

EXAMENSARBETE

**Patienters upplevelser av att leva
med diabetes typ 2**

**Patients' experiences living with
diabetes type 2**

Examensarbete inom ämnet Omvårdnad
C-Nivå 15 Högskolepoäng
Hösttermin 2008

Sanela Rekić

Handledare: Christina Friberg Andersson
Examinator: Helena Rosén

SAMMANFATTNING

Titel: Patienters upplevelser av att leva med diabetes typ 2

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, 15 högskolepoäng

Författare: Rekic, Sanela

Handledare: Andersson Friberg, Christina

Sidor: 20

Månad och år: December, 2008

Nyckelord: Diabetes typ 2, egenvård, livsstilsförändring, acceptans, icke-acceptans

BAKGRUND: Diabetes typ 2 har under de senaste åren blivit en vanlig folksjukdom och det befaras att den ytterligare skall öka på grund av ohälsosamt kostintag och minskad fysisk aktivitet. För att förebygga utvecklingen samt minska sjukdomsprogressionen rekommenderas en livsstilsförändring och ett bra resultat kan uppnås genom vårdpersonalens hjälp och egenvård. **SYFTE:** Syftet med denna studie var att beskriva patienters upplevelser av att leva med diabetes typ 2. **METOD:** Studien är en litteraturstudie med analys av kvalitativ forskning av tidigare genomförda studier. Datamaterialet som denna studies resultat grundar sig på består av tio vetenskapliga kvalitativa artiklar. **RESULTAT:** Resultatet ledde till två teman: *Acceptans leder till upplevelse av välbefinnande* hos de patienter som har förmågan att acceptera sjukdomen som en del av livet och *icke acceptans leder till upplevelse av svårigheter* hos de patienter som inte kan acceptera att de har insjuknat i diabetes typ 2. Dessa teman har subteman som beskriver upplevelser i förhållande till välbefinnande och svårigheter. **DISKUSSION:** Denna studie kan öka kunskaper hos sjuksköterskor om hur patienter upplever av att leva med diabetes typ 2. Denna kunskap kan sjuksköterskor använda som ett grundlag för att anpassa vården efter patienters egna behov och svårigheter i samband med sjukdomsbehandlingen.

ABSTRACT

Title: The patients' experiences living with diabetes type 2

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in nursing care, 15 ECTS

Author: Rekić, Sanela

Supervisor: Andersson Friberg, Christina

Pages: 20

Month and year: December, 2008

Keywords: Diabetes type 2, self care, lifestyle change, acceptance, non-acceptance

BACKGROUND: Diabetes type 2 has in recent years become a regular national disease and there is concern that the further increase due to unhealthy dietary intake and reduced physical activity. A lifestyle change is recommended in order to prevent the development of the disease and reduce the progression of the disease. A good result can be achieved by health care workers and self care. **PURPOSE:** The aim of this study was to describe patients' experiences living with diabetes type 2. **METHOD:** The study is a literature review with analysis of qualitative research based on already completed studies. Data material is based on ten scientific qualitative articles. **RESULT:** The result led to two themes: *Acceptance leads to the experience of welfare* in patients who have the ability to accept the disease as a part of life and *non-acceptance leads to experience difficulties* in patients who cannot accept that they have fallen ill in diabetes type 2. These themes have subthemes describing the experiences in relation to the welfare and difficulties. **DISCUSSION:** This study may increase the skills of nurses how patients experience living with diabetes type 2 and the knowledge can be used by nurses as a constitution to adapt care after the patients' own needs and difficulties associated with disease treatment.

INNEHÅLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
Diabetes typ 2	1
Tidigare forskning.....	2
Om livsstilsförändringens betydelse i förhållande till diabetes typ 2.....	2
Faktorer som underlättar och försvårar förändring av kostvanor	2
Att leva med diabetes typ 2.....	3
Empowerment.....	3
Omvårdnadsteori.....	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	4
SYFTE	5
METOD	5
Val av metod.....	5
Datainsamling	5
Urval	6
Dataanalys.....	7
Etiska aspekter	7
RESULTAT	8
Acceptans leder till upplevelse av välbefinnande.....	8
Hälsa och självförtroende	8
Kontroll.....	9
Stöd och hjälp	9
Icke acceptans leder till upplevelse av svårigheter.....	10
Sjukdomen och dennes fysiska följder	10
Depression, frustration, ilska och rädsla	11
Hinder i samband med sjukdomsbehandlingen	12
DISKUSSION.....	13
Metoddiskussion	13
Val av metod.....	13
Datainsamling	14
Urval	14
Dataanalys.....	14
Etiska aspekter	15
Resultatdiskussion	15
Hälsa och självförtroende	15
Kontroll.....	16
Stöd och hjälp	16
Sjukdomen och dennes fysiska följder	17
Depression, frustration, ilska och rädsla	17
Hinder i samband med sjukdomsbehandlingen	18

Konklusion.....20

REFERENSER

Bilaga A A

Bilaga B B

INLEDNING

Diabetes typ 2, även kallad åldersdiabetes, har under de senaste åren blivit en vanlig folksjukdom både i Sverige och i resten av världen. Tre till fyra procent av befolkningen i Sverige beräknas ha sjukdomen, vilket motsvarar cirka 300 000 svenskar. Diabetes typ 2 är en sjukdom som människor kan bära i en längre period utan att veta om det. Risken att insjukna ökar med åldern. Bland de personer som är över 75 år beräknas tio procent av dessa ha diabetes typ 2 (Diabetesförbundet, 2006).

På grund av förändringar i kosten, utebliven motion och övervikt kan en tydlig ökning av insjuknandet konstateras i många delar av världen (WHO, 2007). Eftersom antalet patienter med diabetes typ 2 troligtvis kommer att öka inom vården, behöver sjukvårdspersonal mer kunskap om denna sjukdom. För att få en bättre förståelse som sjuksköterska för patientens hälsotillstånd och upplevelse av att leva med sjukdomen behövs kunskapsutveckling om hur dessa patienter förhåller sig till sjukdomen och dess behandling. Denna kunskap hos sjuksköterskor är nödvändig för att kunna ge en bra och passande vård utifrån varje individs behov och önskan.

BAKGRUND

Diabetes typ 2

För att kroppen skall kunna tillgodogöra sig glukos krävs tillräcklig mängd av hormonet insulin. När betacellerna i de langerhanska cellöarna i bukspottkörteln inte har förmågan att ersätta den nedsatta insulinkänsligheten i muskler och lever leder det till utveckling av diabetes typ 2. Vid denna sjukdom är insulinkänsligheten i cellerna nedsatt och detta leder till insulinresistens, som orsakar hög nivå av insulin och glukos i blodet (Agardh, Berne & Östman, 2002; Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist & Östenson, 2007). Även förekomst av det metabola syndromet är vanligt vid diabetes typ 2. Vid detta tillstånd uppstår rubbningar i blodfetter, högt blodtryck, hög fasteplasmaglukos och hög nivå av insulin (Haffner, 2006).

Ärftlighet är en faktor som anses vara betydelsefull för utvecklingen av diabetes typ 2. Andra riskfaktorer är övervikt, fysisk inaktivitet, dålig sammansättning av kosten, rökning och hög ålder. De flesta av patienterna som utvecklar diabetes typ 2 är överviktiga och flertalet av riskfaktorerna har en förbindelse till patientens livsstil. I syfte att förebygga utvecklingen av sjukdomen rekommenderas en förändring av livsstilen (Agardh et al., 2002).

Vid diabetes typ 2 har patienter inte tendens att få kraftiga symptom. Sjukdomens utveckling är smygande och kan pågå under en längre period. De första och klassiska symptomen som patienter kan känna av är diffus trötthet, torrhet i munnen, ökad törst och stora urinmängder. En del av patienterna kan uppleva klåda i underlivet. Detta kan leda till ytterligare undersökningar som visar att patienten har utvecklat diabetes typ 2. Andra symptom på sjukdomen kan vara urinvägsinfektioner och i samband med behandling av detta besvär kan sjukdomen upptäckas. På grund av sjukdomens smygande utveckling kan

det gå upp till flera år innan den upptäcks och oftast sker detta i samband med hälsokontroller som urin och blodprover (Alvarsson et al., 2007).

En betydelsefull behandling för patienter med diabetes typ 2 är förändring av livsstilen, så kallad ickefarmakologisk behandling (Socialstyrelsen, 1999). För att förändra livsstilen rekommenderas regelbundna måltider, minskat intag av socker, fett och alkohol samt ökat intag av fibrer. Ökad fysisk aktivitet, viktminskning och mera hälsosam kost är råd som patienter kan få av vårdpersonalen (Brown Frandsen & Smedegaard Kristensen, 2002).

Med tiden måste den ickefarmakologiska behandlingen ofta kombineras med tabletter, men även tillförsel av insulin kan vara aktuell för vissa patienter för att minska plasmaglukoshalten. Vilken typ av behandling patienten skall ha beror på sjukdomens klassificering (Socialstyrelsen, 1999; Alvarsson et al., 2007).

Det är vanligt att komplikationer uppstår efter några års sjukdom. Orsaken till detta är sjukdomens negativa påverkan på blodkärl och nerver. Exempel på komplikationer kan vara mikroangiopati. Detta orsakar förändringar i små blodkärl i ögats näthinna och njurar, som leder till försämrad njurfunktion och defekt i näthinnan. Vid skada i nerver kan känselbortfall i benen förekomma, vilket kan leda till svårläkta sår på fötterna samt nedsatt funktion i mag-tarmkanalen och hjärtat. Förändringar i större blodkärl förekommer också. Denna förändring kallas makroangiopati och ökar risken för hjärtinfarkt, stroke och åderförkalkning (Agardh et al., 2002).

Det generella målet för behandlingen är att bevara välbefinnandet hos patienter och förhindra förekomst av akuta komplikationer som hypo/hyperglykemi och långsiktiga komplikationer som mikro- och makroangiopati (Agardh et al., 2002).

