



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Sjuksköterskors upplevelser av utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad Diabetes mellitus typ 1.

En intervjustudie

Nurse's experiences of the educational process in adolescents with newly diagnosed type 1 Diabetes mellitus.

An interview study

Författare: Josefin Fredlund, Vanja Vovk

Handledare: Irén Tiberg

Magisteruppsats

Hösten 2022

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

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

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Ungdomar går igenom många fysiska och psykiska förändringar och det uppstår svårigheter när ungdomar drabbas av en kronisk sjukdom som Diabetes mellitus typ 1. Studier visar att ungdomar har svårt att ta till sig information om sin sjukdom och har svårt att följa behandlingen. Sjuksköterskor som arbetar inom diabetesvården har en viktig roll i utbildningsprocessen.

Syfte: Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1.

Metod: Semistrukturerade intervjuer genomfördes med elva sjuksköterskor med specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom eller som diabetessjuksköterska. Vid analysprocessen användes en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Ett övergripande tema framträdde: Betydelsen av att ge person- och familjecentrerad utbildning. Studiens resultat presenteras utifrån tre kategorier: Ungdomens olika förutsättningar, Att vara lyhörd och kunna anpassa utbildningen samt Långsiktigt förtroende.

Konklusion: Sjuksköterskor som är med i utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1 upplever att det är betydelsefullt att ge individanpassad utbildning. Ungdomar behöver erhålla utbildning på ett sätt som passar deras livssituation. Sjuksköterskor behöver vara uppdaterade gällande forskning om utbildningsprocessen hos ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1 för öka sin kompetens och på så sätt ha möjlighet att på ett bättre sätt kunna anpassa utbildningen till ungdomar.

Nyckelord

Sjuksköterskor, ungdomar, föräldrar, upplevelse, utbildningsprocessen, diabetes mellitus typ 1

Innehållsförteckning

Problemområde	5
Bakgrund	6
Diabetes mellitus typ 1.....	6
Ungdomar med diabetes mellitus typ 1.....	7
Sjuksköterskans roll och utbildningsprocessen.....	8
Perspektiv och utgångspunkter	9
Vårdetiskt perspektiv	9
Adaptionsmodellen.....	10
Syfte	12
Metod	12
Urval	12
Instrument	12
Datainsamling	13
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar	15
Förförståelse.....	16
Resultat.....	17
Ungdomens olika förutsättningar	17
Den egna motivationen	17
Behov av självständighet	19
Familjen spelar roll.....	19
Att vara lyhörd och kunna anpassa utbildningen	20
Strategier vid utbildning	20
Långsiktigt förtroende.....	22
Skapa och främja förtroende.....	22
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion.....	26
Den egna motivationen	26
Strategier vid utbildning	28
Skapa och främja förtroende.....	28
Konklusion och implikationer	29
Referenser.....	30
Bilaga 1 (Intervjuguide)	37

Bilaga 2 (Brev till verksamhetschef).....	38
Bilaga 3 (Brev till Enhetschef).....	39
Bilaga 4 (Brev till Studiedeltagare).....	40

Problemområde

Diabetes mellitus typ 1 (DMT1) är en kronisk allvarlig autoimmun sjukdom som kan debutera i alla åldrar (World Health Organisation, 2019). Jönsson (2014) belyser att i Sverige är det den vanligaste kroniska sjukdomen hos barn och ungdomar. Cirka 50 000 personer i Sverige lever med DMT1 och varje år insjuknar cirka 900 barn och ungdomar (Barndiabetesfonden, u.å). DMT1 medför att ungdomar behöver anpassa sina liv efter sjukdomen. Att utföra mätningar av blodglukos, ett flertal gånger dagligen och tänka på vilken mängd kolhydrater varje måltid innehåller kan vara krävande. Framförallt i en ålder då många förändringar sker i kroppen, både fysiskt, psykiskt och socialt (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017). Det är en traumatisk upplevelse att insjukna i DMT1. Hela familjen blir påverkad vilket gör mötet mellan familj, ungdom och sjukvård viktig och individuell anpassning bör ske efter familjens behov (Moorey, 2010).

Att erhålla utbildning vid sjukdomsdebut är betydelsefullt. Svensk forskning visar att sjuksköterskor upplever det utmanande att ge utbildning till en familj som fått besked om sitt barns insjuknande i DMT1. Familjen är oftast i chock de första dagarna och inte mottagliga för utbildning (Nilsson et al., 2018). Forskning härstammande från Finland hävdar att om en familj får bra utbildning och ökad kunskap om sjukdomen så ökar kapaciteten att sköta egenvården samt att de får bättre kontroll över sjukdomen (Kelo et al., 2013).

Forskning från England, USA och Taiwan belyser att ungdomar inte får utbildning och lämpligt stöd som uppfyller deras behov (Kime et al., 2013; Wang & Volker, 2012). Det framkommer också att ungdomar som lever i USA samt Brasilien har svårt att hantera sin insulinbehandling vilket leder till att de behöver få mycket kunskap i att hantera den och anpassa sig efter sin diagnos (Ortiz La Banca et al., 2019). Brittiska ungdomar upplever att de inte får tillräckligt mycket information av vården angående egenvård vid nydebuterad diabetes (Wang & Volker, 2012) och forskning från Grekland belyser att ungdomar behöver utbildning för att kunna vara självständiga i sin sjukdom och behandling (Ouzouni et al., 2019). Patientutbildningen belyses även av Finset (2017) irländska artikel som påstår att det är ett viktigt engagemang för att stödja och göra det möjligt för ungdomar att hantera sina liv med sjukdomsutmaningar. Court et al. (2008) från Australien illustrerar att under ungdomsåren är det inte ovanligt att drabbas av allvarliga hypoglykemier, som resultat av dålig metabolisk kontroll och som förvärras av ungdomens livsstil samt risktagande. Detta

kan undvikas genom att ungdomarna får noggrann och detaljerad utbildning (Court et al., 2008).

I en studie gjord av Hanberger et al. (2006) framkommer det att de behövs förbättringar i diabetesvården gällande patientutbildning, tillgång till vård och väntetid. För att komplikationer senare i livet ska kunna undvikas behöver kvaliteten på diabetesvården för barn och ungdomar i Sverige förbättras. Enligt Hanberger (2010) behöver det psykosociala stödet som ges till barn och ungdomar med diabetes anpassas till mognadsålder och kön. Den metabola kontrollen hos barn och ungdomar med diabetes påverkas av attityden som personalen i diabetesvårdsteamet har. Sjuksköterskan har en stor och betydande roll i teamet. Om personalen i teamet är enat och har ett tydligt och konsekvent budskap får det positiva effekter på ungdomars metabola kontroll (Hanberger, 2010). Kunskapen kring hur sjuksköterskor upplever utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad DMT1 är begränsad och ny kunskap inom området kan utveckla och förbättra utbildning till ungdomar.

Bakgrund

Diabetes mellitus typ 1

De tidiga signalerna för igenkännande av DMT1 är ökade urinvolymer, ökad törst, trötthet och avmagring (Hamilton et al., 2017). Vid DMT1 har kroppen insulinbrist på grund av att betacellerna i bukspottkörteln förstörs vilket på sikt leder till upphävd insulinproduktion (Paoil & Rogers, 2018). Risken till att utveckla sjukdomen är till 50 % ärftlig och resten beror på omgivningsfaktorer (Carlsson & Forsander, 2012). Insulin utsöndras till blodet vid stigande blodglukos och möjliggör glukos att komma in i framförallt fett- och muskelceller. Detta sker genom att insulin kopplas till specifika receptorer på cellmembranen. Omvandlingen av glukos till glykogen i levern och motverkan av nedbrytning av glykogen sker via stimulans av insulin (Paoil & Rogers, 2018). Behandlingen syftar till så normala glukosvärden som möjligt och för att uppnå det behöver ungdomen planera hur mycket kolhydrater som intas i förhållande till vilken fysisk aktivitet som utförs (Carlsson & Forsander, 2012). Glukosvärdet behöver kontrolleras flera gånger dagligen.

Metoden för att kontrollera glukosvärde vid insjuknandet görs alltid genom kapillär provtagning som ett stick i fingret och mäts via en glukosmätare. Den tekniska utvecklingen inom diabetesvården fortlöper ständigt (Barndiabetesfonden, u.å). Sherr et al. (2018) belyser annan mätmetod såsom CGM - kontinuerlig subkutan glukosövervakning och menar på att den ofta används inom pediatrik diabetesvård. Den har underlättat diabeteshantering för ungdomar med DMT1 (Sherr et al., 2018). En svensk studie skriven av Lind et al. (2021) belyser också CGM och betonar att de flesta personer med typ 1-diabetes använder sig av behandlingen i Sverige idag. Studien påvisar att behandlingen ger ett bättre medicinsk skydd för de här personerna och har ett flertal positiva effekter över lång tid för berörd patientgrupp. Det minskar rädslan för en för låg blodsockernivå. En annan effekt är att den genomsnittliga blodsockernivån sjönk med ett så kallat HbA1c-värde om 4 mmol/mol under provningstiden, fastän att patienterna hade mindre support från vårdpersonal under studietiden med CGM än vid kapillär mätning. Tekniken påvisar effekt som skyddar patienterna utifrån ett medicinskt perspektiv men också att den ökar deras psykiska välmående och därmed möjligheterna till en långsiktigt väl fungerande behandling (Lind et al., 2021).

