjligheter. Individens frihet ska respekteras samtidigt som patienten accepterar sitt ansvar. En vårdrelation ska präglas av respekt och tillit för varandra (Lidén, 2014).

## **Problemformulering**

Diabetes typ 2 är en folksjukdom både nationellt och globalt som ökar varje år (World Health Organization [WHO], 2016). Riktlinjer och mål har utformats för att minska dess förekomst. Som sjuksköterska har man ett ansvar att arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Genom att öka kunskapen och förståelse om hur patienter upplever livsstilsförändringar vid diabetes typ 2 kan man utforma det förebyggande arbete och på så sätt skapa större förutsättning att stärka patientens empowerment och möjlighet att upprätthålla en hälsosam livsstil.

## **Syfte**

Vårt syfte är att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever livsstilsförändringar med fokus på kost och motion.

## **Metod**

### **Design**

Metoden som har använts vid denna studie är en litteraturstudie. Enligt Friberg (2017) innebär ett litteraturstudie att skapa kunskap inom ett visst omvårdnadsrelaterat område eller om ett problem inom sjuksköterskans verksamhet- och kompetensområde. Detta innebär att man studerar befintlig forskning för att få en uppfattning på vad som studerats. Friberg (2017) betonar att litteraturstudies utgångspunkt är att systematiskt söka och analysera artiklar i vetenskapliga tidskrifter relaterat till det formulerade syftet med eventuella frågeställningar. Syftet vid denna studie var att utforska och beskriva patienter med diabetes typ 2 erfarenhet av livsstilsförändringar valdes det att fokusera på artiklar utifrån kvalitativ och fenomenologisk forskningsmetodik.

Genom att använda sig av en kvalitativ forskningsmetod vill man förstå och förklara erfarenheter och upplevelser denna metod används bland annat inom omvårdnadsforskning. Kvalitativ forskning fördjupar sig på ämnet och går mer in på detalj, den omfattar oftast en mindre undersökningsgrupp i en specifik miljö. De metoder som är mest lämpliga att använda

vid datainsamling till kvalitativ forskning är intervjuer, berättelser och observationer (Forsberg & Wengström, 2016)

## Urval

### Inklusionskriterier

För att begränsa sökningen användes olika inklusionskriterier.

Inklusionskriterier som användes var diabetes typ 2, kvalitativa artiklar, peer reviewed samt engelsk skrift.

### Exklusionskriterier

De exklusionskriterier som användes var diabetes typ 1, graviddiabetes eller specifik diabetes. Åldersbegränsning för artiklar sattes och artiklar före 2009 togs inte med.

## Datainsamling

För att utforska och besvara syftet söktes relevanta vetenskapliga artiklar.

Denna studie utgick ifrån ett omvårdnadsperspektiv, vid val av databas fanns detta i fokus. Databaserna som användes var Cinahl och Pubmed, som enligt Östlund (2017) är relevanta databaser med omvårdnadsrelaterade artiklar. Karlsson (2017) beskriver att beroende på vilken eller vilka frågor som skall besvaras ska källan anpassas efter det. Vidare förklarar Karlsson (2017) att databasen Cinahl fokuserar på artiklar inom omvårdnad, fysioterapi och arbetsterapi. Material publicerat på pubmed inriktar på det biomedicinska där omvårdnad inkluderas.

För att få fram lämpliga sökord användes Svensk MeSH och Cinahl Subject Headings. Det sökord som användes var: *Diabetes mellitus type 2, Diabetes type 2, Diabetic Patients, Lifestyle changes, Habits & Qualitative.*

AND användes vid kombination av sökorden. Genom att lägga ihop sökorden med AND använder man sig av "booleska operatorer". Användandet av AND gör sökningen mer specifik och innefattar att alla sökord ska finnas med vid sökresultatet (Karlsson, 2017). Sökningar dokumenterades, Se bilaga 1. Totalt gjordes fem sökningar, tre av dessa gjordes i databasen Pubmed och två i Cinahl.

Utifrån artiklarnas rubrik valdes 36 artiklar ut för att läsa dess abstrakt. 22 av dessa artiklar valdes sedan ut att läsas i fulltext. En del artiklar valdes bort pga av att det inte matchade vårt syfte då det antingen inkluderade patienter som inte var diagnostiserad diabetes eller där artikeln syfte var att fokusera på läkemedel och diabetes. Slutligen valdes 13 artiklar ut för kvalitetsgranskning, En artikel föll bort i kvalitetsgranskningen och det slutliga antalet till resultatet vart 12 artiklar.

## Kvalitetsgranskning

Det 12 utvalda artiklarna granskades för att bedöma dess kvalitet. Vid detta arbete användes Forsberg och Wengströms (2016) mall för att utforska vilken grad av kvalitet artikel ansågs ha. Utifrån mallens (18) frågor gav JA 1 poäng och NEJ eller Vet ej 0 poäng. Beroende på artikelns resultat räknades en procent ut för gradering. Låg kvalitet = 0-59% Medel kvalitet = 60-79% och hög kvalitet = 80-100%. Alla artiklar utom en fick hög kvalitet vid granskningen enligt mallen, dock valde vi att sänka kvalitén på en av dessa artiklarna då den inte tydligt beskrev om den var etisk godkänd som då fick medel kvalitet. En artikel föll bort under kvalitetsgranskningen pga låg kvalitet.

Artikelöversikt och kvalitetsgranskning visas i bilaga 2.

## Analys

Kvarvarande artiklarna i antalet 12 lästes återigen igenom individuellt med fokus på resultatdelen. Enskilt utforskade författarna deltagarnas upplevelser i varje artikel. Dom funna upplevelserna från deltagarna vid varje artikel skrev ner. Tillsammans diskuterade författarna de upplevelser de funnit i varje enskild artikel. Författarna jämförde sedan upplevelserna mellan artiklarna för att finna samband. De samband och mönster som var återkommande bildade flertal små kategorier som jämfördes och kopplades samman till en större kategori.

## Resultat

5 stycken huvudkategorier strukturerades upp i resultatet *Motivation, Behov av stöd och kunskap, Förändring, Diabetesen påverkan på personen och Prioriteringar*. I alla huvudkategorier utformades underkategorier för att strukturera och tydliggöra resultatet.

### Motivation

I studien av Booth, Lowis, Dean, Hunter & Mckinley (2013) uppgav deltagarna att brist på motivation var ett hinder för att kunna uppnå den livsstilsförändring de behövde. Det var sällan en förändring till hälsosammare vanor skedde om inte individen upplevde motivation (Laranjo, Neves, Costa, Ribeiro, Couto & Sá, 2015). Motivation visas tydligt vara ett krav för att personer ska kunna hantera sin diabetes, det upplevdes som en utmaning att behöva ändra i sina rutiner och livsstil. Motivationen hos individen spelade då stor roll för att vidta och upprätthålla livsstilsförändring i vardagen (Gardsten, Blomqvist, Rask, Larsson, Lindberg & Olsson, 2018). Motivationen som individerna upplevde kunde uppkomma från olika "triggers" men gemensamma nämnare var; Motivation för att undvika komplikationer; Motivation från de resultat livsstilsförändringen gav. I nedanstående underkategorier förklaras mer.

#### Motivation för att undvika komplikationer

Ett återkommande skäl till uppkomst av motivation till livsstilsförändringar var att motverka de komplikationer som okontrollerad diabetes kan tillföra.

Enligt resultatet från studien av Booth et al. (2013) var medvetenhet om de konsekvenser och komplikationer som kan uppkomma en anledning till att individerna blev motiverade och ändrade sin livsstil och följde de råden som de hade blivit givna. Det visade sig även var en motivation till att bibehålla de förändringar de gjort (Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk, 2013).

Att känna rädsla kunde ge motivation till individerna. Enligt Fink, Fach & Schröder (2019) kunde rädsla innebära att diabetesen skulle få större påverkan på livet. Rädsla för att behöva börja med insulininjektioner om diabetesen inte togs på allvar och under kontroll gav motivation till ett hälsosammare leverne (Malpass, Andrews & Turner, 2009).

En av deltagarna i studien av BurrIDGE, Foster, Donald, Zhang, Russell & Jackson (2014) uttryckte sig ungefär "Om jag vill fortsätta leva ett långt och hälsosamt liv måste jag få kontroll över diabetesen" (s.81). Viljan och motivationen till att kunna fortsätta leva och känna hälsa var en viktig drivkraft till att utföra förändring.

Viljan att fortsätta leva innefattade inte bara för ens egen vinning utan att fortsätta leva för närståendes skull gav också motivation (Sebire et al., 2018).

