

**MÄNNISKORS UPPLEVELSER
AV ATT LEVA MED TYP-2-
DIABETES
– EN INTERVJUSTUDIE**

**PEOPLE'S EXPERIENCES OF
LIVING WITH TYPE-2-
DIABETES
– AN INTERVIEW STUDY**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
VT 2011

Författare: Dahlvid, Henrik
Sandberg, Christian

SAMMANFATTNING

Titel: Människors upplevelser av att leva med typ-2-diabetes – en intervjustudie.

Författare: Dahlvid, Henrik; Sandberg, Christian

Institution: Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde

Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp

Handledare: Thorstensson, Stina

Examinator: Westin, Lars

Sidor: 23

Nyckelord: typ-2-diabetes, upplevelse, kvalitativ, hälsa, välbefinnande

Typ-2-diabetes är en kronisk välfärdssjukdom som är associerad med livsstilsförändringar. Omvårdnaden av typ-2-diabetes har traditionellt förknippats med egenvård och patientinformation. Det finns en stor kunskap om typ-2-diabetes och vilka konsekvenser det medför. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal även har kunskap om människors personliga upplevelser av hälsa och välbefinnande vid typ-2-diabetes. Det finns annars en risk att hälso- och sjukvårdspersonalen fokuserar för mycket på sjukdomen och missar den unika sjukdomsupplevelsen. Syftet med denna studie är att beskriva människors upplevelser av att leva med typ-2 diabetes. Metoden som valdes hade en kvalitativ ansats där data samlades in genom intervjuer. Intervjuerna transkriberades och analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. Resultatet utmynnande i ett överordnat tema balans mellan Trygghet – Otrygghet och aktiviteter som krav och möjligheter ger hanterbarhet. Temat beskrivs utifrån två huvudkategorier och beskrivande underkategorier. Studien visar att människor med typ-2-diabetes generellt erfar en god hälsa och ett gott välbefinnande utifrån deras egna förutsättningar. De levda erfarenheterna och de olika kraven för hanteringen av typ-2-diabetes varierar utifrån varje människa. Detta indikerar att hälso- och sjukvården bör vara uppmärksam på hur människor betraktar sin subjektiva upplevelse av hälsa och välbefinnande utifrån typ-2-diabetes.

ABSTRACT

Title: People's experiences of living with type-2-diabetes – an interview study

Authors: Dahlvid, Henrik; Sandberg, Christian

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Thorstensson, Stina

Examiner: Westin, Lars

Pages: 23

Keywords: type-2-diabetes, health, qualitative, well-being, experience

Type-2-diabetes is a chronic welfare disease that is associated with life-style changes. Traditionally, the caring of type-2-diabetes has been associated with self-care and patient information. There is an extensive knowledge on type-2-diabetes and which consequences it results in. It is also important that health care professionals also have knowledge on people's unique experiences of health and well-being living with type-2-diabetes. Otherwise there is a risk that the health care professionals focus too much on the disease and miss the subjective illness behind the unique person. The aim of this study is to describe people's experiences of living with type-2-diabetes. A qualitative method was chosen. Data was collected through interviews. The interviews were transcribed and analyzed using qualitative content analysis. The authors found one theme; Balance between security – insecurity and the experience of activities as demands and possibilities give manageability. This study shows that people with type-2-diabetes generally experience good health and well-being in terms of their own resources. However, the lived experiences and the different demands of handling type-2-diabetes vary among people. This indicates that the health care professionals need to pay attention to the experiences of the unique person.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter	2
Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter vid diabetes	2
Vårdrelation.....	2
Hälsa och välbefinnande	2
Livsvärld, livssammanhang och miljö	3
Omvårdnad vid diabetes	3
Patientinformation.....	4
Egenvård	4
Att leva med diabetes	4
Problemformulering	5
SYFTE	5
METOD	5
Urval och informanter	6
Datainsamling	6
Analys	7
Etiska överväganden	7
RESULTAT	8
Balans mellan Trygghet – Otrygghet och Aktiviteter som krav och möjlighet skapar hanterbarhet	8
Trygghet – Otrygghet	9
Att lära känna sig själv.....	9
Betydelsen av kommunikationen i mötet.....	9
Hopp - Hopplöshet	10
Tillvarons betydelse	11
Aktiviteter som krav och möjlighet	12
Meningsfull aktivitet	12
Aktivitet som krav	13
Motivationens betydelse.....	13
Kostens möjligheter	13
Sammanfattning av resultat.....	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
KONKLUSION	21
Kliniska implikationer	21
REFERENSLISTA	22

Bilaga 1	1
Bilaga 2	2
Bilaga 3	3

INLEDNING

Detta arbete inriktar sig på människors upplevelser av att leva med typ-2-diabetes. Idag lever 220 miljoner människor med diabetes i världen och fortsätter utvecklingen i samma takt förväntas 300 miljoner vara drabbade år 2025 (Hjelm, Mufunda, Nambozi & Kemp 2003; WHO, 2011). I Sverige finns det omkring 365,000 människor med sjukdomen. Det finns olika typer av diabetes. De två vanligast förekommande typerna är typ-1 respektive typ-2. Typ-1-diabetes kommer ofta tidigt i livet och kräver snabb behandling. Typ-2-diabetes är vanligast förekommande och utgör 85-90% av alla diabetessjukdomar. Debuten sker i regel senare i livet och kommer inte sällan smygande. Symtomen är till en början inte helt tydliga och kan lätt negligeras. Människor som har sjukdomen diabetes ansvarar i hög grad för vården på egen hand, så kallad egenvård. Vidare ska hälso- och sjukvården stötta individer med diabetes för att motivera till fortsatt egenvård i syfte att öka hälsa och välbefinnande (Grefberg & Johansson, 2007; Socialstyrelsen, 2010). Diabetes betraktas som en välfärdssjukdom vilket innebär ett växande hälsoproblem (Berger, Stenström & Sundkvist, 1999). För att få en ökad förståelse av att leva med dessa förändringar är det viktigt att få en ökad kunskap utifrån människors egna upplevelser.

BAKGRUND

Diabetes är ur ett patofysiologiskt perspektiv en systemsjukdom enligt Grefberg och Johansson (2007). Innebörden blir att hela eller stora delar av kroppen kan påverkas. Diabetes förekommer i olika typer. Gemensamt för de olika typerna är en nedsatt eller totalt avstannad produktion av det livsviktiga hormonet insulin. Den hormonella delen av bukspottskörteln, även kallad de Langerhanska öarna, består av celler som producerar hormonet insulin. En gradvis försämring eller total nedbrytning av dessa celler orsakar minskad insulinproduktion. Första typen, typ-1-diabetes, kallas i vanligt tal för barn- och ungdomsdiabetes. Den innebär att de Langerhanska öarna förstörs vilket leder till att det utsöndras för lite insulin till kroppen. Vid den andra typen, typ-2-diabetes, som även kallas för åldersdiabetes eller sockersjuka, fungerar cellernas insulinproduktion fortfarande till en viss del. Emellertid är vävnaden ute i kroppen inte lika mottaglig som brukligt. Insulin fungerar vanligtvis som en slags nyckel eller dörröppnare som gör att socker kan transporteras från blodbanan till vävnad. En nedsatt vävnad gör att insulinet inte har samma möjligheter att transportera in socker. Det leder till att sockret blir kvar i blodbanan, vilket genererar en förhöjd blodsockernivå. Här igenom utförs diagnostiken, där två förhöjda blodsockervärden påvisas vid två olika tillfällen. Förhöjda blodsockernivåer under längre tid kan medföra konsekvenser som exempelvis ökad risk för hjärtattack och stroke (a a). Hjelm, Mufunda, Nambozi & Kemp (2003) menar att dessa förändringar delvis har med den förändrade livsstilen att göra. Idag överkonsumerar bland annat energirik mat och människor lever ett allt mer stressfullt liv (a a). För att förstå diabetes utifrån ett omvårdnadsperspektiv väljer författarna att utgå ifrån omvårdnadsteoretiska utgångspunkter och omvårdnad vid diabetes.

Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter

Omvårdnad utgår från ett vårdvetenskapligt perspektiv och är uppbyggt av begreppen människan, hälsa och vårdandets grundmotiv. Inom omvårdnad ses människan som en enhet av kropp, själ och psyke och är att betrakta som en holistisk helhet. Kroppen är den helhet av det liv man är bärare utav oberoende av vilket perspektiv som används. Hälsa betraktas som något mer än frånvaro av sjukdom och ses som dynamisk. Saknar livet mening kan ohälsa upplevas trots frånvaro av sjukdom. Omvänt kan man exempelvis skratta åt en rolig händelse samtidigt som man är sjuk. Vårdandets grundmotiv handlar om att man vill den andra människan väl. Vårdandet förverkligas genom handlingar som främjar en helhetsvård där människan kan uppleva hälsa. Exempelvis kan helhetsvård innebära att anhöriga blir aktuella (Wiklund, 2003). Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg (2003) skriver vidare om ett etiskt patientperspektiv där patienten riktar ett krav mot vårdaren. Vårdarens arbete skapas utifrån patientens önskningar och tänkande. Vårdaren bör inte låta sig styras av onödiga rutiner eller riktlinjer då detta kan åsidosätta den unika människan och skapa ett vårdlidande. Författarna lyfter fram ”det etiska kravet” som riktas från patienten till vårdaren, detta då patienten ses som experten på sin egen hälsa. Det är vårdarens uppgift att acceptera detta krav (a a).

Ett etiskt patientperspektiv genomsyrar omvårdnadens centrala begrepp, vilka vilar på en holistisk människosyn (Dahlberg et al., 2003). Högskolan i Skövde har presenterat ett dokument som beskriver och tolkar omvårdnadens centrala begrepp (Bilaga 1), vilka är människan, hälsa och välbefinnande, vårdande och livssammanhang och miljö. Dessa begrepp utgör förslag på en bred omvårdnadsgrund. Författarna väljer i detta examensarbete att utgå ifrån dessa begrepp för att titta närmare på människors upplevelse av hälsa och välbefinnande vid typ-2-diabetes.

Omvårdnadsteoretiska utgångspunkter vid diabetes

Vårdrelation

Människor med diabetes behöver särskilt stöd från hälso- sjukvården. Hälso- och sjukvårdspersonal har kunskaper om det som händer i kroppen medans människor med typ-2-diabetes har erfarenheter och upplevelser om hur det är att leva med sjukdomen. För fortsatt hälsa och välbefinnande har hälso- och sjukvården bland annat till uppgift att leverera kunskaper till människor med typ-2-diabetes. Här blir vårdrelationen och kunskapsutbytet viktigt då typ-2-diabetes är en kronisk sjukdom som förutsätter kontinuerliga uppföljningar. Genom en vårdrelation kan människan och vårdaren genom ett kunskapsutbyte åstadkomma fruktbara resultat. För detta krävs att vårdgivaren etablerar en god vårdrelation som syftar till att öka människans känsla av hälsa och välbefinnande (Skafjeld, 2006).

Hälsa och välbefinnande

Hälsa och välbefinnande syftar till att främja hälsa för patienten. Detta kan exempelvis vara genom hälsofrämjande handlingar, minska lidande eller minska obehag för patienten. För att möjliggöra detta blir det viktigt att låta patienter vara delaktiga i sin

egen hälsoprocess (Wiklund, 2003). I en studie tog man reda på vilka övergripande hälsomål som patienter med typ-2-diabetes hade med livet. Det särdeles mest representativa målet bland patienterna var att i möjligaste mån vara så självständiga som möjligt. Forskarna i studien betonar att det blir oerhört svårt för vårdare att på ett optimalt sätt hjälpa typ-2-patienter om man inte tar hänsyn till patienternas egna definitioner av mål och upplevelse av hälsa. Ett observandum var även hur man kommunicerar med patienterna. I intervjuerna pratade patienterna om hälsa ur ett funktionellt och sociologiskt perspektiv, varpå man som vårdare måste undvika att använda alltför mycket biomedicinska termer (Huang, Gorawara-Bhat & Chin, 2005). En studie, baserad på Antonovskys hälsoperspektiv, visar hur upplevelse av hälsa kan ha positiv inverkan på sjukdom. Samtliga människor i studien led av typ-2-diabetes. Studien påvisade att människor som uppskattade sin upplevda hälsa högre än andra deltagare också hade lättare att hantera sin sjukdom (Sandén-Eriksson, 2000).

Livsvärld, livssammanhang och miljö

Wiklund (2003) skriver med hänvisning till Katie Eriksson om livsvärldsperspektivet som ytterligare en central del i omvårdnaden. Livsvärlden kan ses som varje människas unika värld. Det är den verklighetsuppfattning människan ständigt lever i. När man är frisk lever man genom livsvärlden på ett ofreflekterat vis. När man blir sjuk förändras livsvärlden och ens upplevelse av verkligheten förändras (a a). Kopplat till diabetes kan detta synsätt betonas. I en studie är det påvisat hur en människas personliga värden i livet kan inverka både positivt och negativt på motivationen för egenvård (Ofstedal, Karlsen & Bru, 2009). Personliga värden som kunde inverka positivt på motivationen kunde exempelvis vara att bibehålla hälsa för att få se sina barn barn växa upp. Det förutsätter följsamhet i diabetesbehandlingen. Ett personligt värde som kunde inverka negativt var upplevelsen av kroppsuppfattning. Det kunde upplevas som att man inte ansåg sig ha tillräckligt fin kropp för att besöka motionscentraler med avsikt för att förebygga sin diabetes. Ett och samma värde kan även ha olika betydelse för olika människor och deras livssammanhang. Arbete är ett tydligt exempel på vad som kan uppfattas olika i relation till sin sjukdom. För någon deltagare var arbetet både roligt och viktigt att få komma till. Detta föranledde att deltagaren skötte sin diabetesbehandling. På samma vis uttryckte en annan deltagare hur arbetet för all del ansågs viktigt, men samtidigt var så stressigt att det hade negativ inverkan på individens diabetes (a a). Således kan typ-2-diabetes förändra människors livssammanhang och upplevelse av tillvaron (Wiklund, 2003).

Omvårdnad vid diabetes

Skaffjeld (2006) menar att rollen som diabetespatient är traditionellt passiv där idéerna bakom behandlingen till stor del överlåtits till experter på området. Sett till att diabetes är en kronisk sjukdom och alltid finns närvarande, blir en av de viktigaste aspekterna att det är människan själv som ombesörjer stora delar av sin hälsoprocess. Författarna menar att det idag blir allt viktigare för en människa med diabetes att inte underordna sig inför hälso- sjukvårdspersonalen utan i stället tillskansa sig tillräckligt med kunskaper. Detta så att människan kan sköta behandlingen på egen hand. På detta vis stärker människan sin autonomi (a a). Detta betyder emellertid inte att en människa med typ-2-diabetes blir helt utan rätt till vård. Hälso- och sjukvårdslagen menar att varje

människa har rätt till individuellt anpassad information och utbildning som rör den egna hälsosituationen. Sjukvården ska även upplysa om aktuella undersökningar och behandlingar som ska underlätta för den vederbörande (SFS:1982:763).

Patientinformation

Ett sätt för hälso- och sjukvården att stötta i behandlingen av människor med typ-2-diabetes är bland annat genom patientinformation. Innebörden här blir att människan utbildas på sjukdomen och själv bär största ansvaret för hälsoprocessen. Detta har ökat människors autonomi samt hälsa och även minskat uppföljningar och undersökningar i vårdkedjan. En förutsättning för patientinformation är en god vårdrelation. Det kan innebära att människor med diabetes får träffa samma vårdare vid varje besök och att det finns gott om tid avsatt med hälso- och sjukvården (Skafjeld, 2006). Fossum menar att en god kommunikation ökar möjligheterna för människans egenvårdsförmåga i att kunna hantera sin sjukdom (Fossum, 2007). Hjelm, Mufunda, Nambozi & Kemp (2003) menar vidare att hälso- och sjukvårdspersonal måste vara noga med hur man kommunicerar kunskapen i hur det är att leva med typ-2-diabetes. För den enskilda individen är det betydelsefullt med övningar i att kunna träna och äta rätt. Här måste vårdaren tänka på kommunikationen betydelse i att ge information. Det handlar emellertid inte enbart om att kommunicera sakkunskap utan även vara lyhörd för hur patienten reagerar. I och med detta blir behandlingen holistisk och hänsyn tas till hela människan. Författarna skriver att vårdaren måste se till människans oro och känslor i att ha diabetes. Inte sällan kan en orolig patient missa viktig information om detta inte bejakas från vårdarens sida (a a).