Ungdomar med diabetes mellitus typ 1

Barn mellan 13–18 år kallas ungdomar (Hallström, 2015). Det sker många fysiska förändringar när man går in i puberteten, på bara 3–4 år utvecklas ungdomen från att vara barn till att bli vuxen (Hallström, 2015). Media sätter stor press på dagens ungdomar, om hur man bör se ut för att nå dagens ideal. Många är missnöjda med sitt utseende. Ungdomen blir självmedveten och upplever att alla ser deras skavanker (Broberg, 2015). Det är viktigt att ungdomar som har typ DMT1 deltar i sin egenvård för framgångsrik behandling. Under ungdomsåren uppstår olika hormonella, psyko-emotionella och fysiska förändringar som försvårar deltagandet i vården. Det är vanligt att ungdomen inte sköter sina glukoskontroller (Ouzouni et al., 2019). Många ungdomar har levnadsvanor som ger en ökad risk vid diabetes; som rökning, alkohol och ökad sexuell aktivitet. Ungdomar med DMT1 kan känna sig annorlunda än andra ungdomar och skäms ofta över sin sjukdom (Ouzouni et al., 2019). Vidare visar forskning att de upplever behandlingen som komplicerad och känsla av dåligt samvete samt frustration förekommer (Tiberg, 2015).

Under ungdomsåren sker det ofta många konflikter med familjen. Det är en del i utvecklingen att finna balansen mellan att vara en egen individ och separeras från familjen samtidigt som ungdomen önskar känna samhörighet. Ungdomen vill spendera mycket tid med kompisar och betydligt mindre tid med familjen. Föräldrarna är dock fortsatt viktiga för att känna samvaro och trygghet (Broberg, 2015). Det är särskilt utmanande att anpassa sig till sjukdomen i ungdomsåren, när det ofta redan finns konflikter i familjen och kommunikationen är försämrad. Konflikter inom familjen kan påverka ungdomars compliance negativt till behandlingen (Corbett & Smith, 2020).

Sjuksköterskans roll och utbildningsprocessen

Sjuksköterskor har en central roll i omvårdnaden och det är av stor vikt att det finns personal som har specialkompetens inom diabetes för att kunna ge individerna de resurser som behövs (Lipman et al., 2019). International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) guidelines betonar att sjuksköterskor bör ha tillgång till fortlöpande utbildning och träning inom olika utbildningsmetoder, ny teknik inom diabetes samt behandling av DMT1 hos ungdomar (Phelan et al., 2018). Utbildningarna bör ges regelbundet för att bibehålla kunskapen hos sjuksköterskor (Lange et al., 2014). Vidare skriver Silverstein et al. (2005) att vid vård av ungdomar med DMT1 bör utbildning anpassas efter individens ålder, bilden av sjukdom och mognadsgrad. Det behövs också göras i en takt som passar ungdomen (Silverstein et al., 2005).

Diabetesutbildning definieras som en process där individen tillhandahåller de kunskaper och färdigheter som behövs för att utföra diabetesvård, hantera kriser och göra livsstilsförändringar för att framgångsrikt hantera sjukdomen (Clement, 1995). Phelan et al. (2018) belyser grundläggande innehåll av diabetesutbildning vid diagnos och att kunskap om hur diagnos har fastställts måste erhållas, vilka faktorer kännetecknar sjukdomen, behovet av livslångt insulinintag, information om glukos och förhållandet mellan mat, blod, glukos samt insulin. Även utbildning gällande praktiska färdigheter såsom insulininjektioner och mätning av blodglukos är viktigt. Att erhålla grundläggande råd om kolhydraträkning, vikten av hälsosam kost och rutiner för måltider är en annan del i diabetesutbildningen som ska belysas. Även att ge förklaring av hypoglykemi – lågt blodglukos, hyperglykemi – högt blodglukos och diabetes ketoacidosis är viktigt. Utbildningen ska omfatta de olika symtomen, hur det förebyggs och hanteringen vid respektive tillstånd. Vidare är det också betydelsefullt att

belysa hur andra sjukdomar eller tillstånd påverkar behovet av insulintillförsel samt intag av kolhydrater, men också vikten av att insulin aldrig får utelämnas (Phelan et al., 2018).

Karlsen (2013) betonar att sjuksköterskorna har en nyckelroll i ett tvärprofessionellt team, framförallt inom diabetesvården då ständig kommunikation sker utåt med individer som har sjukdomen. De belyses som en central funktion i att handleda och stödja individer med diabetes på det sätt att de kan vara så självständiga som det bara går och kan sköta livet med den kroniska sjukdomen (Karlsen, 2013). Utbildningsprocessen startar nästan direkt vid ankomst till en vårdavdelning (Jönsson et al., 2010). Målet med utbildningsprocessen är att förbereda familjen för att lämna sjukhuset och uppnå efterlevnad av egenvård. Fokus i utbildningsprocessen är att undervisa om övervakning av blodglukosnivåer, administrering av insulin och på vilka sätt aktivitet och kost kan påverka kroppen (Jönsson, 2014). Vid den initiala behandlingsfasen genomförs utbildning av sjuksköterskor med eller utan specialistutbildning på avdelningarna (Lange et al., 2014). Jönsson et al. (2010) betonar att det övergripande ansvaret för att barn och familj får grundlig utbildning inom diabetes har diabetesteamet. De består av specialistutbildad läkare och sjuksköterska med särskilda kunskaper inom diabetes men också kurator och dietist. Sjuksköterskorna inom den slutna vården samt diabetesteamet har ett nära samarbete när barn och ungdomar insjuknar i diabetes typ 1 (Jönsson et al., 2010). Även Berne (2012) betonar att ansvaret för att utbilda patienter i egenvård ligger hos diabetessjuksköterskan.

Perspektiv och utgångspunkter

Vårdetiskt perspektiv

Sjuksköterskor inom barnsjukvården ska tillämpa en humanistisk människosyn. Det innebär att alla människor kan ta ansvar för sitt eget liv, alla människor är unika och ska bemötas utifrån en helhetssyn. Hälso- och sjukvården ska utformas så att människans integritet och värdighet bevaras (Lundqvist, 2015). Enligt Berg Kelly (2014) finns det en del vägledande etiska principer för vården som sjuksköterskor och annan personal bör följa. En av dessa är sårbarhetsprincipen som är central när det gäller arbete med ungdomar. Unga är sårbara och ännu inte fullt utvecklade på grund av den kognitiva förmågan. Unga är även lättmanipulerade och styrs av vad nätverket runt omkring har för åsikter. Sjuksköterskan

behöver ha en stor lyhördhet för att hjälpa unga att förstå sina egna behov och samtidigt hjälpa dem att inte bryta med sitt viktiga nätverk, vanligtvis föräldrarna (Berg Kelly, 2014).

Ungdomen är en unik individ som söker autonomi och oftast är kompetent att fatta beslut angående sin egen hälsa. Sjuksköterskan behöver kunna betrakta ungdomen som kompetent och diskutera de medicinska och psykosociala aspekterna av de olika åtgärder som är tänkt att vidtas i en situation. Sjuksköterskan, föräldrarna och ungdomen ska tillsammans fatta beslut som är det bästa för ungdomen. Beslutet ska göra gott och ska ha vägts in av olika etiska värderingar (Michaud et al., 2010).

Adaptionsmodellen

Den teoretiska utgångspunkten för studien är ”The Roy adaptation model” som knyter an till miljön runt omkring ett barn och till anpassning. Modellen arbetades fram av barnsjuksköterskan Callista Roy och hon kallar den själv adaptionsmodellen. Modellen fokuserar på hur människan aktivt behöver anpassa sig till sina livsomständigheter för att kunna bevara sin integritet och för att utvecklas. En livsomständighet kan vara extern händelse såsom sjukdom. Teorin utgår från att adaptationen sker genom att människan accepterar sin situation utefter de rådande omständigheterna och därmed skapar en bra balans i den nya situationen, oavsett vilka nya stimuli som påverkar. Anpassningen betonas inte alltid vara möjlig utan professionell hjälp (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

För att förstå modellen mer ingående, har grundaren även beskrivit de stora begreppen; människan, miljön, hälsan och omvårdnadshandlingar. Roy (2009) beskriver människan som ett självorganiserande system, det vill säga varje enskilt litet system i människan bildar således en helhet. Denna helhet i sig uttrycks i det handlande människan gör och det är den helhet som sjuksköterskan möter. Människan kan genom olika copingmekanismer anpassa sig till miljön och trots att man är självorganiserande påverkas man av olika stimuli, exempelvis familj och vänner. Den helhet som patienten påverkas av, måste därför tas i beaktning av sjuksköterskan. Viktig del av denna helhet är patientens familj, vilka också har en påverkan på patienten själv (Roy, 2009).

Miljön har en betydande plats i adaptionsmodellen (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Modellen syftar till att människan besitter en inre verklighet och en yttre situation som

bildar stimuli ihop. Miljön är därför ständig eftersom den finns både i anslutning till och kring personen. Detta resulterar i att människan ständigt samspelar med miljön och stimulin som framkallas av den. Då miljön kontinuerligt förändras leder det till att människan konstant måste anpassa sig och bemästra stimuli som kan vara både positiva och negativa (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Roy (2009) menar också att människans förmåga till adaptation till följd av stimuli från miljön är avgörande hur människan upplever hälsa. Hälsa beskrivs därför i modellen som personens förmåga att anpassa sig till en växlande miljö, det vill säga adaptera sig (Roy, 2009).

Slutligen handlar det om omvårdnaden och fokus ligger i människans samspel med sin omgivning. Det är sjuksköterskans uppgift att underlätta samspelet mellan människan och omgivningen på ett sätt att möjliggöra maximala mänskliga utveckling och största möjliga välbefinnande. Modellen lyfter fram betydelsen av sjuksköterskans medvetenhet gällande det fysiska, psykiska samt sociala välbefinnande och att det inte alltid är en möjlighet för alla. Vilket innebär att adaptation kommer att handla om att göra de bästa möjliga av omständigheterna (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012).

