



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV

Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Upplevelser av att genomföra hälsofrämjande livsstils-
förändringar vid diabetes typ 2: En intervjustudie med
patienter i primärvården

Amanda Nyberg & Rose-Marie Vorén

2017

Examensarbete, Avancerad nivå (magisterexamen), 15 hp

Omvårdnad

Specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska

Examensarbete inom distriktssköterskans kunskapsområde, 15 hp

Handledare: Ann-Sofi Östlund

Examinator: Ingela Enmarker

FÖRORD

Författarna vill rikta ett tack till samtliga personer som på olika sätt bidragit till studiens uppkomst:

Stort tack till alla deltagare för att ni förtroendefullt låtit oss få ta del av era erfarenheter och upplevelser.

Tack också till handledare och studiekamrater för allt stöd och all uppmuntran under arbetets gång.

Avslutningsvis vill vi rikta ett varmt tack till vänner och familj för stöd, förståelse och tålamod under en intensiv arbetsperiod med föreliggande studie.



SAMMANFATTNING

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en av västvärldens vanligaste folksjukdomar med direkt koppling till levnadsvanor och livsstil. Aktuell forskning visar att det finns goda möjligheter att förebygga insjuknande och utveckling av följsjukdomar genom en hälsofrämjande livsstil. Primärvårdens distriktssköterskor har en viktig roll i det preventiva hälsoarbetet med att vägleda patienter till en hälsofrämjande livsstil. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar efter samtal med distriktssköterska i primärvården. **Metod:** Kvalitativ ansats med en beskrivande design har använts. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. I studien deltog 11 personer som haft diagnosen diabetes typ 2 i ett år eller mer och som kunde ge adekvata svar på frågor. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys. **Huvudresultat:** Patienterna beskrev betydelsen av kunskap som central för att nå en ökad förståelse och komma till insikt om livsstilens betydelse för blodglukosnivå och behandling och de upplevde att distriktssköterskan vid diabetesmottagningen fyllde en viktig funktion för att understödja den lärprocessen. Med en tydligare förståelse för situationen upplevde patienterna en ökad motivation till att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar. **Slutsats:** Patienterna upplevde att kunskap och information hade stor betydelse för att uppnå en god blodglukoskontroll och en hälsofrämjande livsstil. Det är betydelsefullt att primärvård och distriktssköterskor satsar resurser på rådgivning, blodglukoskontroller och egenvårdsutbildningar för att stärka förmåga och motivation till en hälsofrämjande livsstil.

Nyckelord: *diabetes typ 2, livsstil, omvårdnad, patienter, primärvård*

ABSTRACT

Background: Type 2 diabetes is a global public health problem directly linked to poor diet and lack of exercise. Effective approaches are available to prevent type 2 diabetes and to prevent disease-related complications, and taking a lifestyle perspective is essential. Primary care nurses have an important role with disease-prevention when leading patients towards a health-promoting lifestyle. **Purpose:** To describe how patients with type 2 diabetes experience making changes towards a health-promoting lifestyle, after meeting with primary care nurses. **Method:** A descriptive design with a qualitative approach was used. Data was collected through interviews with 11 patients with a semi-structured guide of open-ended questions. Inclusion criteria for the study were as follows: patients diagnosed with type 2 diabetes for one year or longer who were able to respond adequately to questions. Data was analysed with qualitative content analysis. **Main Results:** Patients described knowledge regarding the disease as a key aspect when gaining understanding related to the bearing of lifestyle on blood sugar level and treatment of type 2 diabetes. They described that the primary care nurse had an important role in providing data and offering support whilst helping the patients taking a lifestyle perspective on diabetes. With a broader understanding of the condition the patients experienced an increase in motivation when making changes towards a health-promoting lifestyle. **Conclusion:** Patients described knowledge and understanding regarding the disease as key aspects to achieve a good blood glucose level and a health-promoting lifestyle. It is of great importance that primary care nurses invest resources in counselling, blood glucose monitoring and self-management education to increase motivation and ability of self-management and to support a health-promoting lifestyle.

Keywords: *lifestyle, nursing, patients, primary care, type 2 diabetes*

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
En världsomfattande problematik	1
Behandling och prevention	2
Distriktssköterskans uppdrag	3
Teoretisk koppling	4
<i>Health Belief Model</i>	4
<i>Transteoretiska förändringsmodellen</i>	5
Problemformulering	6
Syfte	6
METOD	7
Design	7
Urvalsmetod och undersökningsgrupp	7
Datainsamlingsmetod	7
Tillvägagångssätt	8
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	12
Att behöva acceptera och anpassa sig till en ny påtvingad livssituation	13
Komma till insikt	13
<i>Bli medveten om nödvändig förändring</i>	13
<i>Behov av kunskap och information</i>	14
<i>Hitta motivation och drivkraft till förändring</i>	14
Införa nya vanor och rutiner	15
<i>Anta ett nytt förhållningssätt</i>	15
<i>Involvera vänner och familj</i>	16
<i>Samarbete med distriktssköterska och primärvård</i>	16
Upprätthålla en bestående livsstilsförändring	17
<i>Ökat välbefinnande som inspiration till varaktig förändring</i>	18
<i>Arbetslivets och samhällets inverkan på livsstil</i>	18
<i>Erfarenhet - trygghet att luta sig emot</i>	19
DISKUSSION	19
Huvudresultat	19
Resultatdiskussion	20
Metoddiskussion	25
<i>Giltighet</i>	25
<i>Tillförlitlighet</i>	26
<i>Överförbarhet</i>	27
Kliniska implikationer för omvårdnad	27
Förslag till fortsatt forskning	28
Slutsats	28
REFERENSER	30

INTRODUKTION

Diabetes typ 2 är en av västvärldens vanligaste folksjukdomar (World Health Organization [WHO] 2016). Sjukdomen är kronisk och innebär förhöjda plasmaglukosvärden till följd av en nedsatt känslighet för insulin framförallt i lever och skelettmuskulatur och/eller avtagande insulinproduktion i betacellerna i bukspottkörteln (Berne & Fritz 2016). Antal patienter med känd diabetes har under de senaste årtiondena ökat kraftigt både nationellt och internationellt (International Diabetes Federation [IDF] 2015; Socialstyrelsen 2015). Patienter med diabetes typ 2 följs ofta via primärvården för behandling och uppföljning under lång tid genom hälsofrämjande insatser. Hälsofrämjande insatser utgörs av planerade och systematiska åtgärder i syfte att främja hälsa och förebygga sjukdom och har fokus på frisk- och skyddsfaktorer som främjar välbefinnande och livskvalitet (Janlert 2000). Distriktssköterskor som träffar patienter med diabetes typ 2 genom diabetesmottagning har en betydelsefull roll i det preventiva arbetet, speciellt det som rör hälsofrämjande livsstilsförändringar med fokus på goda kost- och motionsvanor (Jutterström, Hörnsten, Sandström, Stenlund & Isaksson 2016; Socialstyrelsen 2015). Patienter kan uppleva svårigheter att genomföra livsstilsförändringar, men förutsättningar för att nå framgång ökar väsentligt om stödinsatser tar sin utgångspunkt från patientens perspektiv (Prochaska, Redding & Evers 2008). Att beskriva patienters upplevelse av livsstilsförändring är därför av betydelse.

En världsomfattande problematik

IDF (2015) beräknade att år 2015 var 415 miljoner vuxna människor i världen drabbade av diabetes och mer än 59,8 miljoner av dem fanns inom Europa. Det innebär en global ökning med över 300 miljoner över de senaste 30 åren (WHO 2016). Utöver dessa lever 320 miljoner vuxna med nedsatt glukostolerans och befinner sig i riskzonen för att utveckla diabetes (IDF 2015). I låg- och medelinkomstländer ses den snabbaste ökningen av antal personer som utvecklar diabetes typ 2, men sjukdomen utgör idag ett världsomfattande folkhälsoproblem (WHO 2016). Risken att utveckla diabetes typ 2 bestäms av en kombination av genetik och metabola faktorer där påverkbara omständigheter som övervikt och fetma, brist på fysisk aktivitet och ohälsosam kosthållning utpekade som viktiga riskfaktorer (Socialstyrelsen 2015; WHO 2016). Diabetes typ 2, som utgör omkring 85–90 procent av all diabetes, beskrivs därför som en välfärdssjukdom med direkt koppling till levnadsvanor och livsstil (Berne & Fritz 2016; WHO 2016). Den globala utbredningen av diabetes typ 2 beror på länders ekonomiska utveckling som för med sig kulturella och sociala samhällsförändringar med minskad fysisk

aktivitet, försämrade levnadsvanor och ökat intag av energirika livsmedel (Albright 2015; IDF 2015). Bland alla vuxna nordamerikanska medborgare lever ungefär 37 procent med förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk att utveckla diabetes typ 2 (Franz, Boucher, Rutten-Ramos, Jeffrey & Van Wormer 2015; Miller, Nagaraja & Weinhold 2015). Av dessa är ungefär 51 procent 65 år eller äldre (Franz et al. 2015). I Sveriges nationella diabetesregister (NDR), finns över 397 000 patienter registrerade med diabetessjukdom (Diabetesförbundet 2016). Det innebär omkring 4–6 procent av Sveriges totala befolkning mellan 16–84 år. Utöver dessa skattas ett mörkertal av människor med en odiagnostiserad diabetes typ 2, till omkring 33 procent i samma befolkningsgrupp (Socialstyrelsen 2015). Förutom en ökande andel drabbade individer visar också trenden att åldern för insjuknande sjunker och allt fler yngre personer utvecklar diabetes typ 2 (WHO 2016). En bristfälligt kontrollerad diabetessjukdom med förhöjda blodglukosnivåer medför ökad risk att drabbas av diabetesrelaterade komplikationer ju högre blodglukosnivån legat över tid och ju fler år man haft sjukdomen. Komplikationer har ofta betydande inverkan på drabbade patienters hälsotillstånd och livskvalité (Socialstyrelsen 2015). I tillägg till individuellt lidande medför diabetes stora ekonomiska kostnader på individ- och samhällsnivå framförallt relaterat till de följsjukdomar som är förknippade med sjukdomen (Seuring, Archangelidi & Suhrcke 2015; Socialstyrelsen 2015; WHO 2016). Bland dessa kan nämnas hjärt- och kärlsjukdom, njurskador, nervskador och ögonbottenförändringar (Socialstyrelsen 2015). Diabetes typ 2 orsakar 2,1 procent av alla förtidiga dödsfall i Sverige, främst i kardiovaskulära följsjukdomar (Stjernschantz Forsberg 2015; Socialstyrelsen 2015). Diabetes är ett av WHO:s prioriterade områden där betydande nationella insatser rekommenderas för att vända den globala utvecklingskurvan (WHO 2016).