Egenvård

Dorothea Orem hävdar i en teoretisk omvårdnadsmodell att människan har en inbyggd förmåga till egenvård. Hon hävdar vidare att alla inte är medvetna om den. Här blir det hälso- och sjukvårdens uppgift att bistå med nödvändig hjälp och hjälpa fram människornas egenvård (Orem, 2001; Klang Söderquist 2001). En människa med typ-2-diabetes har en central roll i att axla ansvaret för sin sjukdom. Det handlar om att följa upp både sin fysiska aktivitet men även sitt beteende och tankar kring situationen. Personligt handhavande av detta slag är komplext då det dels handlar om att övervaka sina fysiska förutsättningar men även de kognitiva och beteendemässiga samt emotionella sidor som spelar in för hälsa och välbefinnande. Egenvård inom diabetes är inte en fråga om huruvida det är möjligt, utan snarare hur man gör det möjligt. Egenvård är en förutsättning för bästa möjliga förmåga att leva med typ-2-diabetes (Heinrich, Schaper & de Vries, 2010).

Att leva med diabetes

I en studie av Hörnsten, Sandström & Lundman (2004) har patienter uttryckt sin upplevelse i hur det kan vara att leva med typ-2-diabetes. En patient uttryckte att sjukdomen inte innebar något direkt problem, eftersom patienten sedan långt innan var van att leva efter de riktlinjer och rekommendationer som gäller för sjukdomen. En deltagare uttryckte en frustration över att tvingas ändra på och anpassa sitt liv, men accepterade det motvilligt. Detta visar hur livsstilsförändringar kan upplevas olika svåra, varför det är viktigt att utgå från varje människas unika förutsättningar (a a).

Detta är vidare ett exempel hur på ens levda värld, livsvärlden, förändras i samband med sjukdom (Dahlberg, et al, 2003).

Två vanligt förekommande begrepp inom hälso- och sjukvård är disease och illness. Det finns ingen enhetligt överenskommen översättning på begreppen. Traditionellt har det förstnämnda disease tolkats som synen på en objektiv sjukdom, i detta fall sjukdomen typ-2-diabetes. Det senare begreppet, illness, kan liknas vid den subjektiva upplevelsen av att bära på sjukdomen. Ett illustrativt exempel kan vara att en läkare hittar förhöjda blodsockernivåer vid en rutinkontroll. Patienten får reda på att det finns en misstanke om diabetes utan att ha själv ha någon upplevelse av att vara sjuk (Boyd, 2000). Inom aktuell diabetesforskning finns det ett samband mellan disease och illness. visar på att personlig förståelse av begreppet illness (sjukdomsupplevelse) hos patienten gällande typ-2-diabetes är ett viktigt komplement till den traditionellt och professionellt hållna synen på sjukdomen, som är disease (objektiv sjukdomsbild). Den personliga förståelsen av typ-2-diabetes är således av vikt för fortsatt följsamhet (Hörnsten et al., 2004)

Problemformulering

I och med ökade levnadsvillkor är typ-2-diabetes ett växande problem. Idag lever 135 miljoner med diabetes och fortsätter den här trenden väntas 300 miljoner människor vara drabbade år 2025. I takt med ökade levnadsstandard och utveckling blir befolkningen alltmer stillasittande. Denna livsstilsförändring har ett samband med typ-2-diabetes som är relaterat till inaktivitet. Åtgärder som egenvård och hälsofrämjande insatser ses som en naturlig del i omvårdnaden av typ-2-diabetes. Hälso- och sjukvården måste emellertid ha kunskap om människors personliga förståelse för deras unika upplevelse av hälsa och välbefinnande vid typ-2-diabetes. Det finns annars en risk att hälso- och sjukvården inte når människan bakom sjukdomen. Därför kommer denna studie att försöka beskriva människors upplevelser i att leva med typ-2-diabetes.

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva människors upplevelser av att leva med typ-2 diabetes.

METOD

Studien hade en kvalitativ ansats. Ett kvalitativt tillvägagångssätt är att föredra om man vill studera ett fenomenens egenskaper och vilken mening det har för människor och deras unika livssammanhang. Kunskapen ses inte som generell utan ska ses i sin kontext, i sitt livssammanhang (Polit & Beck, 2008). Översatt till uppsatsen är upplevelsen av hälsa och välbefinnande vid typ-2-diabetes de fenomen som studerades utifrån människors unika livssammanhang. För att söka denna kunskap valde författarna att gå direkt till källan, det vill säga människan. I samtalet kan författarna fråga och få frågor besvarade.

Tillvägagångssättet i denna studie blir följaktligen intervjuer. Då intervjuer var något nytt för författarna valdes först att testa inspelningsutrustningen samt att göra en provintervju på en anhörig till författarna. Detta för att få känsla för metoden och utrustningen. Utöver detta studerades relevant metodlitteratur för intervjuteknik (Drever, 1995; Polit & Beck, 2008).

Urval och informanter

Inklusionskraven motsvarade människor i vuxen ålder med typ-2-diabetes som dessutom kunde kommunicera på egen hand. Exklusionskriterier var människor som var bosatta utanför Västra Götaland. För att få kontakt med människor som lever med typ-2-diabetes knöts kontakter med en patientförening. Kontaktpersonen återkom sedan med sex personer med bifogande telefonnummer. Kontakt med dessa personer skedde via telefon, där författarna förklarade avsikten med studien samt att ett informationsbrev (bilaga 2) skulle skickas ut. I informationsbrevet presenterades författarnas syfte samt informanternas rättigheter. Samtliga sex personer gick med på att ställa upp.

Datainsamling

Författarna använde sig av semistrukturerad intervjuteknik. Syftet med detta var att dels kunna låta informanterna prata öppet om sina upplevelser, och också att möjliggöra för författarna att på ett strukturerat vis knyta tillbaka till studiens syfte (Drever, 1995). Tre huvudfrågor utgjorde grunden och var fördelade utifrån några övergripande områden som författarna ämnade att ta upp i sitt frågeformulär (Bilaga 3). Ett exempel på huvudfråga var: "Vill du berätta hur det är att leva med typ-2-diabetes?". Samtalen mellan huvudfrågorna behandlade öppna följdfrågor utifrån varje informants svar. Polit och Beck (2008) kallar detta för probes, vilket kan beskrivas som ett sätt för intervjuaren att få ett kortfattat svar vidareutvecklat. Detta inbjuder även till samarbete där intervjuaren tillåter informanten att prata fritt om det aktuella ämnet med egna ord (a a). Exempel på detta kan vara: "Hur upplever du det?". Den avslutande huvudfrågan var: "Är det något du känner som du vill tillägga?". På detta vis tilläts informanterna ta upp redan omdiskuterade saker och betona detta, eller rentav komma på något nytt att ta upp. Efter intervjun frågade författarna om informanterna kände sig nöjda och att brevet som skickades ut motsvarade förväntningarna på intervjun. Författarna informerade både innan och efter intervjun om informanternas rättigheter och att materialet kommer att behandlas konfidentiellt.

Platser för intervjuerna valdes enligt informanternas önskan. Intervjuerna ägde rum i såväl deras hem men även på offentliga platser. Med offentliga platser avsågs ett kafé, vilket skedde på informanternas önskan. Författarna sörgde för att intervjun genomfördes ostört genom att placera sig i ett avskilt hörn i kaféet, detta med anledning av sekretessen. Det hade i förväg gjorts upp med informanterna att båda författarna skulle sitta med vid intervjuerna. En författare skulle vara mer aktiv i intervjudialogen medan den andra satt mer i bakgrunden och observerade. Detta med anledning av att kunna återkoppla relevanta följdfrågor på slutet som kunde vara av intresse. Författarna var noga med att tänka på positioneringen vid intervjuandet. Den aktiva intervjuaren satt mitt emot informanten, medan den mer passiva höll sig vid sidan om. Detta med

anledning av att minska den makt som annars tenderar att uppstå när två personer fokuserar på en ensam (Polit & Beck, 2008). Undantaget var när informanterna direkt uttryckte en önskan om att författarna skulle sitta bredvid varandra under intervjun.