Adaptionsmodellen kan i helhet kopplas samman till sjuksköterskan och specifikt den anpassning även hen måste göra gentemot ungdomen. Det är en livsomständighet att ungdomen insjuknar i diabetes vilket sjuksköterskan måste förstå och bemöta ungdomen utifrån dennes situation och specifika behov. Ouzouni et al. (2019) belyser att ungdomar med DMT1 har samma behov av utforskning som sina kamrater. De försöker passa in i sociala sammanhang och har svårt att integrera diabetes i deras dagliga liv (Ouzouni et al., 2019). Anpassningen kan sammankopplas i att sjuksköterskan har en viktig roll i bemötande av ungdomar som insjuknat i sjukdomen och hennes förhållningssätt är betydelsefullt för att på bästa möjliga sätt nå fram till ungdomen.

Syfte

Syftet med studien var att belysa sjuksköterskors upplevelser av utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1.

Metod

För att besvara syftet valde författarna studiedesign kvalitativ metod med induktiv ansats. Kvalitativa studier avser att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen. Ett induktivt förhållningssätt innebär att utgå från deltagarnas upplevelser av ett fenomen och beskriva detta. Enligt Svenska Akademien (2021) innebär en upplevelse att vara med om något samt uppfatta och värdera på ett känslomässigt plan. Även Birkler (2007) beskriver begreppet som Svenska Akademien, men menar också att upplevelser är subjektiva, det vill säga att det handlar om individens egen uppfattning och värdering av omvärlden.

Urval

Ett strategiskt urval användes med avsikt att få ett mindre antal informanter med olika erfarenheter. Vilket kan ge beskrivningar av fenomenet och skapa ett underlag för att besvara syftet (Henricson & Billhult, 2017). Det strategiska urvalet bestod av totalt elva sjuksköterskor som arbetar inom åtta olika diabetesteam i södra Sverige. Inklusionskriterierna var specialistutbildade sjuksköterskor inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom som arbetar i diabetesteam och har erfarenhet av utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1. Alla studiedeltagare var kvinnor, åldern varierade mellan 33–61 år och yrkeserfarenheten inom sjukvård till ungdomar med diabetes mellitus typ 1 varierade mellan 2–22 år.

Instrument

För att samla in data användes semistrukturerade intervjuer med utgångspunkt i studiens syfte. I semistrukturerade intervjuer ställs öppna frågor i en viss struktur anpassat till vad som kommer upp i intervjun. Frågorna ställs inte alltid i samma ordning och strukturen är uppbyggd på öppna frågor samt följdfrågor (Danielson, 2017). Vid intervjuerna användes en intervjuguide (bilaga 1) där öppningsfrågan var att beskriva hur utbildningen upplevdes till

ungdomar med diabetes mellitus typ 1 under den nydebuterade sjukdomsfasen. Under intervjun användes vid behov frågorna, kan du berätta mer, kan du ge något exempel och skulle du kunna förklara för att förtydliga det som framkom under intervjutillfället. En pilotintervju genomfördes av båda författarna för att testa upplägget och frågorna. Då testades även utrustning och intervjuteknik.

Datainsamling

Verksamhetschefer för tretton diabetesteam kontaktades via e-mail angående tillstånd till att få genomföra studien och ett informationsbrev skickades om studiens syfte och tillvägagångssätt. Skriftlig medgivande blankett bifogades också till verksamhetscheferna (bilaga 2). Av de tretton tillfrågade verksamhetscheferna återkom elva med medgivande om att studien fick genomföras. De verksamhetschefer som inte svarade skickades en påminnelse ut via e-mail. Efter att två påminnelse e-mail hade skickats ut, och inget svar erhöles avslutades kontakten.

Författarna fick kontakt med studiedeltagarna genom olika tillvägagångssätt. Det ena sättet var genom verksamhetscheferna, som gav kontaktuppgifter till olika diabetesteam och deras sjuksköterskor. Författarna tog då kontakt med de olika teamen och sjuksköterskorna för information (bilaga 4) om studien och förfrågan om deltagande. Det andra sättet var att kontaktuppgifter erhöles till enhetschefer, från olika verksamhetschefer. Författarna informerade då först om studien (bilaga 3) och framförde frågan om de hade sjuksköterskor som skulle kunna vara lämpliga för studien utifrån inklusionskriterierna. När författarna hade fått kontaktuppgifter till sjuksköterskorna, kontaktades dem för att erhålla information om studien och önskemål om deltagande.

Totalt erhöles e-mailadresser till tjugoen sjuksköterskor. Tretton sjuksköterskor tackade ja till att delta i studien och bokning av intervju genomfördes genom mejlkontakt. Det var elva sjuksköterskor som deltog i studien och bortfallet berodde på sjukdom och att en sjuksköterska inte hade specialistutbildning inom hälso- och sjukvård för barn och ungdom. Inför intervjun hade samtliga studiedeltagare skrivit på samtyckesblanketten och skickat den till författarna via e-mail.

Intervjuerna genomfördes via två digitala medier, Zoom eller Teams. Innan påbörjad intervju gavs en presentation om författarna, bakgrund och syfte. Förfrågan ställdes om godkännande av ljudinspelade intervjuer innan intervjun påbörjades och detta godkändes av alla studiedeltagare. Intervjuerna spelades in med hjälp av två iPhones (en hos varje författare), som inte var uppkopplade till nätverk. Studiedeltagarna fick möjlighet att ställa frågor innan intervjustart samt fick lyssna till muntlig genomgång av det skriftliga samtycket som de hade skickat in till författarna tidigare. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer och intervjuerna varierade i tid, från 15–35 minuter. Författarna turades om att leda intervjuerna. En var ansvarig för intervjun och den andre ställde vid behov kompletterande frågor. Pilotintervjun som genomfördes med den första studiedeltagaren inkluderades i resultatet eftersom den svarade upp mot syftet.

Analys av data

Analysen av intervjudata genomfördes efter alla intervjuer var genomförda. Analysen av data genomfördes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys som utgick ifrån Lundman och Graneheims (2017) tolkning.

Intervjumaterialet delades upp mellan författarna och transkriberades ordagrant, en författare transkriberade fem intervjuer och en författare sex intervjuer. Analysprocessen började med naiv läsning, det vill säga att alla intervjuer lästes igenom individuellt ett flertal gånger för att få en uppfattning om innehållet. Därefter togs meningsbärande enheter ut i form av meningar och citat som besvarade studiens syfte. Steget genomfördes tillsammans av författarna som fick föra diskussion över vad som skulle inkluderas. När författarna var av olika mening tillfrågades handledaren om vägledning. Meningsbärande enheter kondenserades för att korta ner texten, utan att förlora kärnan i innehållet. Efter kondenseringen kodades enheterna och sökning efter mönster togs fram. Koderna med dess innehåll kategoriserades till fem underkategorier vilka resulterade i tre kategorier (tabell 1). Det sista steget i processen var att granska hela resultatet i sin helhet för att få en djupare tolkning där det dolda innehållet lyftes fram och ett övergripande tema skapades (Lundman & Graneheim, 2017).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

<i>Meningsenhet</i>	<i>Kondenserad meningsenhet</i>	<i>Kod</i>	<i>Underkategorier</i>	<i>Kategori</i>
”Där det går bra med utbildningen är när familjen hjälps åt.”	Det går bra med utbildningen när familjen hjälps åt.	Framgångsrik utbildning vid bra samarbete inom familjen.	Familjen spelar roll	Ungdomens olika förutsättningar
“Jag känner att man får vara väldigt lyhörd för att se, hur mkt man kan utbilda om, och vad den här ungdomen tar in.”	Man får vara lyhörd för hur mycket man kan informera om.	Viktigt att vara lyhörd som sjuksköterska.	Strategier vid utbildning	Att vara lyhörd och kunna anpassa utbildningen
“Om man misslyckats i början av utbildningen och inte har deras förtroende, behöver man få det först.”	Vid misslyckad utbildning i början där man inte fått deras förtroende, behöver man få det först.	Erhålla förtroende hos ungdomen.	Skapa och främja förtroende	Långsiktigt förtroende

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Helsingforsdeklarationen ska forskningsetisk kommitté bedöma och godkänna studien innan den inleds. Kommittén ska beakta att lagar och regler följs (World Medical Association, 2013). En ansökan skickades till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN), innan studien genomfördes, för rådgivning och yttrande. VEN hade inte några etiska invändningar mot genomförandet av studien.

Enligt Vetenskapsrådet (2002) finns det fyra huvudkrav på en studie för att skydda deltagare i studier. Dessa huvudkrav består av konfidentialitetskravet, nyttjandekravet, informationskravet och samtyckeskravet. Konfidentialitetskravet bygger på att all information om deltagarna i studien inklusive personuppgifter ska inte obehöriga kunna ta del av, informationen ska förvaras på ett säkert sätt (Vetenskapsrådet, 2002).

Studiedeltagarna tillfrågades muntligt innan intervjun påbörjades om inspelning fick ske, samt

erhöll information hur det insamlade materialet hanterades. De inspelade intervjuerna förvarades på iPhones och var inlåsta i värdeskåp, ett sådant i varje författares hem. Telefonerna var hela tiden fränkopplade från nätverk. Intervjuerna kodades med siffror, för avidentifiering, och kodlistan förvarades åtskilt från intervjumaterialet. Det transkriberade materialet förvarades i ett av värdekåpet hemma hos en av författaren.

Nyttjandekravet innefattar att uppgifter om deltagarna i studien får endast användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). I Dataskyddsförordningen (GDPR) står det beskrivet att personer vars uppgifter samlas in ska få information om syftet med insamlingen, hur personuppgifterna behandlas samt hur de kommer att användas (Datainspektionen, u.å.). Insamlat material kommer endast att användas till den aktuella studien och när magisteruppsatsen är examinerad och godkänd kommer det att raderas.