Tidigare forskning

Om livsstilsförändringens betydelse i förhållande till diabetes typ 2

Livsstilsfaktorer som kosthållning med överdrivet energiintag och stillasittande kan leda till övervikt och fetma. Patienter som utövar egenvård genom att inta mindre kalorier, ändrar kostsammansättningen och ökar den fysiska aktiviteten kan minska sin vikt. Viktminskning är viktig för att förebygga utveckling av sjukdomen och förbättra glukostoleransen. Personer som har gått ner i vikt mer än fem kilo över en period på tio år minskade risken att insjukna i diabetes typ 2 med 50 %. Att förändra livsstilen och öka den fysiska aktiviteten genom att promenera och cykla kan minska risken för utveckling av komplikationer hos patienter med diabetes typ 2. Förändring av livsstilen genom ökad fysisk aktivitet och mindre kalori- och fett intag rekommenderas som en del av behandlingen av diabetes typ 2 (Xavier Pi-Sunyer, 2007; Hu & Tuomiletho, 2007).

Faktorer som underlättar respektive försvårar förändring av kostvanor

Kunskap och attityder kan underlätta förändring av kostvanor. De patienter som anser att de kan kontrollera sjukdomens negativa påverkan genom att följa rekommendationer kan lättare hålla sig till den föreskrivna dieten. Patienternas egna upplevelser av anpassbarhet har betydelse för förmågan att kunna förändra ett visst beteende. Socialt stöd har också en stor betydelse för patienter vid förändring av kostvanor. Socialt stöd är en faktor som gör

det lättare för patienter att följa sin diet. Det skapar tillit hos patienten och ökar den egna förmågan till förändring (Ruderfelt & Axelsson, 2004).

Stress och tidsbrist är några av de faktorer som försvårar förändringen av kostvanor. Upplevelse av stress och en alltför tidskrävande kostbehandling leder till en lägre anpassbarhet. Andra faktorer som försvårar förändringen av matvanor är bristande kunskap om sjukdomen och dieten. Nedstämdhet kan orsaka svårigheter för patienter att förändra sina kostvanor. Det kan leda till att patienter avviker från sin kostplan, vilket gör det svårare att undvika onyttig kost (Ruderfelt et al., 2004).

Att leva med diabetes typ 2

Att insjukna i diabetes typ 2 kan upplevas som maktlöshet. De personer som utvecklar sjukdomen är rädda att utveckla komplikationer senare i livet, vilket kan leda till döden. Att leva med diabetes typ 2 kan skapa oro, bekymmer och frustration hos patienter, eftersom de är osäkra på den egna förmågan att kunna hantera sjukdomen i vardagen. Sjukdomen leder till att de flesta av patienterna inser att diabetesrelaterade åtgärder orsakar begränsningar och förändringar i vardagen och att de måste förändra framtidsplanerna. Människor med diabetes måste lära sig nya beteenden och de flesta av individerna kämpar med att integrera behandlingen i vardagen. Att anpassa sig till de nya regler och förändringar i vardagen kan upplevas som ansträngande (Moser, van der Bruggen, Spreeuwenberg & Widdershoven, 2008; Tak-Ying Shiu & Yee-Man Wong, 2002).

Arbetslivet är en av de faktorer som framgår som ett hinder i vardagen. De långa arbetstiderna gör att patienterna har mindre tid att träna, inte kan inta nyttig kost och ibland kan arbetstiderna orsaka oregelbundna måltider. Förmedling av information i samband med sjukdomen upplevs vara bristfällig och påverkar patienters förmåga att hantera sjukdomen i vardagen. Vårdpersonalen koncentrerar sig endast på patienters plasmaglukosvärde och de flesta av patienterna har inte förståelse för varför plasmaglukosvärdet är så betydelsefullt. Patienter känner att de inte har fått tillräckligt med information om sjukdomen och sjukdomshandlingen, som kan underlätta deras egenvård. För att kunna kontrollera sjukdomen framkommer det i studien att människor med diabetes vill känna sig empowered, det vill säga vara befullmäktigade, och på detta sätt uppnå balans i vardagen (Gillibrand & Flynn, 2001).

Empowerment

Med hjälp av empowerment kan vårdpersonalen hjälpa individen att hitta och utveckla förmågan för att kunna ansvara för sitt eget liv. Människor upplever empowerment när de har tillräckligt med kontroll och möjligheter för att fullfölja sina beslut samt erfarenhet för att kunna utvärdera effektiviteten i sina beslut. Patienter är empowered när de har kunskaper, färdigheter, attityder och självinsikt, som är nödvändiga för att påverka eget beteende och förbättra hälsan (Funnell, Anderson, Arnold, Barr, Donnelly, Johnson, Taylor-Moon & White, 1991).

Empowerment går också ut på att hjälpa individer att upptäcka och använda förmågan att ta kontroll över sjukdomen. Det grundar sig på att en del av ansvaret för omvårdnaden av diabetes ligger hos den enskilde patienten. Det är patienter som vet bäst vilka beteenden de förmår att förändra. De vet själva vilka strategier som underlättar beteendeförändringen

och vilka som är mest passande och användbara. Patienter vet också vilken typ av stöd de har behov av och om de har tillgång till det. Patienterna måste vara aktiva och genomföra de nödvändiga åtgärderna i samband med sjukdomen (Wikbald, 2006).

Fördelarna med empowerment är att vårdgivarna kan överlämna en del av ansvaret för den dagliga diabetesvården till patienten. Det kan leda till att vårdarna är mindre frustrerade mot patienter som har svårt med eget ansvar, använder mindre energi för att försöka motivera patienterna och har mindre skuld känslor för att be patienterna att följa reglerna. De patienter som inte är vana, är ovilliga eller oförmögna att ta ansvar för sitt liv kan uppleva svårigheter med sin hälsovård. I dessa fall överlämnar patienter makten till sjukvårdspersonalen och låter personalen fatta beslut. De patienter som väljer att förbli passiva är ansvariga för valet och konsekvenserna (Funnell et al., 1991).

Omvårdnadsteori

Omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem (1995) beskriver egenvård som frivillig reglering av den egna funktionen och utvecklingen som är nödvändig för att individer skall upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande. De människor som är erfarna, fullvuxna och som har utvecklat förmågan att ta hand om sig själv kan utöva egenvård. Egenvård är en handling som gör att människan uppnår en strukturerad integritet, funktion och utveckling. Den centrala betydelsen med egenvård är att människan ansvarar för sina handlingar. Det är individen själv som måste ta initiativ för att upprätthålla ett bra liv och kunna fungera fysiskt och psykiskt. Egenvården handlar om att utvecklas inom de normer som överensstämmer med de förhållanden som är väsentliga för livet. Den ger förutsättningar för att bevara hälsan, integritet och utveckling (Orem, 1995).

PROBLEMFÖRMUELRING

Det har visat sig att diabetes typ 2 har ökat de senaste åren. För att reducera insjuknandet och behandla sjukdomen behöver patienterna i första hand göra livsstilsförändringar vad gäller kost och fysisk aktivitet. Utan dessa åtgärder kan patienter så småningom få komplikationer i organ och vävnad samt rubbningar i plasmaglukos.

För att genomföra en livsstilsförändring är det nödvändigt att patienten har engagemang, gör prioriteringar samt har stark vilja och motivation. Sjuksköterskans stöd och kunskapsförmedling förstärker patientens vilja och möjlighet till bättre hälsa. Patientens inre styrka och positiva synsätt kan tillsammans med sjuksköterskans insats förbättra hälsan, varför det är av största vikt för sjuksköterskan att inneha kunskap om patienters upplevelser av att leva med diabetes typ 2.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva patienters upplevelser av att leva med diabetes typ 2.

METOD

Val av metod

En litteraturstudie enligt Friberg (2006) genomfördes. Metoden som användes var att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Metoden ansågs relevant för att undersöka och beskriva patienternas upplevelser av att leva med diabetes typ 2 och hur denna sjukdom påverkar patienternas vardag och liv. Kvalitativa studier kan ge en ökad förståelse av patienters upplevelser, förväntningar och behov och ökar förståelsen för det som tidigare studerats. En litteraturstudie gör det möjligt att sammanställa tidigare studier till ny kunskap, som kan bidra till djupare förståelse hos vårdpersonalen i förhållande till patientens situation (Friberg, 2006).

Datainsamling

Datainsamlingen inför denna studie gjordes via databasen Cinahl. Andra databaser inkluderades inte, eftersom det fanns tillräckligt med information på denna databas. Sökningen påbörjades genom att använda *diabetes type 2* som huvudsökord. Eftersom den sökningen inte resulterade i ett större antal artiklar, valdes det bort och huvudsökordet *type 2 diabetes* användes, som ledde till fler träffar. Detta huvudsökordet kombinerades med *experience (S3)*, *living with (S4)*, *lifestyle changes (S5)* och *barriers (S6)*. Kombinationen av de olika sökorden i databasen resulterade i flera artiklar, men av dessa lästes fyrtiosex abstract och slutligen valdes nio artiklar (*tabell 1 och bilaga A*).

Tabell 1. Artikelsökning

Databas och söknrering	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Antal valda artiklar
Cinahl S1	Diabetes type 2	38	0	0
Cinahl S2	Type 2 Diabetes	6869	0	0
Cinahl S3	S2 AND experience	174	23	5
Cinahl S4	S2 AND living with	148	10	2
Cinahl S5	S2 AND lifestyle changes	84	5	0
Cinahl S6	S2 AND barriers	142	8	2
Kedjesökning				1
Summa		7455	46	10

Urval

Denna studie begränsades till artiklar som var publicerade mellan år 2000-2008. Artiklarna skulle vara vetenskapliga och kvalitativa studier, som var baserade på patienter som hade utvecklat diabetes typ 2. Studiernas resultat skulle bygga på vuxna människors berättelser, erfarenheter och upplevelser i samband med sjukdomen. De kvalitativa studierna fick gärna omfatta olika delar av världen för att få ett bredare perspektiv på sjukdomen.

Exkluderade i denna studie var undersökningar som handlade om graviditetsdiabetes, människor som hade utvecklat diabetes typ 1, var dementa och inte kapabla själv till att uttrycka upplevelser och mening kring sjukdomen. Barn och unga under 18 år exkluderades också på grund av att studien endast baserades på vuxna människors upplevelser. Artiklar som var publicerade före 2000-talet valdes bort på grund av en strävan efter att basera studien på färsk kunskap.

