



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Personer över 65 år med diabetes typ 2 - deras upplevelse av sin diabetessjukdom och diabetessjuksköterskans rådgivning och stöd

En intervjustudie

People over 65 years with type 2 diabetes - their experiences of their diabetes and the diabetes nurses' advice and support

An interview study

Författare: Linnéa Heiler och Ulrika Lundgren

Handledare: Magnus Sandberg

Magisteruppsats

Hösten 2019

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt.

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en kronisk folksjukdom som ökar över hela världen till följd av övervikt och fetma. Sjukdomen innebär att kroppen producerar mindre insulin och inte längre klarar av att hantera glukos i blodet. Den primära behandlingen vid diagnosen är egenvård i form av ändrade levnadsvanor. Diagnosen kan leda till svåra komplikationer samt kortare liv om personer med diabetes typ 2 missköter sin egenvård. **Syfte:** Syftet var att undersöka hur personer över 65 år upplever sin diabetessjukdom samt hur de upplever diabetessjuksköterskans rådgivning och stöd. **Metod:** En intervjustudie genomfördes där författarna ställde öppna frågor för att få svar på studiens syfte. I studien deltog 17 personer över 65 år med diabetes typ 2. **Resultat:** Resultatet av studien påvisade varierade upplevelser av hur det är att leva med diabetes typ 2 samt hur deltagarna upplevde diabetessjuksköterskans rådgivning och stöd. Deltagarna i studien beskrev tryggheten med regelbundna besök hos diabetessjuksköterskan, vilket ökade förståelsen för diagnosen och vikten av ändrade levnadsvanor. Andra delar av resultatet visade rädsla för komplikationer samt förnekelse av sin sjukdom bland annat på grund av avsaknad av symtom. **Slutsats:** Personer över 65 år med diabetes typ 2 upplevde diabetessjuksköterskans rådgivning och stöd som en trygghet. I forskning har det framkommit att individanpassad information är av stor vikt för att främja ändrade levnadsvanor. Eftersom diabetes typ 2 ökar världen över bör sjukdomen och dess komplikationer uppmärksammas ytterligare.

Nyckelord

diabetes typ 2, diabetessjuksköterskan, levnadsvanor, trygghet, komplikationer

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Diabetes mellitus typ 2.....	5
Riskfaktorer för ohälsa vid diabetes typ 2.....	5
Diabetessjuksköterskans roll.....	6
Personcentrerad vård, omvårdnad och egenvård	7
Dorothea Orems egenvårdsteori.....	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Instrument	11
Datainsamling	11
Analys av data.....	12
Forskningsetiska avvägningar.....	12
Resultat.....	13
Upplevd bemyndigande och hanterbarhet.....	13
Upplevelser av diabetessjuksköterskans bemötande	14
Samtal om ändrade levnadsvanor	15
Förnekelse	16
Förnekelse av sin sjukdom	16
Inte kunna eller vilja förändra levnadsvanor	17
Ändrade levnadsvanor.....	18
Förändringsbenägen.....	18
Rädsla för komplikationer	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion.....	23
Konklusion och implikationer	27
Referenser.....	28
Bilaga 1 (3).....	35
Bilaga 2 (3).....	36
Bilaga 3 (3).....	37

Problemområde

Diabetes typ 2 är en kronisk och progressiv sjukdom, som är den sjunde största dödsorsaken i världen och ca 4.9 miljoner personer dör till följd av sjukdomen (Nugent, Carson, Zammit, Smith & Wallston 2015; Tomlin & Asimakopoulou, 2014). World Health Organization (WHO) poängterar att diabetes typ 2 har ökat radikalt. År 1980 hade 108 miljoner personer i världen diagnosen. Detta hade nästan fyrdubblats till år 2014 då antalet personer var 422 miljoner (WHO, 2016). Den främsta anledningen till att sjukdomen ökar är fysisk inaktivitet, övervikt, fetma och tobaksbruk (Nugent et al, 2015).

Diabetes typ 2 är en sjukdom som kräver mycket av personen själv med hjälp av egenvård i form av ändrade levnadsvanor och kan innebära många komplikationer om den inte sköts på rätt sätt. För att komplikationerna inte ska öka är det av stor vikt att personerna tar ansvar för och erhåller kunskap om sin sjukdom och därmed kan ändra sina levnadsvanor.

Komplikationer som kan uppstå är hjärt- och kärlsjukdomar, ökad risk för stroke, njursvikt, blindhet och för tidig död (Tomlin et al, 2014; WHO, 2016). Sjukdomen ska så långt som möjligt förebyggas, komplikationer minskas och livskvaliteten maximeras. För en god livskvalitet krävs att personen mår fysiskt och psykiskt bra (Chasens & Luyster, 2016). Detta uppnås genom goda relationer, god diabeteskontroll, hälsosam kost, fysisk aktivitet och god sömn. Om dessa områden inte är i harmoni uppstår brister i personens egenvård och livskvalitet (Tomlin et al, 2014; Nugent et al, 2015). Studier har påvisat att sjukvårdspersonal har en stor roll i att hjälpa personer med diabetes typ 2 genom egenvård. Studierna indikerar också på att följsamheten hos personerna med sjukdomen inte alltid är så stor och därför är uppmuntran till egenvård viktig. Vid aktiv kontroll över sin egenvård kan personerna ta makten över sin sjukdom för att på så sätt undvika komplikationer (Collins, Bradley, O'Sullivan & Perry, 2009; Moser, van der Bruggen, Widdershoven & Spreeuwenberg, 2008; Cushing & Metcalfe, 2007).

Enligt klinisk erfarenhet från studiens författare är personer över 65 år en viktig åldersgrupp då de har ett invariant levnadsmönster som kan vara svårt att förändra i samband med diabetes typ 2. Ändrade levnadsvanor hos personer över 65 år kan upplevas som större utmaning än själva diagnosen diabetes typ 2. Den kliniska erfarenheten styrks även i vetenskapliga studier (Young Kim & Ju Lee, 2019; Chourdakis, Kontogiannis, Malachas, Pliakas & Kritis, 2014; Shin & Lee, 2018).

Bakgrund

Diabetes mellitus typ 2

Som beskrivits i problemområdet är diabetes typ 2 en kronisk folksjukdom som ökar (WHO, 2016). Sjukdomen utgör 80–90% av all diabetes och i Sverige är förekomsten 4–5%. Globalt ökar sjukdomen med åldern och personer över 70 år har en förekomst på 20% (Jendle & Tornberg, 2016). Sjukdomen innebär att kroppen producerar mindre insulin och inte längre klarar av att hantera glukos i blodet. Bukspottskörteln producerar insulin och bryter ner glukos som människor får i sig via mat och dryck (WHO, 2016). Symtom på diabetes typ 2 kan beskrivas som ökad törst, ökad urinproduktion, sämre syn, att känna sig tröttare än vanligt samt klåda i underlivet. Symtomen är inte alltid framträdande vilket innebär att personen kan bära på sjukdomen utan att veta om det (Lindholm, 2009). Diabetes typ 2 kan komma smygande och är i vissa fall genetiskt betingad. Utöver tidigare beskrivna symtom kan följande förekomma: högt blodsocker, insulinresistens och/eller relativ brist på insulin som huvudsakligen uppstår som ett resultat av övervikt/fetma och brist på motion (Fatemidokht & Kuchaki Rafsanjani, 2018).

Riskfaktorer för ohälsa vid diabetes typ 2

Riskfaktorer för ohälsa vid diabetes typ 2 beror på fetma, brist på fysisk aktivitet och dåliga levnadsvanor som exempelvis tobaksbruk (Bartlam, Rathod, Rowlands & Protheroe, 2016; Nugent et al, 2015). Kosten är en viktig komponent i all diabetesbehandling för att minska risken för hypo- och hyperglykemier. För att minska risken för hypo- och hyperglykemier rekommenderas till exempel traditionell diabeteskost eller medelhavskost (Socialstyrelsen, 2011). En annan riskfaktor för ohälsa vid diabetes typ 2 är högt långtidsblodsocker, det vill säga HbA1c. HbA1c innebär långtidsblodsocker som anger hur blodsockret i genomsnitt har legat de senaste 2–3 månaderna. Ett acceptabelt HbA1c (under 52 mmol/mol) minskar riskerna för komplikationer som annars kan uppstå vid långvarig sjukdom av diabetes typ 2 (Lindholm, 2009; Socialstyrelsen, 2011).

Fysisk inaktivitet är en annan riskfaktor och rekommendationen är att alla vuxna bör utöva regelbunden fysisk aktivitet och undvika att vara inaktiva under en längre tid. Fysisk inaktivitet kan leda till att personen försämras i sin diabetes, vilket kan leda till för tidig död.

Regelbunden fysisk aktivitet behöver inte innebära hård träning, men en rekommendation för vuxna är 150 minuter fysisk aktivitet per vecka. Detta kan exempelvis delas upp i 30 minuters medelhög intensitet fem dagar per vecka. Personer med sjukdomen kan förlänga sitt liv med cirka tio år med regelbunden motion. Fysisk aktivitet är extra viktigt hos äldre, eftersom åldrandet i sig medför en sänkt fysisk prestationsförmåga. Regelbunden fysisk aktivitet förbättrar hälsan, medför jämnare blodsocker och har även en positiv inverkan på blodfetter och blodtryck (Revdal, Hollekim-Stand & Ingul, 2016; Borrer, Zieff, Battaglini & Stoner, 2018; Socialstyrelsen, 2011). Lämpliga aktiviteter för äldre är till exempel promenader, cykling, simning, löpning, balansträning men även vanliga hushållssysslor så som städning eller trädgårdsarbete (Ginszt, Ginszt, Majcher & Tarkowski, 2018).

