

examensarbete

Våren 2010

Sektionen för Hälsa och Samhälle  
Specialistsjuksköterskeprogrammet med  
inriktning mot distriktssköterska  
Omvårdnad, avancerad nivå

Patientens  
förståelse för  
egenvård vid  
nyligen  
diagnostiserad typ  
2 diabetes

Författare

Karina Aronsson

Handledare

Ann-Christin Janlöv

Examinator

Kerstin Petersson

# Patientens förståelse för Egenvård vid nyligen diagnostiserad typ2 diabetes

Författare: Karina Aronsson

Handledare: Ann-Christin Janlöv

Examinator: Kerstin Petersson

Empirisk studie

2010-05-24

## Sammanfattning

**Bakgrund:** I dagens samhälle flödar information från många olika håll. Kunskap förmedlas till patienter och anhöriga av olika professioner utan samordning, vilket kan leda till missförstånd. För patienter med diabetes typ 2 är det viktigt att få information som kan förstås och som är relevant för deras sjukdom. Genom patientutbildning kan patienten sedan bedriva egenvård och ta kontroll över sjukdomen. **Syfte:** Syftet med studien var att se hur patienter med nydiagnostiserad typ 2 diabetes förstår egenvård efter besök hos diabetessköterskan. **Metod:** En empirisk, kvalitativ intervjustudie genomfördes och innehållet analyserades med kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Graneheim och Lundman. **Resultat:** Det framkom under intervjuerna att ungefär hälften av deltagarna förväntade sig att drabbas av diabetes, då det fanns i släkten. Diabetes var naturligt att få vid en viss ålder, med eller utan egenvård. De flesta hade gjort förändring av kostvanor och rökning under de första månaderna efter diagnosen och fått bekräftat att egenvården gjort nytta. Många kände oro inför att inte orka fortsätta med de förändringar, men var ändå inte oroliga för framtiden. Andra hade fortsatt stor tillförsikt och visste att resultatet berodde på dem själv. **Slutsats:** Med eller utan tidig egenvård hade sjukdomen kommit ändå. Den första tiden efter diagnosen genomfördes förändringar och egenvården kändes viktig. När sedan känslan av att ”må bra” återkom, dalade motivationen. Med täta besök hos diabetessköterskan motiverades patienterna att fortsätta.

Nyckelord: Egenvård, Typ 2 diabetes, Nydiagnostiserad, Diabetessköterska, Patientutbildning

# The patient understands of Self-care in newly diagnosed type 2 diabetes

Author: Karina Aronsson

Supervisor: Ann-Christin Janlöv

Examinator: Kerstin Petersson

Emperical study

2010-05-24

## Abstract

**Background:** In today's society, information flowing from many different directions. Knowledge communicated to patients and families of different professions, without coordination, which can lead to misunderstandings. For patients with diabetes type 2, it is important to get information that is understandable and relevant to their illness. Through patient education, the patient may then engage in self-care and take control of the disease. **Aim:** The purpose of this study was to see how patients with newly diagnosed type 2 diabetes understand self-care after visiting the nurse. **Method:** An empirical, qualitative interviews were carried out and contents were analyzed using qualitative content analysis inspired by Granheim and Lundman. **Results:** It emerged during the interviews that about half of the participants expected to suffer from diabetes, when there was a family history. Diabetes was natural to get at a certain age, with or without self-care. Most patients had made changes in diet and smoking during the first months after beeing diagnosed and confirmed that self-care was useful. Many felt concerned about not being able to continue with the changes, but was not worried about the future. Others had continued very confident and knew that the outcome depended on themselves. **Conclusion:** With or without early self-care the disease would had come anyway. The first time after beeing diagnosed, change and self-care felt important. When the sense of "feel good" reappeared, the motivation faded. With frequent visits to the nurse, the patients were motivated to continue.

Keywords: Self-care, Type 2 diabetes, Newly diagnosed, Diabetes Nurse, Patient Education

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>6</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>9</b>
<b>METOD</b> .....	<b>9</b>
Teoretisk referensram .....	9
Orems omvårdnadsteori.....	9
Transteoretisk modell .....	10
Definitioner.....	10
Egenvård vid diabetes.....	10
Design.....	11
Kontext .....	11
Urval.....	11
Genomförande .....	13
Datainsamling .....	13
Analys.....	14
Förförståelse .....	15
Etiska övervägande .....	16
<b>RESULTAT</b> .....	<b>16</b>
Förståelse av brist på Egenvård.....	17
Att bara vänta på .....	17
Att inte vara förberedd.....	18
Att låta andra ta ansvar .....	19
Att vara besviken på sig själv .....	19
Förståelse av resultat genom användning av Egenvård.....	20
Att sluta röka .....	20
Att äta rätt.....	20
Att motionera .....	22
Övrig egenvård .....	23
Förståelse av brist på Egenvård för framtida komplikationer .....	23

Att återgå till tidigare mönster .....	23
Att förstå brist på egenvård.....	24
Att känna oro.....	24
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>25</b>
Metoddiskussion .....	25
Resultatdiskussion .....	26
<b>SLUTSATS.....</b>	<b>29</b>
Fortsatt forskning.....	29
<b>REFERENSER.....</b>	<b>30</b>
Bilaga 1 Brev till Verksamhetschef	
Bilaga 2 Brev till Diabetessköterska	
Bilaga 3 Brev till Studiedeltagare	
Bilaga 4 Intervjuguide	

## BAKGRUND

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska hälso- och sjukvårdspersonal ge patienter och närstående nödvändig information samt när det finns behov, ge utbildning/undervisning. Råd och information förmedlas till patienter och/eller närstående av många olika professioner, alla oberoende av varandra. Bristande samordning av information kan leda till mer förvirring än stöd hos den patient/närstående som är mottagare av innehållet. Patienter uttrycker ofta att de får för lite eller obegriplig information och att de inte får delta fullt ut i olika beslut i vård och omvårdnad som gäller dem själva (Klang Söderkvist 2001). Enligt Socialstyrelsen är information till patienten en viktig del i omvårdnaden, liksom att befrämja hälsa, förhindra ohälsa eller försämring i hälsotillstånd. Rådgivning och vägledning betyder mycket för patientens möjlighet att själv kunna hantera sin situation i hemmet (SOSFS 1993:17). I omvårdnadssituationer där information ska ges, är det av vikt att patienten också blir sedd, bekräftad och lyssnad på. Individens tillåtelse utvecklas när det gäller kapacitet och inre mognad, detta ger patienten verktyg att fatta rationella och kloka beslut, genomföra besluten och värdera resultaten. Dvs. genom att förstå sin sjukdom och vilka konsekvenser det innebär i livet kan patienten göra medvetna val (Rankin, Stalings & London 2005).

Diabetes mellitus representerar en grupp sjukdomar som innebär att patienten har kroniskt förhöjt blodsocker som gemensam faktor. Sjukdomen har två huvudformer: typ 1 och typ 2 diabetes. Diabetes Typ 1 debuterar ofta i yngre ålder och är en autoimmun sjukdom, vilket innebär att bukspottskörtelns insulinproducerande betaceller förstörts av kroppens eget immunförsvar. Följden av detta blir brist på eget insulin och senare upphörande av den egna insulinproduktionen som måste ersättas med insulin via injektioner (Agardh, Berne & Östman 2005). Vid Typ 2 är förmågan att producera insulin inte helt upphävd, kroppen har även en ökad motståndskraft mot insulin. De drabbade är ofta överviktiga med högt blodtryck och förhöjda blodfetter. Förmågan att producera insulin finns, men i otillräcklig mängd för att kompensera det ökade behovet som övervikten medför. Dessutom har insulinet sämre effekt på dessa personer (Agardh et al 2006). I Sverige finns det uppskattningsvis ca 350,000 diabetiker, detta motsvarar ca 4 % av Sveriges befolkning, varav 85-90% har typ 2 diabetes (SBU-rapport 2009). Diabetessjukdomen är ett kroniskt tillstånd som kan vara handikappande, det präglas av förbud och begränsningar. Personer med diabetes uppmanas att leva ett så normalt liv som möjligt (Hörnsten 2004). Målet med behandling av diabetes är att

med bibelhållen livskvalitet förhindra akuta och långsiktiga komplikationer (Agardh et al 2005).