## **Motivation från positiv effekt av livsstilsförändring**

Det positiva resultat och effekt som livsstilsförändring bringade gav motivation till individerna att fortsätta sin nya livsstil (Rise et al., 2013). Känslan att känna sig mer hälsosam och kunna kontrollera sin glukosnivå i blodet ledde till ökad motivation (Booth et al., 2013). Fysisk aktivitet gav mer energi och var avslappnade vilket gav välbehag. Detta ledde till att personerna blev motiverade till att utföra den fysiska aktiviteten (Sebire et al., 2018). Personerna upplevde både mental och fysisk förbättring av att vara fysisk aktiva, vilket uppmuntrade individerna att även äta mer hälsosamt och sköta sin hälsa bättre (Malpass et al., 2009).

Att se resultat på vågen eller i kroppsmått indikerade att individen höll sig till kostråden och den ökade fysiska aktivitet. Viktnedgång och minskning i midjemått gav positiva känslor hos individen och viljan att fortsätta livsstilsförändringarna ökade (Booth et al., 2013). Individernas vilja att visa upp sina resultat och bedrift från av det livsstilsförändringar de gjort gav motivation att fortsätta och skapade en mening till att hålla livsstilsförändringarna vid liv. Detta kunde vara att med konkreta bevis/resultat kunna visa för hälso- och sjukvårdspersonal att dom var kapabla till att följa det råd som de hade fått (Sebire , Toumpakari , Turner , Cooper, Page, Malpass & Andrews , 2018).

## **Behov av stöd och kunskap**

Flertalet individer beskrev hur stöd och kunskap bidrog till att upprätthålla sina livsstilsförändringar. Närstående och hälso- och sjukvårdspersonal kunde vara en bidragande faktor för att lyckas, men kunde också upplevas som ett hinder för framgång då informationen och stödet inte upplevdes vara anpassat efter individens behov (Laranjo et al., 2015).

### **Stöd från närstående**

För att hantera sin diabetes och den livsstil som var behövlig påtalade individerna att det var i behov av stöd från närstående. I studien av Rise et al (2013) beskrivs att individer som hade lyckats öka sin fysiska aktivitet fick stöd av familj och vänner.

Genom att hela familjen var engagerade och involverades i individens nya vanor upplevdes livsstilsförändringarna som lättare (Booth et al., 2013). Familjen kunde även stötta genom att påminna individen att undvika viss typ av mat och sötsaker eller att tänka på portionsstorleken (Castro-Sánchez & Ávila-Ortíz, 2013).

Däremot upplevdes livsstilsförändring svårt att tillämpa om inte familjen var med och bidrog. Svårigheter fanns om individens partner inte ville äta hälsosamt, de gemensamma måltiderna blev då en kamp mellan att äta hälsosamt eller falla för begäret (Ahlin & Billhult, 2012).

Brist på stöd från familjen upplevdes i högre utsträckning hos kvinnor, detta berodde på att det var främst kvinnorna som stod för handling och matlagning i familjen (Booth et al., 2013).

### **Stöd och kunskap från hälso- och sjukvårdspersonal**

All kunskap om diabetes och den egenvård man kan tillämpa kunde upplevas som svår att ta till sig. Det kunde bero på att informationen de fick var allt för mycket att ta in på en gång.

Tid för bearbetning, reflektion och upprepning behövdes för att kunna förstå. Problemet kunde även bero på för lite information eller information som inte kändes relevant.

Att inte få reda på vad man som individ borde äta framöver upplevdes förvirrande och kunde resultera i rädsla för att äta (Booth et al., 2012). Individerna upplevde ett behov att få information från hälso- och sjukvården om vad de skulle äta, hur de skulle hålla sig fysiskt

aktiva samt hur glukosnivån i blodet påverkas (Fink et al., 2019). Individerna önskade att de råd de fick skulle utgå ifrån vad de fick äta istället för vad de skulle undvika (Gardsten et al., 2018). Liknande gällde även den fysiska aktiviteten, där individerna ville veta vilken typ av fysisk aktivitet som var lämpad för dem (Laranjo et al., 2015). Att ha god kontakt med hälso- och sjukvården var en fördel. Vid kontinuerliga uppföljningsmöten med hälso- och sjukvården steg motivation av att följa de råd om livsstilsförändring medans vid färre uppföljningsmöten upplevdes livsstilsförändringen som en börda och motivation började tryta (Sebire et al., 2018). Så länge hälso- och sjukvården höll koll på individen och utförde sina kontroller och tester upplevdes diabetesen som viktig att hålla koll på (Burrige et al., 2016).

## Förändring

### Nytt liv och nya rutiner

De råd om livsstil som gavs individen skiljde sig ofta från deras ursprungliga levnadssätt, vilket skapade blandade känslor och reaktioner. Att ändra sina tidiga levnadsvanor och införa nya mönster i vardagen upplevdes ofta som svårt (Gardsten et al., 2018). Det kunde hos vissa bli en svår kamp där de ansåg att det var orättvist att de hade blivit drabbade av diabetes (Ahlin & Billhult, 2012). Trots kunskap och förståelse om varför livsstilsförändringen var nödvändig ansåg flera individer med diabetes att självdisciplin var något som behövdes för att ändra sitt levnadsmönster (Fink et al., 2019; Ahlin & Billhult, 2012). Att genomföra en livsstilsförändring ansågs inte alltid vara det svåraste, snarare att bibehålla den långvarigt (Malpass et al., 2009). En del individer var motvilliga att förändras vilket då gjorde dem passiva och i vissa fall ignorerade de sin diabetes (Sebire et al., 2018). Andra individer upplevde att de hade för mycket runt omkring sig i livet, som exempelvis skilsmässa eller dödsfall i familjen, vilket påverkade deras förmåga att hantera livsstilsförändring. En del individer hade inte tillräckligt med kunskap och förstod då inte att diabetes är en allvarlig sjukdom, de var då inte medvetna om de komplikationer diabetes kan orsaka. En deltagare beskriver att *“ När jag fick diabetes, förstod jag inte hur allvarlig den var och vad kunde göra för den . Jag trodde det var något som influensa ”* (Burrige et al., 2014, s. 79). Åldern var något som ansågs spela in när det handlade om att bryta det gamla mönster och börja om på något nytt. Att man hade levt med ohälsosamma vanor under flertal år sågs som ett skäl till varför det var svårare att ändra på sig (Booth et al., 2013).

Andra individer såg relativt neutralt på den nya livsstil. Acceptans till sjukdomen och dess påverkan fick dem att hantera förändringen och aklimatisera sig till den nya livsstilen utan någon större fundering. En av deltagarna i studien av Burrige et al. (2016) uttryckte sig *“Ta din medicin och följ din diet, du kommer vänja dig sen kommer det bli som en del av dig och det sker då utan att behöva tänka”* (s. 81).

Individer som som ansågs ha god självkontroll och fokus hade lättare att ändra sina mönster vid den nya livsstilen. De upplevde inte att diabetesen tog kontroll över deras liv utan att de lyckades hantera situationen utan att känna sig begränsade (Fink et al., 2019).

### Anpassa råden till sin egna vardag

Då flertal uppfattade de råd om kosthållning som gavs var för strikta och svåra att följa fann många individer sin egen väg till ett mer hälsosammare liv genom att själv modifiera det råd som gavs. De modifierade råden kunde innebära att de fortfarande kunde äta samma sorts mat, men i en reducerad mängd eller kompensera sitt oförändrade matintag genom ökad fysisk aktivitet (Sebire et al., 2018). Det kunde även innebära perioder av diet och perioder av att äta som tidigare (Castro-Sánchez & Ávila-Ortiz, 2013). Individer valde att unna sig undantag från vad som ansågs vara hälsosamt, exempelvis för en kväll dricka öl, äta god mat

och umgås med vänner. Detta kompenstrades dagen efter genom fysisk aktivitet. Detta var ett sätt att balansera vardagen och fortfarande ha kvar det som ansågs meningsfullt (Malpass et al., 2009)

Andra tillvägagångssätt var att antingen ta en extra insulin dos (Fink et al., 2019) eller mäta sin blodsockernivå, var den inom rimlig gräns ansåg individen att den kunde unna sig något utanför den lämpliga kosten (Burrige et al., 2014)

## **Livsstilsförändringars påverkan på individen**

### **Livskvalitet**

Något som var återkommande bland individerna var hur livskvaliteten påverkades av livsstilsförändring. De nya rutinerna uppgavs hota individens livskvalité, de kände sig tvingade att följa den rekommenderade dieten eller fysiska aktiviteten vilket oftast resulterade i att de gav upp och gick tillbaka till gamla rutiner med ohälsosamma vanor (Sebire et al., 2018). När diabetesen negativt påverkade individen psykiskt, fysiskt, socialt, existentiellt och sexuellt minskade livskvaliteten ((Ågård et al., 2015; Fink et al., 2019). En individ från studien av Ågård et al. (2015) berättar att det var så pass svårt att leva med sin diabetes att hen såg ingen mening med livet och önskade varje natt att hen inte behövde vakna upp. En positiv upptäckt var att en del individer upplevde att deras livskvalité ökade efter livsstilsförändringarna och diabetes diagnosen. Förmågan att kunna hantera livsstilsförändringen hade inte bara förändrat rutiner i personens vardag utan gav även mer självförtroende hos personen. Individen fick självförtroende då den förstod sin egna kropp och kunde kontrollera den med en vetskap att de behandlade den väl (Malpass et al., 2009).