Analys

Analysen syftade till att nå en djupare förståelse för det fenomen som undersöktes. Detta skedde utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Analysarbetet startade med att det inspelade materialet transkriberades. För att analysera innehållet läste författarna intervjutexten flera gånger, både på egen hand och tillsammans. Analysen skedde utifrån Graneheim och Lundmans (2004) metod som menar att det är viktigt att analysera både manifest och latent material. Det manifesta innehållet är uttryckt och synligt för läsaren medans det latent innehåll är underliggande och inte lika explicit uttryckt (a a). Således blir den analytiska uppgiften att försöka visualisera de underliggande meningarna för läsaren. Utifrån Graneheim och Lundmans (2004) identifieras meningsbärande enheter som kondenseras till underkategorier, kategorier och sedan koder. Denna del i analysarbetet genomförs först av författarna var och en för sig. Sedan sammanfördes koder från respektive intervju för att identifiera beskrivande underkategorier. Dessa utgjorde två huvudkategorier som representeras av ett överordnat tema som avslutningsvis presenterades i ett resultat. Graneheim och Lundman (2004) menar vidare att tematisering av ett kvalitativt innehåll försöker svara på frågan ”Hur?”, medan kategorisering motsvarar frågan ”Vad?” För att få en så samlad bild av materialet som möjligt ansåg författarna att det är viktigt att försöka svara på båda frågorna. Således syftar temat besvara frågan ”Hur” upplevelsen av att leva med typ-2-diabetes kan vara. Kategorierna försöker motsvarande svara på frågan ”Vad” som krävs till för att uppleva detta.

Etiska överväganden

Det finns fyra etiska riktlinjer att ta hänsyn till i samband med kvalitativa intervjuer: informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser samt forskarens roll (WMA, 2011)

I denna studie säkerställdes ett samtycke genom att låta en kontaktperson för patientföreningen informera medlemmar som själva fick avgöra om de önskade ställa upp (se bilaga 2). Konfidentialiteten säkras genom att inte avslöja informanternas identitet vare sig i arbetet eller i andra sammanhang. I syfte att skydda den grupp de representerar väljer författarna att inte nämna patientföreningen eller den ort där den kan lokaliseras. Författarna valde att inte kontakta någon etisk nämnd med anledning av att människorna i studien ställde upp som privatpersoner och inte som patienter. Författarna har för avsikt att fördjupa kunskapen om hur människor upplever hur det är att leva med typ-2-diabetes. Vidare menar litteraturen att det finns moraliska regler att ta hänsyn, men att reglerna måste förstås kontextuellt. Regler bör inte ses som något mekaniskt, eftersom olika faktorer avgör när och hur reglerna blir relevanta. Författarna väljer således att situationsvis utgå ifrån varje enskild informants önskingar och förslag. Därutöver bör författarna ställa sig frågan huruvida en intervjustudie är den mest lämpade metoden för studiens syfte, eller om det finns andra tillvägagångssätt som lämpar sig bättre (Kvale & Brinkman, 2009; WMA, 2011).

RESULTAT

Efter bearbetning och analys av intervjumaterialet framkom ett övergripande tema som benämndes Balans mellan Trygghet – Otrygghet och Aktiviteter som krav och möjlighet skapar hanterbarhet. Detta kunde relateras till två huvudkategorier som benämndes Trygghet – Otrygghet och Aktiviteter som krav och möjlighet vilka beskrivs genom åtta olika underkategorier (Se Tabell 1). Tabellen och resultatet beskriver områden som författarna anser angelägna för studiens syfte.

Tabell 1. *En översikt av studiens resultat beskrivna genom ett övergripande tema, två huvudkategorier samt åtta underkategorier*

Balans mellan Trygghet – Otrygghet och Aktiviteter som krav och möjlighet skapar hanterbarhet	
Trygghet – Otrygghet	Aktiviteter som krav och möjlighet
Att lära känns sig själv	Meningsfull aktivitet
Betydelsen av kommunikation i mötet	Aktivitet som krav
Hopp – Hopplöshet	Motivationens betydelse
Tillvarons betydelse	Kostens möjligheter

Balans mellan Trygghet – Otrygghet och Aktiviteter som krav och möjlighet skapar hanterbarhet

Temat Balans mellan Trygghet – Otrygghet och Aktiviteter som krav och möjlighet skapar hanterbarhet ses som det latenta i resultatet. Det latenta har tidigare beskrivits som det underliggande och inte klart uttryckta. Ordet hanterbarhet och dess innebörd framkom inte explicit under intervjuerna utan växte fram under analysens gång. Studiens tema försöker svara på frågan hur upplevelsen av vardagen hanteras utifrån att leva med typ-2-diabetes. För att få svar på frågan hur det kan upplevas att leva med typ-2-diabetes krävs först ett svar på vad som måste ligga till grund. Svaren på vad som måste ligga till grund har växt fram utifrån beskrivande underkategorier och huvudkategorier som följer nedan och tillsammans utgör temat.

Trygghet – Otrygghet

Trygghet - Otrygghet beskrivs som den första av de två huvudkategorierna i studien. Det ses vidare som något fundamentalt i att leva med typ-2-diabetes. Begreppen är i hög grad opåverkbara såtillvida att individen är mer beroende av omgivningen i att ges möjlighet till att hantera sin situation. Lika väl som omgivningen kan skapa trygghet, kan det även förmedlas en otrygghet av densamma. Trygghet ses som en förutsättning som måste ligga till grund för upplevelse av hälsa och välbefinnande vid typ-2-diabetes. Otrygghet ses som något omvänt och icke-önskvärt. Trygghet – Otrygghet delas in i ett antal upplevda underkategorier vilka benämndes Att känna sig själv, Betydelsen av kommunikationen i mötet, Hopp – Hopplöshet samt Tillvarons betydelse.

Att lära känna sig själv

Den komplexa bilden för typ-2-diabetes kan gestaltas genom att ha flera sjukdomar. Dessa sjukdomar kunde exempelvis påverka blodsockernivån negativt, vilket beskrevs som en otrygghet. Upplevelsen av att leva med flera sjukdomar ställde höga krav på att lära känna sig själv. Detta kunde innebära att inte experimentera med insulinnivåerna, utan att istället lyssna på kroppen och kontrollera sockernivån på bestämda tider. Genom detta kunde människan förklara för diabetessköterskan att det inte är någon fara med sockervärdena och att insulinjustering inte är nödvändigt. Här upplevdes det viktigt och tryggt att själv få göra en bedömning utifrån vad som ansågs vara mest lämpligt.

Vidare beskrevs en upplevelse av att ha integrerat sjukdomen så väl in i sitt liv att det inte längre betraktades som en sjukdom.

...diabetes e för mig ingen sjukdom... vet inte va ja ska kalla de för... Ett tillstånd. ja... de e de. Jag lever med de...

Känslan av att känna sig själv stod även att finna i rutiner. Det kunde exempelvis beskrivas som att äta på regelbundna tider var det viktigaste under hela dagen. Det kunde också beskrivas som en trygghet att alltid kontrollera blodsockret efter man kom hem från jobbet.

Betydelsen av kommunikationen i mötet

I intervjuerna beskrivs de olika förutsättningarna för ett gott möte med hälso- och sjukvårdspersonal som skapar trygghet, vilket i sin tur ökade upplevelsen av hälsa och välbefinnande. I kontakten med hälso- och sjukvårdspersonalen upplevdes så väl goda som mindre goda möten. Vid insjuknandet ansågs det vara en trygghet att få komma och bli omhändertagen samma dag. I samband med insjuknandet kunde det exempelvis tilldelas en rad olika tider för återbesök och bli informerad om möjligheterna till att ringa vid eventuella frågor. Det beskrevs hur kommunikationen i detta skede förlöpte väl, vilket skapade en trygghet. Detta genom att möjligheterna för kommunikationen utgick från människans önskan.

...Å då va ja så säker på att de va fel, så jag ringde till vårdcentralen och fick komma dit då samma eftermiddag... // Väldigt pedagogiska och tog hand om mig på alla sätt

Emellertid fanns det brist på kommunikation vilket minskade förutsättningarna för ett tryggt möte. Upplevelsen av att inte få en tid hos diabetessköterskan beskrevs som en otrygghet. Vidare beskrevs en önskan om att hälso- och sjukvårdspersonal bör se mer till människan och hur man lever. I mötet kunde det vidare beskrivas hur man blev tilldelad högvis med information vilket det inte fanns något vidare intresse utav. Under samtalen framkom det en önskan hos människor med typ-2-diabetes att få hälso- och sjukvårdspersonal att ge mer individuella råd och lyssna mer aktivt istället. Således kunde detta upplevas som att det inte gäller min situation.

... koppla bort datan lite... sätt dig å prata ordentligt å lyssna på... de här tycker jag att, å de här vill jag...