För att få kontroll över sjukdomen krävs en livsstilförändring med hjälp av egenvård som innebär förändrade kostvanor, regelbunden aktivitet, följsamhet till medicinering och blodsocker. Sjukdomen innebär egna blodsockerkontroller eller kontroller av sjukvården. Det är svårt för patienterna att leva ett normalt liv, en balansgång mellan sjukdom och hälsa. En balansgång mellan egenkontroll och att bli kontrollerad av andra, att acceptera sin sjukdom (Paterson, Thorne & Dewis 1998). Hörnsten (2004) har i sin forskning sett att det tar upp till fyra år innan patienten har integrerat sjukdomen i sitt liv och kan ta ställning till allvarlighetsgraden, förhandla om ändrad livsstil och så småningom förlika sig med att sjukdomen kräver viss hantering (a.a.). Enligt Rankin et al (2005) är det en grundläggande strävan hos människan att försöka öka sitt välbefinnande och sin livskvalitet. Viljan att ändra ett beteende bör vara kopplad till en positiv känsla för att en förändring ska påbörjas och därefter bli bestående. Dessutom måste personen tro att förändringen går att genomföra (a.a.). Sjukvården önskar ofta snabbare resultat och har svårt att acceptera att förändringar tar lång tid.

I Sverige kallas diabetiker av vårdcentralen till frekventa kontroller genom diabetesmottagning eller läkare, enligt riktlinjer utformade av Socialstyrelsen. Riktlinjerna anger behandlingsstrategier för personalen och patienters egenvård ses som en viktig del av behandlingen (Thors Adolfsson, Smide, Rosenblad & Wikblad 2009). Forskning av Edwall, Hellström Öhrn & Danielsson (2007) visar att patienter som regelbundet går till sin diabetessköterska, för att få hjälp och stöd, blir styrkta i sin roll och vågar ta del i det vardagliga livet när de känner att sjukdomen är under kontroll (a.a.). Jallinoja, Absetz, Kurponen, Nissinen, Talja, Uutela och Patja (2007) har sett att det finns en förutsägbarhet för hur patienten klarar av att genomföra en livsstilförändring som personalen omedvetet står för. Detta kan hindra en förändring hos patienten om denna inte känner att diabetessköterskan eller läkaren tror på honom/henne (a.a.). Parkin och Skinnert (2003) menar att många patienter inte tycker det är viktigt att sköta sin sjukdom, egenvård, de har inte i vården fått tillräckligt stöd i att utveckla sin kunskap (a.a.). I Heisler, Brouknight, Hayward, Smith och Kerr (2002) studie visar att ca 30 % av personer med diabetes, inte följer de

rekommendationer om egenvård som diabetessköterskan ger (a.a.). Höga förväntningar sätts på patienterna för att få bukt med blodsockerkontroll, matintag, daglig motion och att sluta röka. Många diabetiker känner sig utpekade pga. den stigmatisering som de fortfarande kan mötas av i samhället, men en förändring har skett genom media och allmänhetens ökade kunskap om diabetes. Det kan vara svårt att få till en förändring när självkänslan är svag (Broom & Whittaker 2003).

En förutsättning för att få en väl fungerande egenvård är att kunna erbjuda patienter en patientutbildning. Patienten kan välja mellan olika former av patientutbildning, men mycket är beroende av vad vårdcentralen har att erbjuda (SBU-rapport 2009). Ma, Warren, Phillips och Stanek (2006) menar att i individuell utbildning har diabetessköterskan eller läkaren ansvaret för att utbilda patienten i sjukdomen och dess behandling och hur den bäst ska hanteras sin egenvård. Utbildningen ska utgå från individens personliga behov av stöd och utbildning (a.a.). Grupputbildning erbjuds genom vissa sjukhus med så kallade dagvårdsveckor, föreläsning i grupp, praktiska moment, men även individuell genomgång erbjuds (SBU-rapport 2009). Kognitiv beteendeterapi (KBT) erbjuds vissa personer som ett stödprogram. Motivationshöjande samtal ("motivational interviewing", MI) innebär att uppnå en ökad motivation till beteendeförändring (Channon 2007).

I de nya riktlinjerna för diabetesvården 2010, uttrycker Socialstyrelsen att patientutbildning i egenvård har en central och därmed starkt integrerad roll i vården av personer med diabetes. Patienten fattar dagligen många viktiga beslut om hanteringen av sin sjukdom. Målet för utbildningen är därför att öka patientens förutsättningar för en välfungerande egenvård som kan ge en god kontroll av riskfaktorer för ohälsa med bibehållen god livskvalitet. En förutsättning för ett bra resultat är att effekten av genomförda utbildningar utvärderas och följs upp kontinuerligt. Patientutbildning kan utföras individuellt eller i grupp. Såväl ämneskompetens som den pedagogiska kompetensen hos utbildaren är av betydelse. (Socialstyrelsen 2010).

Det är en viktig uppgift i diabetessköterskans arbete att professionellt bemöta och stödja patientens kraft att själv genomföra en livsstilsförändring för att kunna ta kontrollen över sitt liv. Det behövs mer forskning kring hur patienter under den första tiden bäst kan ta till sig



kunskap för att komma igång med den egenvård som gynnar dem till ett bra liv, nu och i framtiden.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att undersöka hur patienter som nyligen fått diagnosen diabetes typ 2 förstår betydelsen av sin egenvård. Patienten har varit på besök hos diabetessköterskan.

## **METOD**

### *Teoretisk referensram*

#### **Orems omvårdnadsteori**

Dorothea Orem (1996) omvårdnadsteori består av tre delar; Teorin om Egenvård, Teorin om Egenvårdsbrist och Teorin om omvårdnadssystem. Orem försöker i teorin om egenvård förklara dess innebörd som en målinriktad handling, som människan på eget initiativ utför för sig själv eller för beroende och behövande anhöriga. Egenvård är ett beteende som lärts in genom interaktion och kommunikation i större sociala grupper. Alla har vid lika förhållanden och mognad den potential som krävs för att utföra egenvård. Människor utvecklas olika, intellektuellt och genom praktiska färdigheter. På så sätt får de den motivation som är nödvändig för att utföra egenvård. Det handlar om åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid enkla och vanliga sjukdomar och skador, behandla sig själv. Hur väl en person kan utföra sin egenvård påverkas av olika faktorer som ålder, utveckling, erfarenhet, inre och yttre resurser och kulturell bakgrund (ex. religion) (a.a.). Teorin om egenvård är indelad i tre stadier.

1. Personen måste ha kunskap om egenvårdsåtgärden och dess betydelse för liv, hälsa och välbefinnande.
2. Överväga kunskapen.
3. Fatta beslut om att utföra egenvårdsåtgärden eller inte

Vidare beskriver Orem att då en person inte längre kan vidmakthålla en god egenvård som är godtagbar ur personlig- och hälsosynpunkt måste sjuksköterskan stödja personen i egenvårdsbesluten. Genom att hela tiden lära och utvecklas får människa en ökad kunskap om

sin egenvård. Miljön kring individen påverkar förmågan till inläring och utveckling (Orem 2001).

I teorin om egenvårdsbrist beskriver Orem (2001) att människans möjlighet att utföra egenvård grundar sig i att kunna hantera jaget i en miljö som både är stabil och föränderlig. Detta kan bero på hur människan värderar livet, hälsa och välmående. Egenvårdsbristen kan bero på otillräcklig kunskap, eller hur mottaglig människan är för ny kunskap.

Teorin om omvårdnadssystem av Orem (2001) består av teorin om egenvård och egenvårdsbrist. Teorin fokuserar på sjuksköterskans uppgift, omvårdnad och den kunskap och färdighet som är nödvändig för denna uppgift. Sjuksköterskan avgör om det finns en befintlig eller potentiell obalans mellan egenvårdsbehov och egenvårdsbrist som handlar om människans hälsa.

### **Transteoretisk modell**

Det finns olika modeller för att förmå patienter att göra en livsstilförändring. Den ”Transteoretiska modellen” är en beskrivning av den utveckling människor genomgår när de försöker genomföra avsiktlig förändring i sina liv och åtminstone i några faser av förändringen själva är medvetna om förändringsarbetet. Modellen fokuserar på personens beslutsfattande förmåga och trycker på att varje person har en speciell tilltro till sin förmåga att klara av saker. Den transteoretiska modellen är så nära knuten till motiverande samtal att det varit svårt för användarna att skilja dem åt. Teorin lägger mindre skuld på de sociala och biologiska faktorerna än vad andra teorier gör (Bart & Näsholm 2008).