Sämre sömnkvalitet och sömnstörningar är också en riskfaktor hos personer med diabetes typ 2. Dålig sömn är förknippad med ökad trötthet och sömnlighet dagtid och kan leda till försämrad egenvård. Bra sömn ökar egenvård och livskvalitet hos äldre personer med diabetes typ 2 (Nguyen, Moir, Nguyen, Vu, Luong & Nguyen et al, 2018; Chasens et al, 2016).

Diabetessjuksköterskans roll

Diabetessjuksköterskans roll är att inneha nödvändig kompetens och främja ändrade levnadsvanor för personer med diabetes typ 2 på ett stödjande, tryggt och empatiskt sätt. Löpande stöd från diabetessjuksköterskan kan förändra personens beteende, vilket därmed ökar motivationen för egenvård. Diabetessjuksköterskans utmaning är att övervinna eventuella barriärer för att underlätta för personernas ändrade levnadsvanor. Ett exempel på en barriär kan vara att personer inte tar sin sjukdom på allvar på grund av otillräcklig kunskap (Linmans, Knotterus & Spigt, 2015; Matthews, Jones, Thomas, van den Berg & Foster, 2017; Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn & Grol, 2010; Socialstyrelsen, 2018).

Personers eventuella ovilja att förändra sina levnadsvanor kan bero på missförstånd och/eller irrelevant rådgivning från diabetessjuksköterskan, vilket kan leda till att personer vilseleds i det vardagliga livet gällande sin sjukdom. Att personer inte följer de råd som givits kan bero på att en del personer redan från början har en föreställning om hur livet med diabetes typ 2 ska levas och anser sig redan leva ett hälsosamt liv med goda kostvanor och tillräcklig fysisk aktivitet. Personer kan känna en känsla av hopplöshet och uppleva att det kan vara svårt att få kontroll över sitt blodsocker, men med hjälp av diabetessjuksköterskan kan motivation och

uppmuntran till ändrade levnadsvanor ske och förbättrad diabeteskontroll uppnås (Jallinoja, Absets, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela et al, 2007; Bartol, 2012; Jansink et al, 2010).

En annan barriär kan vara att diabetessjuksköterskan inte har tillräckligt med kunskap, information eller är uppdaterad angående aktuella riktlinjer gällande diabetes typ 2 (Abdulhadi, Al-Shafae, Wahlström & Hjelm, 2013). Känslig information kring levnadsvanor kan vara svårt att informera om som diabetessjuksköterska, som istället väljer bort delar av relevant information vilka kan vara av betydelse för personens behandling. Detta kan bero på kunskapsbrist hos både diabetessjuksköterskor och läkare men också på bristande teamwork, brist på kommunikation mellan de olika yrkeskategorierna samt hög arbetsbelastning (Abdulhadi et al, 2013; Jansink et al, 2010).

I diabetessjuksköterskans arbete ingår även patientutbildning i egenvård för att förändra levnadsvanor. Målen med dessa patientutbildningar är att öka personernas förutsättningar för god egenvård samt kontroll av riskfaktorer. För att dessa mål ska kunna uppfyllas krävs kunskap, motivation, självförtroende och teknisk färdighet hos personen (Socialstyrelsen, 2018; Bartol, 2012). Det finns olika former av patientutbildningar enligt SBU (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering) så som individuell, gruppbaserad, kognitiv beteendeterapi (KBT) samt motivationshöjande samtal (MI) (SBU, 2009b). Ett exempel på patientutbildning är MI som är en samtalsmetod vilken kan användas som ett verktyg i en förändringsprocess. Med hjälp av MI har personer med diabetes typ 2 kunnat förbättra sin egenvård såsom bättre kostvanor, ökad fysisk aktivitet och förbättrade blodsockervärden. För att MI ska fungera och bibehålla den förändring som personen har gjort krävs träning. MI används inte på alla vårdenheter (Brobeck, Odenrants, Bergh & Hildingh, 2014; Song, Xu & Sun, 2014).

Personcentrerad vård, omvårdnad och egenvård

Personcentrerad vård innebär att diabetessjuksköterskan tar hänsyn till och bekräftar personens upplevelse och tolkning av hälsa/ohälsa och sjukdom samt utifrån detta främjar hälsa så som hälsa betyder för just denna person. Det är viktigt att se varje persons enskilda behov för att förbättra och individualisera diabetesvården. Personcentrerad vård är ett sätt att förbättra diabetesvården genom att diabetessjuksköterskan lyssnar, tar del av personens erfarenheter samt oro och farhågor. Personcentrerad vård kan leda till målinriktad, stödjande

och effektivare strategi för att öka fysisk aktivitet hos äldre personer med diabetes typ 2 (Abdulhadi et al, 2013; Janes, Titchener, Pere, Pere & Senior, 2013; Matthews et al, 2017).

Omvårdnad handlar om att diabetessjuksköterskan ska ha tillräckligt mycket kunskap, både praktisk och teoretisk, om människor, hälsa och vård för att bedöma varje enskild persons behov och kunna sätta in åtgärder därefter (Funnell, 2012). Ett exempel på omvårdnad i personcentrerad vård skulle kunna vara att förebygga sömnproblem hos personer med diabetes typ 2. Diabetessjuksköterskans uppgift blir att undersöka vad som föranleder sömnproblemet för att kunna förbättra personens sömn. Bättre sömn leder till ökad möjlighet att utföra nödvändiga åtgärder som krävs i samband med sjukdomen (Nguyen et al, 2018).

Egenvård beskrivs av SBU som de dagliga aktiviteter som personer med diabetes typ 2 måste utföra i vardagen för att ta kontroll över sin sjukdom (SBU, 2009a). Personer med diabetes typ 2 behöver ha adekvat och individuell information om sin sjukdom, dess behandling såsom förändrade levnadsvanor, kost och motion. För att involvera personerna i att ändra sina levnadsvanor är individuell information av stor vikt (Shu-Fang, Heng-Hsin, Shu-Yuan, Mei-Chen & Neng-Chun, 2014).

Dorothea Orems egenvårdsteori

Enligt Dorothea Orem (2001) är egenvård en personlig vård som kräver initiativ till åtgärder från personen själv för att bevara hälsan. Detta leder till ökat välmående och ökad livskvalitet. Begreppet egenvård betyder omsorg som utförs självständigt när personens mognad infinner sig. Faktorer som spelar in i egenvården är att personen har utvecklat en förmåga att ta hand om sig själv. Det är individuellt hur mycket varje person klarar av och personens vilja att utföra egenvården har stor betydelse för hur resultatet blir. Syftet med egenvård är att bevara liv, hälsa, utveckling och välbefinnande (Orem, 2001; Soares de Lima, Pereira dos Santos, Marques de Oliveira e Silva, Comassetto, Rodrigues Correia et al, 2017; O'Shaughnessy, 2014).

Dorothea Orems teori kan användas inom de flesta vårdenheter eftersom målet oftast är att få personen att kunna utföra varaktig egenvård (Maslakhpak, Shahbaz, Parizad & Ghafourifard, 2017; Orem, 2001). Diabetessjuksköterskan ansvarar för att kompensera personens egenvårdsbrister bland annat genom att stötta och handleda. Omvårdnad är ett komplement till

egenvård och diabetessjuksköterskan behöver bedöma varje persons behov och egenvårdskapacitet. Orem betonar vikten av relationen mellan personen och diabetessjuksköterskan i omvårdnadsprocessen (Orem, 2001). Balansen mellan personens egenvårdsförmåga och egenvårdsbehov är viktig och huvudsyftet med omvårdnad är att vården ska hjälpa personen att öka sin förmåga till egenvård (Ausili, Bulgheroni, Ballatore, Specchia, Ajdini, Bezze et al, 2017).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur personer över 65 år upplever sin diabetessjukdom samt hur de upplever diabetessjuksköterskans rådgivning och stöd.

Metod

Denna studie genomfördes som en intervjustudie med induktiv ansats. Detta innebär att författarna ställde öppna frågor utan förutfattade meningar, för att få svar på studiens syfte (Hartman, 2004). Personerna gavs under intervjuerna förutsättningar för att fritt berätta och beskriva sina erfarenheter (Danielson, 2017).

Urval

Inklusionskriterier för deltagande är personer med diabetes typ 2 som är 65 år eller äldre, både män och kvinnor. Dessa personer ska gå på kontroll hos diabetessjuksköterska minst en gång om året. Personerna bör även vara kognitivt tillförlitliga och självständigt kunna hantera sin egenvård. Personerna ska inte bo på boende eller ha personlig assistent, detta bedöms av diabetessjuksköterskan som finner lämpliga deltagare till studien. Exklusionskriterier är personer med annan form av diabetes än typ 2.

Brev via e-mail skickades ut till totalt 17 olika verksamhetschefer på vårdcentraler i södra Skåne. Breven innehöll förfrågan om diabetessjuksköterskan på enheten skulle kunna vara behjälplig att finna lämpliga deltagare till studien, se bilaga 1. En kort presentation av studiens innebörd skickades med. Efter påminnelser deltog totalt fem vårdcentraler i studien.

Diabetessjuksköterskans uppgift var att utifrån ovanstående kriterier tillfråga personer över 65 år om intresse att delta i intervjustudien, genom att kortfattat informera om studiens syfte. Personer som var intresserade av att delta i studien fick skriva på en samtyckesblankett som studiens författare personligen inhämtade från respektive vårdcentral. Sammanlagt 20 personer lämnade samtycke till att delta i studien och av dessa valdes 17 personer ut som deltagare i studien. De tre som exkluderades var yngre än 65 år.

Intervjuerna bokades via telefon. Datum, tid och lokal bestämdes och personerna tillfrågades om deras samtycke fortfarande gällde. Samtliga personer ville fortfarande delta i studien. Vid intervjutillfället informerades personerna om studiens syfte, att materialet förvaras inlåst och endast tillgängligt för studiens författare samt att allt material kommer att förstöras efter att studien godkänts och examinerats.