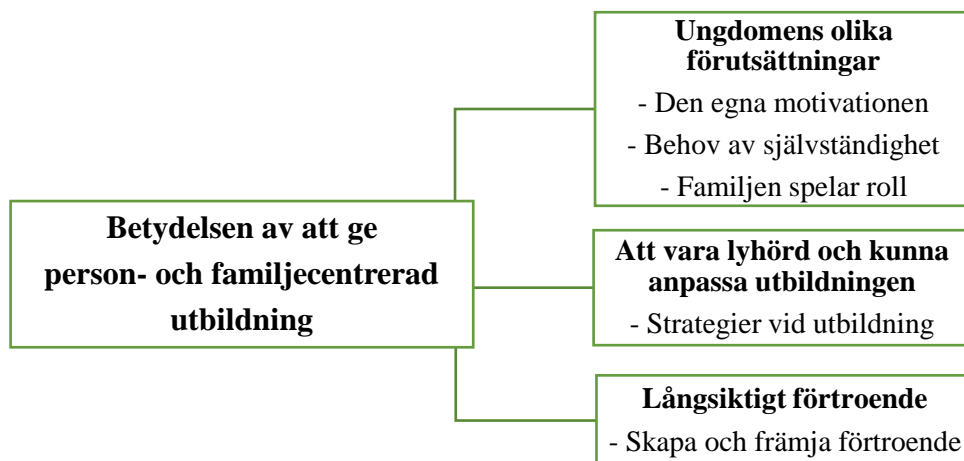
Informationskravet betyder att forskaren är skyldig att informera studiedeltagarna om syftet med studien. Samtyckeskravet innebär att studiedeltagarna i studien själva får bestämma över sin medverkan och kan när som helst välja att avbryta medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). Studiedeltagarna informerades om studiens syfte både via e-post före intervjun och muntligt vid intervjutillfället. De fick även information om att deltagandet i studien var frivilligt och när som helst fick avbrytas.

Förförståelse

Författarna är legitimerade sjuksköterskor och yrkesverksamma inom barnsjukvården. En har arbetat på neonatalavdelning sedan januari 2019, vilket är den hela yrkesverksamma tiden. Den andra författaren arbetar på barnakuten sedan år 2017 och har erfarenhet från vårdavdelning där barn vårdats med nydiagnostiserad diabetes mellitus typ 1. Med denna bakgrund kan det uppstå förutfattade meningar hos författarna. Författarna behövde diskutera och reflektera kontinuerligt i samband med datainsamlingen och analysprocessen för att minimera risken att förförståelsen skulle påverka resultatet.

Resultat

Resultatet baseras utifrån intervjuer med elva kvinnliga sjuksköterskor. Analysprocessen resulterade i tre kategorier med totalt fem underkategorier. Första kategorin var *Ungdomens olika förutsättningar* med underkategorierna; *Den egna motivationen*, *Behov av självständighet* och *Familjen spelar roll*. Andra kategorin var; *Att vara lyhörd och kunna anpassa utbildningen* med underkategorin *Strategier vid utbildning*. Tredje kategorin var *Långsiktigt förtroende* med underkategorin *Skapa och främja förtroende*. Kategorier och underkategorier sammanfattades i det övergripande temat *Betydelsen av att ge person- och familjecentrerad utbildning* (figur 1).



Figur 1. Översikt på tema, kategorier och underkategorier.

Ungdomens olika förutsättningar

Det betonas att utbildningen blir olika beroende på vilka förutsättningar ungdomen har. Eftersom utbildningsprocessen skiljer sig från ungdom till ungdom, behöver upplägget och innehållet på utbildningen skilja sig. Det sjuksköterskan kan göra för utbildningen ska bli så bra som möjligt är att ge en person- och familjecentrerad utbildning.

Den egna motivationen

Sjuksköterskorna belyser vikten av att lägga utbildningen på ungdomens nivå, eftersom alla har olika förutsättningar. Vidare är det viktigt att tänka på vilken ungdom som finns framför en för att underlätta utbildningen. Sjuksköterskorna uttrycker att utbildningen blir olika

beroende på hur ungdomen är som person, öppen av sig eller sluten. Utbildningen blir bra när det inre drivet finns hos dem. De ungdomar som funnit sjukdomsacceptans är lättare att ge utbildning till. Under den första sjukdomstiden är de flesta ungdomar motiverande och utbildningsprocessen fungerar väl. Samtidigt försvåras utbildningen när ungdomarna inte vill prata, inte är flexibla och inte är intresserade att lyssna på det som sjuksköterskorna pratar om. Det är då svårt att veta vad för information relaterat till utbildningen ungdomarna tagit till sig.

“... utbildningen blir väldigt ofta olika beroende på vilken ungdom vi möter, beroende på hur mycket man kan se innan, hur mottaglig man är för den ...” (intervju 7)

Sjuksköterskorna upplever att utbildningen försvåras när ungdomar har svårt att tänka framåt och på vilka konsekvenser det kan bli senare i livet av att de missköter sin sjukdom under ungdomsperioden. Sjuksköterskorna upplever att ungdomar inte kan ta till sig utbildning eftersom dem inte förstår allvaret i sjukdomen. Flera av sjuksköterskorna uppgav att de vill ge utbildningen till ungdomarna så att dem på ett bättre sätt ska kunna ta till sig utbildningen och tillämpa kunskapen i sitt dagliga liv med sin diabetessjukdom.

“... och det är svårt att få ungdomarna tänka framåt, för dom tänker inte på sin framtid, om vad som händer i framtiden om dom inte tar hand om sin sjukdom nu ...” (intervju 9)

Sjuksköterskorna beskriver en svårighet med utbildningen när ungdomen har någon neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det kan innebära olika former av svårigheter med utbildningen, till exempel som att ungdomarna har svårt med koncentration, svårt att minnas vad de pratat om och svårt att själv ta ansvar för sin sjukdom.

“... det är ofta svårt med utbildning om ungdomen har någon neuropsykiatrisk sjukdom. Kan ibland gå jättebra men också vara svårt ...” (intervju 11)

Det framkom också att sjuksköterskorna upplever att vissa grupper av ungdomar tar bättre till sig utbildning. Det är lättare för sjuksköterskan att nå och ge utbildning till äldre ungdomar men desto svårare är det med yngre ungdomar, de vill inte vara annorlunda utan vara som sina kompisar. Upplevelsen är också att ungdomar av det manliga könet är lättare att utbilda jämfört med ungdomar av det kvinnliga könet som är svårare, vilket tror bero på att många av

tjejerna har andra problem som försvårar hanteringen av sjukdomen. Sjuksköterskor nämner även att ungdomar som har intresse av en sund livsstil tar bättre till sig utbildningen.

Behov av självständighet

Sjuksköterskorna påtalar att utbildningen behöver anpassas efter ungdomens mognadsgrad och frigörelsen från föräldrarna. Det är sjuksköterskans ansvar att ta hänsyn till det och anpassa nivån på utbildningen. Upplevelsen är att beroende på vilken mognadsgrad ungdomen befinner sig i vid diagnos kan utbildning tas emot sämre när föräldrarna försöker ha kontroll över ungdomen. Ungdomen är mitt uppe i att försöka klara ett självständigt liv och plötsligt återgår till en situation där föräldrarna ska ha kontrollen igen. Sjuksköterskorna betonar även värdet av att respektera ungdomarnas integritet vid utbildning.

“... det är väldigt olika mognad på en 13 åring, 15 åring och 17 åring. Vissa 13 åringar har kanske inte ens börjat sin frigörelsefas än, och är fortfarande ett barn och vissa har kanske varit där i flera år. Kan se väldigt olika ut och utbildningen behöver då anpassas till mognadsgrad ...” (intervju 8)

Sjuksköterskorna upplever att ungdomar är intresserade av att få sin sjukdom att fungera när den första chocken har lagt sig och de tillåtit vara ledsna.

Familjen spelar roll

Det är betydelsefullt från sjuksköterskorna att ha en helhetssyn på familjen och att stödet har fokus på anpassningen av sjukdomen i deras liv. De menar på att har familjen bra förutsättningar blir diabetesutbildningen mer framgångsrik. Den blir framgångsrik vid bra samarbete inom familjen. Vidare poängteras betydelsen att veta vad det är för behov av utbildning familjen har.

”... utbildningen blir olika beroende på hur familjen, föräldrarna är, för många ggr är vissa ungdomar vana att ta mycket eget ansvar ...” (intervju 7)

Sjuksköterskor beskriver att föräldrar ibland tar över samtal med ungdomen, vilket gör att utbildningen försvåras. Ofta tar föräldrar över på grund av oro vilket gör det svårt för sjuksköterskan att veta vilken kunskap ungdomen erhållit. När föräldrar ombeds lämna

rummet blir det lättare att ge utbildning till ungdomen. Det blir ett bättre och ärligare samtal, ungdomen är mer delaktig under samtalet och ger mer respons på frågor.

“... funkar bättre med utbildningen när föräldrarna håller sig i bakgrunden så att man kan få prata själv med ungdomen ...” (intervju 9)

Det är också tydligt för sjuksköterskorna att ungdomens relation med föräldern har betydelse för hur utbildningen blir. Utbildningen påverkas negativt när ungdomar inte vill samarbeta med föräldrarna.

Att vara lyhörd och kunna anpassa utbildningen

Under den första tiden vid insjuknande av diabetes mellitus typ 1 är det mycket innehåll från utbildningen som ska landa hos ungdomen. Sjuksköterskorna poängterar därför att upprepning av utbildning är betydelsefullt.

Strategier vid utbildning

Sjuksköterskorna upplever att det krävs att man är lyhörd som sjuksköterska och ungdomen behöver bemötas och ses som en person som erhållit en kronisk sjukdom och inte en patient. Det är betydelsefullt att sjuksköterskorna har ett gott bemötande och berömmar ungdomar mycket. Ungdomar är känsliga för kritik och något mycket litet kan hos dem bli mycket stort.

Sjuksköterskorna upplever att upprepning är ett bra tillvägagångssätt för att underlätta inläringen av utbildningen. Vidare är sjuksköterskornas upplevelse att utbildningen är mycket intensiv vid insjuknandet och att det är mycket utbildning som ges till hela familjen. Trots den intensiva perioden i den nydebuterade fasen är upplevelsen att ungdomarna är lättlärd, positiva och tar till sig utbildning snabbt. Det krävs dock upprepning för att de ska ta till sig utbildningen.