Behandling och prevention

Målet med all behandling vid diabetes är att motverka diabetesrelaterade komplikationer och följsjukdomar (Berne & Fritz 2016; Socialstyrelsen 2015). Det är möjligt att fördröja utvecklingen av diabetes typ 2 och sjukdomskomplikationer genom att angripa betydelsefulla livsstilsfaktorer (Chen et al. 2014; Hellgren, Jansson, Wedel & Lindblad 2016; Kim et al. 2013; Terranova, Brakenridge, Lawler, Eakin & Reeves 2015; Zhang et al. 2016). Terapirekommendationen är därför i första hand livsstilsförändringar som rör kost och motion i kombination med tablettbehandling som syftar till att öka kroppens känslighet för insulin. Finns behov av viktreduktion bör det ske liksom rökstopp (Berne & Fritz 2016; Franz et al. 2015; Miller, Nagaraja & Weinhold 2015; Socialstyrelsen 2015). För många patienter med diabetes

typ 2 innebär sjukdomens progress en successivt avtagande betacellsfunktion som resulterar i minskad insulinproduktion som så småningom skapar ett behov av externt tillskott av insulin (Berne & Fritz 2016). Diabetessjukdom medför således att patienten dagligen behöver göra många hälsoval som rör kost, motion och mediciner (Kneck, Eriksson, Lundman & Fagerberg 2016). För goda behandlingsresultat krävs delaktiga patienter som är väl insatta i, och tar stort eget ansvar för, sin egenvård (Bohanny et al. 2013; Wichit, Mnatzaganian, Courtney, Shulz & Johnson 2016). I socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2012:10) definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som en legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården bedömt att en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan. Det finns ett brett vetenskapligt stöd för att patientutbildning som syftar till att öka patientens förståelse för livsstilens inverkan på blodglukosnivå och behandling samt ge ökade förutsättningar till en väl fungerande egenvård ger goda resultat i form av sänkta blodglukosnivåer över tid (Bohanny et al. 2013; Choi, Davidson, Walker, Lee & Palermo 2016; Chrvala, Sherr & Lipman 2015; Grillo et al. 2016; North & Palmer 2014; Wichit et al. 2016). Även preventionsarbete som leder till blygsamma förändringar till förmån för en hälsofrämjande livsstil har gynnsam effekt på hälsan (Hellgren et al. 2016), varför livsstilsrelaterade insatser är kostnadseffektiva (Neumann et al. 2016) och rekommenderade (Socialstyrelsen 2015). För att skapa förutsättningar för preventionsarbete rekommenderar Socialstyrelsen riktad screening av människor med förhöjd risk att insjukna i diabetes typ 2 (Socialstyrelsen 2015).

Distriktssköterskans uppdrag

Behandlingen av patienter som insjuknat i diabetes typ 2 bedrivs framförallt via primärvårdens hälsocentraler och består till stor del av multidisciplinära team där distriktssköterskan har en central roll vid diabetesmottagningen. Distriktssköterskan har genom sin yrkeskompetens specifika kunskaper om folkhälsa, hälsofrämjande livsstil och prevention och fungerar ofta som fast vårdkontakt för patienter med diabetes typ 2 (Distriktssköterskeförbundet i Sverige [DSF] 2008). WHO definierar hälsa som ”*Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of illness or infirmity*”. God hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet oberoende av religiös tillhörighet, politisk övertygelse, ekonomisk- eller social status (WHO 2017). Distriktssköterskans hälsofrämjande arbetet syftar till att stärka individens möjlighet till delaktighet, stärka självkänsla och öka tilltro till egen förmåga att främja sin hälsa (DSF 2008). Patientutbildning är en viktig del av distriktssköterskans arbete och har vid diabetessjukdom en betydande roll parallellt med annan behand-

ling (Socialstyrelsen 2015). Internationella Diabetesförbundet (2015) trycker på behovet av mer utbildning och kunskap för att påverka patienters möjligheter att hantera sin sjukdom på ett bra sätt och säkerställa en livsstil som fördröjer utveckling av sjukdom och komplikationer. Patienters upplevelse av stöd och information från vårdgivare har stor inverkan på förmåga till egenvård, följsamhet till behandling, god blodglukoskontroll (Burrige et al. 2015; Johansson, Almerud-Österberg, Leksell & Berglund 2016; Jutterström et al. 2016) och motverkar utveckling av diabetes typ 2 (O'Brien et al. 2016). Det är av stor vikt för distriktssköterskor att utgå ifrån patientens kunskapsläge och upplevelse av sin situation vid utformandet av preventions- och patientstödande insatser för att motivera patienter att ta en aktiv del i sin egen behandling genom en hälsofrämjande livsstil (Linmans, Rossem, Knottnerus & Spigt 2013; Proschaska, Redding & Evers 2008).

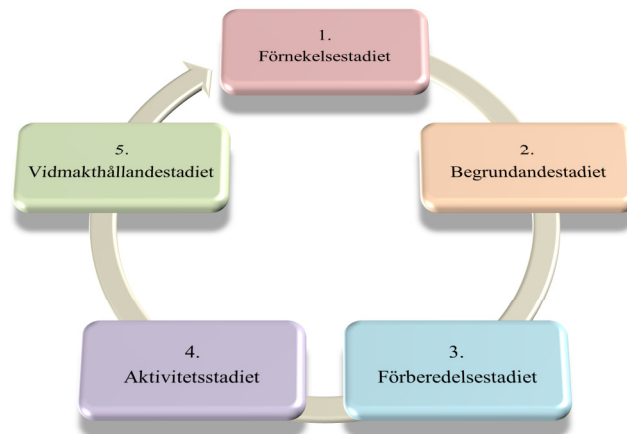
Teoretisk koppling

Health Belief Model

Health-belief model (HBM) förklarar människors hälsorelaterade beteende och motivation till att ta till sig en hälsofrämjande livsstil (Champion & Skinner 2008; Cohen & Welch 2000). Människor förefaller mer benägna att förändra negativa beteenden om hälsoproblemet upplevs hotfullt och om en förändring medför stor hälsorelaterad vinning mot en låg grad av engagemang (Champion & Skinner 2008; Cohen & Welch 2000; Rosenstock, Strecher & Becker 1988). Utifrån kön, ålder, etnicitet, personlighet, socioekonomisk status och kunskap antar HBM att en individs hälsorelaterade beteende har sin grund i individens uppfattning av; (1) hur relevant svårighetsgraden av en sjukdom/diagnos är, tex hur stora konsekvenserna uppskattas bli om ingen åtgärd tas, (2) hur mottagligheten för sjukdomen är, hur mycket sjukdomen upplevs som ett hälsoproblem, (3) vilka fördelarna är med att genomföra en förebyggande åtgärd, hur personen uppfattar att en behandling skulle komma att vara botande eller förhindrande, (4) vilka hindren är för att genomföra en förebyggande åtgärd, tex åtgärdens/behandlings komplexitet, längd och tillgänglighet, (5) hur stark motivationen och tilltron till den egna förmågan att genomföra åtgärden/behandlingen och nå mål är (Bandura 1977; Champion & Skinner 2008; Cohen & Welch 2000; Rosenstock, Strecher & Becker 1988).

Transteoretiska förändringsmodellen

I början av 1980-talet utvecklade de amerikanska forskarna Prochaska och DiClemente Transteoretiska förändringsmodellen (TTM) som förklarar individens rörelse genom olika faser i en förändringsprocess med avsiktlig beteendeförändring (Prochaska, Redding & Evers 2008). Individens engagemang har avgörande betydelse och tiden det tar till förändring beror på vilket förändringsstadium individen befinner sig i, samt hur förändringsbenägen individen är i det stadiet. Förändring sker genom ett individuellt avancemang genom de olika stadierna och motivationen till förändringen är faktorer som individen finner meningsfullhet i (DiClemente 2003; DiClemente, Schlundt & Gemmell 2004; Prochaska & DiClemente 1983; Prochaska, DiClemente & Norcross 1992). Den transteoretiska modellen (TTM) utgörs av fem linjära stadier; *Förnekelsestadiet (Pre-contemplation)*, *Begrundandestadiet (Contemplation)*, *Förberedelsestadiet (Preparation)*, *Aktivitetsstadiet (Action)* och *Vidmakthållandestadiet (Maintenance)* som individen successivt bemästrar i förändringsprocessen. I *förnekelsestadiet* har individen ingen eller liten lust till att ändra sitt beteende, beteendet utgör inget problem. I *begrundandestadiet* börjar individen inse att ett problem finns, väger för- och nackdelar med en förändring men har inga användbara strategier att arbeta med. I *förberedelsestadiet* gör sig individen redo för en förändring genom att upprätta en handlingsplan, skaffa sig strategier och stärka sin motivation. Den aktiva starten på förändringen börjar i *aktivitetsstadiet* då individen nyttjar den handlingsplan och strategi som gjordes upp i förberedelsestadiet. I aktivitetsstadiet är risken störst för återfall till gamla vanor och mönster. Efter ca sex månader i aktivitetsstadiet infaller *vidmakthållandestadiet* som markerar att individen upprätthåller det nya beteendet och att det nu utgör individens norm. Stabiliserande av beteendeförändringar och undvikande av återfall kännetecknar vidmakthållandestadiet (DiClemente 2003; DiClemente & Norcross 1992; DiClemente, Schlundt & Gemmell 2004; Prochaska & DiClemente 1983). Self-efficacy (tilltro till egen förmåga) och motivation är viktiga faktorer för att genomföra lyckade livsstilsförändringar (Bandura 1977; Centis et al. 2014; Chryala, Sherr & Lipman 2015; Reisi et al. 2016; Wichit, et al. 2016). Ökad tilltro till sin egen förmåga har satts i förbindelse med bättre kvalitet i egenvården avseende kost och livsstil hos patienter med diabetes typ 2 (Moore et al. 2011). Förändringsmodellen med dess olika steg beskrivs på nästa sida i figur 1.



Figur 1: Transteoretiska förändringsmodellen efter Prochaska och DiClemente (1983)

Problemformulering

I takt med att livsstilsrelaterade sjukdomar, däribland diabetes typ 2, ökar i samhället blir det preventiva arbetet inom distriktssköterskans område allt viktigare. Att förebygga sjukdom och sjukdomskomplikationer ingår i distriktssköterskans profession (DSF 2008). Ett hälsofrämjande arbetssätt behövs för att minska personligt lidande hos patienter och sänka stigande sjukvårdskostnader för samhället (Albright 2015; DSF 2008; Seuring, Archangelidi & Suhrcke 2015; WHO 2016). För att distriktssköterskor ska kunna vara patienter drabbade av diabetessjukdom så behjälpliga som möjligt i processen med att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar, är det viktigt att utgå ifrån patientens kunskapsläge och upplevelse av sin egen situation (Linmans, Rossem, Knottnerus & Spigt 2013; Proschaska, Redding & Evers 2008). Studier har gjorts (Choi et al. 2016; Chrvala, Sherr & Lipman 2015; Jutterström et al. 2016; Kim et al. 2013; North & Palmer 2014) där resultaten påvisar vikten av preventions- och patientstödande insatser vid livsstilsförändring hos patienter med diabetes typ 2 för att uppnå en god blodglukoskontroll. Ett fåtal studier (O'Brien et al. 2016; Burrige et al. 2015; Rise et al. 2013) utgår från patientens perspektiv och beskriver patienters *upplevelser* av att genomföra livsstilsförändringar. Författarna anser därför att ytterligare forskning är viktig för en bredare förståelse av patienters upplevelser av att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändring och för den fortsatta utvecklingen av preventions- och patientstödande insatser.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar efter samtal med distriktssköterska i primärvården.

METOD

Design

Studien har en kvalitativ ansats med en beskrivande design. Med en beskrivande design beskriver författarna deltagarnas upplevelser och tolkningar av ett visst fenomen genom att använda sig själva som redskap i processen (Henricson & Billhult 2012; Polit & Beck 2016).

Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Författarna har använt sig av ett ändamålsenligt urval för att erhålla deltagare som uppfattades kunna ge mest information till studien (Polit & Beck 2016). Inklusionskriterier var vuxna patienter över 18 år som diagnostiserats med diabetes typ 2, samt hade förmåga att medverka i samtal och svara adekvat på frågor. Deltagare skulle ha haft sin diabetesdiagnos i minst ett år och ha regelbunden kontakt med diabetessköterska via primärvården. Vid urvalet togs ingen hänsyn till könstillhörighet, utbildningsnivå, övre åldersgräns, etnicitet eller behandlingsmetod. Studien planerades att omfatta ungefär tolv deltagare. Tolv patienter tillfrågades om deltagande, elva tackade ja till deltagande. En avböjde utan vidare motivering och ingen ny patient tillfrågades då elva patienter ansågs ge ett tillräckligt brett intervjumaterial. Deltagarna rekryterades från två hälsocentraler i Mellansverige. Undersökningsgruppen utgjordes av sex kvinnor och fem män i åldern 58 - 78 år. Medelåldern var 69 år. Deltagarna har haft diabetes mellan 2 - 29 år. Medelvärdet med diabetesdiagnos var 12,5 år.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer utifrån en i förväg utarbetad intervjuguide av författarna. Intervjuguidens frågor skapades för att svara mot studiens syfte och för att ge viss struktur åt intervjuerna (Kvale & Brinkman 2014; Polit & Beck 2016). Med semistrukturerade intervjuer gavs deltagarna möjlighet till reflektion och de kunde med egna ord beskriva sina upplevelser och erfarenheter på det sätt de själva önskade (Kvale & Brinkmann 2014). Semistrukturerade frågor används när författare vill täcka ett visst ämne eller område där svaren på frågorna på förhand inte är kända. Med semistrukturerade frågor försäkrar sig författarna om att samma information efterfrågas hos samtliga deltagare i studien (Polit & Beck 2016). Intervjuguiden utgjordes av öppna frågor som vid behov kompletterades med öppna följdfrågor. Följdfrågor användes för att erhålla en djupare och fylligare beskrivning av deltagarnas berättelser (Polit & Beck 2016). Exempel på öppna frågor som ställdes var ” hur

tänker du kring livsstil vid diabetes?”, “vad har du och din diabetessköterska samtalat om angående livsstil och livsstilsförändringar som skulle kunna vara bra för dig?” och “vad gör du för att livsstilsförändringarna ska bli en naturlig del av ditt dagliga liv?”. Exempel på följdfrågor som ställdes ”berätta mer...?”, ”på vilket sätt...?” och ”kan du utveckla...?”. För att skapa ett förtroendefullt samtalsklimat ställdes intervjufrågorna i logisk ordning och inleddes med allmänna bakgrundsfrågor om ålder, arbete och utbildning, social situation och antal år med sjukdomen. Deltagarnas integritet beaktades med minsta möjliga intrång i den privata sfären då intervjuer genomfördes i deltagarnas hem. Hänsyn togs också till att deltagarna skulle kunna känna sig i underläge i en intervjusituation med två intervjupersoner och att de då kunde känna sig otrygga med att lämna ut personlig information (Kvale & Brinkmann 2014; Polit & Beck 2016). Detta respekterades genom ett gott bemötande och ödmjukt förhållningssätt samt att intervjuerna inleddes med allmänna bakgrundsfrågor. När kontakt var etablerad övergick intervjun mot mer specifika frågor (Polit & Beck 2016). En pilotintervju genomfördes i syfte att utvärdera intervjufrågornas relevans och täckning gentemot studiens syfte (Polit & Beck 2016). Under pilotintervjun ställdes kompletterande frågor för att erhålla fylligare information till studien. Intervjuguiden kompletterades därefter med samtliga nytillkomna frågor inför kommande intervjuer. Resterande deltagare svarade således på samma frågor som deltagaren i pilotintervjun. Efter kompletteringen bedömde författarna att intervjufrågorna svarade mot studiens syfte. Pilotintervjun ingår i studien. Intervjuerna tog i genomsnitt ca 45 minuter och spelades in med digital ljudupptagning.

Tillvägagångssätt

Tillstånd att genomföra studien söktes och godkändes av Etiska rådet vid Högskolan i Gävle samt hos berörd verksamhetschef och vårdenhetschef på de två hälsocentraler där deltagarna rekryterades. Kontakt med verksamhetschef togs via telefon och ett muntligt godkännande inhämtades som sedan kompletterades med ett skriftligt godkännande sänt per post. Information om studiens syfte och upplägg mailades till verksamhetschefen som vidarebefordrade informationen via mail till vårdenhetschef, chefsläkare och diabetessköterskor på respektive hälsocentraler tillsammans med sitt godkännande. Författarna informerade vårdenhetschef och distriktssköterskor vid diabetesmottagningarna om studiens syfte och upplägg genom personlig kontakt. Patienter som besökte diabetesmottagningen på de två hälsocentralerna och uppfyllde studiens inklusionskriterier, tillfrågades av berörd diabetessköterska och en av författarna om intresse att delta i studien. Deltagarna fick muntlig och skriftlig information om stu-

diens bakgrund och syfte, etiska aspekter samt att intervjuerna skulle spelas in med digital ljudupptagning. Patienterna lämnade sitt telefonnummer till författarna som vid ett senare tillfälle tog telefonkontakt med patienterna för att bestämma tid och plats för intervjuerna enligt deltagarnas egna önskemål. Elva intervjuer genomfördes under mars år 2017. Åtta intervjuer genomfördes i deltagarnas hem. Tre deltagare tyckte av olika skäl att det passade dem bättre att bli intervjuade utanför hemmet, varpå tre intervjuer genomfördes på hälsocentralen enligt önskemål från deltagarna.

Dataanalys

Data analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Graneheim & Lundman (2004). Med induktiv ansats menas att studien inte tar sin utgångspunkt i någon på förhand bestämd teori. En induktiv ansats tillåter texten att "tala fritt" och beskrivande subkategorier och kategorier framkommer utifrån dess innehåll till skillnad från en deduktiv ansats där innehållet istället analyseras utifrån en förutbestämd teori (Hsieh & Shannon 2005). Med kvalitativ innehållsanalys kan både manifest och latent innehåll analyseras. Manifest innehåll uttrycker det tydliga och uppenbara i en text och kan kategoriseras. Analys av vad texten handlar om och tolkning av den underliggande meningen av den benämns som latent innehåll och kan sammanfattas i teman (Graneheim & Lundman 2004). Intervjuerna lyssnades igenom och transkriberades ordagrant med suckar, pauser, viskningar, harklingar, känslouttryck och skratt till en sammanhängande text som utgjorde analysenheterna. Icke verbal kommunikation som ansiktsuttryck och kroppsspråk med kommunikativ innebörd antecknades löpande under intervjuerna av en av författarna. Ordagrann transkribering minskar risken att icke verbal kommunikation faller bort, vilket skulle kunna påverka det latent innehåll i texten (Graneheim & Lundman 2004).

När samtliga intervjuer transkriberats läste författarna upprepade gånger igenom hela texten för att erhålla en känsla för helheten och försäkra sig om att relevant data inte förbisågs. Meningsbärande enheter i form av meningar och fraser, som innehöll relevant information för studiens syfte, togs ut och omgivande text av vikt togs med så att sammanhanget i den meningsbärande enheten kvarstod. Med meningsbärande enhet avses en konstellation av ord som relaterar till samma centrala innehåll i en mening (Graneheim & Lundman 2004). De meningsbärande enheterna kondenserades så att de allra viktigaste orden, kärninnehållet, togs ut för att korta ned texten, men tillräckligt många ord sparades för att innehållet skulle bevaras i

sin helhet. Därefter abstraherades meningsenheterna och erhöll en kod. Koden utgjorde en etikett som beskrev innehållet i meningen på ett mer övergripande sätt (Graneheim och Lundman 2004). När enheterna var kodade granskades innebörden i dem i sin helhet och sorterades sedan utifrån likheter och skillnader in i subkategorier och kategorier. För att utesluta att relevant data inte har blivit förbisedd, systematiskt uteslutits eller att irrelevanta uppgifter blivit inkluderade, granskades koderna i kategorierna och subkategorierna efter sortering (Graneheim & Lundman 2004). Författarna, handledare och studiekamrater i handledningsgruppen har under processen diskuterat och reflekterat tillsammans. Under analysprocessen framträdde nio subkategorier, tre kategorier och ett tema. Kategorierna utgjorde det centrala och manifesta innehållet i intervjuerna och besvarade frågan “Vad”. Utifrån kategorierna framträdde ett övergripande tema som beskrev det latent innehåll i intervjuerna och besvarade frågan “Hur” (Graneheim & Lundman 2004).

Tabell 1: Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori	Tema
“Förstod tidigt att jag måste ändra på min livsstil. Äta på ett vettigare sätt, låta bli bakelser och motionera litegrann ”	Förstod tidigt att jag måste ändra min livsstil.	Insåg tidigt att livsstilsförändring måste ske.	Bli medveten om nödvändig förändring	Komma till insikt	Att behöva acceptera och anpassa sig till en ny påtvingad livssituation
“Försöker läsa på allt jag handlar och kolla vad jag köper, förr tänkte jag inte lika, tittade inte på hur mycket socker det var i livsmedlen”	Läser på allt jag handlar, det gjorde jag inte förr, tittar på hur mycket socker det är i livsmedlen.	Läser varornas innehållsdeklaration för att undvika för söta livsmedel.	Anta ett nytt förhållningssätt	Införa nya vanor och rutiner	
“Jag måste ut, inte för att jag måste tänka på diabetesen utan för att må bra helt enkelt, för jag orkar mycket mer när jag motionerar”	Jag måste ut för att må bra, jag orkar mycket mer när jag motionerar.	Får ökat välbefinnande och ork av regelbunden motion.	Ökat välbefinnande som inspiration till varaktig förändring	Upprätthålla en bestående livsstilsförändring	

Forskningsetiska överväganden

Forskning sker efter fastställda lagar, riktlinjer och etiska principer där forskaren själv har det yttersta ansvaret för att forskningen bedrivs på ett moraliskt godtagbart sätt samt är av god kvalitet. Deltagarnas välbefinnande ska ha högsta prioritet (Vetenskapsrådet 2011; World Medical Association 2013). All forskning som avser forskning av människor i Sverige ska enligt lag genomgå etikprövning för att undvika, förebygga eller minimera risken att deltagare utsätts för skada (Polit & Beck 2016; Svensk Författningssamling [SFS] 2003:460; Veten-

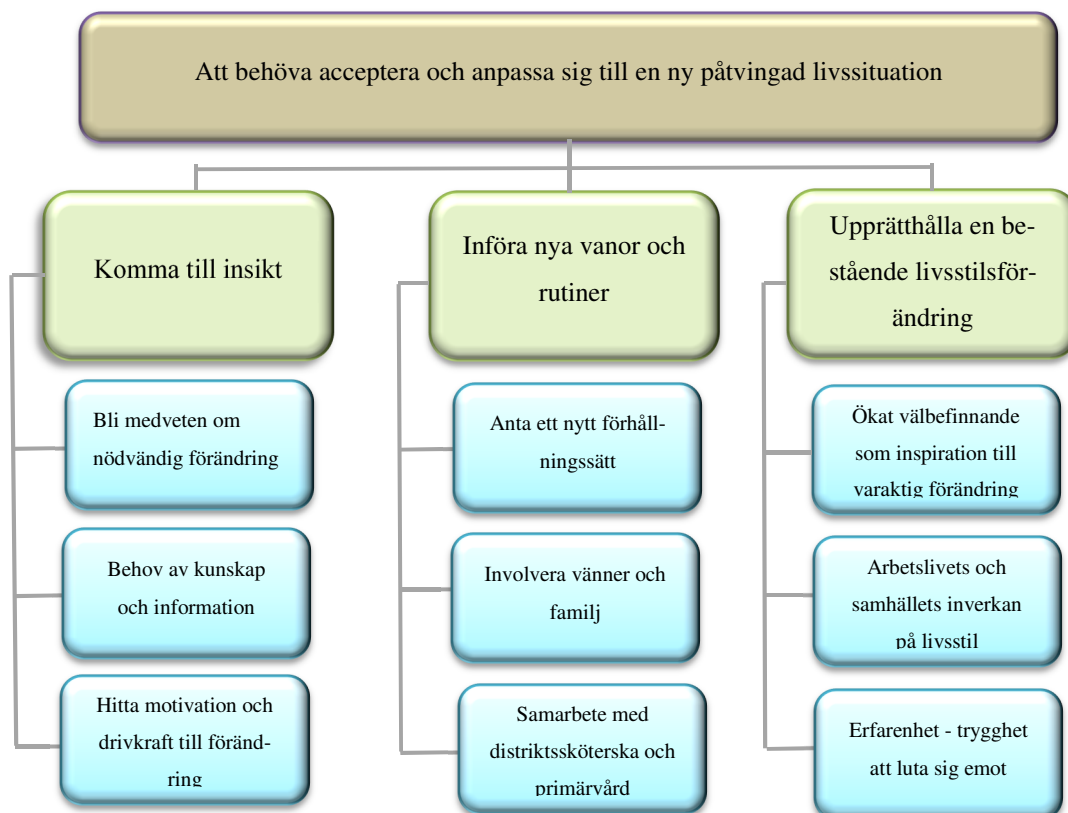
skapsrådet 2011). Författarna har tillgodosett detta genom att ansöka om tillstånd att genomföra studien hos Etiska rådet vid Högskolan i Gävle, varvid tillstånd erhöles. Efter godkännande från Etiska rådet söktes och erhöles sedan tillstånd från berörd verksamhetschef och vårdenhetschef för de två hälsocentraler där studien genomfördes. God forskningssed grundar sig på tre forskningsetiska principer; godhetsprincipen, rättvisprincipen och värdighetsprincipen som avser att skydda individens rätt att inte utsättas för psykisk eller fysisk skada, förödmjukelse eller kränkning (Polit & Beck 2016), samt att informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet efterföljs (Polit & Beck 2016; Vetenskapsrådet 2011; World Medical Association 2013).