Av deltagarna var tio män och sju kvinnor med en medelålder på 69 år. Två var ensamstående, en änka, en änkeman och resterande var sambo eller gifta. Fyra deltagare bodde på landsbygden och resterande i tätort. Se tabell 1 för bakgrundsinformation om deltagarna samt koder som presenteras vid respektive citat i resultatet.

Tabell 1. Bakgrundsinformation om deltagarna

Kod	Kön	Ålder	Civilstånd	Vårdcentral	Landsbygd/Tätort
P1	Kvinna	65	Ensamstående	2	Tätort
P2	Man	82	Gift	5	Tätort
P3	Man	67	Gift	1	Landsbygd
P4	Kvinna	72	Gift	3	Tätort
P5	Man	75	Sambo	4	Landsbygd
P6	Kvinna	70	Gift	1	Landsbygd
P7	Kvinna	78	Änka	5	Tätort
P8	Man	85	Änkeman	2	Tätort
P9	Man	65	Sambo	3	Tätort
P10	Man	73	Sambo	4	Tätort
P11	Kvinna	68	Sambo	5	Tätort
P12	Man	77	Gift	1	Tätort
P13	Man	81	Gift	4	Landsbygd
P14	Kvinna	66	Gift	3	Tätort
P15	Kvinna	80	Ensamstående	5	Tätort
P16	Man	73	Gift	2	Tätort
P17	Man	68	Gift	3	Tätort

Instrument

Studiens författare utformade en intervjuguide. Huvudfrågan var; *Hur påverkar din diabetes din vardag?* och övriga frågor handlade om relationen med diabetessjuksköterskan samt vilka förändringar som eventuellt gjorts i samband med diagnos diabetes typ 2. För studiens intervjuguide, se bilaga 2.

En intervjuguide är grunden till samtalet där huvudfrågan ska besvara syftet med studien (Danielson, 2017). Intervjufrågorna bör baseras på öppna frågor med utrymme för eventuella följdfrågor och pauser. Personerna fick samma frågor men med utrymme att tala fritt (Henricson & Billhult, 2017). Frågorna ställdes inte i samma ordning till alla personer, vilket kallas semistrukturerad intervju (Kristensson, 2014).

Datainsamling

Båda författarna deltog vid genomförandet av de 17 intervjuerna. Svar som framkommit under en intervju ska inte bedömas som rätt eller fel av de som intervjuar. De som intervjuar bör ha ett verkligt och ärligt intresse av att få den intervjuade att uttrycka sig så tydligt och noggrant som möjligt. Vidare bör de som intervjuar även kunna ställa följdfrågor, för att undvika missförstånd som skulle kunna äventyra kvaliteten på intervjun och dess data (Henricson & Billhult, 2017).

Innan intervjuerna genomfördes utfördes en provintervju. En provintervju bör genomföras med flera syften, dels för att se om intervjufrågorna är lämpliga eller om de behöver omformuleras samt för att se om den utsatta tiden är tillräcklig. Den tekniska utrustningen sågs över innan provintervjun. Information som uppkommer under provintervjun och som är adekvat kan användas och inkluderas i studien, vilket gjordes (Danielson, 2017).

Platserna för intervjuerna till denna studie fick deltagarna själva bestämma. Kriterier för intervjuplats var att den som intervjuades skulle känna sig avslappnad och kunna samtala i lugn och ro utan avbrott (Henricson & Billhult, 2017). Samtliga personer som deltog i denna studie valde att intervjuerna skulle ske i deras hemmiljö. Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon och transkriberades ordgrant inklusive skratt, fniss, harklingar, andetag, suckar och pauser. Intervjuerna varade mellan 20 till 30 minuter per person.

Analys av data

Analys och bearbetning av data gjordes enligt Graneheim och Lundmans (2004) fem steg i analysprocessen. Samma eftermiddag eller dagen efter genomförd intervju transkriberades intervjuerna ordagrant av författarna. De frågor som ställdes av författarna skrevs med fetstil för att på detta sätt lättare urskilja deltagarnas svar. Författarna läste de transkriberade intervjuerna både enskilt och tillsammans flera gånger för att få en helhetskänsla av insamlat material. Därefter plockades meningsbärande enheter ut som besvarade studiens syfte, övrig text fanns fortfarande med så att innebörd och sammanhang kvarstod. De meningsbärande enheterna kondenserades, färgkodades, klipptes ut från utskrifterna av intervjuerna, kodades och grupperades för att få fram det centrala budskapet i materialet. Deltagarnas egna ord återspeglades i utvalda citat som presenteras i resultatet. Citaten justerades grammatiskt för att förtydliga budskapet. Slutligen sammanfördes koderna med liknande innehåll, se tabell 2 nedan som visar exempel på analysprocessen.

Tabell 2. Exempel på analysprocessens olika steg

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
”Det finns väldiga restriktioner från diabetessköterskan till exempel vindruvor som är jättegott, men nästan tabubelagt eftersom man bara får äta ett par stycken.”	Väldiga restriktioner, nästan tabubelagt	Restriktioner, tabubelagt	Restriktioner kring kostråd	Personens upplevelse av diabetes-sjuksköterskans kostråd
”Det är den ständiga kollen på en, det är det som är jobbigt.”	Ständiga kollen som är jobbig	Ständiga kollen är jobbig	Ständigt bevakad	Känslan av att vara ständigt bevakad

Forskningsetiska avvägningar

Datansamlingen påbörjades efter att etiskt yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) inkommit. Information om studien och dess syfte skickades ut via e-mail till verksamhetschefer på vårdcentraler i södra Skåne. Under studiens gång beaktade författarna Helsingforsdeklarationen. Denna innehåller etiska principer om forskning på människor. Omsorgen om personen ska vara i centrum, vilket framgår i en av principerna, det vill säga att personen ska gå före både vetenskapen och samhällets intressen (World Medical Association, 2018).

Författarna skyddade deltagarnas uppgifter så att känsliga uppgifter inte spreds till obehöriga samt att det inspelade materialet förvarades avidentifierat, inlåst och utan insyn för obehöriga. Inspelade intervjuer hanterades endast av studiens författare och det inspelade materialet och transkriberingarna kommer att förstöras efter att studien har godkänts och examinerats (Kristensson, 2014). Enligt Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, får forskning endast utföras om intervjupersonerna fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte. Personerna ska även ge sitt samtycke skriftligt för deltagande i forskning. Lagen betonar att de utvalda intervjupersonerna kommer att informeras om att deltagandet är frivilligt, samt att de när som helst kan välja att avsluta deltagandet utan att behöva delge anledning (SFS 2003:460). Informationsbrev till deltagarna kan ses i bilaga 3.

Resultat

Analysen utmynnade i tre kategorier; *Upplevd bemyndigande och hanterbarhet*, *Förnekelse* samt *Ändrade levnadsvanor*.

Tabell 3. Översikt över kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
Upplevd bemyndigande och hanterbarhet	Upplevelser av diabetessjuksköterskans bemötande
	Samtal om ändrade levnadsvanor
Förnekelse	Förnekelse av sin sjukdom
	Inte kunna eller vilja förändra levnadsvanor
Ändrade levnadsvanor	Förändringsbenägen
	Rädsla för komplikationer

Upplevd bemyndigande och hanterbarhet

Under denna kategori finns två underkategorier: *Upplevelser av diabetessjuksköterskans bemötande* och *Samtal om ändrade levnadsvanor*. Personerna i studien beskrev tryggheten med regelbundna besök hos diabetessjuksköterskan, vilket ökade förståelsen för sjukdomen och vikten av att förändra levnadsvanor.

Upplevelser av diabetessjuksköterskans bemötande

Flertalet deltagare upplevde att diabetessjuksköterskan var en trygg person att gå till som kontrollerade värden och lyssnade på personen samt lotsade i rätt riktning. Vidare berättade flera deltagare att de träffade sin diabetessjuksköterska en gång om året, ibland oftare. Deltagarna berättade också vad diabetessjuksköterskan gjorde vid besöken som exempelvis kontrollerade fötterna och kontrollerade blodtrycket. Några deltagare berättade att fötterna var viktigt att kontrollera eftersom känslan på just fötterna blir nedsatt vid diabetes typ 2. Det framkommer vidare att diabetessjuksköterskan berättade om vilka förändringar som borde göras för att undvika komplikationer som till exempel stroke. Deltagarna beskrev det positiva i att diabetessjuksköterskan delade med sig av sin kunskap och de senaste rönen kring sjukdomen och dess behandling.

Diabetessjuksköterskan är jättetrevlig, lugn och lyssnande. Hon kommer med råd – inte pekpinningar (P11)

Flera deltagare påpekade hur tryggt det kändes med samma diabetessjuksköterska år efter år och den relation som byggts upp upplevdes som viktig. Vidare framkom att personerna närsomhelst kunde kontakta diabetessjuksköterskan vid frågor, vilket upplevdes som en trygghet. Många deltagare berättade att de kunde ringa ett direktnummer vid icke brådskande fall till diabetessjuksköterskan. En av deltagarna berättade;

Jag känner mig trygg. Jag har ju haft samma sköterska i flera år. Jag kan ringa henne när jag undrar något (P8)

Enstaka personer upplevde att det kändes jobbigt med regelbundna kontroller hos diabetessjuksköterskan eftersom de kände sig övervakade. Vidare berättade personerna om en känsla av skam och skuld i att inte ha ätit rätt eller tränat så mycket som de borde, vilket kunde visa sig i ett förhöjt HbA1c. Deltagarna beskrev att tankar kring att strunta i besöken hos diabetessjuksköterskan funnits, men de valde att fullfölja besöken för att få veta hur det låg till.