Under sökningarna lästes de titlar och abstract, som framgår av tabell 1. Sedan sparades de artiklar som verkade relevanta för denna studies inklusionskriterier. Dessa artiklar granskades enligt den metod som Friberg (2006) beskriver. Under granskningen undersöktes artiklarnas perspektiv, vad syftet var och om det var klart formulerat, hur metoden var beskriven och vad resultatet visade. Syftet och resultatet granskades i förhållande till varandra och till denna studies syfte. Efter granskningen av de valda artiklarna exkluderades vissa på grund av att de inte var kvalitativa studier, inte motsvarade denna studies syfte, var publicerade under 1990-talet, handlade om graviditetsdiabetes och var baserade på blandade patientgrupper där både typ 1 och typ 2 diabetes förekom. Genomförandet av granskningen resulterade i nio artiklar (*tabell 1 och bilaga A*).

En kedjesökning gjordes för att se om författarna hade använt artiklar som kunde motsvara denna studies syfte. Enligt Friberg (2006) är det nödvändigt att studera andra referenslistor, eftersom kedjesökningen fungerar som en förbindelse mellan process och resultat. I artikeln som heter *Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients* av Yamakawa & Makimoto (2008) utfördes en kedjesökning. I denna referenslista fanns en artikel som motsvarade denna studies syfte och uppfyllde inklusionskriterierna. Artikeln; *Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease* av Koch, Kralik & Taylor (2000) resulterade i ytterligare en artikel vilket gav totalt tio artiklar (*bilaga A*).

Dataanalys

Att analysera kvalitativa studier beskrivs av Friberg (2006) som en förflyttning från en helhet till delar där en ny helhet skapas. Artiklarnas resultat granskades för att hitta bärande aspekter i förhållande till den kommande studiens syfte och den nya helheten skapas genom att beskriva de bärande aspekterna.

Analysen av de valda artiklarna baserades på den metod som Friberg (2006) beskriver. Först numrerades artiklarna från 1-10 (*bilaga A*). Varje artikel lästes flera gånger med fokus på resultatet för att få en helhet av studierna och förstå handlingen för att kunna identifiera likheter och skillnader. Sedan identifierades nyckelfynd i varje studies resultat genom att ur artiklarnas resultat plocka ut relevanta meningar i förhållande till denna studies syfte utan att översätta dem från engelska till svenska. För att få en översikt över det som skulle analyseras gjordes en sammanställning genom att föra över dessa meningar till pappersark. Därefter identifierades likheter och skillnader, vilka resulterade i nya teman och subteman (*bilaga B*).

Etiska aspekter

Eftersom denna studie bygger på redan utförda studier är det viktigt att analys av redan publicerade data inte förvrängas. Det är betydelsefullt att fabricering, plagiering och förvrängning av redan publicerade data, så kallad oredlighet, undviks för att studiens resultat skall vara pålitligt (Medicinska forskningsrådet, 2003).

Denna litteraturstudie utgör inga risker för försökspersonerna, eftersom resultatet av denna studie baseras på tidigare studier och författaren följde de riktlinjer som framgår enligt Medicinska forskningsrådet (2003) om att undvika oredlighet. Vid forskning skall den främsta prioritering hos författarna vara att bevara patientens integritet, skydda identitet och visa respekt för människans värdighet (Medicinska forskningsrådet, 2003).

RESULTAT

Resultatet visar på två huvudteman och sex subteman som visas enligt tabell 2.

Tabell 2. Översikt över resultatet

Huvudtema	Subtema
Acceptans leder till upplevelse av välbefinnande	Hälsa och självförtroende Kontroll Stöd och hjälp
Icke acceptans leder till upplevelse av svårigheter	Sjukdomen och dess fysiska följder Depression, frustration, ilska och rädsla Hinder i samband med sjukdomsbehandlingen

Acceptans leder till upplevelse av välbefinnande

Analysen av de kvalitativa studierna visar att de patienter, som har förmågan att kunna acceptera diabetes typ 2 som en del av vardagen och livet, upplever välbefinnande. Att förändra livsstilen har resulterat i upplevelse av hälsa och ökad självförtroende. Självdisciplin, kontroll över sjukdomen, socialt stöd och hjälp anses vara viktiga faktorer för att kunna hantera vardagen och uppleva välmående i samband med sjukdomen.

Hälsa och självförtroende

Patienter som har förändrat livsstilen genom att äta hälsosammare kost och undvika stillasittandet upplever att de har gått ner i vikt, vilket leder till att de känner sig sundare och starkare. I samband med viktnedgången upplever patienterna att deras självförtroende är bättre, eftersom de känner att de har mer lust att vara ute bland människor och vara sociala. En del patienter anser att sjukdomen har förändrat deras levnadssätt och beteende, eftersom de har blivit mer medvetna om att vara uppmärksamma på matens sammansättning, portionsstorlek och deras egen motion. Flera patienter anser att detta sätt att leva på har förändrat deras hälsotillstånd till det bättre. De känner att de har mer energi och styrka sedan de upprättade nya levnadsvanor. Trots sjukdomen känner flera patienter sig bättre och lyckligare. På grund av den positiva upplevelsen av livsstilsförändringen anser patienterna att diabetes typ 2 inte är en sjukdom utan en del av livet, vilket har resulterat i upplevelse av välbefinnande (Koch, Kralik & Taylor, 2000; Whittermore, Chase, Mandle & Roy, 2002).

Att leva med diabetes typ 2 leder till fler läkarbesök och till undersökning av plasmaglukos, blodtryck och vikt. Med hjälp av regelbundna utredningar och provtagningar anser patienterna att en eventuell annan hotande sjukdom kan upptäckas och förhindras. Detta leder till en uppfattning hos patienterna om att livstiden kan bli längre,

eftersom vissa sjukdomar kan förebyggas med hjälp av rutinundersökningar (Yamakawa & Makimoto, 2008).

Kontroll

Vissa patienter anser att upplevelse av att ha kontroll är en viktig beståndsdel i samband med diabetes typ 2. Dessa människor menar att de måste ta kontroll och vara ansvariga för att kunna hantera det nya levnadssättet. Att uppleva en känsla av kontroll ökar enligt patienterna förmågan att hantera livet med diabetes typ 2 (Naemiratch & Manderson, 2006; Utz, Steeves, Wenzel, Jones & Mupby, 2006). En del patienter menar att de måste engagera sig i behandlingen genom att observera situationer hos andra människor med diabetes och lära sig från deras upplevelser i samband med sjukdomen. Patienterna anser att de på detta sätt kan få exempel på vad som kan hända vid uteblivet engagemang, men även goda idéer om på vilket sätt de kan förbättra sitt eget tillstånd (Koch et al., 2000; Utz et al., 2006).

En av metoderna som patienterna använder för att kontrollera sjukdomen är minskning av salt och socker medan andra patienter slutar konsumera sockerdrycker och alkohol. För att lyckas med förändringen och uppnå kontroll över sjukdomen anser en del av patienterna att det är viktigt att minskningen av mat och dryck som de tycker om sker i deras tempo (Naemiratch et al., 2006).

För att bevara en känsla av kontroll tycker en del patienter att de regelbundet måste mäta plasmaglukosvärdet. Detta anser de vara nödvändigt för att veta vilka åtgärder de skall företa för att stabilisera värdet vid rubbningar. Vissa patienter jämför plasmaglukosvärdet i förhållande till en viss typ mat och vid ökat värde av plasmaglukosen noterar de intaget av maten. På samma sätt antecknar de även utförandet av den fysiska aktiviteten och annat som kan påverka plasmaglukosnivån. En del av patienterna anser att kännedom om plasmaglukosens värde är viktig för att bättre kunna anpassa val av kost och omfattning av fysisk aktivitet (Koch et al., 2000; Utz et al., 2006).

Självdisciplin är en viktig faktor i samband med integreringen av den nya livsstilen i vardagen. Vissa patienter har lärt sig att begränsa matportionen och godiskonsumtionen genom att äta mindre. De har även ändrat ingredienser i kosten som till exempel socker och mängd av fett. De patienter som visste att de skulle äta godis eller annan ohälsosam mat i den nära framtiden förhöll sig noggrant till diabetesdieten innan. På detta sätt kan patienterna enligt deras mening variera maten utan att den orsakar rubbningar i plasmaglukosvärdet (Whittermore et al., 2002; Naemiratch et al., 2006; Koch et al., 2000).

Stöd och hjälp

Stöd från familj, vänner och arbetskollegor upplever patienterna vara betydelsefullt i samband med hanteringen av sjukdomen. De patienter som får stöd uppskattar andra människors engagemang avseende patienternas diet och motion. Dessa personer ser till att patienterna intar hälsosam kost och bedriver regelbunden motion genom att köpa endast hälsosam mat och påminna patienterna om den vardagliga motionen. Patienterna anser att andra människors engagemang och hjälp gör att de inte tänker så ofta på sin sjukdom. Dessa patienter anser att de vågar slappna av och njuta av livet trots sjukdomen. De upplever därför inte att utveckling av diabetes typ 2 har en negativ inverkan på deras liv. Genom att få stöd från omgivningen anser de att det gör livet lättare att leva med

sjukdomen (Utz et al., 2006; Rayman & Ellison, 2004).

Att delta i aktiviteter som att promenera i en grupp med människor som lever med samma sjukdom och har viktproblem visade sig vara en positiv upplevelse hos flera patienter. Dessa patienter anser att stöd från personer med samma sjukdom bidrar med uppmuntran för att gå ner i vikt och ger styrka för att leva med sjukdomen (Yamakawa et al., 2008; Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006).

De patienter som är aktiva medlemmar i kyrkan anser religionen vara ett stöd för dem. De menar att kyrkan är en grundläggande del i vardagen och upplever kyrkan som betydelsefull för att kunna genomföra de åtgärder som vårdpersonalen rekommenderar. De upplever att kyrkan gör vardagen lättare att leva med diabetes typ 2. Genom att vara religiös upplever patienterna att de får styrkan och viljan att förändra levnadssättet (Utz et al., 2006).