Författarna har beaktat *värdighetsprincipen* genom att följa kravet på information och samtycke. Deltagarna informerades noggrant både muntligt och skriftligt om studien, dess tillvägagångssätt och syfte genom informationsbrev och muntlig information i samband med intervjun. Författarna var noga med att respektera deltagarnas rätt till självbestämmande och informerades både skriftligt och muntligt om att deltagandet i studien var frivilligt, att de själva hade rätt att bestämma över sin medverkan och att deltagandet kunde avbrytas när som helst utan krav på närmare förklaring om så önskades (Polit & Beck 2016; Vetenskapsrådet 2002). *Godhetsprincipen* beaktades genom att författarna efterföljde konfidentialitetskravet och nyttjandekravet och informerades deltagarna om att allt forskningsmaterial behandlas konfidentiellt, förvaras inlåst och avpersonifierat, samt att insamlad data inte skulle föras vidare utan raderas efter att studien godkänts och publicerats (Polit & Beck 2016; Vetenskapsrådet 2002). Författarna beaktade den etiska konflikt med beroendeställning som fanns mellan deltagarna och vårdgivare. Detta hanterades genom att deltagarna informerades om att den fortsatta vården inte skulle komma att påverkas på något sätt och att resultatet redovisas på ett sådant sätt att ingen enskild individ skulle kunna identifieras (Vetenskapsrådet 2002). *Rättvisprincipen* togs i beaktande genom att respektera deltagarnas rätt till integritet och självbestämmande. Författarna bemötte deltagarna på ett ödmjukt och respektfullt sätt och undvek att göra onödigt intrång i deras hem under intervjuerna (Polit & Beck 2016; Vetenskapsrådet 2002). Deltagarna bestämde också själva tid och plats för intervjuerna (Kvale & Brinkmann 2014). Författarna har bemött samtliga deltagare som unika individer med ett empatiskt och öppet förhållningssätt oavsett könstillhörighet och bakgrund (Polit & Beck 2016). Godkänd uppsats publiceras med fri tillgänglighet på den skandinaviska databasen DiVA (Digitala Vetenskap-

liga Arkivet) för studentuppsatser och forskningspublikationer. Deltagarna kommer att ges möjlighet att ta del av den godkända studien.

RESULTAT

Under analysprocessen av patienters upplevelser av att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar efter samtal med distriktssköterska i primärvården framkom ett övergripande tema samt tre kategorier. Temat var *Att behöva acceptera och anpassa sig till en ny påtvingad livssituation*. De tre kategorierna var *Komma till insikt*, *Införa nya vanor och rutiner* och *Upprätthålla en bestående livsstilsförändring*. Under kategorierna framkom nio subkategorier. Kategorierna presenteras var för sig i löpande text utifrån övergripande innehåll under respektive subkategori. Citat från patienter presenteras för att tydliggöra innehållet i respektive subkategori. Tema, kategorier och subkategorier presenteras i figur 2.



Figur 2: Tema, Kategorier och Subkategorier

Att behöva acceptera och anpassa sig till en ny påtvingad livssituation

Temat som genomsyrade patienternas berättelser framkom utifrån deras upplevelser av att de behövde acceptera och anpassa sig till en ny påtvingad livssituation. Patienterna upplevde den nya situationen på olika sätt men alla beskrev diabetesdiagnosen som något tvunget att acceptera och anpassa sig till.

Komma till insikt

Kategorin beskriver patienternas upplevelser av att komma till insikt om diabetessjukdomens inverkan på kroppen och kostens och motionens betydelse för blodglukosnivå och diabetesbehandling. De upplevde att de i början av diabetessjukdomen inte ville kännas vid sin nya livssituation. De kände sig inte så sjuka och avfärdade därför tankar om behovet av en livsstilsförändring. Sjukdomen tvingade patienterna till ett nytt tankesätt, att ta till sig nya kunskaper och hitta motivation till förändring. Kategorin består av de tre subkategorierna: *Bli medveten om nödvändig förändring*, *Behov av kunskap och information* och *Hitta motivation och drivkraft till förändring*.

Bli medveten om nödvändig förändring

Patienterna upplevde att de till en början inte ville ta till sig diabetessjukdomen, inte ens när de var på hälsosamtal hos distriktssköterskan, utan ville helst bara att sjukdomen skulle försvinna. De beskrev att de först inte kände av den förhöjda blodglukosnivån och ansåg därför att de kunde fortsätta med en oförändrad livsstil utan kännbara diabetesrelaterade symtom. Patienterna upplevde att plötsliga fysiska symtom kunde hjälpa dem med motivation till en livsstilsförändring. Patienter som hade släktingar och/eller vänner med diabetessjukdom och drabbats av komplikationer, upplevde en större medvetenhet om sina egna möjligheter att uppnå viss sjukdomskontroll genom att anta en hälsofrämjande livsstil. De beskrev att medvetenheten om risken att drabbas av komplikationer föranledde ett omedelbart beslut om livsstilsförändring. Det framgick också att patienterna upplevde diabetesdiagnosen som ett bryskt uppvaknande:

*“...det är en väckarklocka...det är det ju... när man får diagnosen...provsvard
diagnos man får käka en tablett...det är klart att man blir mera medveten...”*

Behov av kunskap och information

Patienterna upplevde att kunskap om diabetes, behandling, kost och motion var viktigt för att kunna orientera sig i situationen, öka förståelsen om sjukdomens inverkan på kroppen och livsstilens betydelse för blodglukoskontroll och behandling. De upplevde att kunskapsbrist till en början kunde vara en källa till osäkerhet i den nya situationen. Patienterna upplevde varierande grad av intresse av att själva söka information och kunskap. De upplevde att olika typer av kostråd, dieter och rekommendationer som florerar i media kunde skapa viss förvirring kring bättre och sämre kostalternativ. Patienterna upplevde att den informationen de fick från distriktssköterskan på diabetesmottagningen var mycket viktig för att uppnå en god egenvård. De beskrev att de uppskattade när distriktssköterskan använde visuella pedagogiska hjälpmedel i form av bilder som visade det verkliga sockerinnehållet i livsmedel i form av antal sockerbitar. Patienterna upplevde att det gav god förståelse om varför det var så viktigt att genomföra livsstilsförändring:

“...jag skulle ju inte lägga de här sockerbitarna på bordet och knapra i mig heller... och som juice som man har trott har varit bra... och som yoghurt...ja det tycker jag är väldigt bra att få se...”

Hitta motivation och drivkraft till förändring

Patienterna upplevde att risken för diabetesrelaterade följsjukdomar gav en stark motivation och drivkraft till hälsofrämjande livsstilsförändringar. Patienterna beskrev att hemska upplevelser av svåra diabetesrelaterade komplikationer hos andra fungerade som drivkraft till en god blodglukoskontroll hos dem själva. De upplevde också att den egna kroppens förändringar till följd av diabetessjukdomen kunde skapa motivation att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar. Patienterna upplevde en önskan att följa barn och barnbarn genom deras liv och uppväxt så länge som möjligt, vilket även det utgjorde en stark motivation till livsstilsförändring. De upplevde också möjligheten att få vara så frisk som möjligt så länge som möjligt som en drivkraft till livsstilsförändring. Oro för sjuka närstående, dålig dagsform och bristande vilja upplevde patienterna som faktorer som bidrog till bristande motivation och drivkraft till förändring. Patienterna upplevde att när de med hjälp av distriktssköterskan tydligt såg sin egen roll i egenvård och behandling, fick de en starkare motivation och drivkraft att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar:

“...det var att jag skulle slippa att få ta sprutor alltså... det var det helt enkelt för jag tyckte...usshålla på med det och man blir...ja jag tyckte jag kände mig begränsad helt enkelt om jag skulle få börja med det...”

Införa nya vanor och rutiner

Kategorin beskriver patienternas upplevelser av att införa nya kost- och motionsvanor och skapa nya rutiner för vardagslivet. De upplevde i början av diabetessjukdomen motstånd till att anpassa sig till en ny livssituation då de upplevde den nya livssituationen som påtvingande. Patienterna beskrev svårigheter med att införa nya vanor och rutiner men hade under motgångar stöd av familj, vänner och distriktssköterskor vilket de upplevde betydde mycket för dem. Kategorin består av de tre subkategorierna: *Anta ett nytt förhållningssätt*, *Involvera vänner och familj* och *Samarbete med distriktssköterska och primärvård*.

Anta ett nytt förhållningssätt

Patienterna upplevde att det inte var så enkelt att anta ett nytt förhållningssätt gentemot kost och motion. De upplevde att det var jobbigt att anpassa sig till fasta måltider, att planera och laga balanserade maträtter och att stå emot frestelser av olika slag. Patienterna beskrev att de kunde komma på sig själva med att äta sådant som de inte borde, onyttigheter som de tidigare åt av gammal vana. De beskrev vidare att de kunde falla för frestelser i samband med sociala tillställningar, familjemiddagar eller högtider. Patienterna upplevde att de behövde bestämma sig för att skifta fokus från det som inte är lämpligt att äta och istället rikta blicken mot det som är lämpligt att äta vid diabetessjukdom. Det framkom i patienternas berättelser att de successivt ändrade vanor för inköp. De började läsa varornas innehållsdeklaration och bytte ut socker- och fettrika produkter mot hälsosammare alternativ. Patienterna beskrev att intresse av att laga mat underlättade införandet av nya kostvanor. Det framgick även att bristande intresse av att laga mat var ett motstånd till att införa nya kostvanor. Patienterna upplevde att de behövde undvika hobbyer som att baka för att kunna etablera en hälsosammare livsstil. De upplevde vidare att det kunde vara tungt att tänka nytt och svårt att hitta inspiration och glädje till nya maträtter. Patienterna upplevde då sina nya kostvanor som inrutade och begränsande. Patienterna upplevde också att det kunde vara svårt att komma igång med regelbunden motion. De beskrev att hjälpmedel som stegräknare underlättade för att komma igång med nya

motionsvanor. Det underlättade också att planera och mentalt förbereda sig dagen innan för att genomföra fysisk aktivitet:

“...jag tänkte det alltså kvällen innan jag la mig... att imorron ska du ut och gå...och sen tänkte jag mig hela den där sträckan faktiskt...”