Jag tycker synd om henne (diabetessjuksköterskan) som drabbas av mig. När vi träffas och kommer överens om att jag ska börja motionera, låter jag henne tro att jag verkligen ska göra det, men... När jag går ut från vårdcentralen tänker jag 'nej, jag skiter i det och lever som vanligt'. Det är synd om henne, hon vill ju väl (P1)

Samtal om ändrade levnadsvanor

Deltagarna delgav delar av samtal som de haft med respektive diabetessjuksköterskor gällande levnadsvanor. Deltagarna fick muntlig såväl som skriftlig information i form av broschyrer samt internetsidor att läsa. Flera av deltagarna inspirerades till att göra hållbara förändringar för livet med hjälp av denna information. En förändring av levnadsvanor tar tid och får ta tid och är ingen kur på x antal veckor, berättade deltagarna och tillade att det räckte med små förändringar för att få ett gott resultat i behandlingen. Studiens deltagare delgav en generell uppfattning gällande kosten att ingenting var förbjudet men mängd och hur ofta specifika livsmedel intogs var av stor betydelse.

Jag kan äta vad som helst, men inte varje dag och inte hur mycket som helst (P12)

*Chiapuddingen är den stora förändringen jag har gjort istället för att äta smörgåsar.
Chiapudding är gott (P11)*

Att läsa på innehållsförteckningar och titta efter det gröna nyckelhålet var en annan förändring deltagarna berättade om. Diabetessjuksköterskan delgav information om snabba och långsamma kolhydrater samt om olika fetter i samtalet med personerna. Flera deltagare berättade om hur noggranna de i början var med att följa alla råd från diabetessjuksköterskan samt hur tidsödande det var att handla mat.

Jag tillbringade väl tre, fyra timmar i affären varje gång jag var och handlade och tittade på alla paketen (P9)

Vidare berättade deltagarna att de var tvungna att tänka på vad som var bra och mindre bra att äta, utifrån information från diabetessjuksköterskan. Flera av deltagarna påverkades av denna information då de gjorde sina vardagliga inköp. Några deltagare berättade om bröd och att det i vissa sorter finns mycket socker och efter samtal och information från diabetessjuksköterskan bytte några av deltagarna till mer hälsosamma alternativ.

Deltagarna berättade om fysisk aktivitet och att det inte handlade om maratonlopp eller att fullständigt ta ut sig på ett gym utan räckte exempelvis med kortare promenader. Flera deltagare berättade att de blev pigga och glada av motion.

Vardagspromenader är inte jobbigt. När jag väl började med dem, kan jag inte sluta med dem. Nu är promenaderna en vana som jag inte kan vara utan (P16)

Förnekelse

Under denna kategori finns två underkategorier: *Förnekelse av sin sjukdom* och *Inte kunna eller vilja förändra levnadsvanor*.

Samtliga deltagare kände inte nämnvärt av sin diabetes. Flera deltagare berättade om att söka vård för exempelvis trötthet eller hosta men diagnostiseras med diabetes typ 2, vilket upplevdes som en chock. En del deltagare upplevde svårigheter att ta till sig sjukdomen samt förstå innebörden av att ändra sina levnadsvanor.

Förnekelse av sin sjukdom

När diagnosen var ett faktum upplevde flera deltagare det med en överklighetskänsla. En del deltagare vars föräldrar haft diabetes berättade att de själva väntade på den dagen då sjukdomen skulle vara ett faktum. För dessa deltagare kom sjukdomen egentligen inte som en överraskning men var inte välkommen just då. Personerna delgav att de inte hade tid för sin sjukdom och de förändringar som de förstod att de skulle behöva göra. Deltagarna som inte ville kännas vid sin sjukdom berättade att de hade svårt att ändra sina levnadsvanor, som exempelvis att gå ner i vikt och motionera. I berättelserna framkom att flera deltagare uppgav att de aldrig tidigare motionerat och att de aldrig tidigare behövt tänka på vad de åt och detta var de inte redo att ändra på. Vidare framkom det i deltagarnas upplevelser att för stora förändringar skulle kunna leda till en känsla av försämrad livskvalitet. Råd och information

från diabetessjuksköterskan upplevdes av deltagarna som svåra att applicera eftersom flera av dem ansåg sig må bra. En deltagare uttryckte det så här:

Jag är inte diabetiker, jag har bara högt socker. Jag känner ibland att det kan ju inte vara mina värden, eftersom jag mår bra. Jag känner mig inte som en diabetiker, min kropp har bara anpassat sig efter värdena (P3)

Någon deltagare berättade att hon inte hörde eller uppfattade vad läkaren sa eftersom hon inte kände att informationen kunde vara riktad till henne. En annan deltagare berättade att provsvaren som presenterades för honom kändes överkliga eftersom han hade erfarenhet av diabetesvård.

Jag ser att hennes mun rör sig, men jag hör inte vad hon säger (P1)

Inte kunna eller vilja förändra levnadsvanor

Eftersom symtomen ofta inte finns eller känns av kan det vara svårt för personen att kunna eller vilja förändra sina levnadsvanor samt att förvalta given information. Exempel på svårigheter att förvalta information kan vara de personer som inte har svenska som modersmål. Några deltagare delgav att de i sin matkultur äter mycket ris, vilket de fick veta av sina respektive diabetessjuksköterskor att de borde minska på alternativt byta ut till fullkornsrís. Deltagarna hade svårt att förstå denna information eftersom de vuxit upp med tron att ris var nyttigt. En annan deltagare beskriver det så här:

Sill och potatis - det vill jag inte sluta äta. Det är ju min favoritmat som jag äter minst två gånger i månaden. Det är min guldkant på vardagen! (P7)

Flera deltagare beskrev att det inte var lönt med stora förändringar i deras ålder eftersom de redan hade ett invariant levnadsmönster, vilket gjorde att de inte ville förändra sina levnadsvanor. Deltagarna berättade om sina vardagsrutiner och hur viktigt de tyckte att det var att behålla dessa eftersom de såg rutinerna som en trygghet. En förändring drabbar även maka/make eftersom de lever tillsammans berättade flera deltagare, som delgav att det oftast var hustrun som inhandlade och lagade maten. Någon deltagare berättade att hon på kalas åt

vad som bjöds och låtsades inte om sin sjukdom för en kväll. En annan deltagare upplevde det så här:

Det är trevligt att träffa folk, i min ålder är det viktigt! Då måste man få unna sig något gott också (P4)

Ändrade levnadsvanor

Under denna kategori finns två underkategorier: *Förändringsbenägen* och *Rädsla för komplikationer*. Flertalet deltagare hade tagit till sig av informationen från diabetessjuksköterskan. Deltagarna hade läst på om sjukdomen och vad de själva kunde göra för att förbättra sina värden och leva mer hälsosamt.

Förändringsbenägen

Flera deltagare upplevde att diabetessjuksköterskan gav värdefull information och råd om fysisk aktivitet. Detta ledde till att flera deltagare kommit igång med fysisk aktivitet på en individanpassad nivå. En del deltagare berättade om glädjen i att kunna träna tillsammans med andra, som till exempel på Friskis & Svettis.

Jag är inte så bra på att gå på gym. Jag promenerar istället varje dag. Det är min träning. Man kommer ut i friska luften och kan skingra tankarna och lyssna på fågelkvitter. Jag har alltid min käpp med mig. Man kan ju inte skylla på att man inte kan gå ut bara för att man är lite ostadig. Käppen är bra (P13)

Flera deltagare berättade också om hur de lagt till mer grönsaker i kosten och att de minskat på gräddiga såser och kladdiga kakor. Att äta mer regelbundet än tidigare beskrev flera deltagare att de numera gör. Någon deltagare berättade att som nydiagnostiserad kändes det som att han inte gjorde annat än åt, men berättade vidare att sötsuget minskat sedan han börjat äta regelbundet.

Jag äter regelbundet, äter mycket grönsaker och jag motionerar regelbundet. Jag äter inte så mycket sött, bara någon gång. Jag undviker att äta för mycket söta frukter (P17)

Rädsla för komplikationer

Flertalet deltagare berättade om rädsla för komplikationer som gjorde att de inte vågade missskötta sin diabetes. En deltagare berättade om sin hjärtinfarkt, personen var osäker på om diabetes var orsaken till denna. Deltagaren förstod allvaret i det hela och förstod vikten av att ta hand om hela kroppen oavsett vad som orsakat hjärtinfarkten. Rökning är en annan komplikation som oroar flera deltagare. En av deltagarna, som tidigare rökt tre paket cigaretter per dag, har dragit ner kraftigt på rökningen. Vidare berättade deltagaren om de komplikationer som kan orsakas av rökning, information som deltagaren fått från sin diabetessjuksköterska. Målet för denna person är att sluta röka helt för att slippa framtida diabetesrelaterade komplikationer. En annan deltagare uttryckte det så här:

Jag visste ju att rökning var farligt, men inte att det var SÅ farligt. Nu ska jag försöka dra ner på rökningen (P14)

Några personer delgav berättelser om anhöriga med diabetes typ 2 där komplikationer uppstått. Till exempel en vars mamma fick amputera båda benen i knähöjd till följd av diabetes typ 2. En annan berättade om sin far som förlorade synen och miste sin känsel i fötterna samt hade en besvärlig sista tid i livet. Detta är exempel på orosmoment som personerna vill undvika att själva hamna i och därför tar sin diagnos på allvar och gör förändringar som krävs för att må bra.