“... min upplevelse genom alla år är att jag ändå tycker att dom tar till sig vad vi säger och pratar om, även om det kan ta en viss tid ...” (intervju 1)

Sjuksköterskorna uppger att det är viktigt att anpassa utbildningen till ungdomen och den situation familjen befinner sig i. Det är betydelsefullt att individanpassa utbildningen vilket

resulterar i att den blir lyckad, då alla ungdomar är olika och varierande i hur pass mottagliga dem är. Det förekommer ungdomar som har svårt att ta till sig utbildningen. De vill inte ha diabetes, det förstör deras liv och de kan inte vara som tidigare. Oavsett situation är det oftast bra att dela upp utbildningstillfället till fler och kortare tillfällen och undvika att ge för avancerad utbildning i den akuta fasen. Sjuksköterskorna poängterar vikten av att ge utbildningen på rätt tidpunkt och det krävs att sjuksköterskan är lyhörd inför det. För mycket utbildning på en och samma gång kan göra att ungdomen inte tar till sig det som förmedlas.

“... det är bra att dela upp utbildningstillfället, så de blir fler och kortare. För att de ska orka att ta emot den, både föräldrar och ungdomar...” (intervju 4)

Sjuksköterskorna belyser att vid nyinsjuknade hamnar familjerna ofta i kris. Utbildningen tas inte emot och upplägget på den blir då annorlunda. Det är svårare att anpassa utbildningen till familjer som reagerar med starka känslor och som under utbildningsprocessen behöver extra stöd från andra professioner som exempelvis psykolog och/eller kurator.

“... men dem som är i en större krisreaktion där är det svårare att anpassa utbildning. Där måste man ofta dra i handbromsen och ta det lugnare ...” (intervju 2)

Sjuksköterskor upplever också att utbildningen blir mindre bra vid stress och platsbrist på avdelningen. Viktiga moment stressas igenom under utbildningen och gör att ungdomen inte tar till sig viktiga delar i den. Den bästa situationen blir ofta om man får en bra grundlig utbildning från avdelningen.

“... de gångerna det har gått mindre bra gällande utbildningen är verkligen de där man känner att man måste stressa, kan vara att dem måste skrivas ut till helgen på grund av platsbrist på avdelningen. Och då kan man ha behövt stressa igenom vissa moment ...”
(intervju 2)

Långsiktigt förtroende

Sjuksköterskorna belyser vikten av att skapa en bra relation med ungdomen och föräldrarna. Kontakten med familjen sker under många års tid och det är därför väsentligt att familjen har förtroende för sjuksköterskan.

Skapa och främja förtroende

Sjuksköterskorna yttrar betydelsen av att skapa och bibehålla en god relation med familjen då det är väsentligt för att diabetesutbildningen ska bli bra. Känner familjen sig otrygga med sjuksköterskan finns risken att de inte söker hjälp vid problem eller slutar komma på besöken.

“... de där man fått en sämre start eller sämre relation, till och med kanske tänker att vi ska klara oss själva. Dem är jättesvåra att fånga upp och fånga tillbaka och utbilda i grunden...”

“(intervju 2)

Relationen mellan sjuksköterskan och ungdomen stärks när sjuksköterskan motiverar ungdomen och försöker möjliggöra det som ungdomen inte tror är möjligt. Flera sjuksköterskor uppger att det centrala i utbildningen är att erhålla förtroende hos ungdomen. Detta kan uppnås vid enskilda samtal med ungdomar då förtroendet för sjuksköterskan är större och mer ärliga och raka svar erhålls från dem.

“... vändande i relationen med ungdomen är när att man försöker möjliggöra det som ungdomen i sig tänker de här går kanske inte att göra...” (intervju 8)

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans upplevelse av utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1. En kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor användes för att belysa sjuksköterskornas upplevelse. Kvalitativ

design avses studera personers levda erfarenheter av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2017). Intervjumaterialet föll ut i ett informativt material och hade troligtvis inte hänt om exempelvis enkätstudie hade genomförts. Polit och Beck (2012) poängterar enkätstudier och beskriver studiedeltagarnas begränsningar av de styrda specifika frågor med svarsalternativ och försvinnandet av nyanserna i svaren. Vid intervjuer finns möjlighet till följdfrågor, vilket leder mer utvecklade och bli djupare svar (Polit & Beck, 2012). Enligt Lundman och Graneheim (2017) diskuteras metoden efter begreppen trovärdighet, tillförlitlighet, och överförbarhet. Till dessa begrepp diskuteras det egna arbetes styrkor och svagheter.

Strategiskt urval användes utifrån att författarna enbart inkluderade specialistutbildade sjuksköterskor som arbetar med utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1. Det är av betydelse i kvalitativa studier att finna informanter som utförligt kan redogöra det som ska studeras och att studiedeltagarna inte är för homogen (Henricson & Billhult, 2017). Detta gav studien ett underlag som kunde svara på forskningsfrågan som författarna formulerade. Studiers trovärdighet kan mätas genom giltighet som representerar hur djupa och informativa berättelser som studiedeltagarna kan ge. Det är inte möjligt att i förhand veta hur många intervjuer som krävs då det beror på hur informativa deltagarna är som deltar i studien (Lundman & Graneheim, 2017). Ett strategiskt urval syftar till att välja personer som kan ge rika beskrivningar att det kan skapas ett underlag som kan besvara syftet samt eftersträva att få en stor variation av samma fenomen (Henricson & Billhult, 2017). Författarna hade vissa svårigheter att nå fram till studiedeltagare, då potentiella studiedeltagare inte återkom via e-mail, därför utfördes mer än en intervju på en och samma klinik. Det finns en risk att sjuksköterskor som arbetar på samma klinik har större samsyn, vilket riskerar att minska variationen i resultatet. Ett brett urval erhöles avseende ålder och yrkeserfarenhet vilket kunde ses som en styrka. En studie med ett varierat urval ökar studiens överförbarhet och trovärdighet (Henricson & Billhult, 2017). Till största delen hade sjuksköterskorna lång erfarenhet av att arbeta med ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1. Tre av sjuksköterskorna hade arbetat inom området i mindre än fem år.

I studien var det endast kvinnliga sjuksköterskor som deltog. Författarna fick ingen kontakt med manliga sjuksköterskor inom verksamt område och därför har ingen man tillfrågats om att delta i studien. Möjligen hade resultatet kunnat skilja sig om det fanns manliga sjuksköterskor som deltog i studien. Författarna saknar statistik om det finns manliga sjuksköterskor som arbetar inom området och i så fall hur många.

Till studien valdes södra Sverige, med ett större geografiskt området hade kunskapen möjligtvis kunnat vara mer överförbart till andra delar i landet och resultatet vara mer pålitligt. Polit och Beck (2012) anser att informanter från ett större geografiskt område skulle kunna ge tyngd och stärka evidensen i resultatet. Då det fanns begränsad med tid att utföra studien valdes att begränsa det geografiska området. Resultatet är därför främst överförbart till kvinnliga sjuksköterskor som arbetar med utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1 i södra Sverige.

Författarna använde sig av en semistrukturerad intervjuemetod. Karakteristisk för semistrukturerad intervjuemetod är att öppna frågor ställs till studiedeltagarna och det finns en struktur för vilka frågor som ska ställas, utan i en bestämd ordning (Danielson, 2017). Metoden kräver att författarna är observanta på att ställa följdfrågor för att få ut betydelsefullt material (Hällgren Graneheim & Lundman, 2004). Författarna bedömde att valet av semistrukturerade intervjuer var adekvat då det gjorde det möjligt för informanterna att berätta fritt kring sina erfarenheter gentemot det fenomen som studeras. Författarna använde en intervjuguide som kompletterades med följdfrågor beroende på vad som diskuterades i de öppna frågorna. För att nå ett djup i deltagarnas upplevelse ställdes följdfrågor efter att studiedeltagaren svarat på respektive fråga. Första intervjun utfördes som en pilotintervju för att bedöma om intervjuguiden svarade mot syftet. Enligt Danielson (2017) är det bra att testa intervjufrågor och inspelningsteknik genom en pilotintervju för att kunna avgöra om planerad tid för intervjuerna är rimlig och ifall frågorna svarar på syftet. Efter pilotintervjun var genomförd diskuterade författarna med handledaren om möjligheten att inkludera pilotintervjun i resultatet. Författarna beslutade att inkludera pilotintervjun i resultatet då upplevelsen gentemot syftet besvarades och transkribering genomfördes efter beslut om att inkludera intervjun i resultatet. Intervjuerna genomfördes tillsammans och författarna turades om att leda och observera med funktionen att ställa följdfrågor. Enligt Lundman och Graneheim (2017) ökar studiens tillförlitlighet när båda författarna medverkar under intervjun och diskussion främjas kring intervju material samt under analysprocess. De flesta intervjuerna varade mellan 25–35 minuter, två intervjuer blev enbart cirka 15 minuter långa. Svaghet i studien kan vara att några av intervjuerna blev korta, vilket förmodligen beror på att författarnas ringa erfarenhet av intervjuer. Båda författarna var noviser och det kan ha påverkat kvaliteten på intervjuerna som i sin tur kan ha påverkat tillförlitligheten. Författarna bedömde dock att intervjuerna höll en god kvalitet och besvarade studiens syfte. Enligt

Hällgren Graneheim och Lundman (2004) är kvalitén på datainsamlingen mer betydande än mängden data för att på ett trovärdigt sätt kunna svara på syftet.