Involvera vänner och familj

Patienterna upplevde att det underlättade förändring att involvera vänner och familj i den nya livsstilen. De upplevde även att det kunde vara en källa till konflikt att inte alltid ha samma syn på kost och motion som partner eller övriga familjemedlemmar. Patienterna beskrev vidare att det ibland kunde bli tjatigt med vänner och bekanta som bjöd på fika och hade svårt att acceptera patienternas val att avstå från kakor och bullar. De beskrev även att det kunde vara försvårande att hålla sig till sin nya kostplan vid besök hos andra eller vid resor eller utflykter. Patienterna beskrev att stödet från partner och familj upplevdes avgörande när det fanns risk för återfall eller då avsteg till gamla vanor och mönster gjordes. De upplevde också att det underlättade att ha vänner som tyckte om att motionera och gjorde dem sällskap på promenader. Patienterna upplevde att det underlättade att genomföra en livsstilsförändring när de bestämde sig för att familj och vänner fick anpassa sig till den nya livsstilen istället för att patienten böjde sig för omgivningens vanor:

“...vi har ju introducerat det också gentemot våra barn och barnbarn... att när vi bjuder på mat... då är det på ett visst sätt... då undviker vi allt det där som inte ens barnen behöver stoppa i sig... då vänjer de sig vid det att... ja det serveras inte...”

Samarbete med distriktssköterska och primärvård

Patienterna upplevde ett värdefullt stöd från distriktssköterskorna vid diabetesmottagningen. De upplevde att det hade betydelse att diabetessköterskan är en person som följt dem under lång tid, som känner till deras historia och tidigare försök till livsstilsförändringar. Patienterna upplevde att kontrollen av långtidsblodglukos och kroppsvikt var viktiga avstämningpunkter att navigera egenvården efter. Patienterna upplevde att kontrollvärdena bekräftade om de hade en hälsosam livsstil eller påvisade om kost- och motionsvanorna måste justeras ytterligare. Patienterna beskrev också att de gärna skulle ha tätare kontakt med distriktssköterskan på dia-

betesmottagningen för att följa upp blodglukosvärdena oftare. De beskrev att de ville ha en bättre överblick över blodglukosnivån och knyta mätvärden till speciella händelser sedan förra mätningen, men också för att höja motivationen till en hälsofrämjande livsstil med goda kost- och motionsvanor:

“...hon kunde peppa mig helt enkelt...när jag behövde ha det när jag då tyckte kanske att det var lite jobbigt så kunde hon säga... ja men det har ju gått så bra hittills...”

Patienterna beskrev olika typer av smärttillstånd som begränsade dem till att utföra fysisk aktivitet. De upplevde då svårigheter att hitta en motionsform som inte gav dem kraftig smärta vid utövandet. Patienterna upplevde att de hade behov av hjälp från primärvården för att komma igång med passande fysisk aktivitet. De upplevde att gruppaktiviteter via hälsocentralen gav värdefulla verktyg vid genomförandet av livsstilsförändringar. Patienterna upplevde en avsaknad av det stödet från primärvården i dagsläget:

“...om man ska sätta något betyg på det där så tycker jag att en tredjedel berodde på att det var en grupp...och sen att det var lite teori också...och sen att man själv blev engagerad...ja det var en bra sak att det var en grupp...//... jag saknar ju den här regelbundenheten i den där gruppen...när vi träffades...då fick man prata med andra jämlingar liksom...”

Upprätthålla en bestående livsstilsförändring

Kategorin beskriver patienternas upplevelser av att lära sig att leva med en sjukdom som har betydande inverkan på vardagsliv och upplevelse av välbefinnande. Efter en tid med ny livsstil upplevde patienterna en positiv inställning till förändringarna. De upplevde fördelarna med den nya livsstilen och kunde lättare vidmakthålla förändring med ökat välbefinnande. Patienterna upplevde att heltidsarbete medförde svårigheter att finna tid och ork till fysisk aktivitet och tidigare erfarenheter var viktiga nycklar för att upprätthålla den nya livsstilen. Kategorin består av de tre subkategorierna: *Ökat välbefinnande som inspiration till varaktig förändring*, *Arbetslivets och samhällets inverkan på livsstil* och *Erfarenhet - trygghet att luta sig emot*.

Ökat välbefinnande som inspiration till varaktig förändring

Patienterna upplevde att det är viktigt att få nya kost- och motionsvanor att fungera i vardagen. Det framkom att patienterna upplevde att det ibland är tillåtet att unna sig något extra gott, bara det inte sker på daglig basis. De upplevde att det där lilla extra ibland bidrar till livskvalité och motiverar till upprätthållande av den nya livsstilen. Patienterna upplevde att en positiv inställning till en hälsosam livsstil, inverkade positivt på det allmänna välbefinnandet och blodglukoskontrollen. De upplevde att vidmakthållande av livsstilsförändring gav en känsla av tillfredsställelse. Patienterna upplevde att känslan av att vara tillfreds gav ökad inspiration till att upprätthålla den nya livsstilen. Det framgick också att upplevelsen av att göra sitt bästa ingav ett lugn och en känsla av att inte behöva oroa sig över diabetesrelaterade komplikationer. Patienterna upplevde att viktnedgång och minskad klädstorlek inspirerade till upprätthållande av nya kost- och motionsvanor. De upplevde även att de blev piggare och fick mer ork efter utökade motionsvanor och viktnedgång:

“... om man inte sköter kroppen och sådär man blir ju trött... man blir hängig... eller hur ska jag säga... trött blir man ju och den tröttheten känner jag ju inte när jag har skött mig så att säga... man vill ju inte ha tillbaks det inte...”

Arbetslivets och samhällets inverkan på livsstil

Patienterna upplevde att det var viktigt att butikernas utbud av råvaror och grönsaker var av hög kvalitet för att möjliggöra en hälsosam kosthållning. De upplevde vidare att det var svårare att begränsa sig och äta lagom mängd mat vid restaurangbesök eller i personalmatsal om maten serveras i form av buffé. Patienterna upplevde att egen matlåda från hemmet hjälpte dem att inte äta för mycket på arbetsplatsen. Av patienternas berättelser framgick att de upplevde att det var svårt att finna tid till daglig motion i kombination med att utföra vardagssysslor som handling och matlagning under vardagar när de heltidsarbetade. Patienterna upplevde dessutom att orken att motionera inte alltid fanns där efter intensiva arbetsdagar. De upplevde att stressande arbetspass gjorde dem mer trötta och försvårade för dem att stå emot sötsug. Patienterna upplevde även att ett stillasittande arbete var försvårande för att upprätthålla en aktiv livsstil:

“... då blev det ju det där stillasittande så det var ju mycket det som gjorde att jag gick upp i vikt igen... för jag hade fortfarande samma vanor med maten... jag åt fortfarande lika lite men jag satt hela dagarna...”

Erfarenhet - trygghet att luta sig emot

Patienterna upplevde att de med tiden fått en allt större kontroll över sina nya kost- och motionsvanor och att det gått lättare att vidmakthålla en hälsosam livsstil. De upplevde att de skaffat sig bredare erfarenhet och ökad kunskap om bättre och sämre kostalternativ och att det underlättade planeringen av matinköp. Patienterna upplevde att erfarenheterna de förvärvat med tiden gjorde att de blev mer ödmjuka mot sig själva när de föll för frestelser. De beskrev vidare att upplevelsen av diabetessjukdomen och genomförandet av livsstilsförändringar ändrats över tid:

“... jag har inte förlorat någonting... tvärtom... jag har bara vunnit... för jag har ju vunnit en viktnedgång... jag har vunnit bättre hälsa generellt... så på det sättet så kanske... diabetesen var kanske vad jag behövde... annars hade jag kanske gått och tröskat på så att säga...”

DISKUSSION

Huvudresultat

Syftet med studien var att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar efter samtal med distriktssköterska i primärvården. I temat framkom det att patienterna upplevde att de behövde acceptera och anpassa sig till en ny påtvingad livssituation. Patienterna beskrev betydelsen av kunskap och information som central för att komma till insikt och få en bättre förståelse för diabetessjukdomens inverkan på kroppen och livsstilens betydelse för blodglukoskontroll och behandling. Patienterna upplevde att distriktssköterskorna vid diabetesmottagningarna fyllde en viktig funktion med stödjande insatser som blodglukoskontroll och patientundervisning. Patienterna upplevde att en tydligare förståelse för situationen hade en gynnsam effekt på motivationen till att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar. Patienterna upplevde dock svårigheter med att anta ett nytt förhållningssätt gentemot kost och motion och att införa nya vanor och rutiner vardagsli-

vet. De upplevde att det underlättade att involvera vänner och familj i förändringsprocessen och att stödet från dem kunde bidra till att skapa en varaktig livsstilsförändring. Patienterna upplevde vidare ett värdefullt stöd från distriktssköterskorna vid diabetesmottagningen, men upplevde att de hade behov av tätare kontakt med uppföljningar och avstämningar med mätvärden. De upplevde att det skulle underlätta förståelsen av livsstilens inverkan på blodglukosnivån, främja egenvård och stärka motivation och drivkraft till att upprätthålla en hälsofrämjande livsstil. Patienterna beskrev också att hälsosammare kost- och motionsvanor bidrog till ett generellt bättre välmående och att erfarenheter med åren gjorde det lättare att upprätthålla en hälsosam livsstil.

Resultatdiskussion

I temat på föreliggande studie framkom att patienterna upplevde att de behövde acceptera och anpassa sig till en ny påtvingad livssituation. Patienterna kunde i början av sin diabetessjukdom uppleva att de inte ville kännas vid sin sjukdom och slog bort tankar om livsstil och livsstilsförändring. I en nyligen publicerad svensk kvalitativ studie (Kneck et al. 2016) beskrev patienterna att diabetessjukdomen medförde att de behövde lära sig att leva med en förändrad kropp. De upplevde att det kunde innebära osäkerhet och inverka hämmande på vardagslivet när kroppens signaler var svåra att tolka och de inte visste hur de skulle agera. En livsstilsförändring föregås av en omvälvande inre process där insikt, beslut och aktion växer fram genom en komplicerad och dynamisk mognadsprocess inom individen (Prochaska & DiClemente 1983). Förnekelse beskrivs i transteoretiska förändringsmodellen (TTM) som det första steget av en förändringsprocess (Prochaska & DiClemente 1983). Individer kan dröja sig kvar länge i förnekelsestadiet på grund av bristande kunskaper relaterat till konsekvenser av sina beteenden eller genom flera misslyckade försök till förändring som underminerat tilltron till den egna förmågan (Prochaska, Redding & Evers (2008). En taiwanesisk tvärsnittsstudie (Tseng, Liao, Wen & Chuang 2017) visade att patienter som förbättrade sina kunskaper om diabetes erhöll ökad motivation till förändring, vilket underlättade övergången till de senare stadierna i förändringsprocessen. Paralleller kan dras till föreliggande studie där patienter beskrev kunskap som en central del för att skapa förståelse för livsstilens inverkan på blodets glukosnivå och diabetesbehandlingen. Det kan antas att det var viktigt med kunskap för att komma till insikt om kroppens begränsningar, acceptera sjukdomen och komma vidare i processen med att ändra levnadsvanor. I en intervjustudie av Kneck et al (2016) beskrev patienterna att när de insåg kroppens sårbarhet och oförutsägbara reaktioner, uppstod behov hos

patienterna att skaffa sig strategier för att hantera förändringarna i livet. I en norsk intervjustudie (Rise, Pellerud, Rygg & Steinsbekk 2013) framkom att det är väsentligt för patienter att skaffa sig adekvata kunskaper för att kunna genomföra en framgångsrik livsstilsförändring. Patienter som har en önskan om att leva ett gott liv och uppleva hälsa trots någon form av kronisk sjukdom, däribland diabetes, tvingas förr eller senare till en hälsofrämjande livsstil (Whittemore & Dixon 2008).