Icke acceptans leder till upplevelse av svårigheter

Att inte kunna acceptera diabetes typ 2 som en del av vardagen kan leda till upplevelse av svårigheter. Att inte kunna acceptera sjukdomen försvårar livsstilsförändringen, vilket leder till nedstämdhet och depression. I samband med injicering av insulin, medicinering och risker för komplikationer upplevs även rädsla. Att följa vårdpersonalens rekommendationer om livsstilsförändring och integrera dessa råd i vardagen upplevs som en svårighet och ett hinder, på grund av tidigare sjukdomar, tidskrävande arbete, kultur och sätt att leva på samt bristfällig information.

Sjukdomen och dess fysiska följder

En del patienter upplever sjukdomen som en faktor som tagit bort hälsan, styrkan och värdet från patienterna. På grund av diabetes anser vissa patienter att de har förlorat värden i livet som i deras ögon aldrig kan återvinnas (Lawton, Ahmad, Hanna, Douglas & Hallowell, 2006).

En del patienter upplever sjukdomen som en händelse som har tagit bort friheten i att kunna välja den typ av kost som passar dem (Rayman et al., 2004). Andra patienter upplever utvecklingen av diabetes som chockerande, en överraskning och en allvarlig påverkan på hälsan. Patienterna uppfattar diabetes som ett allvarligt tillstånd på grund av risker och möjliga komplikationer som kan uppstå i samband med sjukdomen. Flera patienter känner andra människor som har utvecklat diabetes och fått ögon- och njurproblem. Patienterna anser att dessa komplikationer gör kroppen svag och att de är allvarliga (Whittermore et al., 2002; Penckofer, Ferrans, Velsor-Friedrich & Savoy, 2007).

Diabetes typ 2 kan medföra vissa komplikationer som påverkar patientens förmåga på flera olika sätt. En del av komplikationer är neuropati, som bidrar till att patienter upplever att livet förändras i samband med sjukdomen. På grund av neuropati kan patienter uppleva en fysisk förändring, eftersom denna förändring försvårar patientens mobilitetsförmåga och kan orsaka begränsningar i vanliga handlingar som bilkörning. Neuropati gör att patienter kan förlora känslan i benen, vilket gör att de inte kan känna av pedalerna ordentligt. Detta upplevs som en svårighet för att kunna leva ett normalt liv. Patienter anser att sådana förändringar gör det svårt att acceptera sjukdomen som en del av livet (Penckofer et al.,

2007).

Andra patienter är medvetna om vilka risker och komplikationer sjukdomen medför. Istället för att visa bekymmer har de inställt sig på att sjukdomen kommer att påverka deras syn eller andra organ oavsett behandlingsmetod. Dessa patienter anser att det inte är möjligt att undvika sjukdomens komplikationer (Nagelkerk et al., 2006).

Depression, frustration, ilska och rädsla

Patienter anser sig ha tillräckligt med kunskap om vilken betydelse dietförändringen har i förhållande till behandlingen, men att omsätta denna kännedom i praxis upplevs som en svårighet och utmaning. En förklaring till förekomst av svårigheterna relaterat till dietförändringen är att vissa patienter känner sig tvungna att ge upp vissa traditionella favoriträtter som rökt fisk och grillat kött. Istället kretsar patienternas tankar kring den gamla livsstilen och flera av dessa patienter uttrycker en önskan om att köpa färdigrätter istället för att laga egen mat (Naemiratch et al. (2006); Utz et al. (2006); Barton, Anderson & Thomassen (2005); Rayman et al., 2004). En del patienter försökte flera gånger att genomföra dietrekommendationen utan att uppnå ett lyckat resultat. Patienterna upplevde ingen mättnadskänsla och som förklaring utifrån patienternas perspektiv var den föreskrivna dietens kalorihalt för låg. I studien framgår det att patienterna kände sig frustrerade på grund av att de hade kunskap om att det var nödvändigt att förändra kosten för att uppnå ett bra resultat med behandlingen, men lyckades inte att genomföra den förändringen (Whittermore et al., 2002).

Patienter upplever att de är tvungna att ge upp sitt levnadssätt för att minska sjukdomsprogressionen, men erkänner dock att de har skuld känslor för att ha försummat sin hälsa. På grund av detta förekommer depression och ilska hos dessa patienter. Patienterna anser att livet plötsligt förändrades från att vara ett spontant och allmänt liv till ett liv där allting handlar om diabetes. Denna förändring ledde till nedstämdhet över förlusten av de gamla vanorna i vardagen. Patienterna anser att det inte är rättfärdigt att behöva förändra livet och anpassa vardagen efter sjukdomens regler (Rayman et al., 2004; Nagelkerk et al., 2006; Penckofer et al., 2007).

Vissa patienter upplever att sjukdomen fyller mycket i deras liv och att de aldrig får vila ifrån den. Vid ledigheter som helger, resor och semester är de tvungna att ta hänsyn till diabetes och rätta sig efter sjukdomens regler. Patienterna anser att de måste planera vissa moment som måltider i vardagen. Denna planering är tidskrävande och patienterna tröttnar på att hela tiden behöva planera måltider och mellanmål för att kunna kontrollera plasmaglukosvärdet. Dessa upplevelser i vardagen leder till depression hos patienterna på grund av att de aldrig kan komma bort från sjukdomen. För att minska upplevelsen av frustration och nedstämdhet väljer en del patienter att ta en paus från sjukdomen genom att ibland äta sockerrik mat (Rayman et al., 2004; Penckofer et al., 2007).

Diabetes typ 2 kan även medföra oro och rädsla hos patienter avseende injicering av insulin. Injicering av insulin och tanken om att bli sedd av andra människor under det momentet upplevs vara obehagligt speciellt under lunchtiden på arbetsplatsen, då vissa patienter behöver mäta plasmaglukosvärdet innan injektionen. Detta medför ett bekymmer om hur de skall bli accepterade på arbetet. Patienterna vill inte bli sedda som annorlunda eller visa behandlingsrutinerna inför andra människor (Lawton et al., 2006; Rayman et al., 2004). En del patienter upplever också rädsla i samband med medicineringen. Det framgår

i studien att de patienter som inte är vana att ta mediciner är rädda för att de vid något tillfälle kommer att glömma att ta medicinerna och hur utebliven medicinering skulle påverka kroppen och sjukdomen (Barton et al., 2005).

Hinder i samband med sjukdomsbehandlingen

En del patienter upplever att tidigare sjukdomar och hälsoproblem kan leda till passivitet och nedsatt fysisk förmåga. De anser att andra sjukdomar som astma och artrit samt problem med knä, fötter och andning försvagar deras kropp och försvårar behandlingen av diabetes typ 2. Patienter anser att dessa svårigheter förhindrar dem att utföra enkla aktiviteter som att promenera. Enligt patienter som upplever problem med andningen kan även yrsel förekomma i samband med promenader. Patienterna anser att de inte har förmågan att utöva motion, eftersom de upplever att andra hälsoproblem skapar ett hinder för de skall kunna genomföra vårdpersonalens råd avseende fysisk aktivitet (Lawton et al., 2006).

Vissa patienter upplever att yrket och det privata livet är ett hinder i samband med sjukdomshanteringen. Dessa patienter arbetar oftast i företag och hemma, vilket gör att de får mindre tid att ägna åt sig själv och sjukdomen (Penckofer et al., 2007). De patienter som har blivit äldre och pensionerade är upptagna dagligen. De är involverade i familjeföretag och utför ärenden åt sina anhöriga. Enligt patienterna försvårar dessa ärenden och arbeten deras möjlighet att ta hand om sig själv och genomföra de nödvändiga åtgärderna i samband med behandlingen av sjukdomen (Lawton et al., 2006). Dessa patienter upplever att tidsbristen och ett krävande arbete resulterar i oregelbundna och ohälsosamma måltider. Att etablera motionsvanor som simning och dagliga promenader upplevs av en del patienter vara svårt. Denna uppfattning framgår hos flera patienter, eftersom dessa aktiviteter är tidskrävande och patienterna känner att de jämt är alltför upptagna för att kunna utföra dem (Lawton et al., 2006; Barton et al., 2005).

Vissa patienter känner att de inte har fått tillräckligt med information om sjukdom, behandling och komplikationer som kan uppstå i samband med diabetes (Barton et al., 2005; Utz et al., 2006). Patienterna saknar konkret information om dieten samt en handlingsplan som de kan förhålla sig till. Detta medför svårigheter och patienterna upplever detta som ett hinder i att hantera sjukdomen och genomföra förändring av livsstilen på bästa möjliga sätt (Nagelkerk et al., 2006).

Patienter med en annan kulturell bakgrund som flyttar till ett annat land som vuxna upplever att deras sätt att växa upp och leva på medför svårigheter i samband med behandling vid utveckling av diabetes typ 2. Dessa patienter får råd om att utföra fysisk aktivitet genom att promenera, motionera, cykla och simma som en del av behandling. Detta upplever dessa patienter vara svårt att genomföra på grund av kulturen och det gamla sättet att leva på. I studien framgår det att i vissa muslimska länder anses det vara viktigare att ta hand om familjen, genom att ställa upp vid nödvändiga situationer och dagligen hjälpa till än att ta hand om sin egen hälsa. Enligt kvinnliga patienter i studien får de inte låta andra människor i omgivningen veta att de har utvecklat en sjukdom som diabetes typ 2, eftersom det i deras land anses vara mindre acceptabelt att de är sjuka. Kvinnor skall visa att de är starka och hälsosamma individer, eftersom de måste ta hand om familjen. På grund av detta upplever patienterna att de inte kan utöva egenvård så som vårdpersonalen informerar om (Lawton et al., 2006). I samband med giftermål förväntas kvinnorna stanna

inomhus och ta hand om familjen och matlagningen. Även detta upplever kvinnorna vara ett hinder för att utöva egenvård. Det är därför speciellt kvinnor som upplever att de inte kan följa läkarens rekommendationer på grund av förpliktelser till familjen, som patienterna anser vara tidskrävande och inte ger dem möjlighet att ägna sig åt fysisk aktivitet. Det är förbjudet för kvinnor att exponera kroppen inför det motsatta könet. På grund av det upplevs aktiviteter som simning och gymträning en svårighet att genomföra, eftersom dessa aktiviteter möjliggör för män att se kvinnans kropp. Kvinnorna upplever svårigheter med att följa läkarens råd och dessa patienter anser att de inte kan uppnå ett bra resultat med behandlingen, eftersom deras kultur och sätt att leva på förhindrar dem att engagera sig i behandling av sjukdomen (Lawton et al., 2006).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Val av metod

En fördel med den kvalitativa metoden är att det finns en större potential att få fram hur patienter dagligen upplever att leva med diabetes typ 2. Kvalitativa studier ger en möjlighet att ta del av patienters egna åsikter och uppfattningar om sjukdomen i förhållande till livet. Via kvalitativ forskning kan patienters upplevelser uttryckas om att leva med sjukdomen. Människor kan beskriva sina upplevelser om sjukdomen, dess påverkan på framtiden, det dagliga och sociala livet samt känslor, behov och strategier för att kunna leva med diabetes typ 2. Detta ger sjuksköterskor en bred kunskap om hur patienter upplever att leva med sjukdomen. Varje berättelse i artiklarna är individuell. Detta gör att vårdpersonalen bättre kan förstå den enskilde patienten och ge vård och hjälp i möte med patienten (Evans, 2003).