### *Definitioner*

#### **Egenvård vid diabetes**

Egenvård är de aktiviteter som patienten måste vidta dagligen för att ha kontroll över sin diabetes i olika livssituationer. Patientens måste balansera kost, motion och diabetesläkemedel för att uppnå en optimal blodglukosnivå (SBU-rapport 2009). Egenvård innebär också att patienten kan utföra självkontroll av blodglucos, kunna tolka resultaten och vidta åtgärder med blodsockertestremsan som grund. Självkontroll av blodsocker gör det möjligt att rätt

anpassa förhållanden mellan insulin och/eller tabletter, mat och motion, samt att lösa akuta problem, som vid insulinkänning eller annan sjukdom. För att uppnå optimal blodsockerkurva och undvika komplikationer på grund av sjukdomen kan livsstilsförändring vara en lösning (Svenska Diabetesförbundet 2010)

### *Design*

I den empiriska studie som genomfördes var syftet att undersöka hur patienter som nyligen fått diagnosen diabetes typ 2 förstår betydelsen av sin egenvård. Den kvalitativa metoden ger möjlighet att fånga upp de egna upplevelserna och nyanserna hos olika individer när det gäller sättet att reagera och resonera på (Trost 1997). Den kvalitativa forskningen är flexibel och anpassningsbar utifrån vad som framkommer under datainsamlingen och syftar till att förstå helheter och beskriva en företeelses kvaliteter (Polit & Beck 2004).

### *Kontext*

Två av vårdcentralerna tillhörde Region Skåne och två Landstinget Kronoberg. De fyra diabetessköterskorna som hämtade fram patientlistorna var alla distriktssköterskor med en kompletterande diabeteskompetens från högskolan om 15 högskolepoäng. Informanterna i studien bodde i närområdet kring den vårdcentral de regelbundet besökte. De hade under större delen av sitt liv varit friska. De hade haft diagnosen diabetes mellan 3 månader och 10 månader. Alla hade varit på besök hos diabetessköterskan vid minst tre tillfällen några hade fått besked och lite information av sin läkare (se tabell 1). En var i dagsläget pensionär och hade tidigare endast drabbats av en hjärtinfarkt. En av kvinnorna var arbetslös och en av männen var för tillfället ”hemmaman” och verkade trivas med det. Samtliga deltagare utom en bodde i villa i eller strax utanför ett mindre samhälle. Informanten som var pensionär bodde ensam och i en lägenhet, han berättade om ett rikt socialt liv. Övriga levde i en parrelation.

### *Urval*

I denna studie skedde urvalet genom ett ändamålsenligt urval, varje deltagare skulle uppfylla vissa kriterier (Patton 2002). Urvalskriterierna var patienter mellan 18 år och 75 år, med diagnostiserad diabetes typ 2 sedan högst tolv månader. Ålder valdes med tanke på att patienter räknas som vuxna från och med 18 års ålder. Författaren hade först valt 65 år som en naturlig övre gräns dvs. ålderspension. Vid samtal med en av diabetessköterskorna, före

utskick om förfrågan av deltagande, var andelen patienter med nydiagnostiserad diabetes under 65 år lika med noll hos denna diabetessköterska. Därav höjdes åldern med ytterligare 10 år. Patienterna skulle ha varit på minst två besök hos diabetessköterskan med några veckors mellanrum. Enligt Socialstyrelsen (2010) behövs flera besök hos diabetessköterskan för att starta en förändringsprocess, dvs. ändra vanor, fylla på med information, förtydliga informationen, få den upprepad och följa upp processen (a.a.) Diabetessjukdomen skulle vara den enda diagnostiserade sjukdomen (metabola sjukdomar inräknas) för att få fokus på egenvård för patienter med diabetes. Kost-, tablett- och insulinbehandlade gjorde ingen skillnad utan alla inkluderades.

Polit och Beck (2004) anger inte något rekommenderat antal av hur många informanter som en studie bör omfatta, utan antalet är beroende av studiens syfte och intervjuernas kvalitet. Av

<b>DELTAGARE</b>	<b>BEHANDLING</b>	<b>UPPTÄCKT PÅ</b>	<b>FÖRSTA INFORMATION AV</b>
Man	Tabletter	Sjukhus mottagning	1.Läkare 2.Diabetes ssk
Kvinna	Tabletter	Vårdcentral	Diabetes ssk
Man	Kost	Vårdcentral	Diabetes ssk
Man	Tabletter	Vårdcentral	Diabetes ssk
Man	Kost	Vårdcentral	Diabetes ssk
Kvinna	Kost	Sjukhus mottagning	Diabetes ssk
Man	Insulin	Vårdcentral	Diabetes ssk
Man	Kost	Själv	1.Läkare 2.Diabetes ssk
Man	Tabletter	Själv	1.Läkare 2.Diabetes ssk
Man	Tabletter	Vårdcentral	1.Läkare 2.Diabetes ssk

**Tabell 1.** Information om intervjuade informanter

totalt 17 patienter som fick brev om förfrågan om medverkan i studien, var 12 män och 5 kvinnor. Tio patienter mellan 34 år och 75 år, valde att medverka i studien. Två av männen ansåg inte att de hade diabetes och ville därför inte delta. En man ansåg att uppgifterna skulle kunna hamna i orätta händer och avböjde pga. av detta. En annan man som tackat ja till att medverka, fick förhinder och ansåg sig tvungen att hoppa av. Totalt åtta män kom att medverka (tabell 1). Av de fem kvinnorna som fick förfrågan, avböjde en av dessa medan en annan inte svarade i telefon. Ytterligare en kvinna visade sig ha en för hög ålder och fick därför uteslutas. Totalt kom 2 kvinnor att medverka (tabell 1).

### *Genomförande*

Kontakt togs med två verksamhetschefer på vårdcentraler med tillhörande diabetesmottagning i nordöstra delen av Region Skåne samt en i södra delen av Landstinget Kronoberg, totalt fyra vårdcentraler. Efter att verksamhetschefen godkänt togs sedan kontakt med fyra olika diabetessköterskor från fyra olika vårdcentraler (en verksamhetschef hade ansvar för två vårdcentraler) från ovan nämnda vårdcentraler (bilaga 2.). Diabetessköterskorna tog sedan fram patienter från sina listor, som motsvarade urvalskriterierna för studien. Tre av diabetessköterskorna kontaktade sina utvalda patienter för att kort informera om studien och förhöra sig om de fick lämna ut telefon och adress till författaren. En diabetessköterska överlämnade de patienter hon hade som uppfyllde kriterierna, genom att överlämna ett utdrag på de senast kallade nydebuterade patienterna. Alla patienter som motsvarade urvalskriterierna fick ett informationsbrev med posten (bilaga 3.), för att sedan kontaktas av författaren med förfrågan om eventuellt deltagande i studien. Under telefonsamtalet informerades deltagaren återigen om syftet med studien och att allt material behandlades konfidentiellt under studiens gång och att endast författaren och handledaren hade tillgång till materialet. Även att all information som rörde deltagarna var inlåst och skulle efter studiens avslut förstöras. Det poängterades även att deltagandet var helt frivilligt och kunde när som helst avbrytas.

### *Datainsamling*

Som datainsamlingsmetod valdes att göra intervjuer. Enligt Polit och Beck (2004) bygger datainsamlingen i kvalitativa metoder oftast på intervjuer som ger berättande svar. Enligt Kvale (1997) är samtalet ett samspel mellan två olika människor för att få veta något om

erfarenheter, känslor och förhoppningar i den värld de lever i. Samtalet blir ett utbyte av synpunkter kring gemensamma intressen, så att ny kunskap växer fram (a.a.).

Kvale (1997) skriver vidare att forskningsintervjun bygger på vardagens samtal och är ett professionellt samtal, men det är forskaren som i större utsträckning definierar och kontrollerar situationen. Det är forskaren som presenterar ämnet och som också kritiskt följer upp det (a.a.). En intervjuguide (bilaga 4) med fem bakgrundsfrågor ställdes kring ålder, behandlingsform och upptäckt av sjukdomen. Vidare i intervjuguiden följde tolv halvstrukturerade frågor, som är enligt Kvale (1997) en kombination av öppna och slutna frågeställningar. Det finns på förhand bestämda frågeområden och uppföljningsfrågor, de följer även en intervjuplan (a.a.).

Först genomfördes en pilotintervju där frågorna provades. Efter transkribering av pilotintervjun och analys av innehållet, ändrades någon fråga för att ytterligare komma syftet närmare. Ytterligare en pilotintervju gjordes, med justering av en fråga, därefter har samtliga deltagare fått samma frågor. Keats (2000) menar att en öppen fråga kan ge intervjuaren potential till att förstå informantens uppfattning om fenomenet som studeras. Informanten beskriver ämnet utifrån eget seende och intervjuaren kan därefter vid behov ställa följdfrågor (a.a.).

Intervjuerna genomfördes under februari månad 2010. Informanterna fick själva välja plats. En intervju genomfördes i en bil, då deltagaren inte hade möjlighet att träffas vid annan tidpunkt än under sin lunchrast, men ville gärna medverka. Övriga intervjuer genomfördes i informanternas hem (n=9) och intervjuerna tog mellan 10 till 53 minuter. Intervjuerna spelades in med en diktafon och varje intervju gavs en kod av diktafonden. När diktafonden stängdes av och intervjun med alla frågor var ställda, pratade flertalet av informanterna vidare. Denna information skrevs ner och finns även den med i intervjumaterialet. En intervju per dag genomfördes och transkriberingen gjordes samma dag, för att behålla rätt minnesbild vid transkriberingen. Den transkriberade texten till respektive intervju, fick samma kod som den i diktafon. Totalt tjugofem sidor transkriberad textmassa. Allt material förvarades inlåst och ingen annan än författaren själv och handledaren har haft tillgång till innehållet.