Den teoretiska förklaringsmodellen Health Belief Model beskriver individers benägenhet till förändring i förhållande till i vilken grad individen upplever hot mot sin hälsa (Champion & Skinner 2008; Cohen & Welch 2000; Rosenstock, Strecher & Becker 1988). Individen avväger noga vilka uppostringar som måste göras mot vilka vinster som en beteendeförändring skulle kunna ge. Upplever individen att vinsterna med ett ändrat beteende är större än uppostringarna det medför, motiverar det till beteendeförändring (Champion & Skinner 2008; Cohen & Welch 2000; Rosenstock, Strecher & Becker 1988). I föreliggande studie beskrev också patienterna att de upplevde att diabetesrelaterade komplikationer utgjorde ett stort hot mot deras hälsa. Patienter som upplevde sjukdomen som ett hot mot hälsan var angelägna om att genomföra livsstilsförändringar eller ta nya tag vid återfall. I en norsk intervjustudie (Rise et al. 2013) framhölls att ökade kunskaper inte ledde till livsstilsförändringar om patienten inte upplevde diabetessjukdomen som tillräckligt hotfull eller om de livsstilsförändringar som måste göras verkade för tidskrävande. Liknande paralleller kunde ses i föreliggande studie då patienterna inte upplevde sig vara fullt så angelägna till en snabb livsstilsförändring om diabetessjukdomen inte upplevdes utgöra ett hot mot deras hälsa. Föreliggande studie kunde också visa att de patienter som upplevde att de hade förförståelse genom tidigare kunskaper eller egna erfarenheter av diabetesrelaterade komplikationer, upplevde en högre grad av motivation till att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar, än de patienter som upplevde en lägre grad av förförståelse. Fynden får stöd av en iransk tvärsnittsstudie (Reise et al. 2016) som visade att patienter med goda kunskaper om sin diabetessjukdom och hälsofrämjande livsstil ofta kände tillit till sin förmåga att genomföra livsstilsförändringar och stark tilltro till att lyckas genomföra dem. Flera andra studier visar också (Choi et al. 2016; Chrvala, Sherr & Lipman 2015; Grillo et al. 2016; North & Palmer 2014; Rise et al. 2013; Wichit et al. 2016) att patienter som förbättrade sina hälsokunskaper vid diabetessjukdom hade en bättre blodglukoskontroll än patienter som inte skaffade sig nya kunskaper. En taiwanesisk tvärsnittsstudie

(Tseng, Liao, Wen & Chuang 2017) visade att det förelåg signifikant samband mellan bristande hälsokunskaper och bristande förmåga till blodglukoskontroll.

I föreliggande studie kunde patienterna till en början uppleva svårigheter med att acceptera och ta hänsyn till diabetessjukdomen i det dagliga livet. De upplevde motvilja till att införa nya kost- och motionsvanor och hade negativa föreställningar om hur sjukdomen skulle påverka deras vardagsliv och medföra begränsningar. De upplevde att frestelser i sociala sammanhang var en utmaning att övervinna och beskrev olika strategier och knep som de utvecklade för att underlätta hantering av frestelser. Patienternas beskrivningar av hur de mötte motstånd och frestelser stämmer väl överens med hur Prochaska och DiClemente (1983) beskriver individens mognadsprocess mot livsstilsförändring i den transteoretiska förändringsmodellens andra (begrundande) och tredje (förberedande) stadium. Individer som följer sin handlingsplan och använder sig av strategier för att lösa hinder i sin väg, befinner sig enligt Prochaska och DiClemente (1983) i aktivitetsstadiet där själva genomförandet av livsstilsförändringen sker. Då har individen beslutat sig för förändring, men i aktivitetsstadiet är också risken störst för återfall till gamla vanor och mönster (Prochaska och DiClemente 1983). Enligt Prochaska och DiClemente (1983) kan individen behöva upprepa ett stadium flera gånger innan nästa kan påbörjas. Det beror på att det även sker utveckling på ett personligt plan där förmågan att vidmakthålla förändringen utvecklas parallellt med beteendeförändringen (DiClemente 2003; DiClemente & Norcross 1992). Dock minskar risken för återfall till tidigare beteende ju längre tid individen vidmakthåller det nya beteendet, visar studier (DiClemente 2003; DiClemente & Norcross 1992; DiClemente, Schlundt & Gemmell 2004, Prochaska & DiClemente 1983). Det idealiska målet vid livsstilsförändring är enligt Prochaska, Redding och Evers (2008) total självkontroll och frihet från frestelse, men forskarna framhåller också att endast ett fåtal individer uppnår det då frestelser kan vara påfallande starka och orsaka återfall.

Patienterna i föreliggande studie upplevde att vänner och familj gjorde ett värdefullt stöd i förändringsprocessen för att upprätthålla nya vanor och rutiner eller för att komma tillbaka på rätt spår när avsteg gjorts. North och Palmer (2014) har i en retrospektiv studie visat på ett liknande resultat. I studien jämfördes två grupper av manliga veteraner i USA som nyligen diagnostiserats med diabetes typ 2. En interventionsgrupp fick undervisning över en period på fyra månader tillsammans med andra patienter och den andra gruppen följdes upp enligt stan-

dardiserade riktlinjer utan diabetesutbildning. Resultatet visade att stöd av familj och vänner var viktiga faktorer som förbättrade patienternas förmåga till egenvård. Även fast patienterna i föreliggande studie upplevde att de hade gott socialt stöd, berättade de att de lätt kunde falla tillbaka till tidigare vanor och rutiner i samband med sociala tillställningar eller högtider. Patienterna upplevde också att de kunde hamna i trängda situationer bland familj och vänner när de uppfattades vara för påstridiga eller inte upplevdes ha förståelse för patienternas situation. Tidigare studier (Carter-Edwards, Skelly, Cagle & Apple 2004; Henry, Rook, Stephen & Franks 2013; Mayberry & Osborn 2014; Stephens et al. 2013) har visat att stöd från familj och vänner inte alltid behöver vara av positiv karaktär, utan kan också medföra att patientens förmåga till egenvård undermineras eller i värsta fall saboteras genom att patienten frestas med ohälsosamma måltider och livsmedel. Patientens motivation och tillit till sin förmåga till egenvård påverkas av patientens psykosociala situation, omgivning och miljö, visar andra studier (Mayberry & Osborn 2012; Newton, Asimakopoulou & Scambler 2015; Osborn, Amico, Fisher, Eged & Fisher 2010; Osborn & Eged 2010). Fynd från två tvärsnittsstudier (Mayberry & Osborn 2014; Yang, Pang & Cheng 2016) har visat att personer med hög tillit till sin förmåga att leva efter den nya livsstilen, hade större förmåga att stå emot socialt tryck i olika sammanhang. Yang, Pang och Cheng (2016) framhåller dock vikten av att dämpa negativt socialt tryck oavsett om patienten har hög eller låg tillit till sin förmåga till egenvård eftersom tilliten kan skadas, speciellt när familjemedlemmar försöker vinna inflytande över patientens egenvård (Yang, Pang och Cheng 2016).

Patienterna i föreliggande studie upplevde ett gott stöd från distriktssköterskorna på hälsocentralen och litade fullständigt på deras kunskap och kompetens. De uppskattade extra mycket att distriktssköterskorna använde pedagogiska hjälpmedel i patientundervisningen, vilket underlättade för patienterna att komma till insikt om sin nya livssituation och förstå sin egen del i behandlingen. Patienterna upplevde att insikterna och de nya kunskaperna ökade deras motivation till att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar och att erhålla en stabil blodglukosnivå över tid. Flera färskaste studier (Choi et al. 2016; Chivala, Sherrb & Lipman 2015; Grillo et al. 2016; Lee & Palermo 2016; North & Palmer 2014; Reisi et al. 2016; Wichit et al. 2016) ger ett vetenskapligt stöd för att professionella insatser i form av utbildning och information från distriktssköterskan, stärker patientens tillit till sin förmåga till egenvård och följsamhet till behandling, samt förbättrar effekten av behandlingen. I föreliggande studie upplevde samtliga patienter att distriktssköterskans stödjande insatser med information, rådgivning och upp-

följning var en central och mycket värdefull del i behandlingen av diabetessjukdomen. Trots det upplevde inte alla patienter sig motiverade till livsstilsförändring och följde inte alltid råden de fick från distriktssköterskan. En nederländsk kvantitativ enkätstudie (Linmans, Knotterus & Spigt 2015) visade att distriktssköterskor ofta inte vet hur motiverade patienterna egentligen är till förändring, vilket försvårar patientundervisningen och kan bidra till att behandling inte får avsedd effekt. Fynd från den norska intervjustudien (Rise et al. 2013) visade också att de distriktssköterskor som är involverade i patientundervisningen inte riktigt vet hur stor utmaning det är att övertyga asymtomatiska patienter om fördelarna med att genomföra en livsstilsförändring. Patienterna i föreliggande studie upplevde att de hade behov av tätare besök på diabetesmottagningen för uppföljning av behandlingen och erhålla mer information kring livsstil och hälsa. Det kan antas att mer tid tillsammans med vårdgivare skulle kunna ge mer kunskap, ökad förmåga till egenvård och därigenom en ökad motivation till hälsofrämjande livsstilsförändringar. En australiensiskt litteraturstudie av Choi et al. (2016) bekräftar att patientutbildning som bedrivs kontinuerligt över en längre tid har god effekt på patienternas förmåga till framgångsrik egenvård. Rise et al (2013) beskriver också att patienterna upplever kontinuerlig återkoppling och bekräftelse på en existerande livsstil som en viktig del av förändringsprocessen.

Patienterna i föreliggande studie beskrev att de tidigare deltagit i olika typer av gruppaktiviteter genom primärvårdens omsorg. De upplevde att utbyte av erfarenheter med andra patienter i liknande situation gett dem stöd och beskrev nu en avsaknad av det. I den norska intervjustudien (Rise et al. 2013) upplevde patienter med diabetes typ 2 att de motiverades till att upprätthålla livsstilsförändringarna om de erhöll stöd från andra, och lyckades införa nya vanor och rutiner, vilket har många likheter med vad patienterna i föreliggande studie upplever. En brasiliansk enkätstudie (Grillo et al. 2016) med slumpmässigt urval har visat att gruppaktiviteter hade en gynnsam inverkan på patienternas blodglukoskontroll och bidrog till ökat välmående genom att dämpa oro som var kopplad till diabetessjukdomen. En svensk kvalitativ studie (Johansson et al. 2016) har visat att det är viktigt för vårdgivare att skapa ett öppet och tillåtande klimat för lärande, samt att erbjuda patienterna en plattform som ger möjlighet att utbyta erfarenheter med andra patienter som befinner sig i en liknande situation. I en australiensisk kvalitativ studie (Odgers-Jewell, Isenring, Thomas & Reidlinger 2017) har patienternas berättelser visat på att patientundervisning i grupp med utgångspunkt från patienternas egna reflektioner hade en gynnsam effekt på hälsan. Patienterna upplevde att gruppträffar hade en

god inverkan på motivationen och de upplevde även att deras psykologiska behov tillgodosågs (Odger-Jewell et al. 2017).

Metoddiskussion

Författarna genomförde en studie med kvalitativ ansats och beskrivande design med semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor och följdfrågor. Syftet var att beskriva människors upplevelser av att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar efter samtal med distriktsköterska i primärvården. En kvalitativ ansats är att föredra i studier där syftet är att beskriva människors upplevelse av ett fenomen (Polit & Beck, 2016). Studiens trovärdighet diskuteras utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet så som Graneheim och Lundman (2004) beskriver. Graneheim och Lundman (2004) påpekar att det är viktigt för studiens trovärdighet att den kvalitativa innehållsanalysens process genomförts på ett korrekt sätt.