Nackdelen med att göra en studie på tidigare utförda undersökningar är att författaren inte har någon möjlighet att utreda oklarheter som kan uppstå under datainsamling, analys- och skrivprocessen samt ställa frågor för att fördjupa deltagarens svar. Vid analys av redan genomförda studier finns det även en risk för feltolkningar. Eftersom denna studies författare måste analysera andra forskares resultat kan missuppfattningar och feltolkningar förekomma. Ett sätt att undvika feltolkningar kan vara att plocka ut meningar från texten utan att översätta dem. Genom hela analysprocessen följde denna studies författare denna metod för att undvika feltolkningar. Denna metod kan enligt Granheim & Lundman (2004) bidra för att bevara trovärdigheten i studien.

Att genomföra en intervjustudie är en passande och bättre metod för att undersöka hur patienter upplever att leva med diabetes typ 2. Att genomföra intervjustudier istället för litteraturstudier ger forskaren mer kontroll över frågor och forskaren kan själv bestämma på vilket sätt han vill ställa dem. Författaren kan få svar på alla frågor som motsvarar studiens syfte och på detta sätt få tillräckligt med information för studien (Polit & Beck, 2004). För att genomföra en intervjustudie behövs ett tillstånd från forskningsetisk kommitté. Den tar ställning om de metoder som används i projektet kommer att ge svar på de frågor som ställs, omfattning av risken för att skada eller orsaka obehag för deltagarna, om det finns problem med patienturvalet och om informationen till deltagarna samt

tillvägagångssättet för inhämtande av samtycke är adekvata (Medicinska forskningsrådet, 2003). Att genomföra en intervjustudie än en litteraturstudie ansågs vara mer tidskrävande. På grund av tidsbrist för att söka om detta tillstånd och andra åtgärder som att hitta lämpliga deltagare samt genomföra intervjuerna, valdes denna metod bort.

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes via databasen Cinahl. Att söka information på detta sätt gör att författaren riskerar att missa flera relevanta artiklar med god potential och kvalitet. Andra databaser som Medline och ELIN kan innehålla flera artiklar som kan leda till annorlunda och kanske bättre resultat. Om sökningen på en databas inte leder till fler användbara artiklar som är nödvändiga för att bygga resultatet på, är det alltid bra att söka på fler databaser. Inför denna studie anses det att det var onödigt att söka på andra databaser, eftersom författaren lyckades hitta tillräckligt med information som var bra och användbar på Cinahl. Detta gjorde att flera databaser inte inkluderades. Däremot kan val av sökord ha större betydelse för studiens resultat. Typ av sökord kan påverka antal artiklar, artiklarnas handling och kvalitet, som i sig kan påverka studiens resultat.

En kedjesökning genomfördes för att få fram mera användbara data. Det är enligt Friberg (2006) lämpligt att utföra en kedjesökning vid insamling av data, eftersom det kan ge nya idéer och få fram mer användbar information. Detta kan göras genom att utforska referenslistor i artiklarna. Annars kan datasökning ta längre tid och användbara data kan försummas utan genomföring av kedjesökning (a.a).

Urval

Urvalet begränsades till artiklar som var publicerade mellan år 2000 till 2008. Under artikelsökningen påträffades flera relevanta artiklar som var publicerade under 1990-talet, som inte kunde inkluderas i studien på grund av exklusionskriterierna. Det anses därför att flera artiklar med god potential inte togs med, eftersom studien skulle baseras på artiklar som publicerades mellan år 2000 – 2008. Anledningen till att studien begränsades till denna tids period är att det fanns en önskan hos författaren om att använda och basera studien på färsk kunskap. Denna begränsning av urval kan ha påverkat studiens resultat. Det kunde ha lett till mer och kanske annorlunda kunskap om patienters upplevelser av att leva med diabetes typ 2. Det anses att denna studies syfte besvarades och att detta höjer studiens validitet. Enligt Dahlberg (1997) anses validitet vara ett mått som visar om författaren har besvarat syftet och kommit fram till det författaren ville i undersökningen.

Dataanalys

Enligt Dahlberg (1997) är syftet med analysen att beskriva, förstå och tolka data, men även att sammanställa den, så att den är hanterbar och förståelig för andra läsare förutom författaren själv. Sedan skall analysens resultat beskrivas. Sättet att beskriva det beror på den aktuella studiens problemformulering, syfte och metod. Analysens gång kännetecknas av de frågor som ställs till den text som analyseras om vad och hur det sägs samt innehållet i den. Under analysen av de artiklar som ingår i denna studies syfte har författaren använt syftet som fråga genom hela analysprocessen. Vidare skriver Dahlberg (1997) att likheter och skillnader identifieras, vilka leder till ett mönster av uppfattningar och innebörder i texten och detta skapar nya teman och subteman. Analysen av de tio kvalitativa artiklar

gjordes enligt Friberg (2006), som går ut på att sönderdela en helhet och skapa en annan (*bilaga B*). Detta sätt att analysera kvalitativa studier på stämmer bra med Evans (2003) som också beskriver att analys av en kvalitativ studie genomförs genom att samla in data, identifiera nyckelord samt likheter och skillnader och slutligen skapa nya teman.

Etiska aspekter

Eftersom studien gjordes på redan utförda studier anses det att det inte finns någon risk att denna studie kan orsaka konsekvenser eller skada deltagarna på något sätt. Trots detta är det viktigt att författaren har i åtanke att deltagarnas identitet och integritet skall skyddas vid genomförandet av studien (Medicinska forskningsrådet, 2003). I fyra av de tio artiklar som denna studie baseras på framgår det inte på vilket sätt forskarna har använt sig av etiken i samband med intervjuerna. Trots detta anses det att använda dessa artiklar i denna studie inte kommer att påverka deltagarna. I resterande sex artiklar har forskarna använt fiktiva namn vid citat, sökt om tillstånd hos etisk kommitté, lovat deltagarna anonymitet och gett tillstånd till att de kan avbryta deltagandet när som helst.

Vid genomförande av kvalitativa studier skall forskaren hålla sig till grundläggande etiska principer, som autonomiprincipen (respekt för rätten till självbestämmande, medbestämmande och integritet), godhetsprincipen och principen att inte skada (sträva efter att göra gott och förebygga/förhindra skada) samt rättvisepincipen (alla personer bör behandlas lika). Deltagarna har rätt att få skriftlig och muntlig information om studiens syfte och metoder som ingår i studien, nyttan av studien, att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta medverkan utan att detta medför konsekvenser för deras vård och behandling. Forskaren måste inhämta samtycke om medverkan från varje deltagare samt bevara sekretess avseende insamlade data med hjälp av anonymitet och konfidentialitet (Medicinska forskningsrådet, 2003).

Resultatdiskussion

Hälsa och självförtroende

Resultatet av föreliggande studie visar att förmågan att kunna acceptera diabetes typ 2 i vardagen och som en del av livet ger förutsättningar för att förbättra hälsan. Att ansvara och engagera sig i behandlingen genom att förändra livsstilen, kan leda till att patienter känner sig sunda och lyckliga. Livsstilsförändringen kan också leda till upplevelse av bättre självförtroende, välbefinnande och tillfredsställelse med livet. Synsättet på diabetes typ 2 är positiv hos personer som har kommit till det stadiet att de har accepterat sjukdomen. Dessa personer ser fördelar med behandlingen som till exempel undersökningar som regelbundet utförs. I samband med undersökningar kan andra sjukdomar upptäckas tidigt och behandlas, vilket kan leda till förlängd livstid. Det är viktigt att patienter inser vilken betydelse livsstilsförändring har i förhållande till sjukdomen och hur livsstilen påverkar hälsan och kroppen. Tidigare forskning visar att personer som går ner i vikt genom att ändra kosten och öka den fysiska aktiviteten kan förebygga utveckling av diabetes typ 2 (Xavier Pi-Sunyer, 2007; Hu et al., 2007). Det är nödvändigt att patienten accepterar sjukdomen för att kunna leva med den. Det är

patientens eget ansvar att engagera sig i behandlingen och begränsa intaget av ohälsosam mat (Moser et al., 2007). Människan ansvarar för sina egna handlingar genom att ta initiativ och utvecklas i livet för att åstadkomma hälsa och uppleva välbefinnande. Detta kan endast utföras om personen har mognad och utvecklat förmågan att kunna ta hand om sig själv (Orem, 1995). För att patienten skall kunna ansvara för sitt eget liv måste han få hjälp från vårdpersonalen för att utveckla den egna förmågan att kunna fatta och fullfölja beslut avseende sin hälsa. Genom att få tillräckligt med kunskaper och färdigheter från vårdpersonalen kan patienterna enligt (Funell et al., 1991) förändra livsstilen och beteendet samt förbättra livskvaliteten.