Jag vill ju må bra och då måste jag lägga manken till (P4)

Man ska ta komplikationer på allvar... (P17)

Diskussion

Metoddiskussion

Kvaliteten i kvalitativa studier brukar diskuteras utifrån bland annat *trovärdighetsbegreppet* som består av fyra dimensioner: *tillförlitlighet*, *överförbarhet*, *giltighet* och *verifierbarhet* (Kristensson, 2014). *Trovärdighet* är ett sätt att bedöma och beskriva den övergripande hållbarheten på en kvalitativ studie. *Tillförlitlighet* innebär sanningshalten i resultatet och hur insamlat material tolkats och inte baserats på förutfattade meningar eller fantasier. *Överförbarhet* innebär hur resultatet kan överföras på andra liknande grupper. *Giltighet* är viktigt för hållbarheten över tid på materialet det vill säga att läsaren ges möjlighet att följa analysen och bedöma giltigheten. *Verifierbarhet* innebär hur tolkningar och resultat kan verifieras genom att visa läsaren att tolkningen baseras på hållbart insamlat material.

Författarna till denna studie valde en kvalitativ semistrukturerad intervjustudie med enskilda intervjuer. En semistrukturerad intervju innebär förutbestämda frågor, intervjuguide, med följdfrågor som användes för att kartlägga personens tankar och känslor gällande upplevelsen av sin diabetessjukdom och diabetessjuksköterskans rådgivning och stöd (Kristensson, 2014). Denna datainsamlingsmetod valdes för att få djupare svar och på så sätt öka resultatets *tillförlitlighet* (Graneheim & Lundman, 2004). *Tillförlitligheten* ökade genom att intervjumaterialet inte baserades på författarnas förutfattade meningar eller fantasier (Kristensson, 2014). Genom att använda en intervjuguide stärktes studiens *giltighet* eftersom läsaren ges möjlighet att följa analysen och även har tillgång till intervjuguiden. För att ge deltagarna möjlighet att tala fritt ställdes frågorna inte i samma följd.

Risken med följdfrågor kan vara att deltagarna styrs att svara så som de som intervjuar önskar, enligt författarnas tolkning. Författarna till denna studie uppfattade att så inte var fallet. Följdfrågorna bidrog till mer djup i intervjuerna (Kristensson, 2014). En annan risk med enskilda intervjuer kan vara att personerna känner sig hämmade att uttala sig och vill framstå som duktiga och därmed välja bort vissa delar i berättelsen, vilket författarna inte upplevde var fallet under intervjuerna till denna studie. Innan intervjuerna påbörjades gjordes en provintervju vilket är av stor vikt för att se om intervjuguiden är hållbar (Kristensson, 2014). Intervjuguiden till denna studie fungerade och kunde därmed användas i analysen, enligt författarna.

Författarna till denna studie valde att spela in intervjuerna med diktafon, för att kunna lyssna aktivt på deltagarnas berättelser. Danielson (2017) menar att när de som intervjuar lyssnar aktivt, visar intresse för svaren och inte avbryter den som intervjuas, skapas goda förutsättningar för bra intervjuer. Att spela in intervjuerna kan innebära stress hos den som ska intervjuas (Kvale & Brinkmann, 2014). Deltagarna i denna studie tillfrågades gällande inspelning och hade möjlighet att avböja, men samtliga godkände och sa sig vara bekväma med att spelas in.

I denna studie deltog 17 personer från flera olika vårdcentraler i södra Skåne. Personerna valdes ut av respektive diabetessjuksköterska vilket kan ha påverkat resultatet. Resultatet kan ha påverkats genom att diabetessjuksköterskan kan ha valt personer till sin fördel. Författarna menar att personerna som deltog kan ha varit välreglerade diabetespatienter som talade väl om sin vårdcentral och behandlande diabetessjuksköterska. Personerna som deltog var både män och kvinnor, bosatta antingen på landsbygden eller i tätort samt var varierande åldrar över 65 år. En styrka i att intervjua både män och kvinnor kan vara att deras upplevelser varierar. Variation av deltagare kan enligt Graneheim och Lundman (2004) ha gett variationer och skillnader i svaren vilket är vad som efterfrågas vid en innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys är en lämplig metod att använda för intervjuare utan erfarenhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Denna studies författare hade ingen tidigare erfarenhet av att intervjua. För att kunna utföra intervjuer menar Kristensson (2014) att intervjutekniken behöver övas in. Författarna till denna studie turades om att intervjua och ställde följdfrågor gemensamt så att ingen viktig information missades. Båda författarna närvarade under samtliga intervjuer och hade ett gott förhållningssätt gentemot varandra samt mot deltagarna.

Intervjumiljön är viktig för att personerna ska känna sig trygga och våga uttrycka sig (Kristensson, 2014). Om intervjumiljön upplevs som störande kan personerna hindras från att tala fritt, anser denna studies författare. Vidare kan störande intervjumiljö ses som en risk och kan exempelvis vara om anhöriga är delaktiga och personens berättelse inte blir personlig utan en mix av anhörig och deltagarens berättelse. En annan risk är att intervjupersonen kan bli distraherad av eventuella husdjur, att telefonen ringer, bakgrundsmusik, hostattack samt vid eventuella förberedelser för fika, enligt denna studies författare.

I denna studie gjordes samtliga intervjuer i hemmiljö efter deltagarnas önskemål och de flesta av deltagarna hade bett anhöriga att inte närvara. Enstaka deltagare hade glömt att sätta telefonen på ljudlös, vilket kan ha inneburit en risk i att deltagaren för stunden glömt vad som egentligen skulle ha sagts. Den relativt korta intervjutiden för att vara en kvalitativ studie, kan enligt Kristensson (2014) ha påverkat resultatet. Resultatet kan ha påverkats genom att personerna kanske inte vågade eller ville delge sina berättelser mer utförligt än vad som framkom eller att de tolkade frågorna på annat sätt. Kvale och Brinkmann (2014) skriver att om själva intervjun är innehållsrik kan intervjutiden vara kort, istället för en lång intervju med innehåll som inte besvarar syftet. Enstaka personer i denna studie önskade förtydligande av en eller ett par frågor, men trots detta blev den faktiska intervjutiden inte längre än 20 till 30 minuter per intervju. Författarna ställde följdfrågor och personerna som deltog visste inte om författarnas bakgrund, mer än studier på distriktssköterskeprogrammet.

Transkribering av materialet utfördes gemensamt av studiens författare samma dag eller dagen efter intervjun. Fördelen med att transkribera samma dag eller dagen efter kan vara att författarna till denna studie har intervjun i färskt minne (Kristensson, 2014). En annan fördel är att författarna läste igenom intervjumaterialet flertalet gånger både enskilt och tillsammans för att få en helhetsbild av materialet (Graneheim & Lundman, 2004). Genom att göra detta tillsammans är risken mindre att materialet färgas av den ena författarens förförståelse vilket ökar studiens *tillförlitlighet* (Kristensson, 2014).

Utvalda citat som presenteras i resultatet tillåter läsaren att fritt tolka materialet och dess *trovärdighet* (Graneheim & Lundman, 2004). Citaten som presenteras i resultatet är också ett sätt att visa insamlat material och öka studiens *verifierbarhet* (Kristensson, 2014). *Överförbarheten* skulle kunna ses genom att intervjua en ny grupp med personer med diabetes typ 2 och om resultaten vore likvärdiga skulle detta kunna sägas vara generella upplevelser hos personer med diabetes typ 2, enligt författarna till denna studie. *Överförbarhet* och *verifierbarhet* hänger ihop genom att det material som samlats in via enskilda intervjuer baserats på det som deltagarna sagt och inte från författarnas förutfattade meningar (Kristensson, 2014).

Forskarens förförståelse innefattar de erfarenheter, kunskaper och möjliga förutfattade meningar som forskaren bär med sig i sitt arbete. För att förförståelsen inte ska påverkas under studiens gång är det viktigt att den synliggörs (Malterud, 2014). Studiens båda

författare har erfarenhet av diabetes, eftersom den ena är diabetessjuksköterska och den andra har diabetes typ 2. Detta kan vara både till för- och nackdel för denna studie. Fördelen kan enligt Kristensson (2014) exempelvis vara att författarna förstår deltagarnas situation utan att döma eller lägga in egna värderingar i svaren. Nackdelen kan vara att författarna färgas av sina egna erfarenheter på ett negativt sätt. För att synliggöra förförståelsen har författarna till denna studie diskuterat och reflekterat över detta under studiens gång, det vill säga under intervjuerna samt under bearbetningen av allt material, vilket ökar studiens *tillförlitlighet*.

Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie har ökat förståelsen och kunskapen för hur personer över 65 år med diabetes typ 2 upplever sin sjukdom och diabetessjuksköterskans rådgivning och stöd.

Resultatet visade att *diabetessjuksköterskans bemötande* var viktigt och hon upplevdes som lugn, trygg, lyssnande och hade mycket kunskap inom diabetesvården. Vidare i resultatet sågs trygghet som en viktig aspekt i mötet med diabetessjuksköterskan för att personen skulle kunna ta del av hennes kunskap och låta sig lotsas rätt. En förklaring till detta skulle kunna vara att en god relation ger trygghet enligt en tolkning av författarna. Studier visar att genom ett bra bemötande från diabetessjuksköterskan kan en relation uppstå som gör att personen med diagnos känner sig trygg och vågar öppna sig (Boström, Isaksson, Lundman, Egan Sjölander & Hörnsten, 2012; Gardsten, Blomqvist, Rask, Larsson, Lindberg & Olsson, 2018).