I studien deltog totalt elva sjuksköterskor. Polit och Beck (2012) menar på att det inte finns fasta regler på hur många studiedeltagare som bör delta i en studie, utan antalet styrs av informationsbehovet. En styrka som ses utifrån intervjuerna var att de gav ett stort och informativt innehåll. Intervjuerna genomfördes digitalt via mötesplattformerna Zoom eller Teams, vilket upplevdes som fördelaktigt och kan ses som en styrka då studiedeltagare från ett större geografiskt område kunde medverka. Mötesplattformerna underlättade även för informanterna som inte behövde infinna sig på någon annan lämplig plats för intervju. Svaghet att utföra intervjuer digitalt var de tekniska problem som uppkom vilket kunde resultera att ibland uppfattades inte vad studiedeltagaren framförde eller att författarna fick ställa sina frågor ett flertal gånger. Det löstes tillsammans av författarna genom flera upprepningar, vilket alla parter uppskattade för att erhålla en så bra intervju som möjligt.

Transkribering av intervjumaterialet delades upp sinsemellan författarna på grund av tidsbrist, som sedan resulterade i att båda tog del av materialet och läste igenom innehållet för att inte gå miste om det utskrivna materialet. Lundman och Graneheim (2017) betonar vikten av att läsa igenom material innan analys påbörjas, vilket författarna gjorde enskilt och var för sig för att få en helhetsuppfattning av det insamlade intervjumaterialet. Analysen av det insamlade datamaterialet analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2017) beskrivning av en kvalitativ innehållsanalys. Den valdes till studien eftersom den bedömdes vara systematiskt uppbyggt och analysen kunde genomföras på ett strukturerat sätt. Innehållsanalys sågs även som ett hjälpmedel då de transkriberade materialet var omfattande och analysen kunde genomföras utan att ta bort väsentlig information. Burnard et. al (2008) menar att trovärdigheten av en studie ökar när all data analyseras systematiskt och hela datamängden bearbetats noggrant. Analysprocessen utfördes gemensamt av författarna, vid oklarheter under processen lästes transkriberingarna åter igen och ljudfiler lyssnades på nytt. Förtydligande av tillvägagångssättet vid analysprocessen har förstärkts genom en schematisk tabell som visar bildandet av kategorier och ses som en styrka för överförbarheten.

Resultatdiskussion

De intervjuade sjuksköterskorna betonade att diabetesutbildningen behövde anpassas efter ungdomens mognadsgrad och frigörelsen de hade från sina föräldrar. Sjuksköterskans ansvar var att ta hänsyn till det och anpassa nivån på utbildningen. De menade på att ungdomen var mitt uppe i att försöka klara ett självständigt liv och plötsligt återgick dem till en situation där föräldrarna åter skulle få kontroll igen. Utifrån resultatet var det också gemensamt för alla sjuksköterskor att ha en helhetssyn på familjen och att stödet skulle fokusera på anpassningen av sjukdomen i deras liv. Sjuksköterskorna menade att hade familjen bra förutsättningar blev diabetesutbildningen mer framgångsrik. Författarna har valt att fokusera på följande intressanta fynd i resultatdiskussionen: *den egna motivationen, strategier vid utbildning och skapa och främja förtroende.*

Den egna motivationen

Roy (2009) beskriver människan som ett självorganiserande system, det vill säga varje enskilt litet system i människan bildar således en helhet. Den helhet som patienten påverkas av, måste därför tas i beaktning av sjuksköterskan. Detta framkom i föreliggande studie genom att sjuksköterskorna belyste vikten av att ge individuell utbildning på ungdomens nivå. Vidare att fanns det "inre drivet" hos ungdomen gick utbildning bra. Sahlsten et al. (2009) belyser också individanpassning genom att sjuksköterskan skapade och visade ett genuint intresse för varje unik patient. Tidigare studier underströk vikten av att sjuksköterskan behövde ha patienten i fokus och i beaktning under utbildningen, den behövde anpassas till individen (Blicke et al., 2015; Zoffmann et al., 2008). Förståelse och insikt skapades också genom att sjuksköterskan såg till varje individs situation (Sahlsten et al., 2009). Sjuksköterskornas upplevelse var att ungdomar som accepterade att de fått sin diagnos tog till sig utbildningen bättre samt att de flesta ungdomar var motiverande vid sjukdomsbesked. Accepterande och anpassning betonas i Roy's adaptionmodell. Roy (2009) belyser vikten av att människan aktivt behöver anpassa sig till sina livsomständigheter såsom sjukdom. Det var meningsfullt att människan accepterade sin situation utefter de omständigheter som den befann sig i och därmed skapades en god balans utifrån den nya situationen (Roy, 2009). Författarna vill se adaptionmodellen som ett arbetsredskap till sjuksköterskan under utbildningen för att sjuksköterskan ska kunna förstå ungdomens situation och därmed anpassningen som måste utföras gentemot varje ungdom. Det är en livsomständighet att ungdomen insjuknar i diabetes vilket sjuksköterskan

måste förstå och då bemöta ungdomen utifrån den aktuella situation och deras specifika behov.

Utbildningen försvårades om ungdomarna inte ville prata, var slutna och inte lyssnade på sjuksköterskorna. Betydelsefullt i de här situationerna var att sjuksköterskan medvetandegjorde ungdomens mående, både för sig själv och för ungdomen så att utbildningen skulle bli så bra som möjlig. Även i de här sammanhanget kan Roys (2009) adaptationsmodell knytas an då den lyfte fram betydelsen av sjuksköterskans medvetenhet gällande det fysiska, psykiska samt sociala välbefinnande (Roy, 2009). I en studie av Gürkan och Bahar (2020) uppfattade ungdomar diabetes som en sjukdom som begränsade deras dagliga liv. Dessutom uppfattade deltagarna sig själva som annorlunda än sina kamrater, en indikation på att de kanske ännu inte hade accepterat sin diagnos. Enligt adaptationsmodellen behöver människan aktivt anpassa sig till sina livsomständigheter för att kunna bevara sin integritet och för att utvecklas. Anpassningen är inte alltid möjlig utan professionell hjälp (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). Sjuksköterskor har därför en viktig roll för att främja ungdomens acceptans av situationen och behandlingen. Vidare också stötta ungdomen att lyckas med sin diabetes och förhindra de komplikationer som kan uppstå.

Vidare visade resultatet att utbildningen försvårades, för att ungdomar hade svårt att tänka framåt och på de konsekvenser som kunde uppstå senare i livet på grund av att de misskött sin diabetes under ungdomsperioden. I tidigare studier (Robinson, 2015; Spencer & Cooper, 2011) framkom det att ungdomar behövde tid att försöka förstå konsekvenserna av sjukdomen. Erhölls meningsfull patientutbildning som var anpassade efter ungdomens liv kunde konsekvenserna förstås mer på ett tydligare sätt (Robinson, 2015; Spencer & Cooper, 2011). Sjuksköterskornas erfarenhet i föreliggande studie var att ungdomen inte kunde ta till sig utbildningen eftersom dem inte förstod allvaret i sjukdomen. I en studie skriven av Gomes och do Espirito Santo (2015) belystes två faktorer, den ena var att ha viljan att ta till sig information och den andra var att ha förståelse för sjukdom. Båda faktorerna hade stor påverkan på patientens synsätt till diabetes och vad sjukdomen innebar (Gomes & do Espirito Santo, 2015). En annan studie av Taraban et al. (2022) visade dock motsatsen, att många ungdomar hade oro över hälsan och för de långvariga konsekvenserna av diabetes.

Strategier vid utbildning

Sjuksköterskors upplevelse var att utbildningen vid nydebuterad diabetes mellitus typ 1 var mycket intensiv. Trots intensiv period upplevdes det att ungdomarna var lättlärd och de tog till sig utbildningen snabbt. Robinson (2015) belyste att det var en arbetsmetod att anpassa utbildningen efter ungdomens individuella behov. Det var ett gynnsamt sätt vid diabetes mellitus typ 1 då utbildningen innehöll mycket material som skulle tillhandahållas (Robinson, 2015). Flera sjuksköterskor i den föreliggande studien återkom till betydelsen av att vara lyhörd och upprepa utbildningen, vilket underlättade ungdomens inläring. Att vara lyhörd som sjuksköterska och genomföra anpassningar utifrån varje ungdoms situation, är viktigt i bemötandet med ungdomar som insjuknat i diabetes. Just förhållningssättet gällande lyhördhet som sjuksköterska erfordras utifrån Roys adaptionsmodell och kan vara en anpassning som görs vid varje enskilt möte med ungdomen. Chao et al. (2014) ansåg att det kunde vara gynnsamt att repetera utbildningen eftersom det inte var en självklarhet att alla ungdomar tog del av den grundläggande utbildningen vid diagnostillfället, vilket också styrks av det framtagna resultatet. I den föreliggande studien poängterades sjuksköterskornas upplevelse av att ge utbildning som positivt mestadels och att den kunde tas emot av ungdomarna. Men samtidigt fanns det ungdomar som hade svårt att ta till sig utbildning då det inte ville acceptera sin diagnos, för att sjukdomen förstörde deras liv och de kunde inte vara som innan. Många ungdomar reagerade starkt vid diagnos, enligt Povlsen och Ringsberg (2008) var det ofta att ungdomen förnekade diabetes och inte lyssnade på utbildningen som berörde sjukdomen. Enligt Dann Urban och Grey (2006) måste sjuksköterskor vara uppdaterade på den senaste forskningen som finns tillgänglig, så att de kunde utbilda och uppmuntra sina patienter.