Kontroll

För att kunna uppnå ett bra resultat med behandlingen är det viktigt att ha kontroll. Resultatet i denna studie visar att upplevelse av att ha kontroll ökar förmågan hos patienten om att kunna hantera sjukdomen i vardagen. Det är betydelsefullt att patienten agerar självständigt för att uppnå ett bra resultat med behandlingen och lyckas genomföra livsstilsförändringen. Orem (1995) menar att egenvård är en frivillig handling hos människor. Att utöva egenvård anses enligt teoretikern vara viktig för att upprätthålla hälsa och välbefinnande (a.a.). Patienter kan uppnå kontroll genom att ta egna initiativ som att undersöka hur andra människor upplever att leva med sjukdomen och lära sig av deras erfarenheter. Även självdisciplin är ett sätt att ha kontrollen, då patienterna kan begränsa portionsstorleken, välja vilken typ av mat de vill inta och omfattningen av den fysiska aktiviteten. Tidigare forskning visar att patienter lättare kan hålla sig till vårdpersonalens råd vid upplevelse av kontroll (Ruderfelt et al., 2004). Sjuksköterskan ansvarar för en del av patientens behandling, eftersom hon har den kunskapen som är nödvändig för att behandla sjukdomen och leva ett normalt liv med diabetes typ 2. Hon kan hjälpa patienten genom att informera om sjukdomen och behandlingen, men en del av ansvaret ligger också hos patienten. Det är patienter som vet vilka beteenden de klarar av att förändra, hur snabbt de kan förändra dem och vilka tillvägagångssätt som underlättar beteendeförändringen (Wikblad, 2006). Detta stämmer bra med omvårdnadsteorin om egenvård. Människan har ansvar för sina egna handlingar och människan måste agera självständigt (Orem, 1995).

Stöd och hjälp

För att kunna leva med diabetes typ 2 är det nödvändigt att få stöd och hjälp för att förmå att leva med sjukdomen. Att människor i omgivningen visar hänsyn, intresse och omsorg genom att aktivt delta i patientens behandling är betydelsefullt för människor som har utvecklat diabetes typ 2. För dessa patienter innebär det att andra människor inte tar avstånd från dem, utan gärna hjälper dem för att de skall kunna fortsätta leva som vanligt. Även stöd från andra människor med samma sjukdom och andra hälsoproblem som övervikt framgår i resultatet vara en positiv upplevelse. Det gör att patienterna inte känner sig ensamma om att ha sina problem. Upplevelse av att få stöd och hjälp leder till att patienter lättare kan acceptera sjukdomen. Socialt stöd underlättar enligt Ruderfelt et al. (2004) patientens förmåga att följa dieten och ökar möjligheten att förändra beteendet (a. a.). Stöd kan vara en stor hjälp för att kunna leva ett normalt liv med diabetes typ 2, men patienten kan inte räkna med att dessa människor kommer att finnas så länge patienten lever. Det är bättre att stå för inköp av egen mat och hitta en rutin för att utöva fysisk aktivitet. På detta sätt kan egen handling bli en vana i vardagen och underlätta livet med sjukdomen vid en tidpunkt då dessa människor av någon anledning inte längre kan bidra

med deras stöd. Omvårdnadsteoretikern Orem (1995) menar att egenvård handlar om att utvecklas i takt med de händelser som uppstår i en persons liv och att egna initiativ kan leda till upplevelse av välbefinnande. Vårdpersonalen kan uppmuntra och hjälpa patienten att vara mer självständig, genom att bidra med det typ av stöd som patienten behöver. Detta skulle leda till att patienten vågar ta egna initiativ och inte vara alltför avhängig av andra människor i det privata livet.

Sjukdomen och dennes fysiska följder

I resultatet framgår det att de personer som har svårigheter med att acceptera insjuknandet i diabetes typ 2 har ett negativt förhållningssätt till sjukdomen. Dessa människor anser att sjukdomen har tagit bort något så värdefullt från dem som deras hälsa, vilken de aldrig kan återfå. Att en del patienter känner på detta sätt kan betraktas helt normalt, eftersom det kan vara svårt att få kunskap om att hälsan inte längre är bra och att det är nödvändigt att utföra en del förändringar i vardagen för att kunna leva ett bra liv. Detta kan upplevas som en negativ händelse speciellt för de personer som inte har räknat med att de någon gång under sin livstid skulle insjukna i diabetes typ 2. Det framgår i resultatet att utvecklingen av diabetes anses vara chockerande och kommer som en överraskning. Det som också bidrar till en svårighet att acceptera insjuknandet är utveckling av komplikationer som neuropati, eftersom det leder till att patienter upplever fysiska förändringar. Detta tillstånd kan orsaka problem med förmågan att förflytta sig och göra att patienten hela tiden är medveten om sitt hälsoproblem, vilket kan leda till ytterligare negativt förhållningssätt. Den tidigare forskning visar att patienter upplever diabetes typ 2 som en maktlöshet. Med tiden kan vardagen förändras och leda till begränsningar som minskad förflyttelseförmåga (Moser et al., 2007; Gillibrand et al., 2001; Tak-Ying Shiu et al., 2002). För att kunna leva ett normalt liv med sjukdomen måste patienter engagera sig i egenvård som till exempel att inta hälsosammare kost och äta regelbundet, motionera, gå ner i vikt och undvika hög plasmaglukos. Med hjälp av egenvård kan patienterna främja sin hälsa och undvika sjukdomens följder. Enligt Orem (1995) kan människan upprätthålla ett bra liv och bevara hälsan genom att ansvara för sina handlingar och bedriva egenvård (a.a). För att det skall vara möjligt för patienten att engagera sig i egenvård och kunna förändra livsstilen kan motivation vara en betydelsefull åtgärd. Sjuksköterskan kan motivera patienten genom att förklara för individen varför livsstilsförändring och egenvård är betydelsefulla vid insjuknandet i diabetes typ 2 samt vilka konsekvenser det kan leda till om dessa åtgärder inte företas. För att sjuksköterskan skall kunna lyckas med att motivera patienten kan det vara viktigt att sjuksköterskan till exempel ökar patientens förståelse för behandlingen, låter patienten vara delaktiga i omvårdnaden och inte uppträder på ett dominerande sätt. Om sjuksköterskan inte tar hänsyn till detta kan hon misslyckas med att motivera patienterna, eftersom brist på förklaring och ett dominerande beteende hos sjuksköterskan kan bli uppfattade av patienten som negativt och påtvingande, vilket slutligen kan leda till att patienten tappar viljan och det egna engagemanget i att förändra livsstilen och bedriva egenvård.

Depression, frustration, ilska och rädsla

I resultatet framgår det att patienter kan känna sig frustrerade på grund av att de måste förändra dieten. Att insjukna i diabetes typ 2 innebär att patienter måste förändra vissa vanor i vardagen för att kunna behandla sjukdomen och undvika förekomst av komplikationer. Det framgår enligt den tidigare forskningen att alla patienter som är

överviktiga skall öka den fysiska aktiviteten för att minska risken för utveckling av diabetes typ 2 och för att behandla sjukdomen (Hu & Tuomilehto, 2007). Genom till exempel att ta del av denna studies resultat kan sjuksköterskan få kunskap om de olika känslor patienter kan ha i samband med sjukdomen. Patientens känslor kan försvåra sjukdomshandlingen och begränsa patientens förmåga att leva med sjukdomen. Sjuksköterskan och patienten kan bearbeta dessa känslor tillsammans under vårdbesöket och komma fram till vad som behövs för att öka patientens koncentration på behandlingen och vad skulle kunna underlätta den behandling. För att göra detta måste sjuksköterskan enligt Wikblad (2006) hjälpa individen att upptäcka och använda förmågan att ha koll på sjukdomen. Då kan hon enligt Funnel et al., (1991) lämna över en del av ansvaret till patienten för sin vård av diabetes. För att detta skall kunna ske är patienten enligt Orem (1995) ansvarig för egen handling och personen måste frivilligt utföra de åtgärder som är nödvändiga för välbefinnandet. Resultatet visar att patienter upplever svårigheter med att förändra livsstilen, eftersom de måste ge upp vissa maträtter. Vardagen förändras i samband med sjukdomen och till slut handlar livet endast om sjukdomen och integreringen av behandling i vardagen. Den tidigare forskningen visar också att patienter upplever att diabetes typ 2 leder till begränsningar och förändringar i vardagen. Patienterna kan ha problem med att anpassa sig till den nya livsstilen och nya regler, som upplevs vara besvärliga och ansträngande (Moser et al., 2007; Gillibrand et al., 2001; Tak-Ying Shiu et al., 2002). Patientens upplevelse av anpassbarhet har enligt Ruderfelt et al., (2004) en betydelse för förmågan att kunna förändra ett beteende.

Resultatet i föreliggande studie visar att läkemedel och injicering av insulin kan vara ett skrämmande moment som tillhör behandling av diabetes typ 2. Patienter kan vara oroliga över att behöva sticka sig själv, speciellt på offentliga ställen som arbetsplatsen. Detta kan skapa en osäkerhet hos patienter om att inte längre tillhöra "gemenskapen" på arbetsplatsen, som kan få dem att känna sig utstötta och annorlunda i förhållande till andra människor i deras omgivning. Även intag av mediciner kan skapa rädsla hos patienter i fall de omedvetet glömmer att ta medicinerna. Det är därför viktigt att sjuksköterskan minskar patientens oro och rädsla genom att ge råd om hur de kan göra för att undvika att andra människor ser dem injicera sig själv. De kan till exempel ge sig själv insulin på toaletten eller på ett privat ställe innan de går till matsalen. Mest betydelsefullt är att sjuksköterskan förklarar för patienten att det inte skall vara rädsla och oroliga för andra människors åsikter och att bli sedda annorlunda. De skall inte låta andra personer påverka deras behandling. Detta är nödvändigt för att patienter skall förstå att det är viktigt att fortsätta ta det föreskrivna läkemedlet för att undvika komplikationer och må bra. Det gäller att få patienter att förstå att de ansvarar för sitt liv och sina beslut i vardagen, men att det är sjuksköterskans uppgift att se till att patienten har tillräckligt med kunskap för att kunna genomföra det beslutet (Funnel et al., 1991).