Regelbundna möten skapar kontinuitet. Kontinuitet, trygghet och goda relationer har visat sig vara en viktig del i mötet med diabetessjuksköterskan där studier belyser att en god relation uppstår om personen upplever att diabetessjuksköterskan lyssnar på och förstår personens situation och därmed kan fokusera på personens individuella behov (Boström, Isaksson, Lundman, Lehuluante & Hörnsten, 2014; Karakurt & Kaşıkçı, 2012). Kontinuitet har också visat sig vara viktigt för personen som får träffa samma vårdpersonal vid alla vårdtillfällen (Kristjansson, Hogg, Tuna, Maya-Bruinsma & Gebremichael, 2013). Kontinuitet och trygghet har visat sig vara extra viktigt hos äldre personer med kronisk sjukdom som kräver regelbundna uppföljningar (Al-Azri, Al-Ramadhani, Al-Rawahi, Al-Shafee, Al-Hinai & Al-Maniri, 2014; Bentler, Morgan, Virnig & Wiolinsky, 2014; Seok Hong, Chung Kang & Kim, 2010).

Flera studier betonar att diabetessjuksköterskan kan i dialog med personen göra sig en uppfattning om dennes kunskapsnivå, motivation och förmåga till ändrade levnadsvanor samt förmedla information därefter (Hörnsten, Jutterström, Audulv & Lundman, 2010; dos Santos Moura, Brandao Lopes, Joardson Duarte Teixeira, Oliveira Batista Oriá, Francenely Cunha Vieira & Vilani Cavalcante Guedes, 2019; Gabre, Wireklint Sundström & Olausson, 2019). Vidare framkommer att just dialog med personen är en viktig del i den personcentrerade vården som kan leda till ändrade levnadsvanor.

I resultatet framkommer även vikten av att diabetessjuksköterskan kommer med råd och lotsar personerna i rätt riktning. Genom att arbeta personcentrerat kan lotsningen anpassas individuellt efter de olika personernas behov (Hörnsten et al, 2010). Att arbeta personcentrerat kan vara en stor utmaning för diabetessjuksköterskan eftersom många personer önskar specifika direktiv hur de ska utföra en förändring (Bonger, Shiferaw & Zerihun Tariku, 2018). Personerna bör vara delaktiga i sin behandling och i studier har det framkommit att äldre personer ofta kan uppleva en otrygghet i att vara delaktiga samt ta egna beslut i sin vård (Jangland, Carlsson, Lundgren & Gunningberg, 2012; Teh, Karp, Kleinman, Reynolds, Weiner & Cleary, 2009).

Det är av stor vikt att diabetessjuksköterskan ger personen den stöttning och vägledning som behövs så att personen kan bli mer delaktig i sin vård, anser författarna. Det är viktigt att diabetessjuksköterskan hjälper personen att övervinna sina fysiska och psykiska hinder för en lyckad förändring i sin behandling (Orem, 2001). Att diabetessjuksköterskan är närvarande, påläst och uppdaterad om personens sjukdomstillstånd är av stor vikt (Socialstyrelsen, 2018).

En annan del av resultatet visar *förnekelse av sin sjukdom* och en aspekt i detta kan vara avsaknad av symtom och sämre sjukdomsinsikt. Att inte känna några symtom är vanligt vid diabetes typ 2 och även när personen har fått sin diagnos kan personen ha svårt att ta till sig sjukdomen, eftersom symtom saknas (Korkiakangas, Alahuhta, Husman, Keinänen-Kiukaanniemi, Taanila & Laitinen, 2010; Nunstedt, Rudolfsson, Alsén & Pennbrant, 2017).

Författarnas tolkning är att förnekelse kan uppstå om sjukdomen inte tas på allvar samt att förnekelse kan vara ett beteende som kan vara svårt att förändra hos personen. I studier framkommer det att vid avsaknad av symtom kan det vara svårt för personerna att förstå vikten av nödvändiga förändringar (Hasseler, von der Heide & Indefrey, 2010; Persson & Friberg, 2009). Att leva med diabetes typ 2 kan skapa funderingar över livet och

sjukdomstillståndet och kan ge upphov till förnekelse och negativa tankar hos äldre personer (Handley, Pullon & Gifford, 2010). Äldre personer kan ha svårt att förändra sina levnadsvanor eftersom de redan har invanda rutiner i sin vardag, vilket gör att de kan ha svårt att förändra de rutiner som krävs vid diabetes typ 2 (Jangland, Carlsson, Lundgren & Gunningberg, 2012).

Det är en stor utmaning för diabetessjuksköterskan att få personerna att förstå samt acceptera sin diagnos och de eventuella komplikationer som kan uppstå (Abdulhadi et al, 2013). Det är viktigt att denna patientgrupp tas på allvar av diabetessjuksköterskan och för att kunna göra detta krävs bland annat att diabetessjuksköterskan på ett bra sätt kan förmedla kunskap och information till personen (Janes et al, 2013; Matthews et al, 2017).

Informationen som ges av diabetessjuksköterskan bör vara tydlig så att personen förstår vikten av förändring för att undkomma framtida komplikationer. Ett bra sätt att förmedla information enligt en studie, är att anpassa informationen efter personen samt att information ges både muntligt och skriftligt (Nunstedt et al, 2017). Att ge tydlig information är något som återkommer i studier där det framkommer att informationen bör ges på ett sådant sätt så att personerna inte blir skrämde, eftersom rädda personer kan ha en tendens att förneka sin diagnos ytterligare (Janes et al, 2013; Matthews et al, 2017). Informationen bör vara individuell och så tydlig som möjligt så att personen uppfattar vikten av att sköta sin diabetes rätt (Abdulhadi et al, 2013; Janes et al, 2013; Matthews et al, 2017).

Patientutbildning är en annan viktig aspekt för att få personen att öka sin sjukdomsinsikt och förstå riskerna som kan uppstå vid diabetes typ 2 (Bartol, 2012). Patientutbildning bör ges personcentrerat vilket innebär att diabetessjuksköterskan ger information och förmedlar kunskap i samråd med personen så att denne kan hantera sin situation och diagnos (Stenner, Courtenay & Carey, 2011). En studie påvisade ett tydligt samband mellan patientutbildning och en god diabeteskontroll. Forskarna fann att en person som bara fick ett enda tillfälle med rådgivning under ett års tid hade bättre hälsa än de personer som inte fått någon rådgivning alls (Dalal, Robinson & Sullivan, 2014).

Resultatet visar att deltagarna upplever *rädsla för komplikationer* och aspekterna av detta kan ses både positivt och negativt. Författarnas tolkning är att det positiva kan vara att rädslan blir som en drivkraft att förändra sina levnadsvanor för att undvika komplikationer som kan uppstå vid diabetes. Ett exempel på detta från denna studies resultat var att en deltagare

bestämt sig för att dra ner på sitt tobaksbruk för att undvika framtida komplikationer. I en studie framkom att framförallt kvinnor med diabetes typ 2 kunde känna skam, ilska och rädsla vid höga blodsockervärden (Mathew, Gucciardi, De Melo, & Barata, 2012). Rädslan i detta var att utveckla komplikationer som kan uppkomma vid höga blodsockervärden. När ett högt värde uppmätts kunde personerna, för att försöka komma över rädslan, öka sin fysiska aktivitet och på så vis uppnå ett lägre blodsockervärde vid nästa mätning. För att undvika framtida komplikationer framkommer det i andra studier att det behövs information från diabetessjuksköterskan, för att kunna göra en förändring av levnadsvanor som exempelvis ökad fysisk aktivitet och ändrade kostvanor (Revdal et al, 2016); Borrer et al, 2018). I Patientlagen (2014:821) står att alla personer har rätt till information om sitt hälsotillstånd och vilka behandlingsmöjligheter som finns. Personerna har även rätt att få information om eventuella risker som kan ge komplikationer samt hur komplikationerna kan förebyggas (SFS 2014:821).

Den negativa aspekten kan vara rädsla för allvarliga komplikationer till följd av diabetes typ 2, om personen inte lever efter de råd som diabetessjuksköterskan ger. Författarnas tolkning är att rädsla även kan orsakas av egna erfarenheter från anhöriga med diabetes typ 2 med allvarliga komplikationer, vilket också framkommer i denna studies resultat. Rädsla för allvarliga komplikationer ledde till att deltagare i en studie inte var motiverade att förändra sina levnadsvanor (Dlugasch & Ugarriza, 2013). Deltagarna var rädda för exempelvis låga blodsockervärden och de kontrollerade dessa väldigt ofta och kunde inte se att övriga förändringar behövdes. I en annan studie framkommer att rädslan kan grunda sig i höga blodsockervärden som exempelvis HbA1c (Young Kim & Ju Lee, 2019).

Diabetessjuksköterskan ger råd och en del av de råd som ges handlar om förändring av levnadsvanor för att undvika allvarliga komplikationer.

Råd från diabetessjuksköterskan kan vara svåra att applicera när personen ser sig som ett offer för sin sjukdom och inte kommer vidare i förändringsprocessen (Ahlin & Billhult, 2012). Författarna anser att diabetessjuksköterskan ofta bör följa upp personer som förnekar sin diagnos samt de som uttrycker en rädsla för komplikationer. En artikel belyser vikten av att diabetessjuksköterskan arbetar personcentrerat och att information som ges bör vara tydlig så att personen förstår allvaret i diagnosen samt de allvarliga komplikationer som kan uppstå (Shu-Fang et al, 2014).) Personen själv har ett stort ansvar för att utveckla goda vanor och på så sätt främja hälsan och undvika framtida komplikationer (Orem, 2001).

Konklusion och implikationer

Slutsatsen av denna studie var att personer över 65 år med diabetes typ 2 upplevde diabetessjuksköterskans bemötande som tryggt. Trygghet, god relation samt kontinuitet är av stor betydelse i mötet med diabetessjuksköterskan. Vidare är det av stor vikt att diabetessjuksköterskan arbetar personcentrerat, det vill säga att information och utbildning ges individuellt så att förnekelse av diabetessjukdom kan undvikas. Förnekelse av diabetessjukdom kan bero på avsaknad av symtom vilket är vanligt vid diabetes typ 2. Vid avsaknad av symtom kan det vara svårt för personen att förstå vikten av att ändra levnadsvanor som är nödvändiga för att undvika framtida komplikationer. Rädsla för framtida komplikationer bör tas på allvar. En rädsla kan både vara positiv och negativ. Det positiva kan vara en drivkraft att undvika framtida komplikationer medan det negativa kan vara en rädsla att göra fel utifrån de råd som ges från diabetessjuksköterskan.