### **Känslor**

Livsstilsförändringarna och diabetesen gav uppkomst till olika känslor såsom skam, skuld, frustration och ångest.

Individerna upplevde skuldkänslor av att dennes egna handlingar hade förorsakat diabetesen. Skuldkänslorna uppkom då de trots vetskap om riskerna men inte förändrat sina ohälsosamma levnadsvanor i tid (Sebire et al., 2018).

Individen bedömde sina handlingar vid kost och motion som rätt eller fel. Ett felaktigt beteende eller val gav känslor att känna sig usel och dum och påverkade individens egenvärde (Sebire et al., 2018). Det upplevdes även obehagligt att behöva berätta för sjuksköterskan om de felaktiga handlingar (Gardsten et al., 2018). Bland kvinnor var det vanligt att pressa sig själv för att utföra de rekommendationer om kost och fysisk aktivitet. När de ansågs sig ha misslyckats uppkom ångest hos kvinnorna (Ahlin & Billhult, 2012). Det blev vanligt att individen inte ville unna sig något utanför kostrekommendationerna då det skapade ångest att förtära något olovligt (Gardsten et al., 2018). Det uppstod en inre konflikt mellan att följa kostråden och att unna sig något (Castro-Sánchez & Ávila-Ortiz, 2013).

### **Prioritering**

Anledningarna till varför individen inte upprätthöll eller påbörjade livsstilsförändring var flera, men de mönster kunde ses i de flesta studier var olika typer av undanflykter samt att prioritera sin diabetes. Att diabetesen inte ansågs som allvarlig var en av de anledningar till dess nedprioritering. Individen prioriterade andra saker innan och fokus låg därför inte på att hantera sin diabetes. Individen prioriterade sina övriga sjukdomar högre vilket berodde på att de ansågs vara mer allvarliga. Detta berodde på att diabetesen inte upplevdes ha några



kortsiktiga konsekvenser eller kortsiktiga symtom (Ågård et al., 2015). Individerna ansåg även att medicinerna de tog som hanterade diabetesen räckte och att inga övriga livsstilsförändringar var nödvändiga (Booth et al., 2013).

Orsaker till varför individerna inte utförde den rekommenderade fysiska aktiviteten var antingen p.g.a. symtom från diabetesen eller andra sjukdomar (Booth et al., 2013). Yttre faktorer såsom tid, väder och ekonomi spelade roll för att kunna utöva sin fysiska aktivitet (Ahlin & Billhult, 2012). Det fanns dessutom en del individer som inte ville utöva någon fysisk aktivitet då de inte hade intresse eller ansåg sig själva som bekväma och lata (Laranjo et al., 2015).

Anledningarna till att individerna inte utförde eller upprätthöll sina kostförändringar kunde delvis bero på begär, hunger och minskad uppskattning av kosten. De givna kostråden upplevdes som smaklösa, tråkiga och begränsade (Fink et al., 2019). Portionerna vid den nya dieten sågs som små och personerna upplevde då hunger (Booth et al., 2013) detta nämns i (Laranjo et al., 2015). Begär att äta vissa typer av livsmedel var något som ofta framkom från individerna såsom sötsaker eller specifik typ av mat (Castro-Sánchez & Ávila-Ortiz, 2013). Individerna upplevde sig själva ha ett begär och matmissbruk som de jämförde med drogmissbrukares (Ahlin & Billhult, 2012).

Vid sociala tillställningar som födelsedagar, högtider och restaurangbesök upplevde personerna att det var svårt att hålla sig till kostråden (Laranjo et al., 2015). Individerna ansåg att anledningen berodde på bristen av hälsosam kost vid dessa tillfällen (Booth et al., 2013). Enligt Ågård et al. (2015) var den sociala inramningen viktigare för att kunna njuta av måltiden än att det serverades nyttiga råvaror. Familjen och närstående kom i första hand och diabetesen i andra hand uppgav individerna (Greenfield, Giles, Porter, Shaw & Willis, 2011).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Vårt examensarbete är en systematisk litteraturstudie med syftet att beskriva upplevelsen av livsstilsförändringar hos individer med diabetes typ 2. Designen utgår ifrån studiens syfte och en kvalitativ ansats ansågs vara mest lämplig. Vid kvalitativa studier utgår artikelförfattarna från varje enskild individs upplevelse för att se samband och likheter mellan andra individer och därigenom uppstår fenomen. Vi har i vårt arbete utgått från varje utvald granskad artikels resultat, vid bearbetning och granskning har vi funnit samband och kategorier mellan de olika artiklarna. När vi sammanställde de utvalda artiklarna har vi funnit ett liknande fenomen som en röd tråd. Vår resultatdel grundar sig på granskade artiklar av hög- eller medelkvalité enligt Forsberg och Wengström (2016) kvalitetsgranskningsmall.

Databaser som har använts för att hitta artiklar till vårt examensarbete är Cinahl och PubMed. Vi har valt att använda dessa databaser då Cinahl och PubMed innehåller artiklar med omvårdnad och medicin ämnen. Artiklarna har innan publicering i PubMed eller Cinahl genomgått en granskning, vilket ger oss en säkerhet. Vi använde oss av endast dessa två databaser eftersom vi fick relevanta artiklar som vi fann lämpliga till vårt syfte. Dock kunde vi använt oss av fler databaser för att få fler artiklar, men då vi fick ett gott resultat från PubMed och Cinahl samt att examensarbetet sker under begränsad tid medförde att vi begränsa oss till dessa databaser.

För att finna lämpliga artiklar i förhållande till vårt syfte använde vi oss av olika inklusion och exklusionskriterier. Dessa kriterier styrker vårt resultat då det var tydligt från början vad som skulle undersökas. Artiklarna som valdes ut för resultatdelen utgavs mellan åren 2009-

2019, vilket är inom en 10 årsperiod. Ett antal av artiklarna är från de senaste åren vilket ger ny och uppdaterad kunskap. Åldersbegränsning är lämpligt då mycket kan förändras med åren. Dagens samhälle och teknikens utveckling har exempelvis gjort att flera hjälpmedel har utvecklats som kan vara till hjälp vid individers egenvård.

För att hitta relevanta artiklar använde vi sökord från Svensk Mesh och Cinahl Subject Headings. Sökord som *Diabetes mellitus type 2*, *Diabetes type 2*, *Diabetic Patients*, *Lifestyle changes*, *Habits & Qualitative* har använts för att söka i Cinahl och Pubmed. Enligt Karlsson (2017) beskrivs att om man vill göra sökningen exakt ska man söka på de ord som anses beskriva innehållet.

Eftersom vårt syfte är upplevelse av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2 med fokus på kost och motion har kvalitativa artiklar valts ut till vårt examensarbete. Enligt Henricson och Billhult (2017) studeras personers levda erfarenheter som ett fenomen i den kvalitativa metoden. Eftersom vi ville beskriva individers upplevelse av livsstilsförändringar vid diabetes typ 2 med fokus på kost och motion ansåg vi kvalitativa artiklar vara det bästa valet. Artiklar med kvantitativa ansatt hade dock kunnat bidra med statistik och procent över hur individerna upplever livsstilsförändringar. Enligt Rienecker och Stray Jørgensen (2015) innebär den kvantitativa metoden att beskriva resultat i tal, mängd och storlek.

Artiklar som användes i resultatdelen är från Australien, England, Mexiko, Norge, Nordirland, Portugal, Sverige och Tyskland vilket ger oss en jämförelse om diabetes typ 2 i olika länder. Ingen geografisk begränsning tillämpas då fokus var på att beskriva individer med diabetes typ 2 erfarenhet av livsstilsförändringar. Olika levnadsstandard, kulturer och vårdstrukturer med dess tillgänglighet och finansiering kan skilja sig sinsemellan de olika länderna men likheter fanns i deras upplevelser vilket ger ökad trovärdighet i vårt resultat och ger möjlighet att kunna generalisera.

De 12 utvalda artiklarnas kvalitet har granskats enligt Forsberg och Wengströms (2016) mall och poängsatt efter artiklarnas kvalitet. 11 artiklar har fått hög kvalitet och en artikel medelkvalitet. En av artiklarna som fick hög kvalitet enligt mallen gav vi medelkvalitet då det inte framkom om etisk godkännande från beslutande kommitte.