## *Analys*

Kvalitativ innehållsanalys valdes enligt Polit och Beck (2004) eftersom den letar efter berättande data och bildar mönster kring olika tema som finns i texten. I

omvårdnadsforskning inriktas studier ofta på möten och samtal som förs mellan människor och det är då lämpligt att använda kvalitativ analys. Analysen genomfördes enligt Lundman och Granheims (2008) rekommendationer. Intervjuerna lästes om flera gånger för att få en övergripande känsla för innehållet. Analysprocessen fortsatte sedan med en grov strukturering av intervjuerna och delades därefter upp i olika domäner. I texten plockades meningsenheter ut av ord, meningar och stycken av texten. Dessa utgjorde grunden för analysen. Texten kondenserades och kortades ner för att göra den mer lätt tillgänglig för att sedan kodas. En kod är en etikett på en meningsenhet om kortfattat beskriver dess innehåll. En kategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll. Till sist skapas tema som utgör en tråd av mening genom kategorier, på en tolkande nivå (tabell 2). I det slutliga resultatet förstärks innehållet med citat från intervjuerna.

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad Meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Det är naturligt vid min ålder att få diabetes och man kan ju få det lite till mans	Det är naturligt att få diabetes  Alla kan få diabetes	Naturligt att få diabetes	Att bara vänta på	Förståelse av brist på egenvård (1)
Det var en tidsfråga, så det var inte o- väntat	Det var en tidsfråga  Alla kan få det	Inte oväntat  Tidsfråga		
Åldersdiabetes har ju funnits i släkten	Åldersdiabetes i släkten	Finns i släkten  Åldersdiabetes		

**Tabell 2** Exempel på analys av processen

(Inspirerad av Lundman & Granheim (2008), sid. 166-167)

### *Förförståelse*

I kvalitativ forskning tolkar forskaren data. Hur tolkningen sker är alltid beroende av de perspektiv eller den förförståelse tolkaren har (Forsberg & Wengström 2003). Författaren har

mött diagnostiserade patienter med diabetes typ 2 på sitt arbete, och har också fördjupning i ”vård av patienter med diabetes del 1 och del 2”. Vidare finns i nära socialt nätverk personer som har diabetes. Författaren har varit medveten om sin förförståelse och inte låtit sig otillbörligen påverkas av detta. Intervjuerna genomfördes på kvällstid eller på helgen i informanternas hem. Författaren såg inte informanterna som patienter utan fokuserade enbart på att intervjua och inte informera om sjukdomen, då hon istället hänvisade till deras diabetessköterska.

### *Etiska övervägande*

Samtycke till intervjuerna och behandling av materialet skedde efter Forskningsetisk policy och organisationen i Sverige, f.d. Medicinska forskningsrådets nämnd för forskningsetik (MRF-rapport) riktlinjer (MRF-rapport 2, 2003). Förutsättningen för att informerat samtycket ska vara värt något är inte bara att informanterna förstått informationen, det måste även vara frivilligt. Samtycket ska vara skriftligt och muntligt. Det grundläggande kravet på en god information innebär att forskaren skall se till att tilltänkta patienter eller försökspersoner informeras på ett sätt och med ett språk som de förstår. När urvalet av informanter gjorts och data insamlats, skall dessa intervjuer förvaras och analyseras. Vid konfidentialitets krav kan varken obehöriga eller forskaren själv koppla samman data med identifierbara individer (a.a.). All information har getts både muntligt och skriftligt. Alla informanter i denna studie har samtyckt till deltagande och blivit informerade om att deltagandet är frivilligt. De kan närhelst de önskar och utan konsekvenser avsäga sin medverkan i studien (bil 3). Samtliga informanter har fått information att allt material behandlas konfidentiellt och att ingen på de berörda mottagningarna kommer att veta var informanterna hör hemma vid återförandet av studien i deras verksamhet. Vid bandinspelningen nämndes inga namn och inga namn fanns heller med på de kataloger inspelningarna är sparades på för att inte kunna identifiera de personer som varit med i studien. Detta påtalades även vid intervjuens begynnelse för att bespara informanternas eventuella oro för att bli identifierad.

## **RESULTAT**

Tre huvudkategorier framkom vid analys av textmaterialet; Förståelse av brist på egenvård, Förståelse av resultat genom användning av egenvård och Förståelse av brist på egenvård för



framtida komplikationer (tabell 3). De kursiverade avsnitten avser citat från intervjuer och är numrerade efter intervjuföljden.

Kategori	Förståelse av brist på egenvård	Förståelse av resultat genom användning av egenvård	Förståelse av brist på egenvård för framtida komplikationer
<b>Underkategori</b>	Att bara vänta på	Att sluta röka	Att återgå till tidigare mönster
	Att inte vara förberedd	Att äta rätt	Att förstå brist på egenvård
	Att låta andra ta ansvar	Att motionera	Att känna oro
	Att vara besviken på sig själv	Övrig egenvård	

**Tabell 3** Rubriker i kategori och underkategori.

### *Förståelse av brist på Egenvård*

#### **Att bara vänta på**

Sju av informanterna förväntade sig att de skulle få diabetes så småningom eftersom det fanns i släkten. Hur de levtt tidigare trodde de inte egentligen hade någon orsak till att de fick diabetes, den kom ändå. De verkade heller inte se sjukdomen som något de blev drabbade av, utan mer som ytterligare en ålderskrämpa. Så resonerade även två andra som inte hade diabetes i släkten. De uttryckte att det var naturligt vid en viss ålder att drabbas av diabetes oavsett hur man levtt tidigare.

*Det är naturligt vid min ålder, det blir 2 tabletter extra, inget värre (1)*

*... jag kände väl till det mest innan vad man ska göra, men jag visste ju att jag skulle få socker... det har jag levtt med länge(5)*

En av de medverkande, som också hade många släktingar med diabetes, ansåg att han borde ha tänkt mer på hur han levde, men var ändå glad att det dröjt så länge. Han tyckte ändå att han levt ganska hälsosamt, med mycket friluftsliv, men visste också att han ätit mycket onyttigt som läsk och godis. Han menade att han visste ju att han skulle få det ändå, så det spelade ingen roll.

*Sent ska syndaren vakna (9)*

### **Att inte vara förberedd**

En av informanterna kände sig extra hårt drabbad då han alltid varit mycket ute i naturen, cyklat och promenerat. Maten hade han inte heller något dåligt samvete för, eftersom han alltid åt väldigt näringsriktig mat. Han hade inte känt att han var i farozonen för att få diabetes även om hans syster hade denna sjukdom. Av den orsaken att systemen haft det väldigt besvärligt med sin diabetes, fann han det mycket viktigt att sköta sig extra noga. Han var oerhört besviken över att ha blivit drabbad och det hade tagit lång tid för honom att acceptera den. Han uttryckte att sjukdomen ändå inte hade begränsat hans liv särskilt mycket och hade nu ändå accepterat den.

*... jag blev väldigt ledsen helt enkelt... jag har ju levt väldigt hälsosamt så det var inget jag förväntade mej, jag är ute och cyklar och går... cyklar flera mil i veckan... så jag tycker inte att jag ska ha det...(7).*

En deltagare tyckte det kändes snopet att få diagnosen, eftersom han varit väldigt medveten, om hur man ska leva och tyckte själv att han levde hälsosamt. Han hade ingen i släkten som hade diagnosen och hade inte en tanke på att drabbas. Under en period blev han arbetslös och mådde inte så bra. Han gick upp i vikt, svullnade om benen, fick högt blodtryck. Han beskrev hur han lyckades vända viktuppgången och blodtrycket, han tyckte själv att han började känna sig bättre. Men vid en uppföljande läkarkontroll visade det sig att han hade höga glukosvärden och fick därefter diagnosen.

En annan av informanterna, kände inte till diabetes eller vad det innebar. Han beskrev att han under hela sitt liv hade levt väldigt gott, utan att tänka på följderna. Han visste mycket väl

att det var ett dåligt leverne, men han tyckte om att leva i nuet och hade inte haft någon tanke på att drabbas av någon sjukdom. Han hade alltid mått väldigt bra, men plötsligt verkade hela kroppen säga ifrån och då var det försent.