Resultatet av studien visar att det är viktigt med tidiga insatser från diabetessjuksköterskan för att personen ska kunna förändra sina levnadsvanor och på så sätt undvika framtida komplikationer. Förslag på ytterligare forskning skulle kunna vara fördjupning kring rädsla för komplikationer eftersom en rädsla kan hindra personen att utföra nödvändiga förändringar som krävs vid diabetes typ 2.

Referenser

Abdulhadi, N-M., Al-Shafae, M., Wahlström, R., & Hjelm, K. (2013). Doctors' and nurses' views on patient care for type 2 diabetes: an interview study in primary health care in Oman. *Primary health care research & development*, 14(3), 258-269. doi:10.1017/S146342361200062X.

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

Al-Azri, M., Al-Ramadhani, R., Al-Rawahi, N., Al-Shafee, K., Al-Hinai, M., & Al-Maniri, A. (2014). Patients' attitudes and experiences of relational continuity in semi-urban general practice in Oman. *Family Practice*, 31(3), 303-309. doi: 10.193/fampra/cmu004.

Ausili, D., Bulgheroni, M., Ballatore, P., Specchia, C., Ajdini, A., Bezze, S., Di Mauro, S., & Genovese, S. (2017). Self-care, quality of life and clinical outcomes of type 2 diabetes patients: an observational cross-sectional study. *Acta Diabetol*, 54(11), 1001-1008. doi:10.1007/s00592-017-1035-5.

Bartlam, B., Rathod, T., Rowlands, G., & Protheroe, J. (2016). Lay health trainers supporting self-management amongst those with low health literacy and diabetes: Lessons from a mixed methods pilot, feasibility study. *Journal of diabetes research*, (2016), 1-10.

Bartol, T. (2012). Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: role of the nurse practitioner. *Journal of the American academy of nurse practitioner*, 24(1), 270-276.

Bentler, S E., Morgan, R O., Virnig, B A., & Wiolinsky, F D. (2014). Evaluation of a patient-reported continuity of care model for older adults. *Qual Life Res*, 23(1), 185-193. doi:10.1007/s11136-013-0472.x.

Bonger, Z., Shiferaw, S., & Zerihun Tariku, E. (2018). Adherence to diabetic self-care practice and its associated factors among patients with type 2 diabetes in Ababa, Ethiopia. *Patients Preference and Adherence*, 6(12), 963-970.

Borrer, A., Zieff, G., Battaglini, C., & Stoner, L. (2018). The effects of postprandial exercise on glucose control in individuals with type 2 diabetes: a systematic review. *Sports medicine*, 48(6), 1479-1491. doi:10.1007/s40279-018-0864-x.

Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Lehuluante, A., & Hörnsten, Å. (2014). Patient-centred care in type 2 diabetes – an altered professional role for diabetes specialist nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 675-682. doi:10.1111/scs.12092.

- Boström, E., Isaksson, U., Lundman, B., Egan Sjölander, A., & Hörnsten, Å. (2012). Diabetes specialist nurses' perceptions of their multifaceted role. *EDN Summer*, 9(2), 39-44. doi: <https://doi.org/10.1002/edn.204>.
- Brobeck, E., Odenrants, S., Bergh, H., & Hildingh, C. (2014). Patients' experiences of life style discussions based on motivational interviewing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 13(13), 1-7. doi:10.1186/1472-6955-13-13.
- Chasens, E R., & Luyster, F S. (2016). Effect of sleep disturbances on quality of life, diabetes self-care behavior, and patient - report outcomes. *American Diabetes Association*, 29(1), 20-23. doi:10.2337/diaspect.29.1.20.
- Chourdakis, M., Kontogiannis, V., Malachas, K., Pliakas, T., & Kritis, A. (2014). Self-Care Behavior of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Greece. *Journal of Community Health*, 39(5), 972- 979. doi: 10.1007/s10900-014-9841-y.
- Collins, M. M., Bradley, C. P., O'Sullivan, T., & Perry, I. J. (2009). Self-care coping strategies in people with diabetes: a qualitative exploratory study. *BMC Endocrine Disorders*, 9(6), 1-9. doi: 10.1186/1472-6823-9-6.
- Cushing A., & Metcalfe R. (2007). Optimizing medicines management: From compliance to concordance. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 3(6), 1047-1058.
- Dalal, M.R., Robinson, S.B., & Sullivan, S.D. (2014). Real-World Evolution of the Effects of Counseling and Education in Diabetes Management. *Diabetes Spectrum*, 27(4), 235-243. doi:10.2337/diaspect.27.4.235.
- Danielson, E. Kvalitativ forskningsintervju. (2017). Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (ss. 143-153). Lund: Studentlitteratur.
- Dlugasch, L. B., & Ugarriza, D. N. (2013). Self-monitoring of blood glucose experiences of adults with type 2 diabetes. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 323-329. doi:10.1002/2327-6924.12042.
- dos Santos Moura, N., Brandao Lopes, B., Joardson Duarte Teixeira, J., Oliveira Batista Oriá, M., Francenely Cunha Vieira, N., & Vilani Cavalcante Guedes, M. (2019). Literacy in health and self-care in people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*, 72(3), 700-706. doi:<http://dx.org/10.1590/0034-7167-2018-0291>.
- Fatimidokht, H., & Kuchaki Rafsanjani, M. (2018). Development of a Hybrid Neuro-Fuzzy System as a diagnostic toll for type 2 diabetes. *Quality of life research*, (6), 54-56.

- Funnell, M. Professions- respektive patient -centrerade utbildningsmodeller. (2012). Wikblad, K. (Red.). *Omvårdnad vid diabetes*. (ss. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Gabre, M., Wireklint Sundström, B., & Olausson, S. (2019). 'A little good with the bad': Newly diagnosed type 2 diabetes patients' perspectives on self-care: A phenomenological approach. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(1), 20-28. doi: 10.1177/2057158518775319.
- Gardsten, C., Blomqvist, K., Rask, M., Larsson, Å., Lindberg, A., & Olsson, G. (2018). Challenges in everyday life among recently diagnosed and more experienced adults with type 2 diabetes: A multistage focus group study. *Wiley Journal of Clinical Nursing*, 2018(27), 3666-3678. doi: 10.1111/jcon.14330.
- Ginszt, A., Ginszt, M., Majcher, P., & Tarkowski, Z. (2018). Effects of exercise on blood glucose levels in type 2 diabetic patients - literature review. *Polish annals of medicine*, 25(2), 272-276. doi:10.29089/2017.1700037.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H. (2010). Living with type 2 diabetes: "putting the person in the pilots' seat". *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 12-19.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Hasseler, M.K., von der Heide, M., & Indefrey, S. (2010). Resources for and barriers to effective diabetes care management – experiences and perspectives of people with type 2 diabetes. *J public health*, 19(1), 65-71. doi:10.1007/s10389-010-0354-6.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). *Kvalitativ metod*. Henricson, M. (Red.). Vetenskaplig teori och metod. (ss. 111-117). Lund: Studentlitteratur.
- Hörnsten, Å., Jutterström, L., Audulv, Å., & Lundman, B. (2010). A model of integration of illness and self-management in type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 41-51. doi:10.1111/j.1752-9824.2010.01078.x.
- Jallinoja, P., Absets, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & 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(4), 244-249. doi:10.1080/02813430701691778.

- Janes, R., Titchener, J., Pere, J., Pere, R., & Senoir, J. (2013). Understanding barriers to glycaemic control from the patient's perspective. *Journal of primary health care*, 5(2), 114-122.
- Jangland, E., Carlsson, M., Lundgren, E., & Gunningberg, L. (2012). The impact of an intervention to improve patient participation in a surgical care unit: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 528-538. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.10.
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC family practice*, 11(41), 1471-2296. doi:10.1186/1471-2296-11-41.
- Jendle, J., & Tornberg, Å. (2016). *Fysisk aktivitet vid diabetes mellitus – typ 2 diabetes*. Hämtad 2018-11-27 från <http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Diabetes-TYP2.pdf>
- Karakurt, P., & Kaşıkçı, M. K. (2012). The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self-care. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 170-179. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02013.x.
- Korkiakangas, E.E., Alahuhta, M.A., Husman, P.M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A.M., & Laitinen, J.H. (2010). Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 62-69. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00791.x.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik - för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur & Kultur: Stockholm.
- Kristjansson, E., Hogg, W., Tuna, M., Maya-Bruinsma, L., & Gebremichael, G.(2013). Predictors of relational continuity in primary care: patient provider and practice factors. *BMC Family Practice*, 14(72), 1-9. doi:10.1186/1471-14-72.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindholm, E. (2009). *Definition diagnostik och klassificering*. Agardh, C-D., Berne, C. (Red). Diabetes. (ss 17-29). Stockholm: Liber.
- Linmans, 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(6), 439-445. doi:10.1016/j.pcd.2015.02.001.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. I M. Granskär. & B. Höglund-Nielsen. (Red). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (ss 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. (3:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Maslakpak, M-H., Shahbaz, A., Parizad, N., & Ghafourifard, M. (2017). Preventing and managing diabetic foot ulcers: application of Orem`s self-care model. *Int J Diabetes Dev Ctries*, 38(2), 165-172. doi:10.1007/s13410-017-0570-5.

Mathew , R., Gucciardi, E., De Melo, M., & Barata, P. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 13(122), 1-12.