Giltighet

En studies giltighet värderas i hur väl urval, datainsamlingsmetod, datamängd, tillvägagångssätt och analysmetod uppfyller studiens syfte (Graneheim & Lundman 2004; Polit & Beck 2016). Författarna har stärkt studiens giltighet genom att noggrant beskriva urval av deltagare, tillvägagångssätt, datainsamlingsmetod och analysprocess så att läsaren lätt kan följa hur studien genomförts. Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer med öppna frågor i en i förväg utarbetad intervjuguide. Semistrukturerade intervjuer ger deltagare möjlighet att fritt reflektera och återge innehållet i egna upplevelser i form av berättelser vilket stärker studiens giltighet (Graneheim & Lundman 2004). För att stärka giltigheten ytterligare har citat från deltagarnas berättelser presenterats i resultatet (Graneheim & Lundman 2004). Graneheim och Lundman (2004) och Polit och Beck (2016) betonar betydelsen av deltagarnas olika erfarenheter av forskningsområdet för att forskningsämnet ska ringas in och belysas från så många synvinklar som möjligt för att stärka studiens giltighet. Ett ändamålsenligt urval användes för att värva deltagare med kunskap och erfarenhet som täckte ämnet inom forskningsområdet (Polit & Beck 2016). Deltagarna uppfyllde också studiens inklusionskriterier som var vuxna individer över 18 år som haft diabetes typ 2 i minst ett år och kunde svara adekvat på frågor. Variationsbredden i datamaterialet stärktes av att deltagare med varierande livserfarenhet, ålder, förkunskaper om diabetes och antal år med diabetessjukdomen deltog i studien (Graneheim & Lundman 2004). Deltagare rekryterades med hjälp av någon av två distriktsköterskor i samband med verksamhetsförlagd utbildning på hälsocentral. I studien

deltog sex kvinnor och fem män, vilket stärker studiens giltighet då en heterogen grupp också ökar möjligheterna till en rikare variation på forskningsfrågan (Graneheim & Lundman 2004). Samtliga deltagarna rekryterades från två hälsocentraler inom ett mycket begränsat geografiskt område på landsbygd, vilket kan ses som en svaghet till studiens giltighet då variationen av erfarenheter kan ha begränsats något.

Tillförlitlighet

En studies trovärdighet värderas också efter dess tillförlitlighet, det vill säga hur mycket data förändras över tid och vilka förändringar forskaren gör under analysprocessen som påverkat resultatet (Graneheim & Lundman 2004). Grad av tillförlitlighet avgör hur väl en återskapad studie i ett liknande sammanhang med liknande deltagare skulle mynna ut i ett likvärdigt resultat (Polit & Beck 2016). I genomförandet av intervjuerna är det viktigt att samtliga deltagare frågas ut i samma ämne för att stärka tillförlitligheten (Graneheim & Lundman 2004). Datainsamlingen till föreliggande studie inhämtades därför i en i förväg utarbetad intervjuguide med öppna semistrukturerade intervjufrågor och följdfrågor, så att alla deltagare fick svara på samma frågor. Målet var att erhålla ett fylligare datamaterial till studien då öppna frågor ger deltagare möjlighet att fritt utveckla sina svar (Polit & Beck 2016). Författarna tog hänsyn till studiens tillförlitlighet under pilotintervjun då det ställdes kompletterande frågor till deltagaren. Frågorna noterades på ett medhavt dokument för att omedelbart efter intervjun föras in i intervjuguiden innan efterföljande intervjuer påbörjades. Alla frågor i intervjuguiden ställdes således till samtliga deltagare och ämnet berördes från flera infallsvinklar (Graneheim & Lundman 2004). Genom detta förfarande bevarades studiens tillförlitlighet. För att inte missa viktig information som kunde vara av betydelse för studien avslutades intervjuerna med en avslutande fråga om den intervjuade önskade tillägga något som kändes viktigt (Polit & Beck 2016). Samtliga intervjuer genomfördes i en avslappnad miljö utan störande moment från omgivningen, vilket bidrog till att fokus kunde hållas på intervjuerna under hela intervjun och därmed stärka tillförlitligheten (Graneheim & Lundman 2004). Tilläggas bör också att datainsamlingen skedde under en kort tidsperiod på tre veckor vilket styrker studiens tillförlitlighet då insamlat data förmodligen inte hinner ändrats över på så kort tid (Graneheim & Lundman 2004).

Graneheim och Lundman (2004) förordar att forskare under analysprocessen diskuterar och reflekterar med andra forskare för att stärka studiens tillförlitlighet. I föreliggande studie har

detta tillgodosetts genom att författarna i dialog med handledare och kurskamrater diskuterat och reflekterat i handledningsgrupp under hela analysprocessen. Tillförlitligheten stärktes även av att intervjuerna genomfördes med båda författarna närvarande vid varje enskild intervju och att materialet transkriberades och analyserades noggrant av båda författarna. Det medförde att båda författarna fick en god översikt över studiens rådata vilket ytterligare stärkt tillförlitligheten (Graneheim & Lundman 2004). I kvalitativa studier stärks tillförlitligheten om forskaren har tidigare erfarenhet av att samla information genom intervjuer (Graneheim & Lundman 2004). Genom professionen som sjuksköterskor har författarna viss erfarenhet av att intervjua människor och samla information om människors upplevelser, vilket stärkt studiens tillförlitlighet. Författarna har också genom professionen en viss förståelse för ämnet, vilket kan ha påverkat tolkningen av resultatet och kan därför ses som ett potentiellt hot mot tillförlitligheten. Tillförlitligheten stärktes dock av att författarna inte har erfarenhet av att arbeta med preventiva åtgärder hos patienter med diabetes typ 2, avseende hälsofrämjande livsstilsförändringar i den omfattning som distriktssköterskan eller diabetessköterskan gör.

Överförbarhet

Överförbarhet beskriver i vilken utsträckning en studies resultat kan överföras till andra sammanhang eller grupper (Graneheim & Lundman 2004). I kvalitativ forskning definieras överförbarhet också som likhet mellan olika sammanhang (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] 2014). Kvalitativ forskning syftar till att ge en uppfattning om ett fenomen och ge ökad förståelse för det fenomen som studerats (Graneheim & Lundman 2004; Polit & Beck 2016; SBU 2014). Kvalitativa studier medför en begränsad variation av det undersökta fenomenet varför en enskild studie ensamt oftast inte kan generaliseras till andra sammanhang (SBU 2014) Den kvalitativa studien genererar också tolkningar och beskrivningar av den empiriska världen, varför överförbarheten till andra sammanhang måste avgöras av läsaren själv (Graneheim & Lundman 2004; Polit & Beck 2016; SBU 2014). I metodavsnittet finns en utförlig beskrivning av urval, deltagare och urvalsgrupp, datainsamling och dataanalys som kan underlätta för läsaren att göra en bedömning av överförbarheten till andra sammanhang.

Kliniska implikationer för omvårdnad

Föreliggande studie beskriver hur patienter med diabetes typ 2 upplever att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar efter samtal med distriktssköterska i primärvården. Den undersökta patientgruppen skulle kunna ha nytta av studien genom att ta del av andra patienters

upplevelser. Patientgruppen skulle således kunna fördjupa förståelsen för den hälsofrämjande livsstilens betydelse för hälsan och kanske få inspiration till att vidmakthålla livsstilsförändring. Studien skulle kunna vara till nytta för distriktssköterskor inom verksamheter där diabetesvård förekommer. Genom att ta del av studiens resultat skulle distriktssköterskor kunna erhålla en fördjupad förståelse för patienters upplevelser av livsstilsförändringar att använda i det hälsofrämjande arbetet. Föreliggande studie skulle även kunna bidra med värdefull information till andra yrkesgrupper som arbetar med eller kommer i kontakt med patienter med diabetes typ 2. Studien skulle även kunna gagna patienter som ska genomföra livsstilsförändringar av andra orsaker än diabetessjukdom, genom att vårdpersonal som är i kontakt med dessa kan ta del av studiens resultat. Studien skulle också kunna bidra med värdefull information utifrån ett patientperspektiv för fortsatt utveckling av preventionsarbete och behandlingsmetoder inom diabetesvården.

Förslag till fortsatt forskning

Författarna till föreliggande studie anser att kvantitativ forskning i större skala borde riktas mot att undersöka hur motiverade patienter med diabetes typ 2 i Sverige anser sig vara till att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar samt vilka faktorer de anser har störst inverkan på deras grad av motivation. Författarna tror att sådana studier skulle kunna bidra till utvecklingen av patientstödande insatser- och preventionsarbete mot ohälsa. Det skulle också vara av värde om fler studier med kvalitativ ansats genomfördes på distriktssköterskor som arbetar med undervisning av patienter med diabetes typ 2 för att undersöka vad de upplever skulle kunna förbättras eller förändras inom diabetesvård och patientundervisning. Det vore även av intresse om fler studier riktades mot distriktssköterskor och deras reflektioner kring vad som skulle kunna göras för att minska utmaningarna med att övertyga asymtomatiska patienter om fördelar med att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar, samt belysa faktorer som ytterligare skulle kunna bidra till att stödja patienter i deras tilltro till sin egen förmåga till god egenvård.

Slutsats

Patienterna upplevde att kunskap och information om livsstilens inverkan på kroppen hade stor betydelse för en god blodglukoskontroll och behandling. De patienter som beskrev att de såg en tydlig koppling mellan livsstil, blodglukosnivå och behandling upplevde en större motivation till att genomföra hälsofrämjande livsstilsförändringar. Det torde därför vara betydelse-

sefullt för primärvård och distriktssköterskor att satsa resurser på rådgivning, blodglukoskontroller och egenvårdsutbildningar för att stärka patienternas förmåga till en god egenvård men också för att bidra till att öka motivation och drivkraft till en hälsofrämjande livsstil och minska risken för långtidskomplikationer och följsjukdomar.

REFERENSER

- Albright, A. (2015). Prevention of Type 2 Diabetes Requires BOTH Intensive Lifestyle Interventions and Population-Wide Approaches. *American Journal of Managed Care*, 21(7), ss. 238–239.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), ss. 191–215. DOI: 10.1016/0146-6402(78)90002-4
- Berne, C. & Fritz, T. (2016). Diabetes Mellitus. *Läkemedelsboken*. Uppsala: Läkemedelsverket, ss. 587–613.
https://lakemedelsboken.se/kapitel/endokrinologi/diabetes_mellitus.html#k1_4 [16-11-29]
- Bohanny, W., Wu, S. F., Liu, C. Y., Yeh, S. H., Tsay, S. L. & Wang, T. J. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(9), ss. 495-502.
DOI: 10.1111/1745-7599.12017
- Burrige, L. H., Foster, M. M., Donald, M., Zhang, J., Russell A. W. & Jackson, C. L. (2015). Making sense of change: patients' views of diabetes and GP-led integrated diabetes care. *Health Expect.* 19(1), ss. 74-86. DOI: 10.1111/hex.12331
- Carter-Edwards, L., Skelly, A. H., Cagle, C. S. & Apple, S. J. (2004). They care but don't understand: family support of African American women with type 2 diabetes. *Diabetes Education*, 30, ss. 493-501. DOI: 10.1177/014572170403000321
- Centis et al. (2014). Stage of change and motivation to healthy diet and habitual physical activity in type 2 diabetes. *Acta Diabetologica*, 51(4), ss. 559. DOI: 10.1007/s00592-013-0551-1