### **Att låta andra ta ansvar**

En av de yngre informanterna ansåg att sjukvården borde reagerat på hans värden tidigare, när han varit på besök hos läkare och han hade glukosvärden som inte var tillfredsställande. De hade nog sagt någonting om att han var i riskzonen för diabetes, men ingen hade gjort någonting åt det. Han menade samtidigt att då både hans pappa och morfar var diabetiker, så var det ju ändå en tidsfråga innan han själv fick diagnosen diabetes.

*Vårdcentralen... de tog det inte så allvarligt... jag visste ju inte hur värdena ska ligga, de borde följt upp det... på sjukhuset tyckte de att proverna var alldeles för höga... de lovade ju att skicka papperna till vårdcentralen, men inget hände(4)*

Även två andra deltagare menade att vårdcentralen borde följt upp vissa prover, när de låg på gränsen, för att kanske slippa att drabbas av diabetes i framtiden.

### **Att vara besviken på sig själv**

En av de kvinnliga informanterna menade att hon visste precis vad som var viktigt att göra för att inte behöva drabbas. Trots detta hade hon inte funnit någon motivation till att ändra på några vanor. Hon hade haft graviditetsdiabetes vid båda sina graviditeter och då träffat en diabetessköterska regelbundet både före och vid två tillfällen efter förlossningarna. Hennes bristande motivation trodde hon berodde på att diabetessköterskan bara uttalat en mängd regler och måsten. Hon var besviken på att diabetessköterskan inte hade lyssnat på vad hon ville veta och vilka svårigheter som fanns i hennes vardag med små barn och hus som höll på att renoveras. Hon tvekade inför det första besöket pga. den tidigare upplevelsen.

*... så jag var inte jätteglad över att behöva gå dit, men jag fick ju gå dit för det var ju nödvändigt... förra gången var det en massa pekpinnar och fy, fy, fy... du ska inte, du ska inte... usch (2)*

Kvinnan var väldigt besviken på sig själv över att hon inte började med förändringar långt tidigare.

### *Förståelse av resultat genom användning av Egenvård*

Motivationen i sig tyckte en del var att bli drabbad av sjukdomen och att det då var dags att göra något åt det. Egenvård för samtliga deltagare var kost och motion.

### **Att sluta röka**

Tre av informanterna var rökare. En manlig informant som rökte, var i full gång med att försöka sluta och deltog i ett speciellt program för detta. Han verkade väldigt motiverad. Han uttryckte själv att den största motivationen berodde på att han hade haft väldigt svårigheter med andningen för några månader sedan. Om det bara ankom på hans diabetes, trodde han inte att det hade varit skäl nog att sluta. I dagsläget rökte han 5 cigaretter om dagen. Han ansåg att han idag mår bra med andningen och hoppades att motivationen skulle hålla i sig för att fullfölja programmet. Hans fru rökte, men stöttade honom, hon hade dock inte planerat att sluta nu, men menade att hon kunde sluta när som helst.

Den kvinnliga rökaren, funderade på att sluta och kunde tänka sig att få hjälp med detta. Hon visste om att det fanns en distriktsköterska som hade hand om rökavvänjningen på vårdcentralen. Hon visste inte än om hon ville, eftersom hon var rädd för att vikten skulle påverkas negativt. Den tredje deltagaren hade inga funderingar än så länge på att sluta och tyckte inte att argumenten varit tillräckligt tydliga för att sluta.

*Hon (diabetessköterskan) sa till mej att tänka på det... men det får komma efterhand. Jag har funderat på att köpa nikotintuggumi och dra ner på rökningen efterhand (6)*

### **Att äta rätt**

Alla informanterna hade på något sätt gjort förändringar i kosten, börjat äta mer grönsaker och äta regelbundet. Tre av dem hade redan gått ner i vikt efter genomförda förändringar. En

av informanterna hade fått ett väldigt skarpt brev från läkaren om hur viktigt det var för honom att gå ner i vikt. Det gav honom ytterligare motivation till att tänka på bra matvanor, men trots mycket förändringar i kosten, har viktreduktionen uteblivit och det kände han stor frustration över.

*... jag har gått ner fyra kg sedan första besöket... det är nog grönsakerna som har hamnat på tallriken varje middag (6)*

*... sockret tog jag bort den första dagen... ska det göras är det lika bra att börja med en gång (5)*

Två av deltagarna provade på att äta GI-kost (kost med lågt glykemiskt index). Flertalet av informanterna tyckte det var svårt att veta vad som var bra att äta för att ha kontroll på sitt blodsocker. De hade fått mycket information från sina diabetessköterskor om kost, men när de stod i affären och skulle välja kändes det svårt. Någon uttryckte att det hade varit bra att handla tillsammans med diabetessköterskan en gång för att få mer handfasta råd. De hade fått information om hur innehållsförteckningen skulle läsas på maten, men fann det svårt ändå. De hade även fått mycket broschyrer om vilken sorts mat som var bra och några visste var på nätet det fanns tillförlitlig information. En deltagare saknade informationen om vilken mat som inte alls var bra att äta.

Sex av deltagarna hade fått en blodsockerapparat för att själva kunna kontrollera sitt blodsocker. Två av dessa visste inte varför de hade fått en blodsockerapparat. De visste hur de skulle ta blodsocker, men inte vad värdet innebar eller vad de skulle göra med det. En hade vid ett tillfälle fått ett värde, som när han läste i instruktionsboken, stod att han skulle ta kontakt med en läkare, vilket han inte gjorde. Båda informanterna var besvikna över att inte veta hur värdena skulle hanteras. De skulle på återbesök hos sin diabetessköterska om några veckor. Övriga som hade fått en blodsockerapparat, visste hur de skulle tolka de värden de fick. Många använde den för att se hur den mat de åt påverkade blodsockret. Några visste inte riktigt när de skulle använda sig av den, men tog lite prover då och då för att se hur värdet låg. Det gick åt mycket provstickor. Några av de andra informanterna var besvikna över att de inte

fått någon blodsockerapparat och också frågat sin diabetessköterska efter en. De tyckte att en blodsockerapparat kunde vägleda dem till rätt sorts mat.

*Jag har inte fått någon blodsockerapparat och det hade varit bra när man ska hålla igen med mat och vissa grejer, et är svårt att veta hur mycket olika saker som bröd påverkar... hade man haft en sån apparat kundet varit lättare... men det har dom dragit in på (6)*

Övriga informanter kände inte till syftet med att ha en blodsockerapparat utan tyckte att det räckte med den information som de fått av diabetessköterskan gällande maten. En av deltagarna skulle vilja ha hjälp med att hitta en matlagningskurs för diabetiker.

### **Att motionera**

Två av informanterna menade att de alltid hade motionerat och hade inte gjort några ändringar sedan de fått diagnosen diabetes. En tyckte dock att det varit svårt i vinter, med att få till motion på vanligt vis. Den andre var mycket ute och jagade och aktiverade sig med sina hundar och det fungerade bra även denna vinter. Tre av informanterna var i full gång med att utföra någon slags aktivitet. De upplevde att det var svårt just nu med motion utomhus, då vädret var kallt och det var mycket snö. Stavgång hade de provat på och det gick ganska bra trots snön, åtminstone någon dag i veckan. En tyckte styrketräning var bra, han kunde gå dit när som helst och gick ofta på morgonen när det var lugnt där. Den tredje uppgav att hon inte tyckte om att svettas i grupp och hade därför införskaffat en crossrider, hon tyckte det fungerade bra. En av dessa hade tidigare varit aktiv motionär.

Tre av informanterna utförde ingen aktivitet alls i nuläget, det var svårt att få ihop med arbete, hem och familj. De verkade inte ha några planer och de ville inte heller ha hjälp med att komma igång med någon aktivitet. De övriga två informanterna hade planer på att börja men fann det svårt att utföra någon aktivitet nu under vintern. En hade en motionscykel på vinden, men den hade inte kommit ner än. Båda var ute och gick när vädret tillät, de tyckte heller inte om att delta i motionsgrupper.

*... motionen, men det är svårt, man hinner inte med när man jobbar... jag kommer hem sent (4)*

Ingen av deltagarna hade blivit erbjuden att få ett FYSS-recept (Fysisk aktivitet på recept) för att finna nya intressanta aktiviteter.

## **Övrig egenvård**

Fyra av informanterna hade sämre känsel i fötterna, två av dem kände inte till att det är viktigt att kontrollera sina fötter regelbundet. De två andra trodde nog att de hade fått sådan information, men kom inte ihåg detta. Ingen av deltagarna kände till att sår läker sämre på dem som har diabetes och att det därför är viktig för alla att kontrollera sina fötter regelbundet och hålla dem torra och hela. Diabetessköterskan hade utfört tester på deras fötter, hon hade förklarat vad hon gjorde, men inte anledningen.