Hinder i samband med sjukdomsbehandlingen

Resultatet visar att andra sjukdomar och hälsoproblem kan begränsa patientens möjlighet och förmåga att uppnå ett bra resultat med behandlingen. Som det framgår i bakgrunden är det viktigt för patienten att undvika stillasittandet, eftersom det leder till övervikt och ökar risken för utveckling av sjukdomen. Den tidigare forskningen visar också att ökad fysisk aktivitet minskar risken för utveckling av sjukdomen och att detta är en behandlingsmetod för diabetes typ 2 (Xavier Pi-Sunyer, 2007 och Hu & Tuomiletho, 2007). Andra sjukdomar kan därför skapa hinder för patienten att ta hand om en annan sjukdom som kräver

behandling i form av motion. Patienten blir utsatt för ett dilemma som han inte är kapabel att göra något åt. Sådana situationer kan leda till psykiska besvär och orsaka ännu mer lidande för patienten. Dessa patienter har förmodligen viljan och önskan om att följa vårdpersonalens råd om behandlingen för att reducera risker för komplikationer, men de är begränsade av andra sjukdomar. Dessa situationer gör att patienten inte kan utöva egenvård som enligt Orem (1995) är viktig för att upprätthålla hälsa och välbefinnande. Vid upplevelse av sådana svårigheter låter patienter enligt Funnell et al., (1991) sjukvårdspersonalen styra och fatta beslut angående deras hälsovård (a.a). Det som sjuksköterskan kan göra under första mötet med patienten är att ta reda på om patienten har andra sjukdomar i botten och hur patienten förhåller sig till dessa. Det kan underlätta omvårdnadsplaneringen och behandlingen kan bli anpassad mer efter patientens förmåga att genomföra den.

Resultatet visar också att det yrkesmässiga och det privata livet kan orsaka begränsningar i hanteringen av sjukdomen. Långa arbetstider och familjeliv kan leda till att patienter har mindre tid att ta hand om sig själv, vilket kan leda till oregelbundna måltider och mindre tid att laga och inta hälsosam kost. Behandlingen av sjukdomen är tidskrävande, vilket gör att flera patienter inte klarar av att hålla sig till dessa råd. Detta stämmer bra med tidigare forskning som visar att arbetslivet ger mindre tid åt patienterna att träna och äta hälsosamt, men att det ändå är patientens eget ansvar att bedriva egenvård och ha sjukdomen under kontroll (Moser et al., 2007). Egenvård är en frivillig handling som är nödvändig för att uppleva fysiskt och psykiskt välbefinnande och uppnå en strukturerad utveckling i livet. Människor är ansvariga för sina handlingar och måste ta egna initiativ (Orem, 1995). Sjuksköterskan kan tillsammans med patienten utarbeta en plan, som underlättar för patienten att klara av att bedriva egenvård, de vardagliga åtgärder och behandlingsmetoder. Denna handlingsplan skulle kunna förebygga svårigheter och underlätta livet med sjukdomen.

I resultatet framgår att kulturella normer och traditioner kan leda till upplevelse av svårigheter i samband med sjukdomen. Det är speciellt kvinnliga patienter med utländsk bakgrund som upplever mest besvär. För dessa patienter kan det bli svårt att genomföra nödvändiga åtgärder, eftersom deras kultur förbjuder dem vissa handlingar som i andra kulturer och länder anses vara normala. Det kan vara att träna på ett gym eller att simma. Även om dessa patienter förstår att det är nödvändigt för deras hälsa att motionera kan de inte följa vissa råd som vårdpersonalen ger förslag på. Därför är det viktigt att sjuksköterskan och annan vårdpersonal tar hänsyn till patientens kön, var patienten kommer ifrån och vad som kan vara passande att genomföra för denna patient. Patientens delaktighet i omvårdnaden anses vara viktig för att uppnå ett bra resultat med behandlingen. Sjuksköterskan bör tänka på detta speciellt vid möten av patienter med annan bakgrund så att patienten inte känner att han skall göra något han inte har möjlighet att göra. Detta kan skapa ytterligare svårigheter och minska patientens välbefinnande. Ett bra sätt att vägleda dessa patienter är att tillsammans med patienten komma fram till den bästa behandlingsmetoden. Att bli empowered handlar om att få hjälp att hitta och använda förmågan att kontrollera sjukdomen på eget sätt. Det är patienten som vet vilka förändringar de klarar av att genomföra och vilket sätt som är mest lämpligt för dem (Wikblad, 2006). Ett samarbete med patienten kan minska negativa känslor och obehag hos patienten. Råd och förslag som sjuksköterskan kan ge till dessa patienter är att förändra kosten och vid upplevelse av svårigheter i samband med det rekommendera en dietist. Med hänsyn till den fysiska aktiviteten kan patienten promenera och träna hemma genom att

göra olika övningar utan att behöva exponera kroppen för andra människor. Detta är också ett sätt att utöva egenvård (Orem, 1995) för att bevara hälsa och välbefinnande i livet.

Konklusion

Studien visar att livet med diabetes typ 2 är en individuell upplevelse. Patienters förhållningssätt till sjukdomen beror på deras förmåga att kunna acceptera sjukdomen. Vid acceptans av sjukdomen kan patienter uppleva välbefinnande trots sjukdomen. Vid icke acceptans kan patienter uppleva svårigheter i samband med sjukdomen och dess behandlingsrutiner.

Vissa patienter har ett större behov av att få mer hjälp och råd än andra patienter. Omfattningen och typ av hjälp beror på patientens inställning till sjukdomen och patientens kulturella bakgrund. Det är av största betydelse att sjuksköterskor och annan vårdpersonal skapar sig en grundläggande överblick över patientens uppfattningar, upplevelser och situation i förhållande till sjukdomen och sätt att leva på. Detta är nödvändigt för att kunna förstå vad patienten upplever och känner i förhållande till sjukdomen samt för att kunna hjälpa patienten med de svårigheter som kan uppstå vid insjuknandet i diabetes typ 2. På detta sätt kan patienten få en individuellt anpassad vård, som patienten kan hantera och samtidigt uppnå ett bra resultat med behandlingen.

REFERENSER

- Agardh, C-D., Berne, C., & Östman, J. (2002). *Diabetes*. (2:a uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E., & Östenson, C-G. (2007). *Diabetes*. Kristianstads boktryckeri AB.
- Barton, S.S., Anderson, N., & Thommasen, H.V. (2005). The diabetes experiences of Aboriginal people living in a rural Canadian community. *Australian Journal Rural Health*, 13, 242-246.
- Brown Frandsen, K., & Smedegaard Kristensen, J. (2002). Diet and lifestyle in type 2 diabetes: the patient's perspective. *Practical Diabetes International*, 19(3), 77-80.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Diabetesförbundet. Diabetes typ 2. (2006). Hämtad från WWW 2008- 09-04: http://www.diabetes.se/Templates/Extension_309.aspx.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretative research. Interpretative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Funnell, M.M., Anderson, R.M., Arnold, M.S., Barr, P.A., Donnelly, M., Johnson, P.D., Moon-Taylor, D., & White N.H. (1991). Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *The Diabetes Educator*, 17(1), 37-41.
- Gillibrand, W., & Flynn, M. (2001). Forced externalization of control in people with diabetes: a qualitative exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 501-510.
- Granheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Haffner, S. (2006). Diabetes and the metabolic syndrome-When is it best to intervene to prevent? *Atherosclerosis Supplements*, 7, 3-10.
- Hu, G., & Tuomilehto, J. (2007). Lifestyle and outcome among patients with type 2 diabetes. *International Congress Series*, 1303, 160-171.
- Koch, T., Kralik, D., & Taylor, J. (2000). Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 247-254.
- Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M., & Hallowell, N. (2006). 'I can't do any serious exercise': barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes. *Health Education Research*, 21(1), 43-54.

- Medicinska forskningsrådet. (2003). MFR-rapport 2. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Hämtad från WWW: 2008-09-21. http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanfors
- Moser, A., Bruggen van der, H., Spreeuwenberg, C., & Widdershoven, G. (2008). Autonomy through identification: a qualitative study of the process of identification used by people with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (7), 209-216.
- Naemiratch, B., & Manderson, L. (2006). Control and adherence: Living with diabetes in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine*, 63, 1147-1157.
- Nagelkerk, J., Reick, K., & Meenges, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of Advanced Nursing*, 54(2), 151-158.
- Orem, D.E. (1995). *NURSING Concepts of Practice*. (5:e ed.). St.Louis: MO Mosby.
- Penckofer, S., Ferrans, C.E., Friedrich, B.V., & Savoy, S. (2007). The Psychological Impact of Living With Diabetes; Women's Day-to-Day Experiences. *The Diabetes Educator*, 33(4), 680-690.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research, Principles and Methods*. (7:e uppl.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Rayman, K. M., & Ellison, G. C. (2004). Home alone: the experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control. *Health Care for Women International*, 25, 900-915.
- Rudolf, D., & Axelsson, L. (2004). Patientundervisning vid diabetes – faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor. *Vård i Norden*, 74 (24), 9-14.
- Socialstyrelsen (1999). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus. Version för hälso – och sjukvårdspersonal*. Hämtad från WWW: 2008-09-09. <http://www.sos.se/fulltext/9900-061/9900-061.htm>
- Tak-Ying Shiu, A., & Yee-Man Wong, R. (2002). Fears and worries associated with hypoglycaemia and diabetes complications: perceptions and experience of Hong Kong Chinese clients. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 155-163.
- Utz, S.W., Steeves, R.H., Wenzel, J., Jones, R.A., & Muphy, A. (2006). "Working Hard With It"; Self-management of Type 2 Diabetes by Rural African Americans. *Family & Community Health*, 29(3), 195-205.
- Whittermore, R., Chase, S.K., Mandle, C.L., & Roy, S.C. (2002). Lifestyle Change in Type 2 Diabetes; A Process Model. *Nursing Research*, 51 (1), 18-25.
- WHO (2007). Diabetes. Hämtad från WWW: 2008-09-04. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/diabetes/en/>
- Wikblad, K. (2006). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund: Studentlitteratur.
- Xavier Pi-Sunyer, F. (2007). How Effective Are Lifestyle Changes in the Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus?. *Nutrition Reviews*, 65(3), 101-110.