Skapa och främja förtroende

I Roys (2009) adaptionsmodell belyses omvårdnaden, där fokus ligger i människans samspel med sin omgivning. Betydelsen av sjuksköterskans medvetenhet gällande det fysiska, psykiska och sociala välbefinnande hos människan framkommer också. Sjuksköterskan behöver skapa bästa möjliga förutsättningar under omständigheterna. Detta framkom i föreliggande studie genom att resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde att det var betydelsefullt att skapa och bibehålla en god relation med familjen för att diabetesutbildningen skulle bli bra. Om familjen kände sig otrygga med sjuksköterskan fanns risken att de inte sökte hjälp vid problem eller slutade komma på besöken. För att lyckas med

utbildningen behövde sjuksköterskan erhålla ungdomens förtroende. I studie av Karlsson et al. (2008) visades det att tonåringar i allmänhet kände förtroende för och litade på diabetessjuksköterskan. Men att svårigheter kunde uppstå när sjuksköterskan inte var bekant med tonåringarnas vardagliga liv. Det var ibland svårt att följa utbildningen eftersom de professionella råden inte överensstämde med en tonårings livssituation. Tidigare studier betonade att fanns det ett bra förtroende och god relation med ungdomar och deras familjer kunde kunskapen om varje ungdoms behov öka (Magroski et al., 2019; Wigert & Wikström, 2104). Även Wu et al. (2020) belyste skapande av relationer och att nyckeln till det var att inneha ett positivt förhållningssätt. Vidare belyses i studien att fanns det en bra relation, var det en framgångsfaktor i samarbetet mellan barnet och vårdpersonalen, vilket gav barnet en positiv upplevelse av behandlingen (Wu et al., 2020; Newton et al., 2000).

Konklusion och implikationer

Sjuksköterskorna betonade att individanpassad utbildning var betydelsefullt hos ungdomar som insjuknat av diabetes mellitus typ 1. Ungdomarna behövde erhålla utbildning på ett sätt som passade deras livssituation.

Om sjuksköterskor individanpassar utbildningen till ungdomar i den nyinsjuknande fasen, ökar sannolikt kvaliteten på utbildningen. Ungdomar kommer troligtvis ta till sig utbildningen lättare än om den inte blir anpassad för just den här individen. Detta kan medföra att ungdomens framtida komplikationer av diabetes kan minskas eller till och med förhindras. Studien kan komma till nytta för sjuksköterskor som arbetar med ungdomar som blivit ny diagnostiserade med diabetes mellitus typ 1, både inom slutenvården och öppenvården. Det skulle vidare kunna leda till diskussioner som i sin tur kan förbättra det dagliga arbetet kring utbildningsprocessen. Resultatet kan leda till att viktiga delar inom diabetesutbildningen identifieras, som i sin tur kan ligga till grund för mer anpassade rutiner i syfte att optimera vårdkvaliteten för ungdomarna och deras familjer. Resultatet som framkom i föreliggande studie stärks av tidigare forskning. Sjuksköterskor som arbetar med ungdomar inom diabetesvården har en betydelsefull uppgift i att utbildningen blir lyckosam för att undvika lidande hos den enskilda individen och familjen. Men också att i längden förhindra komplikationer som kan ge högre kostnader för sjukvården.

Referenser

- Barndiabetesfonden. (7 maj 2021). *Blodsockermätare - ett viktigt hjälpmedel*. <https://www.barndiabetesfonden.se/for-drabbade/jag-har-fatt-typ-1-diabetes/blodsockermatare---ett-viktigt-hjalpmedel/>
- Barndiabetesfonden. (17 mars 2021). *Vad är typ 1 diabetes?* <https://www.barndiabetesfonden.se/om-typ-1-diabetes/Typ-1-diabetes/>
- Berg Kelly, K. (2014). *Ungdomars hälsa* (1 uppl.). Studentlitteratur.
- Berne, C. (2012). Läkaren: Utbildning i egenvård. K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (2 uppl., s. 49–58). Studentlitteratur.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn* (1 uppl.). Liber.
- Blicke, M., Korner, U., Nixon, P., Salgin, B., Meissner, T., & Pollok, B. (2015). The relation between awareness of personal resources and metabolic control in children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 16(6), 454 – 461. <https://doi.org/10.1111/pedi.12177>
- Broberg, M. (2015). Utvecklingspsykologiska teorier. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (2 uppl., s. 66–71). Liber.
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008) Analysing and presenting qualitative data. *British dental journal*, 204(8), 429-432. DOI: 10.1038/sj.bdj.2008.292
- Carlsson, A., & Forsander, G. (2012). Diabetes. I K. Hanséus, H. Lagercrantz & T. Lindberg (Red.), *Barnmedicin* (4 uppl., s. 531–541). Studentlitteratur.

Castensøe-Seidenfaden, P., Jensen, A. K., Smedegaard, H., Hommel, E., Husted, G. R., Pedersen-Bjergaard, U., & Teilmann, G. (2017). Clinical, behavioural and social indicators for poor glycaemic control around the time of transfer to adult care: a longitudinal study of 126 young people with diabetes. *Diabetic Medicine*, *34*(5), 667-675. <https://doi.org/10.1111/dme.13318>

Chao, A., Whittemore, R., Minges, K. E., Murphy, K. M., & Grey, M. (2014). Self management in early adolescence and differences by age at diagnosis and duration of type 1 diabetes. *Diabetes Educator*, *40*(2), 167–177. doi:10.1177/0145721713520567

Clement, S. (1995). Diabetes self-management education. *Diabetes Care*, *18*(8), 1204-1214. <https://doi.org/10.2337/diacare.18.8.1204>

Corbett, T., & Smith, J. (2020). Exploring the effects of being diagnosed with type 1 diabetes in adolescence. *Nursing Standard*, *35*(7), 77–82. <https://journals-rcni.com.ludwig.lub.lu.se/doi/pdf/10.7748/ns.2020.e11556>

Court, J., Cameron F., Berg-Kelly, K., & Swift P. (2008). Diabetes in adolescence. *Pediatric Diabetes*, *9*(3), 255-262. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1399-5448.2008.00409.x>

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 143–154.) Studentlitteratur.

Dann Urban, A., & Grey, M. (2006). Type 1 Diabetes. *Nursing Clinics of North America*. *41*(4), 513–530. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2006.07.013>

Datainspektionen (u.å.). Dataskyddsförordningens grundläggande principer. Hämtad 28 maj, 2021 från Datainspektionen <https://www.datainspektionen.se/lagar-regler/dataskyddsförordningen/grundlaggande-principer/>.

Finset, A. (2017). Patient participation, engagement and activation: Increased emphasis on the role of patients in healthcare. *Patient Education and Counseling* 100(7), 1245-1246
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.011>

Gürkan, K. P., & Bahar, Z. (2020). Living With Diabetes: Perceived Barriers of Adolescents. *Journal of Nursing Research*, 28(2). <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000349>

Hamilton, H., Knudsen, G., Vaina, C. L., Smith, M., & Paul, S. P. (2017). Children and young people with diabetes: recognition and management. *British Journal of Nursing*, 26(6), 340-347. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.6.340>

Hanberger, L. (2010). *Quality of Care in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives*. [Doktorsavhandling, Linköpings universitet]. Linköpings universitets publikationer - elektroniskt arkiv. <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:351220/FULLTEXT01.pdf>

Hanberger, L., Ludvigsson, J., & Nordfeldt, S. (2006). Quality of care from the patient's perspective in pediatric diabetes care. *Science Direct*, 72(2), 197-205.
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2005.10.009>

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 111–119.)
Studentlitteratur.

Jönsson, L. (2014). *Children with Type 1 diabetes the initial education process and the impact on children and their parents over the first two years*. [Doktorsavhandling, Lunds universitet]. Lunds universitets publikationer - elektroniskt arkiv.
<https://portal.research.lu.se/portal/files/4120416/4394076.pdf>

Jönsson, L., Hallström, I., & Lundqvist, A. (2010). A multi-disciplinary education process related to the discharging of children from hospital when the child has been diagnosed with type 1 diabetes - a qualitative study. *BMC Pediatrics*, 10(36), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-36>

Karlsen, B. (2013). Det individuella handledningssamtalet - nyckeln till bättre diabeteshantering? A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - Förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (2 uppl., s. 261–285). Studentlitteratur.

Karlsson, A., Arman, M., & Wikblad, K. (2008) Teenagers with type 1 diabetes--a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 562-70.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.022>.

Kelo, M., Eriksson, E., & Eriksson, I. (2013). Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 894-904. <https://doi.org/10.1111/scs.12001>

Lange, K., Swift, P., Pankowska, E., & Danne, T. (2014). Diabetes education in children and adolescents. *Pediatrics Diabetes*, 15(20), 77–85. <https://doi.org/10.1111/pedi.12187>

Lind, M., Olafsdottir, A. F., Hirsch, I. B., Bolinder, J., Dahlqvist, S., Pivodic, A., Hellman, J., Wijkman, M., Schwarcz, E., Albrektsson, H., Heise, T., & Polonsky, W. (2021). Sustained Intensive Treatment and Long-term Effects on HbA1c Reduction (SILVER Study) by CGM in People with Type 1 Diabetes Treated With MDI. *Diabetes Care*, 44, 141-149.
<https://doi.org/10.2337/dc20-1468>

Lipman, T., Smith, J., & Hawkes, C. (2019). Community health workers and the care of children with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 49, 111-112.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.08.014>

Lundman, B., & Graneheim Hällgren, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3 uppl., s. 219–234). Studentlitteratur.

Lundqvist, A. (2015). Värdegrund och etiska perspektiv i barnhälsovård och barnsjukvård. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (2 uppl., s. 34–39). Liber.