En av deltagarna tyckte det var så svårt att ta till sig all information då han inte kände till något om diabetes tidigare. Många av deltagarna hade förberett sig inför besöken, med att läsa på internet vad det innebar. De tyckte det var svårt eftersom det finns så många begrepp som var svåra att förstå, de visste inte heller om informationen var tillförlitlig.

*Jag tycker jag har fått den information jag behöver, men det har varit så mycket att ta till sig... det har varit jobbigt. Det har varit bra att kunna och sitta och prat med diabetessköterskan... i lugn och ro och få svar på många frågor (10)*

## **Förståelse av brist på Egenvård för framtida komplikationer**

### **Att återgå till tidigare mönster**

Efter den första tiden med sjukdomen och med många förändringar genomförda, hade några återgått till en del tidigare mönster. De kände att kroppen mådde bättre och de kände att de kunde unna sig lite ibland utan att oroas. De tyckte att det gick bra i början att motivera sig eftersom de kände rent handgripligen att det kändes bättre, men nu hade det gått några månader och tänkte inte på det lika mycket.

*... sen har jag märkt att jag har följt hennes råd slaviskt, men nu så har jag ändrat mej, jag unnar mej saker, jag var mycket hårdare mot mej själv från början... nu när jag är borta kan jag äta något gott, tårta och så... det kan ju bli fruktansvärt mot en själv om man skär bort allting. (8)*

Tidigare var det många som kände sig trötta, orkeslösa och det hade helt försvunnit. En del uttryckte oro att gå till diabetessköterskan igen, när det har dröjt länge mellan besöken och kände oro för att proverna skulle visa att de inte skött sig.

*... jag ska snart till doktorn så då får jag skärpa mej... det är lätt när man glömmer bort hur det var då... är det lätt att vara som vanligt...(8)*

### **Att förstå brist på egenvård**

Den yngste informanten kände ingen oro inför framtiden. Han hade gjort viss förändring i kosten, men funderade inte på eventuella komplikationer i framtiden. Han åt tabletter och han tyckte att de verkade hjälpa honom i rätt riktning. Inte heller den äldste kände sig orolig inför framtiden, eftersom han tyckte det blev en större omställning när han drabbades av en hjärtinfarkt för några år sedan och gjorde stora förändringar i samband med detta.

*... jag har ju passerat bäst före datum ändå, (hjärtligt skratt)(7)*

En annan informant menade att han hade gjort allt vad han kunde göra och förlitade sig på att det skulle fungera, han var nöjd med vad han åstadkommit och det visade sig också på de värden han fick vid den senaste kontrollen hos diabetessköterskan. Två andra hade inte funderat så mycket på det, den tyckte att det hade stabiliserat sig och trodde att om de fick gå regelbundet och kontrollera sina värden hos diabetessköterskan skulle det nog gå bra.

### **Att känna oro**

En av deltagarna var rädd för framtiden, eftersom han hade slarvat så mycket när han var ung.



*Ja, den skrämmer mej ju lite eftersom jag vet ju hur jag har levt sen jag va i princip 20 år... det har inte varit hälsosamt, mycket alkohol, vin, öl och whisky... nästan i tio års tid när vi levde i Spanien (10)*

Han hoppades att de ändringar som han gjort nu, framför allt rökningen, där han tyckte det kändes mycket bättre skulle göra att det blev bra. Han hade mycket problem med höfter och knä och var orolig för vikten och vad den kunde ställa till med om han inte gick ned.

En av männen tyckte allt fortfarande kändes väldigt nytt och var orolig inför framtiden, om hur hans diabetes skulle utvecklas, hur många år det skulle ta innan han fick problem. Han undrade också om han skulle behöva ta någon medicin så småningom.

En av kvinnorna menade att det var så svårt att hålla fast vid träningen, eftersom den hela tiden skulle passa in i vardagen, hon kunde känna oro över att återgå till samma mönster igen. Hon kände oro inför de komplikationer som finns för diabetiker, att hon skulle kunna bli drabbad om hon inte bibehöll sitt nya liv. Även en man hade dessa funderingar, men menade samtidigt att det bara berodde på honom själv om han skulle kunna fortsätta.

*Det kan ju gå åt vilket håll som helst... det beror ju på mej själv (8)*

## **DISKUSSION**

### *Metoddiskussion*

Genom att använda kvalitativ forskningsansats kunde studiens syfte som var att se hur patienter med nyligen diagnostiserad diabetes typ 2 förstod vikten av egenvård, efter att ha träffat en diabetessköterska tydliggöras. Kvalitativ forskning har som mål att förklara, beskriva och att tolka ett fenomen. Varje möte och situation är unik och tolkas förutsättningslöst med en strävan att få en helhetsförståelse av fenomenet som studeras (Polit & Beck 2004). Kvale (1997) betonar den kvalitativa forskningsintervjuns möjlighet att förstå och tolka informanternas upplevelser och förväntningar i livet. Den kvalitativa metoden har gett författaren möjlighet till att få svar på syftet.

Analysen av intervjumaterialet genomfördes enligt Lundman och Graneheim (2008). De menar att det finns risk för att tolkningen av innehållet i texten kan gå förlorad om analysprocessen inte är tillräckligt abstrakt. De anser vidare att förförståelsen är en viktig del av tolkningsprocessen (a.a.). Författaren har genom sin bakgrund kunnat ställa de öppna frågor som varit relevanta för studien. Tolkningen i analysprocessen har genom författarens faktakunskaper färgats. Som ensam författare har materialet analyserats och tolkats i huvudsak en person, genom att diskutera materialet med handledaren stärker det studiens tillförlitlighet enligt Graneheim och Lundman (2008).

Samtliga diabetessköterskor valde själva ut de patienter som skulle bli kontaktade av författaren. Tre av dem kontaktade även själva patienterna för medgivande om deltagande. Patienterna kan ha känt en beroendeställning till författaren och inte fullt ut besvarat frågorna som författaren ställde, då patienterna visste var deras uppgifter var hämtade ifrån. Även diabetessköterskorna kunde genom eget urval påverkat vilka de ansåg vara lämpliga att delta i studien. Under intervjuerna kände aldrig författaren att informanterna undanhöll något, snarare att diktafonen begränsade någon av informanternas förmåga till samtal. Detta visade sig snabbt när diktafonen stängdes av och intervjun egentligen var slutförd, började några av frågorna besvaras på igen.

Två teorier kring studien har tagits upp. Orems omvårdnadsteori som beskriver egenvård och Transteoretisk modell som tar upp livsstilsförändring. Då patienterna genomför egenvård för sin egen skull, sker även en livsstilsförändring.

### *Resultatdiskussion*

Genom att gå till diabetessköterskan regelbundet, lär sig informanterna vilken egenvård som ska bedrivas för att må bra. I Orems egenvårdsteori (1996) beskrivs innebörden av egenvård som en målinriktad handling, som utförs på eget initiativ, för sig själv eller andra (a.a.). En del informanter fann det lättare att motivera förändringar än andra. Orem (1996) beskriver vidare att alla har lika förhållanden till att kunna utföra egenvård, men då människan utvecklas olika, både intellektuellt och genom praktisk färdighet, ges olika förutsättningar för att lyckas (a.a.). Sjukvården, dvs. diabetessköterskan, får gå in och stödja informanten när denne inte fullt ut kan bedriva

egenvård för att må bra, genom att ge råd och hjälp. Orem (1996) skriver att sjuksköterskan måste gå in och stödja personen i egenvårdsbesluten. Informanterna saknade tillräcklig kunskap för att förstå egenvårdens värde i att må bra i livet. Även i Orem (1996) teori om brist på egenvård, beskrivs att det är kunskapsbrist som genererar i sämre egenvård.

Genom att använda sig av rätt egenvård som patienten själv bestämmer sig för att genomföra, leder det till en långsam livsstilsförändring enl. den Transteoretiska modellen (Bart & Näsholm 2008).

Flertalet av informanterna upplevde att det var svårt att veta vilken mat som var nyttig och som var bra för deras blodsocker. De hade fått många fina broschyrer och mycket information om olika sorters kost, men när de stod i affären blev allting väldigt obegripligt. Innehållsförteckningar på varorna var svåra och produkterna många. Även när det gällde blodsockerapparaterna kändes det svårt. Någon visste inte hur den skulle användas och siffrorna som visades gav ingen information och man visste inte vad de innebar. Instruktionsboken gav information som bara gjorde informanterna rädda. De förstod inte att koppla ihop matintag med värdet i apparaten och då blev blodsockerapparaten värdelös. Holmström och Rosenqvist (2005) fann i sin studie att patienter ofta missförstod behandlingen trots att de hade tillgång till regelbunden kontakt med sjukvården. Patienterna följde de föreskrivna råden om egenvård, men hade ingen förståelse för varför de utförde dem eller vad de kunde vinna på det (a.a.). I Wikblad (1991) framkom att informationen var så omfattande att den var övermäktig, det var svårt att implementera den i det dagliga livet (a.a.). Även i Whittemore, Chase, Mandel och Roys (2001) studie framkom bristen på förståelsen för vilka förändringar som skulle göras i kosten för att få resultat (a.a.). Individuell anpassad utbildningsplan för varje patient, med tyngdpunkt på att förklara samband är viktig för motivationen. Ta mötet med patienten till affären för att handgripligt visa produkter som är tillåtna. För mycket tekniska produkter kan ge en avskräckande effekt, men användandet kan öka genom förståelsen för användningen av produkten.