Detta examensarbetet är utfört av två författare. Granskning och sammanställning av artiklarna har skett enskilt och tillsammans för att på bästa sätt kunna analysera och skapa större förståelse och kunna ge olika och bredare perspektiv. En viss förståelse fanns vid examensarbetets gång, dock försökte författarna ha en så neutral tankegång under arbetets gång för att inte inverka på resultatet.

Det svagheter vi finner i vårt examensarbete är dels att fler sökningar i olika databaser med fler eller andra sökord hade troligtvis gett flera relevanta artiklar att använda. Dessa artiklar hade eventuellt kunnat tillföra andra känslor och upplevelser från individer och på så sätt påverkat vårt resultat annorlunda. Att genomföra fler sökningar med fler sökord hade troligtvis generat i fler träffar och en eventuell snävare åldersbegränsning hade kunnat sättas på artiklarna. På så sätt hade artiklarna varit desto mer aktuella.

## **Etik**

Alla individer i de 12 utvalda artiklar fick informerat samtycke för att delta. Enligt Kjellström (2017) är ett informerat samtycke ett sätt att försvara individers rätt att bestämma om och hur de vill delta i studien. Informerat samtycke grundar sig i de etiska principer såsom att skydda deltagarnas frihet och självbestämmande. Dessa etiska principer innebär att man skyddar deltagarna så att individers säkerhet, välbefinnande och rättigheter stärks.

## Resultatdiskussion

Syftet med vårt arbete var att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever livsstilsförändringar med fokus på kost och motion. Resultatet visar att de livsstilsförändringar personer med diabetes bör utföra upplevs som svåra. Olika förutsättningar upplevdes göra det enklare för personerna att framgångsrikt utöva dessa förändringar såsom *socialt stöd* och *motivation*.

Individens diabeteshantering underlättades vid stöd från dess sociala nätverket. Stödet kunde te sig i form att bli uppmärksammas om vad som var lämpligt att äta eller påmind om individens medicinering. Vi anser dock att det finns en viss risk för minskat eget ansvar hos individen om hanteringen av dennes diabetes ligger i någon annans händer än individen själv. Vi finner även att bli påverkad av andra om sin diabeteshantering kan inkräkta på den personliga integriteten och på så sätt upplevas som negativt och ge en minskad tro på sig själv och minskad möjlighet till empowerment. Newton-John, Ventura, Mosely, Browne & Speight (2017) beskriver att socialt stöd kan ge både positiv och negativ inverkan på personens liv. Då individens val och beteende blev rättat av närstående kunde det upplevas som inkräktande i den personliga sfären.

Att finna motivation för sin livsstilsförändring var en stor faktor för framgång och vid brist på motivation kunde förändringen t.o.m. utebli. Vårt resultat visade att individers känsla att känna sig mer hälsosam och i kontroll av sin glukosnivå ledde till ökad motivation. Personer upplevde mer energi och blev mer motiverade att utföra fysisk aktivitet. Både den mentala och fysiska hälsan förbättrades vilket i sin tur ledde till att personer var ännu mer motiverade att äta hälsosamt och sköta sin hälsa. Liknande process nämns i studien av Korkiakangas, Alahuhta, Maija, Husman, Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka, Taanila, Laitinen (2011), de beskriver att fysisk aktivitet ökade känsla av hälsa hos individen vilket ökade motivationen och viljan att hantera sin sjukdom.

Då individen hade svårigheter att finna motivation till att utföra en livsstilsförändring blev den livsstilsförändringen inte prioriterad. Livsstilsförändringen blev bortprioriterad och individen kom med undanflykter. Att förtränga, förminska och förskjuta tror vi är det vanligaste skäl till att livsstilsförändringar inte sker då individen inte är mottaglig för information, kunskap eller stöd.

Enlig Lundman (2012) är det svårt att undervisa då personen inte integrerats med sin sjukdom. Det blir inte meningsfullt för personen att få kunskap och information om en sjukdom den inte har accepterat att inneha. Utmaning för sjuksköterskan blir först då att få personen medveten om sin diabetes men att personen inte identifiera i sin sjukdom. Vi finner att vårt resultat speglar en del av den här svåra balans om att vara medveten om sin sjukdom men inte identifiera sig med den. De individer som tog åt sig råden det fick men anpassade det efter deras egna liv finner vi ha en balans. Dessa personer har en förståelse och kunskap om sin diabetes men samtidigt kan hanterat och implementera den i sin vardag utan att låta ens livskvalité bli lidande. Andra individer fann livsstilsförändringen svår att följa i sin vardag samt påverkade deras livskvalitet. Vi anser att dessa personer inte funnit den ovanstående nämnda balans och istället låter diabetesen styra livet. Söderberg (2014) beskriver däremot att när man drabbas av sjukdom förlorar man sitt normala liv. Det blir en stor omställning i personens vardag och kommer att påverka dennes fritid, arbete, familj och andra sociala sammanhang. Den kamp, orättvisa och minskade livskvaliteten personerna upplevde i vårt resultat är något som ofta uppkommer vid en kronisk sjukdom.

Andra känslor förknippade vid livsstilsförändringen var *skam*, *skuld*, *ängest* och *frustration*. Att uppleva dessa känslor av obehag utgör inga goda förutsättningar för att ändra på sina

levnadsvanor. Enligt Rasmussen, Terkildsen Maindal, Livingston, Dunning och Lorentzen (2016) kan dessa känslor förhindra personen att utveckla empowerment och förmåga att hantera sin egenvård. Vi upplever att dessa känslor uppkom i vårt resultat då individen skuldbelade sig själva för att ha drabbats av diabetes. Vi upplever då att de känner rädsla att andra skall döma deras handlingar vilket medför att handlingen görs inte för individen själv utan för att det skall se bra ut utåt.

Eftersom livsstilsförändring vid diabetes består av flera komponenter såsom hälsosam kost, fysisk aktivitet och medicinsk behandling, kan små steg mot förändringar vara av stor vikt. Dessa små steg kan vara mer framgångsrika än att satsa allt på fysisk aktivitet och kost med detsamma. Individer som är inaktiva kan börja träna 10 minuter per dag vilket kan öka efter hand. Vi finner då vikt att genom stöd ge möjlighet för individen att bli mer tillfreds med sin diabetes och undvika att bli påverkad känslomässigt från utomstående. Vidare bör hälso- och sjukvård fokusera på att stärka individens självförtroende och på så sätt främja möjligheten för självhjälp med andra ord empowerment. Den bör fortfarande fokusera på att informera om riskerna med diabetes och vikten av god och hälsosam livsstil men att även påtala för individen att livsstilen ska vara meningsfullt och hanterbart för hen.

Som tidigare nämnts är det främsta skälen till att livsstilsförändring utfördes och bibehålls var då individen hade *Motivation* samt fått *kunskap och stöd* från närstående och hälso- och sjukvården. Enligt Funnell (2014) är motivation något som kommer inifrån och något som sjuksköterska inte kan ge. Sjuksköterskan kan däremot ge vägledning, stöd och kunskap och på så sätt ge personen möjlighet att finna motivation själv och då främja empowerment. Där bevisar vi vikten av att arbeta personcentrerat, d.v.s. för och med varje enskild individ. Vi anser att varje individ är unik vilket innebär att hur vi reagerar och hur vi hanterar olika situationer skiljer sig åt. Detta fann vi återspeglas i vårt resultat. En del individer utförde en livsstilsförändring utan något större motstånd och fann i vissa fall en förbättring i sin livskvalitet av förändringen. Andra upplevde däremot stor påfrestning och minskad livskvalitet att utföra dessa förändringar.

I vårt resultat fann vi att individer trots innehav av kunskap om fysisk aktivitet och dess friskfaktor inte förhöll sig till rekommendationerna. Detta är något som även har visats i studien av Hansen, Landstad, Hellzén och Svebak (2011). Hansen et al. (2011) påtalar liknande anledningar till varför fysisk aktivitet uteblir såsom komorbiditet, arbete, familj och även stillasittande livsstil. Vi tänker att det är lätt som hälso- och sjukvårdspersonal att påtala om vikten av fysisk aktivitet men att inga tydliga förklaringar ges om vad fysisk aktivitet är och att det skiljer sig från individ till individ.

En annan tanke är att den fysiska aktiviteten inte tas på allvar. Detta var något vi fann i vårt resultat då individer inte ville utföra någon form av fysisk aktivitet och ansåg sig själva som lata. Vi tänker att fysisk aktivitet på recept (FaR) (Folkhälsomyndigheten, 2013) ger en möjlighet att fånga upp dessa individer och öka möjligheten för dessa individer att förstå allvaret och vinsten med fysisk aktivitet. I artikeln av Thornton, Frémont, Khan, Poirier, Fowles, Wells & Frankovich (2016) beskrivs att träningsrecept är kostnadseffektiv och den fysisk aktivitet individen utför ökar med 10 procent. Därför ska sjuksköterskan arbeta personcentrerad och skapa empowerment hos individer för att dessa procent ska öka samt skapa motivation hos individer. Genom att använda FaR kan individer se sina resurser och behov och ta kontroll över deras liv. Individer kan själv använda FaR som motivation för fysisk aktivitet då FaR kan använda sig av mål och delmål. FaR är en bra arbetsmetod för individer då den har uppföljning av sjuksköterskor.