Matthews, A., Jones, N., Thomas, A., van den Berg, P., & Foster, C. (2017). An education programme influencing health professionals to recommend exercise to their type 2 diabetes patients – understanding the process: a case study from Oxfordshire, UK. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-15. doi:10.1186/s12913-017-2040-7.

Moser, A., van der Bruggen, H., Widdershoven, G., & Spreeuwenberg, C. (2008). Self-management of type 2 diabetes mellitus: a qualitative investigation from the perspective of participants in a nurse-led, shared-care programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 8(91), 1-9. doi:10.1186/1471-2458-8-91.

Nguyen, H T T., Moir, M P., Nguyen, T X., Vu, A P., Luong, L H., Nguyen, T N., Nguyen, L H., Tran, B X., Tran, T T., Latkin, C A., Zhang, M W B., Ho, R C M., & Vu, H T T. (2018). Health-related quality of life in elderly diabetic outpatients in Vietnam. *Patient preference and adherence*, 2018(12), 1347-1354. doi:10.2147/PPA.S162892.

Nugent, L.E., Carson, M., Zammit, N.N., Smith, G.D., & Wallston, K.A. (2015). Health value & perceived control over health behavioral constructs to support type 2 diabetes self-management in clinical practice. *Journal of clinical nursing*, 24, 2201-2210. doi:10.1111/jocn.12878.

Nunstedt, H., Rudolfsson, G., Alsén, P., & Pennbrant, S. (2017). Strategies for healthcare professionals to facilitate patient illness understanding. *Journal of Clinical Nursing*, 2017(26), 4696-4706. doi:10.1111/jocn.13820.

Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6:e uppl). S:t Louis: Mosby.

O'Shaughnessy, M. (2014). Application of Dorothea Orem's theory of self-care to the elderly patient on peritoneal dialysis. *Nephrology nursing journal*, 41(5), 495-497.

Persson, M., & Friberg, F. (2009). The dramatic encounter: experiences of taking part in a health conversation. *Journal of clinical nursing*, 18(4), 520-528.
doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02535.x.

Revdal, A., Hollekim-Stand, S.M., & Ingul, C.B. (2016). Can times efficient exercise improve cardiometabolic risk factors in type 2 diabetes? A pilot study. *Journal of sports science and medicine*, 15(2), 308-313.

SBU. (2009a). *Egenvård vid diabetes*. Hämtad 2019-01-13 från https://www.sbu.se/contentassets/cea67d2c011443a4a914556566fb08d0/patientutbildning_vid_diabetes_fulltext.pdf?fbclid=IwAR0phdlq_mQY0QaquzjYEjdJxLyOO6PhoGaDq4e6Q-8-Our8BM1FOPsPQQ

SBU. (2009b). *Patientutbildning vid diabetes*. Hämtad 2019-01-13 från https://www.sbu.se/contentassets/cea67d2c011443a4a914556566fb08d0/patientutbildning_vid_diabetes_fulltext.pdf?fbclid=IwAR0phdlq_mQY0QaquzjYEjdJxLyOO6PhoGaDq4e6Q-8-Our8BM1FOPsPQQ

Shin, K.S., & Lee, E.H. (2018). Relationships of health literacy to self-care behaviors in people with diabetes aged 60 and above: Empowerment as a mediator. *The Journal of Advanced Nursing*, 2018(74), 2363-2372. doi:10.1111/jan.13738.

Shu-Fang, V W., Heng-Hsin, T., Shu-Yuan, L., Mei-Chen, L., & Neng-Chun, Y. (2014). Differences in the perceptions of self-care, health education barriers and educational needs between diabetes patients and nurses. *Contemporary Nurse*, 46(2), 187-196.
doi:10.5172/conu.214.46.2.187.

Seok Hong, J., Chung Kang, H., & Kim, J. (2010). Continuity of Care for Elderly Patients with Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea. *Medicine General & Social Medicine*, 25(9), 1259-1271.
doi:10.3346/jkms.2010.25.9.1259.

SFS. (2003:460). *Om etikprovning av forskning som avser människor*. Hämtad 2019-01-13 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460?fbclid=IwAR3LZuD_1csTqjBjCnN_o5TqNOhP-ajMMeBR4NZmYEEN-doT8YyddRRGDw

SFS. (2014:821). *Patientlagen*. Hämtad 2019-10-17 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Soares de Lima, G-K., Pereira dos Santos, A-A., Marques de Oliveira e Silva, J., Comassetto, I., Rodrigues Correia, S., Cristina da Silva Ferreira, D. (2017). Self-care of adolescents in the puerperal period: application of the Orem theory. *Journal of nursing*, 11(10), 4217-4225. doi:10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201727.

Socialstyrelsen. (2011). *Kost vid diabetes*. Hämtad 2018-12-21 från: <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/18471/2011-11-7.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för diabetesvård- stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2019-10-12 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-10-25.pdf>

Song, D., Xu, T-Z., & Sun, Q-H. (2014). Effect of motivational interviewing on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *International journal of nursing sciences 1*, (2014), 291-297.

Stenner, K., Courtenay, M., & Carey, N. (2011). Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: a qualitative study of patient views. *International Journal Of Nursing Studies*, 48(1), 37-46. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.006.

Teh, CF., Karp, JF., Kleinman, A., Reynolds, CF., Weiner, DK., & Cleary, PD. (2009). Older people's experiences of patient-centered treatment for chronic pain: a qualitative study. *Pain Medicine*, 10(3): 521-530. doi:10.1111/j.1526-4637.2008.00556.x.

Tomlin, A., & Asimakopoulou, K. (2014). Supporting behaviour change in older people with type 2 diabetes. *British Journal of Community Nursing*, 19(1), 22-27. doi:10.12968/bjcn.2014.19.1.22.

World Health Organization [WHO]. (2016). *Global report on diabetes*. Hämtad 2018-11-27 från: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=6B52640ABBB79E03A086F03627F22E2F?sequence=1

World Medical Association. (2018). WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2019-01-19 från: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/?fbclid=IwAR1wb97TFpGrk_gaAQgnPJrPHTFjEe-99XE2neS6yjrUEWVd8el_wFuNDn0

Young Kim, M., & Ju Lee, E. (2019). Factors Affecting Self-Care Behavior Levels among Elderly Patients with Type 2 Diabetes: A Quantile Regression Approach. *Medicina*, 55(7), 1-10. doi:10.3390/medicina55070340.

Bilaga 1 (3)

Brev till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien Hur personer över 65 år upplever sin diabetessjukdom samt hur de upplever diabetessjuksköterskans stöd.

Syftet med vår studie är att intervjua personer med diabetes typ 2 och hur dessa personer upplever sin diabetessjukdom och hur de upplever diabetessjuksköterskans stöd. Målet med detta är att undersöka hur personerna hanterar information och rådgivning kring egenvård och ändrade levnadsvanor från diabetessjuksköterskan.

Önskat antal deltagare är 15-20 personer. Arbetet kommer att genomföras med kvalitativ metod, vilket innebär att data samlas ihop med hjälp av semistrukturerade intervjuer. För att besvara vårt syfte krävs följande kriterier: personer med diabetes typ 2, personer som är 65 år eller äldre, personer som går på regelbunden kontroll hos diabetessjuksköterska, personerna bör självständigt kunna hantera sin egenvård, personerna bör ha god sjukdomsinsikt samt kunna besvara intervjufrågor själv utan anhörig som tolkar.

Vi vore tacksamma om detta kunde förmedlas till diabetessjuksköterskan på enheten/vårdcentralen. Diabetessjuksköterskan kan vara behjälplig att välja ut lämpliga personer som kan tänkas vilja delta i vår studie. Därefter kommer personerna/deltagarna att få informationsbrev om studien samt blankett om samtycke. Allt material behandlas endast av undertecknade. Materialet kommer efter bearbetning att förstöras och inga uppgifter kan spåras till specifik individ eller specifik vårdcentral.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs.

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Personens ålder?
 - Hur länge har du haft diabetes typ 2?
1. Hur påverkar din diabetes din vardag?
 - Berätta om en vanlig dag i ditt liv
 - Har du gjort stora förändringar i ditt liv sedan du fick diabetes? Berätta?
 - Vill du berätta vilka förändringar som varit bra respektive de förändringar som varit mindre bra?
 2. Hur tar du hand om din diabetes?
 - Vill du berätta vad som är viktigt för dig, för att du ska må bra?
 3. Skulle du kunna berätta om senaste gången du var hos diabetessjuksköterskan?
 - Vad pratade ni om och vad gjorde diabetessjuksköterskan?
 - Fick du någon kompletterande information eller råd?
 - Vill du berätta om vilka bra och mindre bra råd du fått?
 - Uppfattade du detta möte som ett bra möte? Har du varit med om mindre bra möten? Vad har varit bra respektive dåligt i dessa möten? Vill du berätta?

Bilaga 3 (3)

Brev till studiedeltagare

Titel på studien: Hur personer över 65 år upplever sin diabetesdiagnos samt hur de upplever diabetessjuksköterskans stöd.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Vi skulle vilja göra en intervju med Dig. Syftet med intervjun är att belysa hur Du som patient hanterar Din diabetes. Intervjun är inte en del av Din diabetesvård. Intervjun beräknas ta cirka en timme och genomförs av undertecknade. Intervjun beräknas ske under våren 2019. Vi önskar att Du själv föreslår plats för intervjun. Platsen ska vara avskild och Du ska kunna känna Dig avslappnad och trygg till exempel i ditt hem eller på annan plats där Du känner Dig trygg.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst samt kommer att förstöras efter godkänd uppsats.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och lämna till Din diabetessjuksköterska senast vecka 20.

Ange hur insamlat material förvaras.

Studien ingår som ett examensarbete i distriktssköterskeprogrammet.

Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.