Några av patienterna hade inte fått någon blodsockerapparat och tyckte att de genom regelbundna kontroller kunde ha bättre kontroll över sin diabetes, de ville även se hur viss sorts mat påverkade dem. Löfgren, Rydén, Berne och Freyschuss (2009) har funnit att skillnaderna mellan regelbundna blodsockerkontroller och lägre HbA1c är så liten att den troligen inte har någon klinisk effekt. Kostnaden för materialet, blodsockerapparaten och teststickorna utgör en betydande kostnad för sjukvården (a.a.). I början av en behandling kan en blodsockerapparat vara till hjälp vid val av kost.

Oron inför framtiden var delad, en del beroende av hur de kände sig i nuläget. De kände oro över om motivationen skulle fortlåpa. I en studie av Moser, van der Bruggen, Spreeuwenberg och Widdershoven (2007) hade patienter förståelse för att de hade en allvarlig sjukdom som alltid skulle finnas i deras tillvaro. Att det var deras ansvar mot sig själva att behandla sjukdomen (a.a.). Sjukdomen har inte försvunnit även om de för tillfället mår bra. Förståelsen för deras eget ansvar i att upprätthålla en god egenvård är viktig att förmedla.

Information från många håll upplevde patienterna var besvärligt. Mycket information som de inte förstod och vilken information som var tillförlitlig. I Edwall et al (2007) studie uttryckte patienterna att de behövde tillgodogöra sig så mycket kunskap som möjligt kring diabetes för att kunna göra aktiva val. De uttryckte att det var viktigt att få hjälp med det informationsflöde för att få den nödvändiga kunskap som kunde leda till ökad förståelse för sjukdomen. Även i Moser, van der Brugger och Widdershoven (2006) uttryckte patienter att de behövde öka kunskapen för de olika behandlingsalternativen för att utveckla sin förståelse för orsak och verkan kring sin sjukdom. Detta för att ta kontroll över sin sjukdom (a.a.). I Socialstyrelsens (2002) granskning av svenska webbplatser framkom inga belägg för publicering av direkta felaktigheter, men ingen webbsida uppfyllde samtliga av EU:s kvalitetskriterier (a.a.). I samband med besöken hos diabetessköterskan kan adresser till tillförlitliga sidor delas ut. Av vikt är även att introducera de intresseföreningar som kan vara till hjälp för patienten.

Någon av informanterna uttryckte att genom regelbundna besök hos diabetessköterskan gjorde att motivation och kontrollen av sjukdomen fanns kvar. Detta bekräftas av Edwall et al (2007) där patienter som regelbundet träffade sin diabetessköterska hade bättre förståelse för sin situation, kände sig bekräftad och fick bättre självförtroende och kunde agera självständigt (a.a.). Patientens egenaktivitet mellan besöken är en viktig del i det upplägg av undervisningen som diabetessköterskan planlägger. Den måste utgå från patienten själv och vad den förmår att göra för att den ska känna det meningsfullt. Det är en mer handledande uppgift som ska stärka patienten till oberoende.

Flera av informanterna uttryckte att de skulle drabbas av sjukdomen diabetes så småningom, dels för att det kom med åldern, men också att det fanns i släkten. I Karin Johanssons studie bekräftas detta, då informanter där beskriver att det inte går att ändra på situationen, det är som det är (Johansson 2006).

## **SLUTSATS**

Diabetes typ 2 är en sjukdom som till stor del är ärftlig, men den beror även på hur vi lever våra liv. Vetskapen om att kunna få sjukdomen då den finns i släkten är inte tillräckligt för att bedriva egenvård för sin egen skull. Trots att informanterna ser värdet i att göra förändringar genom att bedriva egenvård för att ha kontroll över sjukdomen just nu. Finns inte förståelsen mellan väl bedriven egenvård idag och att ha kunnat skjuta den på framtiden med hjälp av egenvård. Just nu fanns endast motivationen för att må bra för stunden. Och eventuella komplikationer som kanske kan komma i framtiden kändes avlägsna. Några oroade sig för diabetessköterskan, men det är inte för hennes skull egenvård bör bedrivas. Endast en informant uttryckte att det bara berodde på honom själv.

### *Fortsatt forskning*

En uppföljning av samma informanter om fem år för att se hur deras syn på egenvård ser ut efter att ha haft sjukdomen några år. En intervjustudie med personer med första grads släktingar som har diabetes typ 2 och även personer som ligger på gränsvärden, hur de förstår egenvård för att ta kontroll över sina liv.

## REFERENSER

- Agardh C-D, Berne C & Östman J (red) (2005). *Diabetes*. Stockholm: Liber
- Broom D & Whittaker A (2003). Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. *Social Science & Medicine* 58(2004) 2171-2382.
- Channon S (2007). A multicenter randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30:1390-5
- Edwall L-L, Hellström A-L, Öhrn I. & Danielson E (2007). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Social Science & Medicine*. 58 (2371-2382).
- Forsberg C & Wengström Y (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Forskningsetisk policy och organisation i Sverige, MRF-rapport 2 (2003). Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige. Vetenskapsrådet
- Graneheim U H & Lundman B (2003). Quality content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Granskär M & Höglund-Nielsen B (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Heisler M, Brouknight RR, Hayward RA, Smith DM & Kerr EA (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making and patient understanding in diabetes self-management. *Internal Medicine*. 2002;17:243-252.
- Holmström IM & Rosenquist U (2005). Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;49(2):146-154.
- Hörnsten Å (2004). *Experiences of Diabetes Care – Patients' and Nurses' Perspectives*. Umeå University Medical Dissertations (882). Umeå: Department of Nursing.
- Jallinoja P, Pivikki Absetz Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela Antti & Patja K (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 25 (244- 249).
- Johansson K (2006). *Att drabbas av diabetes*. FoU-rapport 2006:3
- Keats DM (2000). *Interviewing – a practical guide for students and professionals*. USA, Philadelphia: Open University Press
- Klang Söderkvist B (2001). *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale S (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Ma C, Warren J, Phillips P & Stanek J (2006). Empowering patients with essential information and communication support in the context of diabetes. *International Journal of Medical Informatics*. 2006;75:577-96

Miller WR & Rollnick S (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford Press New York 2002.

Moser A, van der Bruggen H & Widdershoven G (2006). Competency in shaping ones life: Autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse led shared care setting. *International journal of nurses studies*, 2006;43:417-427

Moser A, van der Bruggen H, Widdershoven G & Spreeuwenberg C (2007) Autonomy through identification: a qualitative study of the process of identification used by people with type 2 diabetes. *Journal of clinical nursing*, 2007, 17;7b:209-216

Orem D & Taylor SG (1986). *Orems gernal theory of nursing*. New York. National League of Nursing.

Orem D (2001). *Nursing - Concepts of practice. 6th edition*. St Louis: Mosby inc

Parkin T & Skinnert TC (2003). Discrepancies between patients and professionals recall and perception of an outpatient consultation. *Diabetic Medicine*. 2003;20:909-914

Paterson BL Thorne S, Dewis M. (1998) Adapting to and managing diabetes. *Journal of Nursing Scholarship* 1, 57-62.

Patton MQ (2002). *Qualitative research & evaluation methods* 3. 7 upplagan Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Polit DF & Beck CT.(2004). *Nursing research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rankin S, Stalings K & London F (2005). *Patient Education in Health and Illness*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

SBU-rapport 2009. *Patientutbildning vid diabetes. En systematisk litteraturöversikt*. Rapport nr 195. [Elektroniskt tillgänglig] <http://sbu.se> läst 100108

SBU-rapport 2007. *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU);2007. SBU Alertrapport nr 2007-03. [Elektroniskt tillgänglig] <http://sbu.se> läst 100210

Socialstyrelsen (2002). *Hälsa på internet: En granskning av svenska webbplatser*. [Elektronisk tillgänglig] <http://www.sos.se/FULLTEXT/103-4/2002-103-4.pdf> läst 091101

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 - Stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. SOSFS 1993:17. [Elektroniskt tillgänglig] <http://sos.se> läst 100130

Svenska Diabetesförbundet 2010. *Egenvård*. [Elektroniskt tillgänglig] <http://diabetes.se> läst 100105

Thors Adolfsson E, Smide B, Rosenblad A & Wikblad K (2009). Does patient education facilitate diabetic patients' possibilities to reach national treatment targets? A national survey in Sweden primary. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2009;27:91-96.