## Slutsats

Vårt resultat utgår ifrån olika individers upplevelse, med detta i åtanke är det svårt att generalisera resultatet då individen upplever olika beroende på dess förutsättningar, mål och vart de är i livet.

Vi finner dock att motivation till och vid livsstilsförändringar är en av det främsta anledningarna till att individen lyckas och samtidigt känner hälsa och välbefinnande. Då motivation uteblir upplever individerna livsstilsförändringen som en kamp vilket påverkar dennes livskvalitet. Vårt mål är att finna vägar för att få individen att uppleva empowerment och hälsa vid diabetes. Vi tror på ett individanpassat och personcentrerat arbetssätt, vi finner det är lämpligt då vi vill att individen uppnår empowerment och balans i sig själv trots sin diabetessjukdom.

Vidare forskning om hur den personcentrerade vården gör sig mest lämplig bör tillföras, vi ser även ett behov av mer forskning om vad som ger motivation hos individen vid livsstilsförändringar.

Då dels livsstil inte bara skiljer sig från individ till individ utan även mellan generationer samt att det artiklar i vårt resultat utgår främst ifrån än äldre generation ser vi ett behov av fler studier med deltagare från den yngre generationen för att få en bredare förståelse och se skillnader och likheter mellan dem.

## Referenslista

Adolfsson, E-T. (2012). Kost-en del i behandlingen. I Wikblad, K (Red). *Omvårdnad vid diabetes* (2 uppl., s. 265). Lund: Studentlitteratur AB.

Agardh, C-D. (2011). Mikroangiopati. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl., s. 307-313). Stockholm: Liber.

Agardh, E. (2011). Ögonkomplikationer. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl., s. 314). Stockholm: Liber.

Ahlin, K., & Billhult, A. (2012). Lifestyle changes a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2012, Vol.30(1), P.41-47, 30(1), 41-47.  
Doi:10.3109/02813432.2011.654193

Berne, C., & Korsgren, O. (2011). Egenvård. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl., s. 30-40). Stockholm: Liber.

Booth, A., Lowis, C., Dean, M., Hunter, S., & McKinley, M. (2013). Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: Barriers and facilitators identified by patients and health professionals. *Primary Health Care Research & Development*, 14(3), 293-306. Doi:10.1017/S1463423612000412.

Burridge, L. H., Foster, M. M., Donald, M., Zhang, J., Russell, A. W., & Jackson, C. L. (2017). A qualitative follow-up study of diabetes patients' appraisal of an integrated diabetes service in primary care. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 1031–1040. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/hsc.12402>

Castro-Sánchez, A., & Ávila-Ortiz, M. (2013). Changing Dietary Habits in Persons Living with Type 2 Diabetes. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 45(6), 761-766. Doi: 10.1016/j.jneb.2013.04.259

Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K. (2015). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik* (s. 69-96). Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar : Patofysiologi, omvårdnad, behandling* (4 uppl., s.549-587) Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, A. (2014). Global hälsa och omvårdnad. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2 uppl., s. 459-495). Lund: Studentlitteratur.

Fink, A., Fach, E. M., & Schröder, S. L. (2019). 'Learning to shape life' - a qualitative study on the challenges posed by a diagnosis of diabetes mellitus type 2. *International journal for equity in health*, 18(1), 19. doi:10.1186/s12939-019-0924-3

Folkhälsomyndigheten. (2013). Fysisk aktivitet på recept för sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Hämtat 2019-04-04 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/far/>

Folkhälsomyndigheten. (2018). Folkhälsopolitiska mål. Hämtad 2019-03-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/folkhalsopolitiska-mal/>

Folkhälsomyndigheten. (2019). Daglig tobaksrökning. Hämtad 2019-03-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/tobaksrokning-daglig/>

Folkhälsomyndigheten. (2019). Riskkonsumtion av alkohol. Hämtad 2019-03-15 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/levnadsvanor/alkohol-riskkonsumtion/>

Fors, A. (2015). Personcentrerade samtal inom hälsopromotivt arbete. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik* (s. 226-244). Lund: Studentlitteratur

Forsberg, C & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier. (3:e uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3 uppl., s.141-142). Lund: Studentlitteratur.

Frid, A & Annersten-Gershater, M. (2016). Diabetes mellitus I A. Ekwall & A.M. Jansson (Red.), *Omvårdnad & medicin* (s.334 -350). Lund: Studentlitteratur.

Funnell, M. (2014). Professions- respektive patientcentrerade utbildningsmodeller. I Wikblad, K (Red). *Omvårdnad vid diabetes* (2 uppl., s.111-119). Lund: Studentlitteratur AB.

Förenta Nationerna (2018). Mål 3: God hälsa och välbefinnande Hämtad 2019-03-15 från <https://fn.se/wp-content/uploads/2018/03/Mål-3.pdf>.

Gardsten, C., Blomqvist, K., Rask, M., Larsson, &, Lindberg, A., & Olsson, G. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3666-3678.

Greenfield, C., Gilles, M., Porter, C., Shaw, P., & Willis, K. (2011). It's not just about the HbA1c, Doc! Understanding the psychosocial is also important in managing diabetes?. *Australian Journal of Rural Health*, 19(1), 15-19.

Groop, L., Lyssenko, V., & Renström, E. (2010). *Orsaker till typ 2-diabetes*. I Agardh, C., & Berne, C. (2010). *Diabetes* (4., uppl., s.102-103). 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. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1471-6712.2010.00853.x>

Hedelin, B., Jormfeldt, H., & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2 uppl., s. 361-385). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod I M. Henricsson (Red). Från ide till examination inom omvårdnad. (s. 111). Lund : Studentlitteratur.

International Diabetes Federation (2017). *Diabetes Facts & Figures*. Hämtat 2019-02-28, från <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>.

Karlsson, E-K (2017). Informationssökning I M. Henricsson (Red). Från ide till examination inom omvårdnad. (s.82-83). Lund: Studentlitteratur.

Karolinska Universitetslaboratoriet. (2018). Glukos, P. Hämtad 2019-03-14 från <https://www.karolinska.se/KUL/Alla-anvisningar/Anvisning/9095>.

Kjellström, S (2017). Forskningsetik I M. Henricsson (Red). Från ide till examination inom omvårdnad. (s.61-69). Lund: Studentlitteratur.

Korkiakangas, E., Alahuhta, M., Husman, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A., & Laitinen, J. (2011). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes--a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 62-9.

Kristensson Ugglå, B. (2015). Personfilosofi - filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik* (s. 21-68). Lund: Studentlitteratur.

Laranjo, L., Neves, A. L., Costa, A., Ribeiro, R. T., Couto, L., & Sá, A. B. (2015). Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes—a qualitative study from Portugal. *European Journal of General Practice*, 21(2), 103-110. Doi:10.3109/13814788.2014.1000855

Lidén, E. (2014). Omvårdnadens institutionella inramning. I A. Ehrenberg & L. Wallin. (2014). *Omvårdnadens grunder. Ansvar och utveckling* (2. uppl., s. 160-161). Lund: Studentlitteratur.

Lindholm, C. (2018) *Sår* (4 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lindholm, E. (2011). Definition, diagnostik och klassificering. I C-D. Agardh & C. Berne (Red.), *Diabetes* (4 uppl., s. 17-29). Stockholm: Liber.

Livsmedelsverket. (2012). *Nordiska näringsrekommendationer 2012 - Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet*. Hämtad 2019-03-15 från: <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyror/nordiska-naringsrekommendationer-2012-svenska.pdf>.

Lundman, B. (2012). Professionell och personlig förståelse av att ha en sjukdom och att vara sjuk. I Wikblad, K (Red). *Omvårdnad vid diabetes* (2 uppl., s. 97-109). Lund: Studentlitteratur AB.

Löndahl, M & Landin-Olsson, M. (2011). Neuropati I Agardh, C., & Berne, C. (2011). *Diabetes* (4., uppl., s. 335). Stockholm: Liber.

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

Newton-John, T., Ventura, A., Mosely, K., Browne, J., & Speight, J. (2017). 'Are you sure you're going to have another one of those?': A qualitative analysis of the social control and social support models in type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 22(14), 1819-1829

Norberg M, Stenlund H, Lindahl B, Andersson C, Eriksson JW, & Weinehall L. (2007). Work stress and low emotional support is associated with increased risk of future type 2 diabetes in women. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 76(3), 368-377.

Pellmer, B & Wramner, B & Wrawner, H. (2012). Grundläggande Folkhälsovetenskap (3:e uppl.). Stockholm: Liber.