Vidare fanns det ytterligare en önskan om att vid något tillfälle samla en grupp människor med typ-2-diabetes för en gemensam informationsträff. Tanken med gemensam information beskrevs som en möjlighet i att få diskutera och kommunicera olika perspektiv och öka förståelsen i att hantera sin sjukdom. Tidningen från diabetesförbundet upplevdes som mycket positiv. I och med tidningen kunde man ta del av de senaste forskningsrönen och hur andra människor upplevde vardagen. Upplevelsen av att läsa om hur andra människor hanterade vardagen förmedlade en känsla av att man inte är ensam. Tidningen upplevdes som ett lyckat instrument för att erhålla olika sorters upplevelser som beskriver typ-2-diabetes.

Hopp - Hopplöshet

I analysen fann författarna hur ett gott stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen kunde skapa en känsla av hopp, vilket kunde innebära en ökad trygghet i tillvaron. Det beskrevs vid insjuknandet att det fanns mycket frågor och funderingar, vilket kunde upplevas som en otrygghet. I detta avseende förstärkte hälso- och sjukvården känslan av hopp och upplevelsen av att vara närvarande. På så sätt skapades en trygghet som kom att utgöra en bra grund för en ökad hälsa och välbefinnande.

...ja hon lugnade ju ner mig... å talade om vad som gällde.... Å på vilket sätt.. mycket bra!

Vidare kunde en känsla av minskat hopp beskrivas när informanterna diskuterade alternativa förslag på förbättring eller behandling med vårdpersonalen. Det kunde upplevas motarbetat och hopplöst att få gehör för sina åsikter. I synnerhet då vårdpersonalen valde att inte ta någon vidare hänsyn till egna förslag eller värderingar som upplevdes värdefulla för människan.

Hopp kunde vidare förmedlas genom att vara lyhörd för den enskilda människans situation. Detta kan exemplifieras i kontakten med fotspecialisten, vilken förklarade vikten av att hantera fötterna väl. Denna känsla av hopp som förmedlades beskrevs som att man förstod att det var mig själv det gällde och det är mina fötter och min framtid.

Tillvarons betydelse

Under intervjuerna kunde det beskrivas hur sjukdomens första år upplevdes som en känsla av skam. Detta kunde exempelvis gestaltas genom att se till så att brevbäraren lämnade diabetespost i anonyma kuvert. Likaså kunde det innebära en förnekelse av provsvaren i samband med att det upptäcktes och begärde att få ta om proverna. Det fanns en känsla som att provsvaren inte kan vara mina. Det fanns således en stark känsla av skam som innebar att man inte vill bli identifierad med typ-2-diabetes. Genom att inte acceptera sin sjukdom kunde man lura både sig själv och hälso- och sjukvården, exempelvis genom att manipulera eller förneka sina provsvar.

...Så när jag kom ut till vårdcentralen för att lämna prover är ungefär som att åka till bilprovningen... hoppas att jag går igenom, man försöker bara ha bra värden för dem [sjukvården], det är en konstig inställning .. Som man har till en början...

Det beskrevs hur skammen ledde till att sjukdomen var svår att acceptera och på så vis motarbetades upplevelsen av hälsa. Det var först efter accepterandet av sjukdomen som upplevelsen av hälsa stärktes och känslan av skam försvann.

Resor kunde innebära en viss begränsning i tillvaron. I samband med resor väcktes tankar om hur sjukdomen kunde hanteras på ett tryggt sätt. En fråga som uppkom i samband med utlandsresor var exempelvis hur insulinet kunde hållas kallt. På så vis kunde den nya tillvaron upplevas som mer begränsad.

För att kunna hantera typ-2-diabetes upplevdes det viktigt att kunna lita på sin omgivning i tillvaron. Vänskapskretsen kunde exempelvis anpassa sig efter behov, vilket kunde gestaltas genom att erbjuda sockerfria alternativ vid olika sociala aktiviteter. På så vis skapades en trygghet i den nya tillvaron som innebär att leva med typ-2-diabetes. I intervjuerna beskrevs det hur de närmast anhöriga hade en bra insikt i vad innebär det att vara drabbad av typ-2-diabetes. Detta kunde exempelvis visas genom att hela familjen övergick till sockerfria alternativ vid kosten. På så vis kunde sjukdomen leda till att följsamheten och förebyggande åtgärder blev till fördel för hela familjen.

Tillvaron kunde beskrivas ur ett mer dystert perspektiv. Förändringar i samband med sjukdomen kunde visas genom att man inte förstod vad som hände med sin kropp. Exempelvis kunde för mycket insulin orsaka svåra symtom som exempelvis nedstämdhet, känsla av sorg och ovisshet. Det beskrevs hur man upplevde det som att bli deprimerad.

...Att de väldigt så där, uhm... allt var väldigt sorgligt, å ... å mörkt å som man, liksom som man åker ner i nåt svart så där...

Genom att få bekräftat att den starka upplevelsen var relaterad till höga insulinnivåer lärde man sig känna sjukdomen på ett bättre sätt och tillvaron blev åter trygg.

Det beskrevs hur en positiv syn på tillvaron kan underlätta hanteringen av typ-2-diabetes. På så vis kom det fram att typ-2-diabetes nödvändigtvis inte inskränker på tillvaron i någon egentlig utsträckning. Tvärtom beskrevs det snarare under samtalen att

man kunde få en bättre tillvaro efter insjuknandet. I och med diagnosen började människan reflektera över hur livet tidigare såg ut. Jämförelsen kunde upplevas gentemot livskvaliteten idag jämfört med hur den upplevdes tidigare. Detta kunde upplevas som att sjukdomen innebar en ökad medvetenhet i vikten av att ta hand om sin hälsa. Resultatet av detta innebar att sjukdomen rentav kunde vara ett led i att förstärka livskvaliteten och öka hälsa och välbefinnande.

... de har, de har inte blivit nån sämre livskvalitet utan kanske, ja tycker lite bättre egentligen...

Ett sätt att minska oro och öka trygghet i tillvaron kunde exempelvis beskrivas genom att föra noggranna anteckningar om hur blodsockervärdena varit den senaste tiden. Genom att förvissa sig om att diabetessköterskan bekräftade anteckningarna i samband med besök ökade detta tryggheten.

Aktiviteter som krav och möjlighet

Aktiviteter som krav och möjlighet är den andra av de två huvudkategorierna. I motsatt till Trygghet - Otrygghet ses denna kategori som ett fenomen där människan i högre utsträckning har möjlighet att påverka själv för att kunna hantera sin vardag. Med detta avses olika former av aktiviteter som informanterna företog sig på egen hand och värderade utifrån deras förutsättningar. Aktiviteter som krav och möjlighet beskrivs i resultatet som Meningsfull aktivitet, Aktivitet som krav, Motivationens betydelse och Kostens möjligheter.

Meningsfull aktivitet

Meningsfull aktivitet upplevdes betydelsefullt och existerade i nuet, vilket inte sällan beskrevs som något naturligt. Fenomenet var högst individuellt. Exempelvis kunde det innebära att bidra till välgörenhet eller renovera sitt hem med sin livskamrat. Upplevelsen av detta beskrevs som värdefullt och kunde medföra att man fick en ökad hälsa och välbefinnande.

Föreningslivet ansågs till stora delar angeläget då det upplevdes som kunskapsberikande, exempelvis att det gavs föreläsningar vilka var knutna till typ-2-diabetes. Innebörden i att man upplevde föreningslivet som kunskapsberikande var att det blev lättare i hanteringen av sin sjukdom. Betydelsen av en existentiell samvaro kunde också upplevas som en viktig del av föreningslivet. På så vis kunde föreningslivet upplevas som något mer än bara en källa för information.

... det var kul att få tips och stöd.. Ja...Man kan se att man inte är ensam om det...

Träning ansågs vara ett viktigt element i att sköta sin hälsa för att få en bra balans på sin typ-2-diabetes. Träningen var i allra högsta grad individuell och ansågs av merparten som något naturligt. Det framkom även att träningen var till viss mån säsong- och väderleksanpassad. Det kunde handla om att kombinera motion i samband med dagliga ärenden. Graden av fysisk aktivitet bestämdes i hög utsträckning av den aktuella livssituationen. Detta kunde beskrivas som exempelvis att vara trött efter jobbet eller

vara upptagen i föreningar, vilket minskade möjligheter till fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet ansågs delvis utgöra mycket viktig del i tillvaron utifrån vad som passade de unika behoven.