Magroski Goulart Nobre, C., Rodrigues Costa, A., Minasi, A. S., Medeiros Possani, S., Soares Mota, M., & Calcagno Gomes, G. (2019) Care for Children and adolescents with diabetes type 1. *Journal of nursing UFPE On Line*, 13(1), 111-117. DOI:10.5205/1981-8963-v13i1a238622p111-117-2019

Moorey, S. (2010). Unplanned hospital admission: supporting children, young people and their families. *Pediatric nursing*, 22(10), 20–23.
<https://doi.org/10.7748/paed2010.12.22.10.20.c8133>

Newton, R. W., Connacher, A., & Morris, A. D. (2000). Dilemmas and directions in the care of the diabetic teenager: the Arnold Bloom Lecture 1999. *Practical Diabetes International*, 17(1), 15–20. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1528-252X\(200001\)17:1<15::AID-PDI20>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1528-252X(200001)17:1<15::AID-PDI20>3.0.CO;2-M)

Nilsson, G., Hansson, K., Tiberg, I., & Hallström, I. (2018). How dislocation and professional anxiety influence readiness for change during the implementation of hospital-based home care for children newly diagnosed with diabetes – an ethnographic analysis of the logic of workplace change. *BMC Health Services Research*, 18(61), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2861-z>

Ouzouni, A., Galli-Tsinopoulou, A., Kazakos, K., & Lavdaniti, M. (2019). Adolescents with Diabetes Type 1: Psychological and Behavioral Problems and Compliance with Treatment. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1298-1304.
http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/84_ouzouni_special_12_2.pdf

Phelan, H., Lange, K., Cengiz, E., Gallego, P., Majaliwa, E., Pelicand., Smart, C., & Hofer, S E. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Diabetes education in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 19(27), 75-83.
https://cdn.ymaws.com/www.ispad.org/resource/resmgr/consensus_guidelines_2018_/6.diabetes_education_in_chil.pdf

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research; generating and assessing evidence for nursing practice* (9 uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Povlsen, L., & Ringsberg, K. (2008). Learning to live with type 1 diabetes from the perspective of young non-western immigrants in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 300-309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02371.x>.

Robinson, E. (2015). Being diagnosed with type 1 diabetes during adolescence: How do young people develop a healthy understanding of diabetes? *Practical Diabetes*, 32(9), 339-344. doi: 10.1002/pdi.1986

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3 uppl.). Upper Saddle River (NJ): Pearson.

Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., & Plos, K. (2009). Nurse strategies for optimizing patient participation in nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(3), 490-497. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x

Sherr, J. L., Tauschmann, M., Battelino, T., Bock, M., Forlenza, G., Roman, R., Hood, K. K. & Maahs, D. M. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Diabetes technologies. *Pediatric Diabetes* 19(27), 302-325. <https://doi.org/10.1111/pedi.12731>

Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., & Clark, N. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes: A statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 28(1), 186–212. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.1.186>

Spencer, J., & Cooper, H. (2011). A multidisciplinary paediatric diabetes health care team: perspectives on adolescent care. *Practical Diabetes International*, 28(5). 212–215. doi:10.1002/pdi.1596

Svenska Akademien. (26 mars 2021). *Upplevelse*. <https://svenska.se/tre/?sok=upplevelse&pz=1>

Taraban, L., Wasserman, R., Cao, V., Eshtehardi, S., Anderson, B., Thompson, D., Marrero, D., & Hilliard, M. E. (2022). Diabetes-Related Worries and Coping Among Youth and Young Adults With Type 1 Diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 7(10), 1145-1155.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac055>.

Tiberg, I. (2015). Barn med typ 1-diabetes. I I. Hallström & T. Lindberg (Red.), *Pediatrisk omvårdnad* (2 uppl., s. 294–301). Liber.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [Broschyr]. Vetenskapsrådet.
https://www.lincs.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Wang, Y-L., & Volker, D.L. (2012). Caring for Students with Type 1 Diabetes: School Nurses' Experiences. *The Journal of School Nursing*, 29(1), 31-38.
<https://doi.org/10.1177/1059840512447123>

Wigert, H., & Wikström, E. (2014) Organizing person-centred care in pediatric diabetes: Multidisciplinary teams, long term relationships and adequate documentation. *BMC research notes*, (7)72, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-72>

Wiklund Gustin, L., & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis* (1 uppl). Natur & Kultur.

World Medical Association, WMA. (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organisation (2019). Classification of diabetes mellitus.
<https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>

Zoffmann, V., Harder, I., & Kirkevold, M. (2008). A Person-Centered Communication and Reflection Model: Sharing Decision-Making in Chronic Care. *Qualitative Health Research*, 18(5), 670-85. <https://doi.org/10.1177/1049732307311008>

Bilaga 1

(Intervjuguide)

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

- Vilket kön identifierar du dig med?
- Hur gammal är du?
- Hur lång erfarenhet har du som sjuksköterska?
- Hur lång erfarenhet har du av ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1

Huvudfrågor:

- Beskriv hur du upplever utbildningen till ungdomar med diabetes mellitus typ 1 under den nydebuterade sjukdomsfasen.
- Berätta om en situation som fungerat bra när det gäller utbildningsprocessen till ungdomar.
- Berätta om en situation som fungerat mindre bra när det gäller utbildningsprocessen till ungdomar.
- Avslutningsvis, finns det något mer du skulle vilja berätta för oss?

Följdfrågor:

- Kan du berätta mer?
- Kan du ge något exempel?
- Kan du förklara?

Bilaga 2 (Brev till verksamhetschef)

Brev till verksamhetschef

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien *Sjuksköterskors upplevelser av utbildningsprocessen hos ungdomar med nydebuterad Diabetes mellitus typ 1*.

Ungdomar går igenom många fysiska och psykiska förändringar. Studier visar att det uppstår många svårigheter när ungdomen drabbas av en kronisk sjukdom som Diabetes mellitus typ 1. Studierna visar att ungdomar har svårt att ta till sig information om sin sjukdom och har svårt att följa behandlingen. Vi vill därför undersöka hur sjuksköterskor upplever att det är att ge utbildning till ungdomar som nyligen fått diagnosen Diabetes mellitus typ 1.

Intervjuer kommer att genomföras med cirka 10 sjuksköterskor som är verksamma och har erfarenhet av utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1. Sjuksköterskorna ska ha varierad ålder och yrkeserfarenhet. Semistrukturerade intervjuer kommer att användas som bygger på öppna frågor och följdfrågor. Datainsamlingen kommer att påbörjas hösten 2022.

Studiedeltagarna kommer att få informationsbrev av författarna som innehåller en beskrivning av studien och en samtyckesblankett som studiedeltagarna ombeds att underteckna för att lämna samtycke. Insamlade data kommer förvaras på ett USB-minne som kommer vara inlåst i ett värdeskåp. Verksamheten kommer att få kopia på den färdigställda studien för att ta del av materialet.

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

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård.

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

Bilaga 3 (Brev till Enhetschef)

Brev till Enhetschef

Studie - Sjuksköterskors upplevelser av utbildningsprocessen hos ungdomar med nydebuterad Diabetes mellitus typ 1.

Vi ber om att få tillåtelse att få kontakta de sjuksköterskor som uppfyller våra inklusionskriterier. Inklusionskriterierna är specialistutbildade sjuksköterskor som arbetar i diabetesteamet och sjuksköterskor som har erfarenhet av utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1. Sjuksköterskorna ska ha varierad ålder och yrkeserfarenhet. Detta för att vi ska kunna delge information om den kommande studie samt inhämta deltagare till ovanstående intervjustudie. Vi vore tacksamma om du vill lämna ut e-mailadresser till sjuksköterskor som inkluderas i våra kriterier. Därefter kommer vi kontakta sjuksköterskorna via e-mail, om tillåtelse för detta lämnas.

Ungdomar går igenom många fysiska och psykiska förändringar. Studier visar att det uppstår många svårigheter när ungdomen drabbas av en kronisk sjukdom som Diabetes mellitus typ 1. Studierna visar att ungdomar har svårt att ta till sig information om sin sjukdom och har svårt att följa behandlingen. Vi vill därför undersöka hur sjuksköterskor upplever att det är att ge utbildning till ungdomar som nyligen fått diagnosen Diabetes mellitus typ 1. Intervjuer kommer att genomföras med cirka 10 sjuksköterskor som är verksamma och har erfarenhet av utbildningsprocessen till ungdomar med nydebuterad diabetes mellitus typ 1. Sjuksköterskorna ska ha varierad ålder och yrkeserfarenhet. Semistrukturerade intervjuer kommer att användas som bygger på öppna frågor och följdfrågor. Datainsamlingen kommer att påbörjas hösten 2022.

Innan intervjun kommer studiedeltagaren få information om samtycke och dess innebörd. Det vill säga att studien är frivillig och kan avbrytas när som helst under processens gång utan att behöva förklara varför. Konfidentialitet kommer i studien hanteras på så vis att det inspelade material kommer förvaras på ett USB-minne och vara inlåst i ett värdeskåp hos en av författarna. Ingen obehörig kommer att kunna ta del av detta.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning barnsjukvård. Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta oss gärna eller vår handledare.

Bilaga 4 (Brev till Studiedeltagare)

Brev till Studiedeltagare

Studie - Sjuksköterskors upplevelser av utbildningsprocessen hos ungdomar med nydebuterad Diabetes mellitus typ 1

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie.

Ungdomar går igenom många fysiska och psykiska förändringar. Studier visar att det uppstår många svårigheter när ungdomen drabbas av en kronisk sjukdom som Diabetes mellitus typ 1. Det visas också att ungdomar har svårt att ta till sig information om sin sjukdom och har svårigheter att följa behandlingen. Vi vill därför undersöka hur sjuksköterskor upplever att det är att ge utbildning till ungdomar som nyligen fått diagnosen Diabetes mellitus typ 1.

Vi skulle vilja göra en intervju med dig angående dina upplevelser av utbildningsprocessen som ges till ungdomar som nydebuterat med Diabetes mellitus typ 1. Den beräknas ta cirka 45–60 minuter och fullföljs av Vanja Vovk samt Josefin Fredlund. Vi kommer att intervjua från digitala verktyg såsom Zoom eller Teams.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst.

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, scanna in den och skicka tillbaka den via e-mail till författarna.

Insamlat material kommer att förvaras på ett USB-minne och vara inlåst i ett värdeskåp som bara författarna har tillgång till. All insamlad data kommer att raderas efter godkänd uppsats.

Studien ingår som ett examensarbete i Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning barnsjukvård.

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