Pirhonen, L., Olofsson, E. H., Fors, A., Ekman, I., & Bolin, K. (2017). Effects of person-centred care on health outcomes-A randomized controlled trial in patients



with acute coronary syndrome. *Health Policy*, 121(2), 169–179. Doi: 10.1016/j.healthpol.2016.12.003

Rasmussen, B., Terkildsen Maindal, H., Livingston, P., Dunning, T., & Lorentzen, V. (2016). Psychosocial factors impacting on life transitions among young adults with type 2 diabetes: an Australian - Danish qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 320–329. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12248>

Rienecker, L. & Stray Jørgensen, P. (2015). *Att skriva en bra uppsats* (3 uppl). Stockholm: Liber.

Ringsberg, K. C. (2014). Livsstil och hälsa. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2 uppl., s. 387-416). Lund: Studentlitteratur.

Rise, M., Pellerud, A., Rygg, L., Steinsbekk, A., & Jenkins, N. (2013). Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study. *PLoS ONE*, 8(5)

Sebire, S., Toumpakari, Z., Turner, K., Cooper, A., Page, A., Malpass, A., & Andrews, R. (2018). “I’ve made this my lifestyle now”: A prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus. *BMC Public Health*, 18(1), 3-10. Doi:10.1186/s12889-018-5114-5.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010). *Mat vid diabetes. En systematisk litteraturöversikt* (201). Hämtad från [https://www.sbu.se/contentassets/923855c431bc4f668746920cfb49d590/mat\\_vid\\_diabetes\\_fulltext.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/923855c431bc4f668746920cfb49d590/mat_vid_diabetes_fulltext.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). Personcentrerad vård. Stockholm : Svensk sjuksköterskeförening.

Socialstyrelsen.(2014). *Öppna jämförelser 2014 - Folkhälsa* (2014-12-3). Hämtat 2019-03-15 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19549/2014-12-3.pdf>.

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för diabetesvård - Stöd för styrning och ledning* (2018-10-25). Hämtad 2019-03-15 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21113/2018-10-25.pdf>.

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning* (2018-6-24). Hämtad 2019-03-15 från:

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20995/2018-6-24.pdf>.

Söderberg, S. (2014). *När livet inte längre kan tas för givet*. I S. Söderberg (Red.), *Att leva med sjukdom* (2 uppl., s. 13-21). Lund: Studentlitteratur.

Thornton, J. S., Frémont, P., Khan, K., Poirier, P., Fowles, J., Wells, G. D., & Frankovich, R. J. "Physical Activity Prescription: A Critical Opportunity to Address a Modifiable Risk Factor for the Prevention and Management of Chronic Disease: A Position Statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine." *British Journal of Sports Medicine* 50(18), 1109-1114.

World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf;jsessionid=BF4EAE8688036C745DD826FB21675A0C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=BF4EAE8688036C745DD826FB21675A0C?sequence=1)

World Health Organization. (2018). *Diabetes*. Retrieved 2019-02-05 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Västra götalandregionen. (2016). *Kunskapsstöd - Sjukdomsförebyggande metoder*. Hämtad 2019-03-15 från: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/5a1f0f82-0a43-41ce-94d7-ee1ca26536fe/Kunskapsstöd%20sjukdomsförebyggande%20metoder%202017.pdf?a=false&guest=true>.

Västra götalandregionen. (2016). *Till dig som vill veta mer om: Fysisk aktivitet som medicinsk behandling* [Broschyr]. Hämtad 2019-03-15 från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/33b3c955-5d1a-4e08-abf9-ff129dd9aea7/Patientinfo%20Fysisk%20aktivitet.%20Svenska.pdf?a=false&guest=true>.

Willman, A. (2013). Kärnkompetensen evidensbaserad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 193-200). Lund: Studentlitteratur.

Wolf, A., Vella, R., & Fors, A. (2019) The impact of person-centred care on patients' care experiences in relation to educational level after acute coronary syndrome: secondary outcome analysis of a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(4), 299–308. Doi: 10.1177/1474515118821242

Ågård, A., Ranjbar, V., & Strang, S. (2016). Diabetes in the shadow of daily life: Factors that make diabetes a marginal problem. *Practical Diabetes*, 33(2), 49-53.

Östlund, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl., s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

## Bilagor

Bilaga 1: Söktabeller

### Cinahl

| Datum  | Sökord   | Begränsningar<br>(Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|--------|--|---------------------------|---------------|--------------------|--------------------|----------------|
| 190306 | Diabetes mellitus type 2 AND Lifestyle changes AND Qualitative | Peer reviewed, 10 år      | 16            | 7                  | 5                  | 3              |
| 190306 | Diabetic Patients AND habits AND Qualitative                   | Peer reviewed, 10 år      | 5             | 1                  | 1                  | 0              |

**PUBMED**

| Datum  | Sökord   | Begränsningar<br>(Limits) | Antal träffar | Relevanta abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|--------|--|---------------------------|---------------|--------------------|--------------------|----------------|
| 190306 | Diabetes mellitus type 2 AND Lifestyle changes AND Qualitative | 10 år                     | 86            | 18                 | 10                 | 5              |
| 190306 | Diabetic Patients AND habits AND Qualitative                   | 10 år                     | 11            | 2                  | 0                  | 0              |
| 190306 | Diabetes type 2 AND habits AND Qualitative                     | 10 år                     | 33            | 8                  | 6                  | 4              |

## Bilaga 2: Kvalitetsgranskning

| Författare, land, år & tidsskrift   | Titel   | Syfte   | Design/Metod/Deltagare   | Resultat   | Kvalitet  |
|---|---|---|--|--|---|
| Ahlin & Billhult<br>Sverige<br>2012<br><i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> | Lifestyle changes -a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study | Studiens syfte är att ta reda på hur kvinnor med kronisk sjukdom (Diabetes typ 2) hanterar livsstilsförändringar. | 10 st kvinnor i olika åldrar med olika grad och längd på sjukdomstillståndet djupintervjuades av en av studiens författare. Alla intervjuer ljudinspelades och varade mellan 40-60 min. Frågor som " Vad är din upplevelse av att göra livsstilsförändringar?" & följdfrågor som " kan du säga något mer" eller " Hur känner du dig " användes för att få ett bättre förståelse om deras upplevelse. Dataanalysen gjordes i 5 steg enligt Giorgi's fenomenologiska forskningsmetod, metoden beskrivs ej i text utan referens till denna metod ges. | Att skapa livsstilsförändringar i samband med diabetes typ 2 beskrivs som en kontinuerlig inre och yttre kamp. Kvinnorna såg sig som offer för sjukdomen och dess krav på livsstilsförändring. Vid olika situationer var svåra att hantera dessa krav på livsstilsförändring exempelvis vid brist på stöd från anhöriga eller vid speciella tillfällen exempelvis helg, fest m.m. En del kvinnor valde att sätta andra i första hand och lät sin diabetes komma därefter. Livskvaliteten påverkades vilket kunde medföra minskad motivation samt depression. Förnekelse och undanflykter bidrog till att en del kvinnor inte ändra sina vanor och kunde uppleva ångest och skam för det. | Peer-review. Bakgrund, problemformulering och syfte tydligt beskrivet. Val metod lämpar sig till syftet. Resultatet visas både som författarens egen text samt citat från deltagarna. Analys av metod och resultat finns med i diskussion. Författarna diskuterar även studiens styrkor och svagheter/limitation s. Deltagarna blev informerade om studien och har gett deras samtycke att delta. Studien har etiskt godkännande. Hög kvalité (Pubmed sök 1 & Cinahl sök 1) |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>Booth, Lewis, Dean, Hunter &amp; McKinley<br/>Nordirland<br/>2013<br/><i>Primary Health Care Research &amp; Development</i></p> | <p>Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals</p> | <p>Studien hade två syften.<br/>1. Undersöka nydiagnostiserade patienter med diabetes upplevelse av egenvård i form av fysisk aktivitet och kostintag.<br/>2. Ta reda på vårdgivares upplevelse på detta samt jämföra resultatet med patienternas upplevda erfarenhet.</p> | <p>Kvalitativ intervjustudie där patienter (n=16) intervjuades i fokusgrupper och hälso personal (n=7) i strukturerad individuell intervju. Hälsopersonal från olika verksamheter men med erfarenhet och inblandning av diabetespatienter och dess vård bjöds in att delta.<br/>Ändamålsenligt uttagna patienter från ett diabetescenter i Belfast blev inbjudna att delta. Inklusionskriterier var att det hade blivit diagnostiserade med typ 2 diabetes inom 24 månader, hade påbörjat eller genomgått diabetesutbildning på sjukhuset. Fokusgrupp intervjuerna pågick i ca 1h och både kvinnor och män deltog. Alla intervjuer ljudinspelades och översattes ordagrant. Analys utfördes för att få fram kodning och teman.</p> | <p>Resultatet från patienternas fokusgrupper resulterade i 6 st huvudkategorier; Svårighet att ändra på gamla vanor; Negativitet mot det rekommenderade vanorna; Social påverkan; Brist på kunskap och förståelse; Motivation; Praktiska faktorer.</p>   | <p>Problemområde och formulering samt syfte är tydligt beskrivet i bakgrunden. Val av metod matchar syftet. Resultatet diskuteras och analyseras i förhållande till tidigare forskning i diskussionen. Studiens begränsningar presenteras och diskuteras samt om det går att generalisera dess resultat. Studien är finansierad men dess sponsor har inte haft något inflytande. Studien är etiskt godkänd och har frivilligt deltagande. (Pubmed sök 1 &amp; 3) Hög Kvalité</p> |
| <p>Burridge, Foster, Donald, Zhang, Russell &amp; Jackson<br/>Australien<br/>2016<br/><i>Health Expectations</i></p>               | <p>Making sense of change: Patients' view of diabetes and GP-led integrated diabetes care</p>  | <p>Studien syfte var att undersöka patienters uppfattning och erfarenhet av egenvård av diabetes typ 2 vid en ny primärvårdsled d behandling.</p>  | <p>Djupintervjuer hölls med deltagarna n=30 tre månader in i behandlingen samt 12 månader efter för jämförelse. Intervjuer utfördes i deltagarens hem, öppna frågor användes samt intervjun ljudinspelades och översattes. Deltagarna var något fler män än kvinnor och en medelålder på 60,2 år.</p>  | <p>Tre huvudteman sågs i resultatet; känslighet för förändring; diabetesliv; diabetesvård personal. Deltagarna var för det mesta medvetna om deras behov av förändring, men deras erfarenheter var att det var svårt att få till i vardagen. Deltagarna upplevde positiv respons av den nya primärvårds behandlingen, de ansåg att den tog hänsyn till individuella behoven.</p> | <p>Etiskt godkänd, lämplig metod till studiens syfte. Peer reviewed. Tydlig genomgång av datainsamling och analys. Citat från deltagare i resultatet. Författarna diskuterar styrkor och svagheter. Styrker sitt resultat med referenser. (Pubmed sök 1) Hög kvalité</p>   |