... å de e VÄLDIGT viktigt tycker jag... med motion... jag springer inte, jag gymnastiserar inte å ja löper inte å ingenting sånt... utan jag går...

Aktivitet som krav

Meningsfull aktivitet kunde också upplevas som ett krav. Exempelvis kunde en högre post i en förening innebära mer ansvar och arbete för föreningen. Det ökade engagemanget i diverse olika aktiviteter gjorde att hälsan kunde upplevas som att den kom i andra hand. För många åtaganden upplevdes som ett krav vilket accelererade sjukdomsbilden och påverkade hälsan negativt.

...där var det en massa måsten, ställa upp flera kvällar i veckan och helger och det här va... och då steg det här sockret så in i helsike under en period och det påverkade mig...

Krävande fysiska aktiviteter var emellertid ingen självklarhet. Avsaknaden av möjligheter till fysisk träning kunde upplevas oroväckande för hälsan. Detta med anledning av att fysiska förutsättningar helt eller delvis saknades. Dessutom fanns en medvetenhet om att den kroppsliga utvecklingen kan komma att förändras till det sämre. Synen på fysisk aktivitet kunde därmed betraktas utifrån olika perspektiv.

...Det är alltid bra att motionera men det ska inte vara det mest dominerande... den dagen du inte kan motionera hur gör du då?...

Det fanns med andra ord en upplevelse av att fysisk aktivitet är viktigt, men det behövde nödvändigtvis inte vara den viktigaste livsstilsförändringen.

Motivationens betydelse

För att företa sig en aktiv roll i sin hälsoprocess beskrevs hur motivationen var en viktig drivkraft. Det handlade exempelvis om motivationen att träna och äta rätt för att undvika att börja med insulin. En drivkraft i att inte börja med insulin kunde vara att man själv ville bibehålla kontrollen över sin hälsa. På detta vis kunde insulin upplevas som något negativt i förmågan att hantera sin hälsa.

...Som jag sa förut att min motivation försvinner om jag måste börja med det [insulin] ... vilket gör att sjukdomsförloppet kan bli sämre för mig...

Kostens möjligheter

I intervjuerna framkommer en mångdimensionell bild gällande åsikter och upplevelser om kost. Möjligheterna att aktivt kunna påverka sin kost beskrevs som något viktigt. Informanterna beskrev upplevelsen av kostvanor utifrån sina egna förutsättningar och kunde på så vis påverka sin hälsa. Exempelvis kom kosten som något naturligt, då

tidigare matvanor och rutiner passade bra in vilket gjorde att sjukdomen lättare kunde integreras i ens livssituation.

Allmänna rekommendationer kring typ-2-diabetes kunde påverka människorna i olika utsträckning. Dels valde man att följa kostrekommendationer från exempelvis dietisten då det ansågs vara en bra påminnelse för att kunna hantera sin typ-2-diabetes.

...där kan ja diskutera å fråga, å.. hon kan ibland säga nya rön å sånt där å ja kan få lite listor å sånt där så... de e bra påminnelse för mig...

Det kunde också innebära en möjlighet att gå sin egen väg då upplevelsen av rekommendationer från hälso- och sjukvården inte ansågs gälla mig. Med andra ord föranledde detta att informanterna sökte kunskap på egen hand och aktivt frångick de kostrekommendationer som gällde. För de människor som aktivt valde att använda en alternativ kost upplevdes det fungera på ett högst tillfredsställande sätt. Exempelvis kunde det gestaltas i hur mycket bättre blodsockernivån uppmättes efter en tid med alternativ kost:

...Nu har jag har sockervärde som ligger preciiis...I stort sett...Å när ja va där sist så sa de: vilka fina värden du har...

Upplevelsen av att aktivt söka möjliga alternativa kostrekommendationer kunde med andra ord anses minst lika viktigt som att följa rekommendationer från hälso- och sjukvården. Oavsett varifrån kunskapen om kosten hämtades ifrån upplevde människorna att det fungerade väl utifrån deras val. På så vis kunde man uppnå hälsa och välbefinnande utifrån olika perspektiv.

Sammanfattning av resultat

Resultatet sammanfattas utifrån temat Balans mellan Trygghet – Otrygghet och Aktiviteter och möjligheter som krav skapar hanterbarhet. Det utgörs av två huvudkategorier som båda är uppbyggda av beskrivande underkategorier. De båda huvudkategorierna är båda beroende av varandra för att uppnå hanterbarhet. Det avgörande mellan huvudkategorierna är människans möjligheter att påverka själv. Trygghet – Otrygghet är i mindre grad påverkbart, medan Aktiviteter som krav och möjlighet i högre grad går att påverka.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En intervjustudie med kvalitativ ansats valdes för att på så vis försöka skapa en djupare förståelse för människans unika upplevelse av hälsa och välbefinnande vid typ-2-diabetes. Val av kvalitativ intervju föreföll vara den mest lämpade metoden för studiens syfte. Författarnas mål var att komma så nära de unika upplevelsorna som möjligt och inte luta sig mot tidigare publicerad forskning där upplevelsorna redan har tolkats. En patientförening valdes. Fördelen med att välja en patientförening var att få en rättvis bild av hur människor med typ-2-diabetes upplever vardagen. Behandlingen av typ-2-diabetes bedrivs i större utsträckning i öppenvård och i hemmet än på sjukhus.

En kontaktperson vidarebefordrade en förfrågan till medlemmar i föreningen om att delta i studien. Förfrågan ansågs vara mer naturlig och kravlös än om författarna själva hade frågat runt i föreningen. En ytterligare fördel är att kontaktpersonen har fungerat likt en samordnare vilket har underlättat kommunikationen. Kontaktpersonen var mycket samarbetsvillig och gav oss vid ett tidigt skede förslag på personer som kunde tänka sig att ställa upp. En begränsning för denna typ av urval kan vara att kontaktpersonen väljer ut informanter efter sin tro om vad anses lämpligt. Således finns det en risk detta urval kan ha påverkat studiens resultat.

Författarna visste inte på förhand någonting alls om människorna som ville ställa upp i studien. I efterhand visade det sig att det var stor spridning på såväl kön, ålder, kultur och social bakgrund. Polit & Beck (2008) menar att denna form av urval kallas maximum variation sampling, vilket anses fördelaktigt om man önskar få ut stor spridning av erfarenheter fördelat på litet antal människor. Studier på människor med olika bakgrund och åsikter kan ge olika perspektiv på det ämne som ska undersökas (a). På så vis anses detta vara en styrka för resultatet, då det representeras av en mer mångdimensionell bredd av såväl bakgrund, åsikter och upplevelser.

Intervjuerna ägde rum efter informanternas önskemål. Detta med förhoppning om att informanterna skulle känna sig trygga med situationen. Vid några intervjutillfällen överskreds den intervjutid som beskrevs i informationsbrevet (bilaga 2). Under intervjuerna avbröts aldrig informanterna utan tilläts att prata till punkt. Detta med anledning av att låta informanterna delge så mycket information som de upplevde var nödvändigt.

Intervjuerna valdes att spelas in med digital inspelningsutrustning, en så kallad iPod. Detta med anledning av att i så stor utsträckning som möjligt inte gå miste om information. Vid eventuella tveksamheter kan man vid transkriptionen spela tillbaka materialet och återuppleva scenariot. I och med detta tror författarna att digitalutrustning är mer givande än att dokumentera intervjuerna för hand. I metodlitteraturen beskrivs intervjuteknik för semistrukturerade frågor (Drever, 1995). En intervjuteknik av detta slag ansågs bäst lämpad för att svara på studiens syfte. En

strukturerad teknik riskerar att hämma kvalitativa intervjuer då det ges lite utrymme för informanten att utveckla sitt resonemang. Samtidigt beskrivs en alltför ostrukturerad intervju som mindre lämplig om man faktiskt vill hålla sig till ämnet (Drever, 1995). Semistrukturerad intervju är en styrka för den här typen av studie, då människor får möjligheten att sätta egna ord på upplevelsen (Polit & Beck, 2008).

Under intervjuerna hade en av författarna en mer aktiv roll som intervjuare och den andra observerade dels genom att lyssna aktivt och föra ett observationsprotokoll. Författarna betraktar sig själva som nybörjare gällande intervjuteknik, vilket kan eventuellt ses som en svaghet i studien. Som aktiv part i intervjun kunde det i början upplevas svårt med att hantera naturliga följdfrågor. På så vis var observationsprotokollet till hjälp för att anteckna möjliga följdfrågor vid slutet av intervjun. Efter varje intervju reflekterade författarna om hur det kändes och vad som kunde göras bättre. Detta gjorde att intervjutekniken och intervjuns olika moment förfinades allt eftersom. I efterhand upplevs det som att intervjuerna gick väl.