Yamakawa, M., & Makikoto, K. (2008). Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients: An exploratory qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *45*, 1032-1041.

Översikt över analyserad data.

Bilaga A

Artikel	Perspektiv	Syfte	Metod	Resultat
<p>(S4) 1. Titel: The diabetes experiences of Aboriginal people living with in a rural Canadian community</p> <p>Författare: Barton, S.S., Anderson, N. & Thommasen, H.V.</p> <p>Tidsskrift: <i>Australian Journal of Rural Health</i></p> <p>Årtal och sid: 2005, 13(4), 242-246.</p>	Patient-perspektiv.	Syftet med studien är att beskriva upplevelser hos människor som lever med diabetes och dennes utmaningar och att förstå på vilket sätt dessa utmaningar kan informera vårdare om situationen.	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>8 personer deltog i studien och intervjuer genomfördes i familjerummet på ett sjukhus. Varje intervju bandades och var ungefär 1,5 timme lång.</p>	Brist på förståelse för vilken funktion behandlingen har på sjukdomen, inte redo att ge upp kosten de är vana vid, svårt att ändra dieten och anpassa sig till den rekommenderade maten, patienten ansvarar för egna val.
<p>2. Titel: Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease</p> <p>Författare: Koch, T., Kralik, D. & Taylor, J.</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Clinical Nursing</i></p> <p>Årtal och sid: 2000, 9(2), 247-254.</p>	Patient-perspektiv.	Syftet med studien är att förstå vad hälsa och sjukdom betyder för människor som lever med diabetes, så att tillgänglig och passande vård kan tillgodoses.	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Gruppen består endast av män och intervjuerna genomfördes en gång per vecka i fyra veckor, 2 timmar per gång.</p>	”Diabetes har ändrat mig till det bättre, diabetes är inte sjukdom – det är en del av livet, välj bara det du kan äta, ta bättre hand om sig själv, jag vet vad jag måste göra – kontroll, skyll på kocken för dina slarvfel”.

<p>(S6) 3. Titel: ”I can’t do any serious exercise”: barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes</p> <p>Författare: Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M. & Hallowell, N.</p> <p>Tidsskrift: <i>Health Education Research</i></p> <p>Årtal och sid: 2006, 21 (1), 43-54.</p>	<p>Patient-perspektiv.</p>	<p>Syftet med denna studie är att undersöka uppfattningar och upplevelser hos pakistanska och indiska patienter som genomför fysiskt aktivitet som en del av deras diabetes vård.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Intervjuerna genomfördes hemma hos deltagarna på det språk som passade deltagarna bäst. Det tog en timme per intervju och dessa blev bandade. För att det inte skulle uppstå missförstånd användes tolk vid behov.</p>	<p>Tidsbrist på grund av förpliktelse till familjen, kulturella begränsningar, upplevelse av rädsla i samband med läkemedel, andra sjukdomar försvårar förändringar i vardagen och uppfattning om att diabetes gör kroppen svag.</p>
<p>(S4) 4. Titel: Control and adherence: Living with diabetes in Bangkok, Thailand</p> <p>Författare: Naemiratch, B. & Manderson, L.</p> <p>Tidsskrift: <i>Social Science & Medicine</i></p> <p>Årtal och sid: 2006, 63, 1147-1157.</p>	<p>Patient-perspektiv.</p>	<p>Syftet med denna studie är att utforska individernas förståelse och beskriva deras upplevelser av sjukdomen och strategier för hantering av sjukdomen.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>33 personer med diabetes typ 2 deltog i studien. Data samlades in via observationer, samtal och intervjuer. Deltagarnas svar och berättelser blev bandade och/eller antecknade. Dessa blev sedan nedskrivna och översatta till engelska.</p>	<p>Upptäckt av sjukdomen, kontroll av sjukdomen, deltagarnas uppfattning om dieten, olika aspekter av att kontrollera och anpassa sig till sjukdomen.</p>

<p>(S6) 5. Titel: Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management</p> <p>Författare: Nagelkerk, J., Reick, K. & Meengs, L.</p> <p>Tidsskrift: <i>Journal of Advanced Nursing</i></p> <p>Årtal och sid: 2006, 54(2), 151-158.</p>	<p>Patient-perspektiv.</p>	<p>Syftet med studien är att beskriva barriärer och identifiera effektiva strategier för självhantering av diabetes hos vuxna med diabetes typ 2.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>24 personer deltog i en av tre intervjuer. Varje intervju varade i två timmar. Intervjuerna blev bandade och samtidigt fanns en observatör under varje intervjutillfälle för att dokumentera kroppsspråket hos deltagarna.</p>	<p>Brist på kunskap och förståelse för en specifik dietplan, brist på individualiserad vård och kunskap om medicinens verkan och biverkningar, svårigheter att anpassa sig, förhållningssätt till sjukdomens följder.</p> <p>Upplevelse av stöd från personer som uppmuntrar och underlättar egenvård, diskussion i en grupp om känslor och rädsla.</p>
<p>(S3) 6. Titel: Home alone: the experience of women with type 2 diabetes who are new to intensive control</p> <p>Författare: Rayman, K.M. & Ellison, G.C.</p> <p>Tidsskrift: <i>Health Care for Women International</i></p> <p>Årtal och sid: 2004, 25, 900-915.</p>	<p>Patient-perspektiv.</p>	<p>Syftet med denna studie är att beskriva både upplevelser och vardagslivet om hur det är att lära sig hantera diabetes typ 2 hos kvinnor som är nydiagnostiserade.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>14 kvinnor i åldern mellan 35-75 år deltog i studien. Vissa intervjuer blev genomförda i deltagarnas egna hem och andra via telefon. Dessa varade i 1 till 1,5 timme och blev bandade och nedskrivna ordagrant.</p>	<p>Friheten och förmågan att själv kunna välja av kost förlorades, uppfattning om dietförändringen, rädsla om att bli accepterat i yrkeslivet framkom. Andra accepterade sjukdomen mer, upplevde självhanteringen lättare och ansåg att diabetes inte påverkade deras liv.</p>

<p>(S3) 7. Titel: The psychological impact of living with diabetes: women's day-to-day experiences</p> <p>Författare: Penckofer, S., Ferrans, C.E., Velsor-Friedrich, B. & Savoy, S.</p> <p>Tidsskrift: <i>Diabetes Educator</i></p> <p>Årtal och sid: 2007, 33(4), 680-690.</p>	<p>Patient-perspektiv.</p>	<p>Syftet med studien är att förstå känslor av depression, ångest och ilska hos kvinnor med diabetes typ 2 och vilken effekt dessa känslor har på deras livskvalitet.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>41 kvinnor, med diabetes typ 2 deltog i studien. Sessionen blev bandade och nedskrivna. De personer som deltog i studien var antingen afro-amerikaner eller vita.</p>	<p>Patienter upplever att Patienter upplever att de kämpar med förändringen, möter utmaningar hos sig själv, bekymmer om nutiden och framtiden, känner att de är ansvariga för sig själv, livet handlar om diabetes, stress i vardagen, väljer ibland att ta ett uppehåll från sjukdomen.</p>
<p>(S3) 8. Titel: "Working Har With It" Self-management of type 2 Diabetes by Rural African Americans</p> <p>Författare: Utz, S.W., Steeves, R.H., Wenzel, J., Jones, R.A. & Mupby, A.</p> <p>Tidsskrift: <i>Family & Community Health</i></p> <p>Årtal och sid: 2006, 29(3), 195-205.</p>	<p>Patient-perspektiv.</p>	<p>Syftet är att beskriva upplevelse av självhantering av diabetes typ 2, identifiera faktorer som försvårar och underlättar självhanteringen, att beskriva användning av förskrivna terapi och att ta emot rekommendationer för program som handlar om vård av diabetes.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>73 personer både män och kvinnor deltog i gruppintervjuer, som blev bandade och nedskrivna. I undersökningen användes 7 frågor för att få fram svar på syftet.</p>	<p>Upplevelse av att få diagnos, åtgärder som kontroll företas för att klara av diabetes dagligen, faktorer som underlättar och försvårar egenvård, religionens roll och rekommendationer för vård av sjukdomen.</p>

<p>(S3) 9. Titel: Lifestyle Change in Type 2 diabetes A process model</p> <p>Författare: Whittermore, R., Chase, S.K., Mandle, C.L. & Roy, C.</p> <p>Tidsskrift: <i>Nursing Research</i></p> <p>Årtal och sid: 2002, 51(1), 18-25.</p>	<p>Patient-perspektiv.</p>	<p>Syftet med studien är att förstå processen som går ut på att integrera rekommenderad behandling vid diabetes typ 2 i den befintliga livsstilen.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>En intervju genomfördes med endast 9 kvinnor, eftersom dessa var ansvariga för måltiderna i familjen.</p>	<p>Upplevelse av rädsla för komplikationer. Upplevelse och acceptans av livsstilsförändringen, diabetes betraktades som en positiv händelse som bidrog till lycka och glädje i livet.</p>
<p>(S3) 10. Titel: Positive experiences of type 2 diabetes in Japanese patients: An exploratory qualitative study</p> <p>Författare: Yamakawa, M. & Makimoto, K.</p> <p>Tidsskrift: <i>International Journal of Nursing Studies</i></p> <p>Årtal och sid: 2008, 45, 1032-1041.</p>	<p>Patient-perspektiv.</p>	<p>Syftet med studien är att undersöka den positiva upplevelsen hos människor med diabetes typ 2 genom att beskriva vad deltagarna anser som positivt i coping med diabetes efter diagnosen har blivit fastställd.</p>	<p>Kvalitativ metod.</p> <p>Intervjuer genomfördes med 7 kvinnor och 8 män en gång per vecka på två olika sjukhus. 10 deltagare som kom på kontroll valdes ut och resten som medverkade var patienter som deltog i ett utbildningsprogram som handlade om diabetes.</p>	<p>Ett tillfälle att förändra livsstilen, förhindra förekomst av andra sjukdomar, njuta av livet, skapa nya relationer.</p>