|  |  |   |  |   |  |
|--|--|---|--|---|--|
| <p>Castro-Sánchez &amp; Ávila-Ortiz<br/>Mexiko<br/>2013<br/><i>Journal of Nutrition Education and Behavior</i></p> | <p>Changing dietary habits in persons living with type 2 Diabetes</p>  | <p>Syfte är att beskriva omställning av kostvanor och analysera deltagarnas uppfattning av diabeteskost.</p>  | <p>Semistrukturerade intervjuer med 45 deltagare : 24 kvinnor och 21 män<br/>Innan intervju skulle alla deltagare fylla i en frågeformulär om demografisk information och sjukdomshistoria. Intervjuaren använde öppna frågor och relaterade till kostvanor innan och efter diabetes och dess mening, ideer, känslor angående deras sätt att äta. Intervjuerna ljudinspelades som senare översattes och kodades av 2 av studiens forskare samt en utomstående kodare. Analys gjordes enligt Grounded theory.</p> | <p>3 faser identifierade : initial, anpassning av förändring samt kris.<br/>Initialfasen började vid diagnos och personen skulle få första dieterådgivning . Konflikt mellan njuta av mat och följa den rekommenderade diet finns i denna fas. Tre teman finns i den initiala fasen:<br/>(1) misstro, brist på acceptans, chock, patienter anta inte behandlingen , (2) patienter följer behandling efter diagnos och överge dieten efter kort tid på grund av negativa känslor (3) patienter överge dieten efter ett lång tid. I anpassning av förändringsfasen fann man att följa behandlingen eller att njuta av mat var fortsatt en konflikt. Det teman som sågs i denna fas var 1)återvända till kosten före diabetes men i reducerad mängd , 2) kompromiss mellan vanlig diet och den rekommenderade dieten ,3) alternera mellan båda dieter.</p> | <p>Studien har varit godkänt av Institutionella Granskningsnämnden i Nuevo Leon Universitet i Mexiko. Många deltagare med olika bakgrund och utbildning. Tydlig metodval och vem har skrivit artikel. Resultatet visar även tydligt vad som citeras av deltagarna och vad som är författarens sammanfattning. Artikeln tar upp att viss begränsning finns då den mexikanska vården kan skilja sig från andra länder. Diskussionen tar upp och refererar till tidigare forskning för att styrka sitt resultat.<br/><br/>(Pubmed sök 3)<br/>Hög kvalitet</p> |
| <p>Fink, Fach &amp; Schröder<br/>Tyskland<br/>2019<br/><i>International Journal for Equity in Health.</i></p>      | <p>‘Learning to shape life’ – a qualitative study on the challenges posed by a diagnosis of diabetes mellitus type 2</p> | <p>Studien hade 2 syften.<br/>1)Utforska och förstå det utmaningar som är förknippade vid diagnos av diabetes typ 2 samt hur dessa patienter anpassar sig till diagnosen och de råd som ges av hälso och sjukvård i Tyskland.<br/>2)Undersöka om det fanns skillnader i</p> | <p>19 deltagare 7 kvinnor och 12 män intervjuades på tu man hand i ett tyst och ostört rum antingen på sjukhuset, universitetet eller deltagarens hem. Intervjuerna var semistrukturerade med berättar frågor och varade mellan 25-80 min.<br/>Alla intervjuer ljudinspelades och översattes ordagrant. Grounded theory analysis användes vid analysen. Första kodning gjordes av artikelns två första</p>   | <p>Resultatet visade att det som drabbas av diabetes typ 2 oftast känner sig ansvariga till att hantera sin sjukdom i vardagen och la fokus låg på att lära sig adaptera sig till “diabetes livet”. Två strategier kunde identifieras där antingen deltagarna följde rekommendationerna strikt eller kunskapsmässigt hanterade sin diabetes.</p>  | <p>Deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som, information om studien hade givits och skriftligt medgivande gavs från deltagarna. Studien var etiskt godkänd.<br/><br/>(Pubmed sök 3)<br/>Hög kvalitet</p>  |

|   |   |  |   |   |  |
|---|---|--|---|---|--|
|   |   | upplevelserna beroende på deltagarnas utbildning.  | författare. Likheter och skillnader diskuterades och teman uppkom. slutgiltiga resultatet diskuterades i hela forskningsteamet.   |   |  |
| Gardsten, Blomqvist, Rask, Larsson, Lindberg & Olsson<br>Sverige<br>2018<br><i>Journal of Nursing</i> | Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study | Syftet med studien var att identifiera det utmaningar personer med diabetes typ 2 stöter på relaterat till egenvård. | I studien deltog både personer n=4 med nyligen diagnostiserad diabetes samt personer n=7 som haft det en längre tid. Fem kvinnor och 4 män.<br>2st Fokusgrupps intervjuer uppdelat i erfarna eller nydiagnostiserad. Fokusgruppen träffades och intervjuades vid tre tillfällen för att uppnå djup i förståelse för erfarenheterna. Forskarna samarbetade med 3 diabetessjuksköterskor samt vuxna med diabetes typ 2 som inblandades till viss del och såg som co-researchers. Utforskande frågor som "Hur hanterar du ditt mat- och dryckesintag vid fester eller speciella tillfällen?" eller "Hur viktigt är det med stöd från familjen?"<br>Intervjutillfällena varade i ca 2h och ljudinspelades. Ljudinspelningen var ordagrant översatt. Transkriptet var uppläst av studiens förstaförfattare för deltagarna vid nästa tillfälle för att ge en chans till reflektion av det som sagts vid senaste tillfället. | Tre huvudkategorier visades<br>1)Utmaningen att förstå,<br>2)Utmaningen att utveckla färdigheter och förmågor, &<br>3)Utmaningen att ta fram inre styrkor (självförtroende).<br>Varje huvudkategori hade 2 underteman<br>1)Hälsoproblem &<br>2)Hälsosamt leverne. | Studien har tydligt beskrivit metod och urval. Det framgår vilka som deltar från forskarteamet vid intervjuerna. Hög kvalitet (Pubmed sök 3) |