Det fanns en medvetenhet om att förförståelse kan vara till nackdel för studiens resultat. Genom att reflektera enskilt och diskutera tillsammans var förhoppningen att kunna se på resultatet ur flera olika perspektiv, både för att kunna se det manifesta men även det latent. Det faktum att två personer valde att skriva studien ses i efterhand som en styrka. Exempelvis kunde det handla om verbala reflektioner och förslag på ändringar. I relation till omfattningen har det varit fördelaktigt att dela upp arbetet emellanåt.

Metodlitteraturen som valdes är Graneheim & Lundman (2004). Metoden beskrivs stegvis och systematiskt vilket upplevs som begripligt utifrån den metod som valts. Författarna ställer sig trogna till valet av metod. En kvalitativ intervju ger en djupare förståelse för det syfte som tidigare beskrivits (Graneheim & Lundman, 2004). En kvantitativ metod hade förvisso också inbringat ett resultat till studien. Resultatet vid en kvantitativ studie hade emellertid inte passat syftet, då upplevelser inte kan orsaksförklaras eller jämföras på samma sätt (Polit & Beck, 2008).

Studiens tema svarar på frågan ”Hur?” man upplever hälsa vid typ-2-diabetes, medans kategorierna besvarar frågan ”Vad?” som krävs för att göra detta. På så vis anser författarna att val av analysmetod varit tillfredsställande och passat studiens syfte. Stora delar av analysarbetet ägde rum enskilt. På så vis lät sig författarna inte låsas vid vad den andra tycker och tänker. I efterhand visade detta vara en styrka då materialet delvis tolkats på olika sätt utifrån egna referensrammar.

Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie visar att Trygghet – Otrygghet och Aktiviteter som möjlighet och krav är viktiga för människors upplevelse av typ-2-diabetes. Aktiviteter som möjlighet och krav är något man i högre grad själv väljer att göra för att öka sin hälsa och välbefinnande. Trygghet - otrygghet betraktas som något svårare att påverka på egen hand, där man är mer beroende av sin omgivning. Det kan exempelvis handla om att anhöriga och hälso- och sjukvården spelar en viktig roll. Det är viktigt att inte betrakta resultatet som generaliserbart utan det ska ses i sin kontext. Temat (Tabell 1) anses kunna uttolkas ur de båda huvudkategorierna och tydliggör betydelsen för hur

upplevelsen av typ-2-diabetes kan se ut. Hantering av typ-2-diabetes förutsätter således att det finns en upplevd trygghet och aktivitet hos människan.

Resultatet visar hur tillgängligheten inte alltid upplevdes som tillfredställande. Det fanns ett mönster i tillgänglighet beroende på var man bodde samt vilken vårdcentral man tillhörde. Hälso- och sjukvårdslagen menar att hälso- och sjukvården ska tillgodose en god och säker vård (SFS: 1982:763). Det är anmärkningsvärt hur stora skillnader det kan vara på tillgängligheten beroende på geografiska områden. En aspekt hade med vårdvalet att göra, vilket medförde en ökad mängd patienter på en mindre mängd personal. På så vis kan upplevelsen av hälsa och välbefinnande minska genom minskat tillgänglighet och trygghet hos hälso- och sjukvården.

I resultatet framgick det även hur viktigt rutiner är för att hantera sin sjukdom. Sjukdomen ökar med andra ord kraven på tillvaron. Det finns med detta en risk i att sjukdomen styr människans liv till följd av de rutiner som ursprungligen krävs för att hantera sjukdomen. Detta kan kopplas till hälsobegreppet, där en form av ohälsa, eller minskat välbefinnande, kan råda samtidigt som sjukdomssituationen i sig är under kontroll (Wiklund, 2003; Dahlberg, et al, 2003).

En studie har visat hur mycket personlig förståelse för människan kan innebära. Det anses viktigt att förstå de levda erfarenheterna hos människan för att kunna vägleda till bekräftelse och minskat beroende (Edwall, Hellström, Öhrn & Danielsson, 2008). Sjukvården bör således betrakta hela människan, eftersom människan är bärare utav sjukdomen (Skafjeld, 2006; Hjelm, Mufunda, Nambozi & Kemp, 2003). I intervjuerna beskrevs det hur människor med typ-2-diabetes har olika krav på hälso- och sjukvården. I studiens kategori Trygghet – Otrygghet kunde det exempelvis handla om att man blev tilldelad högväs med foldrar och informationsblad utan att egentligen ha behov, eller ens vilja ha det. Dahlberg (2003) menar att det är viktigt att hälso- och sjukvården ständigt reflekterar kring sitt handlande i vårdrelationen. Hälso- och sjukvårdspersonal måste ta emot det etiska krav som riktas från patienten och man får inte låta sig styras av onödiga rutiner och mekaniskt tänkande. Det finns annars risk för ett vårdlidande om man inte ser människan. Genom att utgå ifrån den unika människans livsvärld och levda erfarenhet ökar möjligheterna för en god kommunikation och på sikt även ökad hälsa och välbefinnande (a a).

Resultatet visar vidare att Hopp - Hopplöshet kan kopplas till hälso- och sjukvårdens betydelse för individen och hur detta kan påverka individen. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal skapar en trygghet för patienterna med typ-2-diabetes, detta inte minst i omhändertagandet vid insjuknandet (Skafjeld, 2006). Personal inom hälso- och sjukvården beskrivs ha införlivat en känsla av hopp hos människan. Hoppet uppstod då människorna i studien upplevde att personalen mötte dem som människor och bekräftade att det var deras hälsa och deras framtid. Under samma underkategori beskrevs hur vårdpersonalen verkligen talade med människan. Litteraturen lyfter fram vikten av hälsofrämjande handlingar som syftar till att minska lidande och öka hälsa och välbefinnande (Wiklund, 2003). Fotvård betraktades som något angeläget under samtalen. Det beskrevs hur det kunde uppfattas som pinsamt att besöka fotvården till en början, då man inte accepterat sjukdomen helt. Genom att hjälpa människan med att

förklara en del av vad som kan göras åt hälsan, kunde människan på egen hand förstå sin hälsosituation i en större kontext; att det är mig själv det gäller och ingen annan. Resultatet visar också att Tillvarons betydelse beskrev en känsla av skam som kunde uppstå vid insjuknandet. Förhållandet mellan typ-2-diabetes och skam var inget som författarna hade reflekterat över innan studien påbörjades. Exempelvis innebar detta att man på olika sätt ville dölja sin sjukdom. Hörnsten (2004) beskriver att hälso- och sjukvården bör utgå från människans personliga förståelse vid typ-2-diabetes för att planera omvårdnaden på ett adekvat sätt (a a). Författarna tror således att man inom hälso- och sjukvården måste ta mer hänsyn till möjliga hinder som kan ligga till grund innan adekvata omvårdnadsåtgärder kan äga rum. Om skammen inte har bearbetats kan det vara olyckligt från hälso- och sjukvårdspersonalens sida att vid upprepade tillfällen prata om att exempelvis sluta äta onyttigt och gå ner i vikt. I synnerhet om människan i fråga är medveten om detta. Författarna tror att det finns risk för motsatt effekt där skammen snarare förstärks och därmed minskar upplevelsen av hälsa och välbefinnande. Ett fördelaktigt sätt att motverka oro och rädsla kan vara att acceptera sin sjukdom. Under intervjuerna beskrevs hur man blev av med skammen först efter att man acceptera sjukdomen. Att acceptera sin typ-2-diabetes beskrevs som ett första steg i att genuint bejaka sin hälsa och välbefinnande. På så vis bör hälso- och sjukvården vara lyhörd för de beteendemässiga och emotionella sidor som kan vara avgörande för upplevelse av hälsa och välbefinnande (Heinrich, Schaper & de Vries, 2010).