Trost J (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Whittenmore R, Chase S, Mandel CL & Roy SC (2001). The Content, Integrity and Efficacy of a Nurse Coaching Intervention in Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 2001;6(27):887-898

Wikblad K (1991). Patient perspective of diabetes care and education. *Journal of Advanced Nursing*, 1991;16:834-844



## Bilaga 1

### Till vederbörande Verksamhetschef på xxxxxxx

Jag heter Karina Aronsson och arbetar som sjuksköterska inom hemsjukvården i Markaryds Kommun. Utöver mitt arbete läser jag också till distriktssköterska på Högskolan i Kristianstad, där jag nu ska påbörja en magisteruppsats. Eftersom mitt intresse är inriktat mot diabetesvård har jag valt att se närmare på hur vårdtagaren förstår distriktssköterskans information. Syftet med studien är att se hur nydebuterade typ 2 patienter med diabetes förstår och upplever sin egenvård efter de första besöken hos distriktssköterskan på vårdcentralens diabetesmottagning. Detta för att hitta bra redskap åt distriktssköterskan i sitt arbete med att förmedla bra diabetesvård.

För att kunna genomföra studien skulle jag gärna vilja be Er om hjälp. Jag vill intervjua vårdtagare som varit på minst två besök hos Er på diabetesmottagningen, de får inte ha varit diagnostiserade med diabetes längre än 12 månader och de ska vara mellan 18 och 75 år gamla. Ett presentationsbrev till valda deltagare skickas ut om syftet med studien och förfrågan om samtycke till deltagande. Brevet till vårdtagaren kan också överlämnas av Er om vårdtagaren besöker mottagningen. Jag kommer därefter att kontakta varje deltagare per telefon.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och allt intervjumaterial kommer att förstöras efter arbetets godkännande. Resultatet kommer att återföras till Er om så önskas.

Med tack för att Ni har tagit Er tid för mitt brev och önskan om att Ni finner mitt arbete intressant och vill delta. För mer information eller vid frågor är ni välkommen att kontakta mig.

Med vänlig hälsning

Karina Aronsson

E-post:karina-a@bredband.net

Mobil:0734-132161

Det går även bra att kontakta min handledare Ann-Christin Janlöv, RN, PhD.

Universitetslektor i omvårdnad, Högskolan i Kristianstad

E-post:ann-christin.janlov@hkr.se

Telefon: 044-204008

**Som verksamhetschef har jag tagit del av informationen ovan och ger mitt samtycke till att finna deltagare till studien.**

**Ort och datum.....**

**Namn.....**

**Namnförtydligande.....**

## Bilaga 2

### Till diabetesmottagningen på xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Jag heter Karina Aronsson och arbetar som sjuksköterska inom hemsjukvården i Markaryds Kommun. Utöver mitt arbete läser jag också till distriktssköterska på Högskolan i Kristianstad, där jag nu ska påbörja en magisteruppsats. Eftersom mitt intresse är inriktat mot diabetesvård har jag valt att se närmare på hur vårdtagaren förstår distriktssköterskans information. Syftet med studien är att se hur nydebuterade typ 2 patienter med diabetes förstår och upplever sin egenvård efter de första besöken hos distriktssköterskan på vårdcentralens diabetesmottagning. Detta för att hitta bra redskap åt distriktssköterskan i sitt arbete med att förmedla bra diabetesvård.

För att kunna genomföra studien skulle jag gärna vilja be Er om hjälp. Jag vill intervjua vårdtagare som varit på minst två besök hos Er på diabetesmottagningen, de får inte ha varit diagnostiserade med diabetes längre än 12 månader och de ska vara mellan 18 och 75 år gamla. Ett presentationsbrev skickas ut om syftet med studien och förfrågan om samtycke till deltagande. Brevet till vårdtagaren kan också överlämnas av Er om vårdtagaren besöker mottagningen. Jag kommer därefter att kontakta varje deltagare per telefon.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt och allt intervjumaterial kommer att förstöras efter arbetets godkännande. Resultatet kommer att återföras till Er om så önskas.

Med tack för att Ni har tagit Er tid för mitt brev och att Ni finner mitt arbete intressant och vill delta. För mer information eller vid frågor är ni välkommen att kontakta mig.

Med vänlig hälsning

Karina Aronsson

E-post:karina-a@bredband.net

Mobil:0734-132161

Det går även bra att kontakta min handledare Ann-Christin Janlöv, RN, PhD.  
Universitetslektor i omvårdnad, Högskolan i Kristianstad

E-post:ann-christin.janlov@hkr.se

Telefon: 044-204008

## Bilaga 3

### Förfrågan om medverkan i en diabetesundersökning

Jag heter Karina Aronsson och arbetar inom hemsjukvården i Markaryds Kommun och läser till distriktssköterska på Högskolan i Kristianstad. I utbildningen ingår att göra en undersökning inom distriktssköterskans område och jag har valt att fördjupa mig inom diabetesvård.

Du som fått detta brev har nyligen fått veta att du har diabetes, du har varit hos din diabetessköterska på vårdcentralen några gånger. Syftet med min undersökning är att få veta hur du förstått och ser på den information om egenvård som din diabetessköterska har gett dig. Med egenvård menas, det som du dagligen gör för att må bra i din diabetesjukdom, idag och i framtiden. Det kan vara en stor omställning att drabbas av diabetes och vara svårt att ta till sig all information som ges, både på vårdcentralen, men också runt om i samhället. I mitt arbete som distriktssköterska är det viktigt att du som patient får den information som du vill ha och kan använda dig av. Det saknas idag tillräcklig kunskap om hur patienter uppfattar diabetessköterskans information. Ett sätt att öka kunskapen är genom en intervjuundersökning. Jag undrar därför om du vill medverka i en intervju? Jag har fått godkännande av verksamhetschefen på vårdcentralen och med hjälp av din diabetessköterska funnit personer som nyligen fått diabetes. Intervjun kommer att ta ungefär 20-30 minuter och spelas in på band. Genom att spela in på band, är det sedan lättare att skriva ner innehållet i intervjun korrekt.

Ditt deltagande är helt frivilligt och kan avbrytas när helst du önskar, det kommer inte heller att påverka din diabetesvård i framtiden. Intervjumaterialet kommer att avidentifieras och inget material kan kopplas till dig. Endast jag och min handledare har tillgång till materialet. Jag ringer upp dig om några dagar för att höra om du vill medverka, du kan då också ställa frågor. Om du tycker det känns bra, får du bestämma tid och plats för en intervju. Jag tackar för att du tagit dig tid för mitt brev. Är det något du undrar över går det bra att kontakta mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Karina Aronsson

E-post: [karina-a@bredband.net](mailto:karina-a@bredband.net) Mobil: 0734-132161

Handledare: Ann-Christin Janlöv, RN, PhD. Universitetslektor i omvårdnad, Högskolan i Kristianstad

E-post: [ann-christin.janlov@hkr.se](mailto:ann-christin.janlov@hkr.se) Telefon: 044-204008

**Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att delta i en intervju:**

**Ort och datum.....**

**Namnteckning.....**

**Namnförtydligande.....**

## Bilaga 4 Intervjuguide

Namn:

Datum:

Tid:

---

- Ålder
  - Kost/Tablett/Insulin
  - Upptäckt på Vårdcentralen/Sjukhus/Själv
  - Vem meddelade diagnosen?
  - Första information på VC läkare/diabetes ssk eller sjukhus läkare/ssk
- 
- Hur kändes det att få diagnosen diabetes?
  - Vilka förväntningar hade Du inför det första besöket hos din diabetessköterska? Infriades det?
  - Berätta om de första besöken hos din diabetessköterska. Vilken information och vad som gjordes?
  - Vad har du fått veta om egenvård vid dina första besök?
  - Hur tror du att du kan förbättra din diabetes med hjälp av egenvård?
  - Vilken egenvård känns viktigast för dej att utföra eller tänka på dagligen?
  - Har du gjort/funderar du på att göra några förändringar i ditt liv? Vilka?
  - Är det någon egenvård som du skulle vilja ha hjälp med för att komma igång?
  - Berätta hur du ser på framtiden i förhållande till din diabetes, är det något som skrämmer dej?
  - De förändringar du har tänkt genomföra, har du själv motiverat dej till det eller känner du att det är andra som tagit beslut kring din egenvård?
  - Vad tycker du är viktigast att veta när det gäller din diabetes?
  - Skulle något gjorts annorlunda?
  - Något annat Du vill tillägga?