- Champion, V. L. & Skinner, C. S. (2008). "The Health Belief Model". I Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (red.) *Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, ss. 45-66.
- Chen, L., Pei, J-H., Kuang, J., Chen, H-M., Li, Z-W. & Yang, H-Z. (2014). Effect of lifestyle intervention in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis. *Metabolism Clinical And Experimental*. 64 (2), ss. 338-347. DOI: 10.1016/j.metabol.2014.10.018
- Choi, T. S., Davidson, Z. E., Walker, K. Z., Lee, J. H. & Palermo, C. (2016). Diabetes education for Chinese adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 116, ss. 218-229. DOI: 10.1016/j.diabres.2016.04.001
- Chrvala, A. C., Sherr, D. & Lipman, R. D. (2015). Diabetes self-management education with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 99(6), ss. 926-943. DOI: 10.1016/j.pec.2015.11.003
- Cohen, J. A. & Welch, L. M. (2000). Attitudes, Beliefs, Values, and Culture as Mediators of Stress. I Rice, H. V. (red.) *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications for Nursing Research, Theory, and Practice*. London: Sage Publications Ltd, ss. 335–366.
- Diabetesförbundet. (2016). *Nationella Diabetesregistret*.
https://www.ndr.nu/pdfs/Arsrapport_NDR_2015.pdf [16-11-29]
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York: Guilford Press.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal on Addictions*, 13(2), ss. 103–119.
 DOI: 10.1080=10550490490435777

- Distriktssköterskeförningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning Legitimerad Sjuksköterska med Specialistjuksköterskeexamen Distriktssköterska*. Stockholm: Danagårds. <http://www.distriktsskoterska.se/> [16-12-17]
- Franz, M. J., Boucher, J. L., Rutten-Ramos, S., Jeffrey, J. & Van Wormer, J. J. (2015). Lifestyle Weight-Loss Intervention Outcomes in Overweight and Obese Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(9), ss. 1447-1463. DOI: 10.1016/j.jand.2015.02.031
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), ss. 105-112. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grillo, M. F. F., Neumann, C. R., Scain, S. F., Rozeno, R. F., Beloli, L., Perinetto, T., Gross, J. I. & Leitao, C. B. (2016). Diabetes education in primary care: a randomized clinical trial. *Cadernos de Saude Publica*, 32(5). DOI: 10.1590/0102-311X00097115
- Hellgren, I. M., Jansson, P. A., Wedel, H. & Lindblad, U. (2016). A lifestyle intervention in primary care prevents deterioration of insulin resistance in patients with impaired glucose tolerance: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-8. DOI: 10.1177/1403494816663539
- Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (red.). *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Henry, S. L., Rook, K. S., Stephens, M. S. & Franks, M. M. (2013). Spousal undermining of older diabetic patients' disease management. *Journal of Health and Psychology*, 18, ss. 1550-1561. DOI: 10.1177/1359105312465913
- Hsieh, H-F. & Shannon, S. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), ss. 1277-1288. DOI: 10.1177/1049732305276687

International Diabetes Federation. (2015). *IDF-Diabetes Atlas*. <http://www.diabetesatlas.org/>
[16-11-29]

Janlert, U. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur & Kultur.

Johansson, K., Almerud Österberg, S., Leksell, J. & Berglund, M. (2016). Patients' experiences of support for learning to live with diabetes to promote health and well-being: A lifeworld phenomenological study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11: 31330. DOI: 10.3402/qhw.v11.31330

Jutterström, L., Hörnsten, Å., Sandström, H., Stenlund, H. & Isaksson, U. (2016). Nurse-led patient-centered self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes - A randomized study. *Patient Education and Counseling*, 99(11), ss. 1821–1829. DOI: 10.1016/j.pec.2016.06.016

Kim, H. J., Jung, T. S., Jung, J. H., Kim, S. K., Lee, S. M., Kim, K. Y., Kim, D. R., Seo, Y. M. & Hahm, J. R. (2013). Improvement of Glycemic Control after Re-Emphasis of Lifestyle Modification in Type 2 Diabetic Patients Reluctant to Additional Medication. *Yonsei Medical Journal*, 54(2), ss. 345–351. DOI: 10.3349/ymj.2013.54.2.345

Kneck, Å., Eriksson, L. E., Lundman, B. & Fagerberg, I. (2016). Encumbered by vulnerability and temporality -the meanings of trigger situations when learning to live with diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 25, ss. 2874–2883. DOI:10.1111/jocn.13339

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lee, Y., Shin, S., Wang, R., Lin, K., Lee, Y., & Wang, Y. (2016). Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Education & Counseling*, 99(2), ss. 287-294. DOI:10.1016/j.pec.2015.08.021

- Linmans, J. J., Knotterus, A. & Spigt, M. (2015). How motivated are patients with type 2 diabetes to change their lifestyle? A survey among patients and healthcare professionals. *Primary Care Diabetes*, 9, ss. 439-445. DOI: 10.1016/j.pcd.2015.02.001
- Linmans, J. J., Rossem, Knottnerus, A. & Spigt, M. (2014). Exploring the process when developing a lifestyle intervention in primary care for type 2 diabetes: a longitudinal process evaluation. *Public Health*, 129, ss. 52-59. DOI: 10.1016/j.puhe.2014.11.004
- Mayberry, L. S. & Osborn, C. Y. (2012). Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care Journal*, 35(6), ss. 1239-1245. DOI: 10.2337/dc11-2103
- Mayberry, L. S. & Osborn, C. Y. (2014). Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 97(3), ss.418-425. DOI: 10.1016/j.pec.2014.09.011
- Miller, C. K., Nagaraja, H. N. & Weinhold, K. R. (2015). Early Weight-Loss Success Identifies Nonresponders after a Lifestyle Intervention in a Worksite Diabetes Prevention Trial. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(9), ss. 1464-1471. DOI: 10.1016/j.jand.2015.04.022
- Moore, S. M., Hardie, E. A., Hackworth, N. J., Critchley, C. R., Kyrios, M., Buzwell, S. A. & Fraiti, N. A. (2011). Can the onset of type 2 diabetes be delayed by a group-based lifestyle intervention? A randomized control trial. *Psychol Health*, 26(4), ss. 485-499. DOI: 10.1080/08870440903548749
- Neumann, A., Lindholm, L., Norberg, M., Schoffer, O., Klug, S. J., & Norström, F. (2016). The cost-effectiveness of interventions targeting lifestyle change for the prevention of diabetes in a Swedish primary care and community based prevention program. *European Journal of Health Econ*, 1-15. DOI: 10.1007/s10198-016-0851-9

- Newton, P., Asimakopoulou, K. & Scambler, S. (2015). A qualitative Exploration of Motion to Self-Manage and Styles of Self-Management amongst People Living with Type 2 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 638205. DOI: 10.1155/2015/638205
- North, S. L. & Palmer, G. A. (2014). Outcome Analysis of Hemoglobin A1c, Weight, and Blood Pressure in a VA Diabetes Education Program. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(1), ss. 28-35. DOI: 10.1016/j.jneb.2014.07.006
- O'Brien, M. J., Moran, M. R., Tang, J. W., Vargas, Talen, M., Zimmermann, L. J., Ackermann, R. T. & Kandula, N. R. (2016). Patient Perceptions About Prediabetes and Preferences for Diabetes Prevention. *The Diabetes Educator*, 42(6), ss. 667-677. DOI: 10.1177/0145721716666678
- Oggers-Jewell, K., Isenring, E. A., Thomas, R. & Reidlinger, D. P. (2017). Group participants' experiences of a patient-directed group-based education program for the management of type 2 diabetes mellitus. *PLoS one*, 12(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0177688
- Osborn, C. Y. & Eged, L. E. (2010). Validation of an information-motivation-behavioral skills model of diabetes self-care. *Patient Education Counselling*, 79, ss. 49-54. DOI: 10.1016/j.jneb.2014.07.006
- Osborn, C. Y., Amico, K. R., Fisher, W. A., Eged, L. E. & Fisher, J. D. (2010). An information-motivation-behavioral skills analysis of diet and exercise behavior in Puerto Ricans with diabetes. *Journal of Health and Psychology*, 15, ss. 1201-1213. DOI:10.1177/1359105310364173
- Polit, F. D. & Beck, C. T. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), ss. 390-395. DOI: 10.1037//0022-006X.51.3.390

Prochaska, J. O., DiClemente Carlo C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), ss. 1102-1114. DOI: 10.1037/0003-066X.47.9.1102

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. I Glanz, K., Rimer, B. K. & Wisvanath, K. (Red.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass, ss. 97-121.

Reisi, M., Mostafavi, F., Javadzade, H., Mahaki, B., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2016). Impact of Health Literacy, Self-efficacy, and Outcome Expectations on Adherence to Self-care Behaviors in Iranians with Type 2 Diabetes. *Oman Medical Journal*, 31(1), ss. 52-59. DOI: 10.5001/omj.2016.10

Rise, M. B, Pellerud, A, Rygg, L. Ø, Steinsbekk, A. (2013). Making and Maintaining Lifestyle Changes after Participating in Group Based Type 2 Diabetes Self-Management Educations: A Qualitative Study. *PLoS one*, 8(5). DOI: 10.1371/journal.pone.0064009

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*, 15(2), ss. 175–183. DOI: 10.1177/109019818801500203

SBU. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. <http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf> [17-05-13]

Seuring, T., Archangelidi, O. & Suhrcke, M. (2015). The Economic Costs of Type 2 Diabetes: A Global Systematic Review. *Pharmaco Economics*, 33(8), ss. 811–83. DOI: 10.1007/s40273-015-0268-9

- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460 [161220]
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för diabetesvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvard> [16-11-29]
- Socialstyrelsen. (2016). *Termbanken*. <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=64> [17-05-19]
- SOSFS 2012:10. *Ändring i föreskrifterna (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Stockholm: Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18770/2012-6-46.pdf> [170528]
- Stephens, M. A. P., Franks, M. M., Rooks, K. S., Lida, M., Hemphill, R. C. & Salem, J. K. (2013). Spouses' attempts to regulate day-to-day dietary adherence among patients with type 2 diabetes. *Health and Psychology*, 32, ss. 1029–1037. DOI: 10.1037/a0030018
- Stjernschantz Forsberg, J. (2015). Diabetes. I Backhans, M., Stjernschantz Forsberg, J. & Lager, A. (red.) *Folkhälsorapport 2015*. Stockholm: Stockholms läns landsting, ss. 81-88. http://dok.sll.se/CES/FHG/Folkhalsoarbete/Halsa%20Stockholm/Folkhalsorapport_2015.pdf [161129]
- Terranova, C. O., Brakenridge, C. L., Lawler, S. P., Eakin, E. G., & Reeves, M. M. (2015). Effectiveness of lifestyle-based weight loss interventions for adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, (17), ss. 371–378. DOI: 10.1111/dom.12430
- Tseng, H. M., Liao, S. F., Wen, Y. P., & Chuang, Y. J. (2017). Stages of change concept of the transtheoretical model for healthy eating links health literacy and diabetes

knowledge to glycemic control in people with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 11(1), ss. 29–36. DOI: 10.1016/j.pcd.2016.08.005

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer - inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Libris.
http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
[17-05-09]

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: CM-Gruppen AB.
<https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/> [17-05-09]

Whittemore, R. & Dixon, J. (2008). Chronic illness: the process of integration. *Journal of Clinical Nursing*, 17(0), ss. 177–187. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02244.x.

Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P & Johnson, M. (2016). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123, ss. 37–48.
DOI: 10.1016/j.diabres.2016.11.013

World Health Organization. (2017). *Constitution of WHO: principles*.
<http://www.who.int/about/mission/en/> [170519]

World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf [16-11-29]

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Fortaleza: World Medical Association.
[http://www.who.int/bulletin/archives/79\(4\)373.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(4)373.pdf) [170509]

Yang, F., Pang, J. S. & Cheng, W. J. (2016). Effect of lifestyle intervention in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(4), ss. 389–401. DOI: 10.1007/s10880-016-9470-y

Zhang et al. (2016). Effect of lifestyle interventions on glucose regulation among adults without impaired glucose tolerance or diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123, ss. 149–164.
DOI: 10.1016/j.diabres.2016.11.020