|   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|
|   |  |   | Dataanalys gjordes under flera steg och kodning gjordes utifrån likheter.  |  |  |
| Greenfield, Gilles, Porter, Shaw & Willis<br>Australien<br>2011<br><i>Australian Journal of Rural Health</i>  | It's not just about the HbA1c, Doc! Understanding the psychosocial is also important in managing diabetes?           | Syftet med studien var att finna förståelse till anledningen bakom mindre bra kontroll av sin sjukdom hos diabetespatienter.                              | Semistrukturerad intervjuer. 61 deltagare bjöd att delta och fick komplettera en enkät. Av de 61 deltagare bara 48 komplettera enkäten. 14 deltagare av dem fick semistrukturerade intervjuer för att få ett bättre förståelse hur är att leva med diabetes. Intervjuer tog av en psykolog eller socialvetenskapman i team | 3 teman : 1) det handlar inte om att veta<br>2) Det handlar om vad som händer vidare<br>3) Det handlar om prioriteringar   | Analys av data har gjorts av alla i team. Alla deltagare har gett deras samtycke. Peer review<br><br>(Pubmed sök 1)<br>Enligt kvalitetsgranskning modellen fick artikeln hög kvalitet men då det inte nämner att den är etisk godkänd ger vi den Medel kvalitet. |
| Laranjo, Neves, Costa, Ribeiro, Couto & Sá<br>Portugal<br>2015<br><i>European Journal of General Practice</i> | Facilitators, barriers and expectations in the self-management of type 2 diabetes— a qualitative study from Portugal | Studiens syfte var finna vilken hjälp, hinder och förutsättningar vid egenvård av portugiser med typ 2 diabetes.  | Kvalitativ studie med 3 fokusgrupper totalt 16 deltagare. Öppna frågor och videospelat. Inklusionskriterier: diabetes typ 2, över 18 år. Exklusionskriterier: Icke portugistalande, haft diabetes mindre ett år eller kognitiv nedsättning.  | Tre huvudkategorier diet, fysisk aktivitet, blodsockerkontroll.  | Skriftlig medgivande och godkännande av videofilmning. Etisk godkänd. Tydlig metoddel (Pubmed sök 3) Hög kvalitet.   |
| Malpass, Andrews, & Turner.<br>England<br>2009<br><i>Patient Education and Counseling</i>                     | Patients with type 2 diabetes experience of making multiple lifestyle changes : a qualitative study                  | Bedöma om ökning av fysisk aktivitet var som stöd eller hindrar kostförändringar och vise-versa. Dessutom om patienter generell upplever livsstilsförändr | Individer som deltog i Tidig ACTID och fick diagnosen de senaste 6 månader. Från dess intervjuades för denna studie 30 deltagare och deltagare intervjuades i 6 och 9 månader efter randomisation. 6 månaders intervjuer deltog i patienters hem och 9 månader via telefon   | Båda IC och DPAI fick samma dietråd och beskrev samma kostförändringar. 2 av 6 UC -deltagare fick samma förändringar pga de oroade sig av diagnosen och var motiverade för att hantera sitt diabetes. Det var bra kunskap om fysisk aktivitet skulle förbättra deras p-glukos. En deltagare som gjorde både fysisk och | Tydlig vem har skrivit artikel. Publicerad i en vetenskaplig tidskrift. Peer - review. Metoden och inklusion av deltagarna bra beskrivna. Etisk godkänd (Cinahl sök 1) Hög kvalitet  |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
|   |   | ingar kontraproduktiv eller välgörande.   |   | <p>kostförändringar kände sig pigg och hälsosamt. Att äta ohälsosamt uppmuntrade deltagarna att öka aktivitet. DPAI upplevde fysisk aktivitet förändringar som ett sätt att minska P-glukos nivåer.</p> <p>Fysisk aktivitet användes ofta som ett sätt att kompensera "godis och fusk". Så den sociala mönster var viktigt för deras livskvalitet och använde fysisk aktivitet för att säkerställa kostförändringar.</p> <p>Vissa deltagare beskriver att fysisk aktivitet har förbättrad psykiska hälsa och det ledde till att fortsätta äta hälsosamt och självhantera sitt sjukdom. Att försätta flera livsstilsförändringar var svårt. Brist på socialt stöd visade depression och skulle vara bra bara förändra en livsstil än flera. Andra visade att diet och fysisk aktivitet var välgörande och nödvändigt. Då skulle de tas ansvar att hantera sitt diabetes.</p> |   |
| <p>Rise, Pellerud, Rygg &amp; Steinsbekk<br/>Norge<br/>2013<br/><i>PLoS one</i></p> | <p>Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study.</p> | <p>undersöka hur deltagare skapar och bibehåller livsstilsförändringar efter har deltagit i gruppbaseade självhanteringskurser för typ 2 diabetes</p> | <p>23 deltagare deltog i studien<br/>Två omgångar genom djupa semistrukturerade fokusgrupper och individuella intervjuer strax efter kursen och 6 månader efter.<br/>Semistrukturerad intervjuguide användes.</p> | <p>2 teman : skapa livsstilsförändringar och bibehåller livsstilsförändringar. Varje teman hade underkategorier.</p>  | <p>Etisk godkänd (Pubmed sök 1 &amp; 3)<br/>Hög kvalité</p> |

|  |   |   |  |   |   |
|--|---|---|--|---|---|
| <p>Sebire,<br/>Toumpakari,<br/>Turner,<br/>Cooper,<br/>Page,<br/>Malpass &amp;<br/>Andrews<br/>England<br/>2018<br/><i>BMC Public<br/>Health</i></p> | <p>‘I’ve made this my lifestyle now’: a prospective qualitative study of motivation for lifestyle change among people with newly diagnosed type two diabetes mellitus</p> | <p>1. kvalitativ undersöka hur människor med diabetes typ 2 uttalar och upplever motivation för livsstilsförändringar som föreslog i Self-determination theory (SDT)<br/>2. undersöka den kvalitativa bevis för patienters motivationella internalisering ( övergång från kontrollerad till autonom motivation)</p> | <p>Semistrukturerade intervjuer av 30 individer mellan 40-72 år som fick diagnosen diabetes typ 2 de senaste 6 månader och deltog i tidig ACTID. Tidig ACTID är en livstil-RCT där 593 individer mellan 30-80 år deltog. Dessa individer delades i vanlig vård (UC), intensiv diétråd ( ID) och intensiv diétråd och träningsintervention (DPAI). Från dessa grupper intervjuades 30 individer i studien</p> | <p>6 ämne beskrivs resultatet.<br/>- passivitet till förändringar och ignorera diabetes<br/>-kände hjälplös och vara kapabel att förändra sig<br/>- tro inte på de hälsofördelar med den rekommenderade behandling.<br/>- vissa deltagare kände begränsad vad de fick äta och att de måste träna<br/>- de upplevde förändringarna onjutar och en hot mot deras livskvalitet<br/>- vissa deltagare var motiverade för att visa att ‘de skötte’<br/>livsstilsförändringar mellan möten.<br/>-kände besvikelse vid ingen viktne gång<br/>- de kände kontrollerade av dessa förändringar<br/>- fick skuld att gjorde inte förändring tidigare<br/>- hälsofördelar av dieten och fysisk aktivitet var att de kände hälsosamt, pigg, förbättrad livskvalitet och välbefinnande<br/>-de upplevde motivation för att undvika skadliga konsekvenser av diabetes och detta var en hälsohot att förändra .- Att undvika ohälsa bidrog till ansvar för förändring<br/>- visa deltagares diabetes var en större motivation för att göra livsstilsförändringar<br/>-Andra upplevde att livsstilsförändringar över tid var som att skapa ett nytt rutin eller sätt att leva.</p> | <p>Tydlig vem har skrivit artikel. Metoden tydlig beskriven. Studien godkändes av Etiska kommitte . Deltagarna har gett deras samtycke att delta. Författare beskriver deras begränsningar i artikel<br/>Publicerad i ett tidskrift<br/>Peer-review.<br/><br/>(Pubmed sök 1)<br/>Hög kvalitet</p> |
|--|---|---|--|---|---|

|   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|--|---|--|
| <p>Ågård,<br/>Ranjbar &amp;<br/>Strang<br/>Sverige<br/>2015<br/><i>Practical<br/>Diabetes</i></p> | <p>Diabetes in the shadow of daily life: factors that make diabetes a marginal problem.</p> | <p>Syftet var att identifiera de faktorer som påverkade patienternas vilja och möjlighet till anpassa sig till de förskrivna medicinering och livsstilsval. Samt få en djupare förståelse för de faktorer som påverkade anpassningen.</p> | <p>24 deltagare deltog i studien . Intervjuer med en huvudfråga : ‘‘ Kan du beskriva hur att leva med diabetes betyder för dig ? ‘‘. Ytterligare följdfrågor skulle ställas för att klargöra hur diabetes påverkar vardagslivet och deras erfarenhet i förhållande med att hålla sig till ordinerad behandling och hälsoråd.</p> | <p>Resultatet visades i fyra huvudkategorier med underkategorier. <i>Livslång sjukdom men inget större bekymmer, daglig kamp med dess svårigheter, utom ens egna kontroll, inte värt att ge upp det goda i livet.</i></p> | <p>Tydlig förklarad metod, urval och fältarbetet beskrivet. Etisk godkänd (Cinahl sök 1) Hög kvalité</p> |
|---|---|---|--|---|--|