Kategorin Tillvarons betydelse beskrivs vidare att som sjuk upplever att tillvaron kan upplevas annorlunda. Det kan exempelvis handla om att man får tänka om vid eventuella utflykter. Hur man håller insulinet kallt eller bli att nekad att ha med vätska på flygplanet är exempelvis frågor som kan uppstå i samband med att man får typ-2-diabetes. Således upplevs inte den levda tillvaron eller livsvärlden likaoreflekterad som tidigare (Wiklund 2003). Resultatet visar hur väl människorna i intervjuerna har anpassat sjukdomen in i sina liv och sin nya tillvaro. Detta belyser hur viktigt det är att ha förutsättningar för att kunna hantera sin typ-2-diabetes för upplevelsen av hälsa och välbefinnande. Hörnsten, Sandström & Lundman (2004) påtalar i sin studie att typ-2-diabetes kan te sig frustrerande i och med att behöva ändra på sitt beteende (a a). Resultatet i studien visar vidare att en del människor ändrat sin livsstil vilket inte har inneburit några större problem. Snarare fick författarna indikationer på att typ-2-diabetes paradoxalt nog har inneburit en ökad hälsa. Författarna anser det vara intressant att höra hur en kronisk sjukdom såsom typ-2-diabetes kan innebära att man upplever en ökad hälsa. I synnerhet i ett samhälle där författarna upplever att sjukdom är starkt förenat med ohälsa. Sandén-Eriksson (2000) skriver om vikten av att uppskatta sin hälsa för lättare kunna hantera sin sjukdom. Underkategorin Tillvarons betydelse visar hur en positiv inställning till tillvaron och typ-2-diabetes påverkar hanteringen. Det spelar ingen roll om sockervärden har varit i obalans. En god hälsouppfattning i grunden leder till att man lättare klarar av tillfällig ohälsa.

I efterhand och med reflektion utifrån såväl studiens resultat som Hörnstens (2004) forskning har författarnas förståelse för begreppen illness och disease ökat. En avsaknad av illness, det vill säga avsaknad av sjukdomsupplevelse, kan ses ur flera perspektiv. Det behöver nödvändigtvis inte betraktas som något negativt. Underkategorin Att känna sig själv beskriver hur man integrerat sjukdomen så väl in i sitt liv att man istället betraktar den som ett tillstånd och inte en sjukdom. Det fanns en medvetenhet

om att man har en sjukdom som innebär en fysiologisk förändring, men den personliga upplevelsen säger något helt annat. Detta oberoende av vad hälso- och sjukvården väljer att kalla det. Likaså kan en avsaknad av illness innebära att man inte väljer att se sjukdomen (disease) utan snarare betraktar den som något främmande som inte tillhör mig. På så vis anser författarna att illness bör ses i sitt sammanhang och hur det påverkar upplevelsen av hälsa och välbefinnande vid typ-2-diabetes hos den unika människan.

Med helhetsvård innebär exempelvis att anhöriga kan bli involverade (Wiklund, 2003). Anhöriga kan ha en viktig roll i människans hantering av typ-2-diabetes. Kategorin Trygghet - Otrygghet beskriver hur typ-2-diabetes initialt kan rendera i ohälsa för en enskild individ. På så vis kan anhöriga bli en viktig del i hanteringen av typ-2-diabetes. Resultatet visar även på en ökad medvetenhet hos anhöriga. Detta exemplifierades i studien då det beskrevs hur familjen slutade helt med sockret då en familjemedlem insjuknade. På så vis kan livsstilsförändringar av olika slag kan innebära ökad hälsa och välbefinnande för människor med typ-2-diabetes, men även för anhöriga.

Tidigare i arbetet har egenvård beskrivits som något som alla människor besitter (Orem, 2001). Vidare är egenvården inom diabetes så centralt att det inte är en fråga om det är möjligt, utan snarare hur man gör det möjligt (Heinrich, Schaper & de Vries, 2010). Studiens underkategori Meningsfull aktivitet visar sig vara en central del i egenvården. Informanternas högst personliga val och variationer av meningsfull aktivitet kunde öka upplevelsen av hälsa och välbefinnande. Den meningsfulla aktiviteten beskrevs som viktig då det fanns en medvetenhet i innebörden av själva aktiviteten, att det ansågs vara en del i att öka hälsa och välbefinnande vid typ-2-diabetes. Denna medvetenhet kunde rentav vara så stark att man ställde sig kritisk till rådande rekommendationer från hälso- och sjukvårdspersonalen. Man efterfrågade en större förståelse och önskade få rekommendationer utifrån hur man lever. På så vis fick författarna ett klart och konkret exempel på vad det innebär att vara expert på sin egen hälsa (Dahlberg, et al, 2003).

I en artikel har typ-2-diabetes beskrivits som en välfärdssjukdom kopplad till hur människor idag lever, vilket exempelvis beror på den minskade graden av fysisk aktivitet i vardagen (Berger, Stenström & Sundkvist, 1999). Resultatet i föreliggande arbete indikerar något annorlunda. Träning beskrevs som något naturligt och viktigt och upplevs spela en allt viktigare roll i samband med att man får typ-2-diabetes. Resultatet visar på hur fysiskt aktiva människor är högst medvetna om sin träningsituation. Med detta frågar sig författarna om det ska till en sjukdom för att man ska börja reagera utifrån sin hälsosituation på allvar? Författarna är medvetna om att resultatet inte är generaliserbart, utan måste ses i den kontext det ägde rum.

Fysisk aktivitet betraktas allmänt som en stor del utav egenvård (Skafjeld, 2006). Egenvården synliggörs även i föreliggande arbete. Meningsfull aktivitet beskriver att fysisk aktivitet i olika former äger rum, men att den även här anpassas efter egna förutsättningar. Den medvetenhet som tagits upp tidigare visar också på hur fysisk träning inte betyder allt. Resultatet visar att det finns en lyhördhet kring sin egen situation och vad typ-2-diabetes kan leda till. Informanterna reflekterade över framtiden och vad det innebär för den meningsfulla aktiviteten. Den dagen man inte kunde motionera mer var det viktigt att ha ett fruktbart egenvårdsalternativ till den fysiska

aktiviteten. Översatt till Orems (2001) tankar visar detta inte bara på att man har egenvårdsresurser, utan även en medvetenhet i att anpassa resurserna efter sina egna förutsättningar.

Meningsfull aktivitet kunde paradoxalt nog innebära en form av ohälsa, vilket beskrivs i underkategorin Aktivitet som krav. Detta är något som författarna fann intressant, då man sällan tänker sig meningsfull aktivitet som något dåligt. Oftedal, Karlsen & Bru (2009) skriver om personliga värden och hur de påverkar motivation för egenvård. Personliga värden är knutna till människors upplevelser av vad de anser är viktigt (a a). Exempelvis kan detta innebära att hälsans påverkas negativt när man engagerar sig för mycket i föreningar och andra organisationer. Författarna upplevde hur människorna beskrev en frustration i att delvis inte lyckas kombinera personliga värden med hanteringen av typ-2-diabetes.

Resultatet beskriver också Motivationens betydelse där informanternas autonomi (självbestämmande) påverkade motivationen i hög utsträckning. Wiklund (2003) menar att varje människa ska kunna påverka sin hälsoprocess genom sitt självbestämmande (a a). Detta visade sig i resultatet hur man kan välja att avstå från rekommenderad behandling. En bakomliggande orsak till detta kan exempelvis vara att hälso- och sjukvården och människan har olika uppfattningar om möjliga vägar att gå för att uppleva hälsa och välbefinnande. Genom att gå sin egen väg och få bekräftelse på att det fungerar erhöles en ökad motivation och stärkt autonomi.

Att leva med typ-2-diabetes kan innebära att man måste genomgå någon form av livsstilsförändring vilket kan upplevas som frustrerande (Hörnsten et al., 2004). Resultatet i föreliggande studie beskriver i hög utsträckning hur informanterna inte upplevde de olika graderna av förändringar som något frustrerande, vilket exempelvis kunde vara förändrade kostvanor. Frustrationen beskrevs snarare utifrån svårigheterna i att få en förståelse från hälso- och sjukvårdspersonal i hur man väljer att hantera sin sjukdom. Exempelvis visar underkategorin Kostens möjligheter detta när man försökte diskutera alternativa kostvägar med personalen. Mot bakgrund av dessa upplevelser ställer sig författarna frågande om det inte kan vara aktuellt för diabetesvården att se över sina nuvarande rekommendationer. Som blivande legitimerade sjuksköterskor kan författarna se det aktuella problemet utifrån kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (2005). I detta dokument framgår det att man som sjuksköterska måste hålla sig till evidensbaserad kunskap i omvårdnaden. Detta innebär per automatik att man som legitimerad yrkespersonal inom hälso- och sjukvård inte får rekommendera exempelvis alternativa kostvägar.

Vidare föreslås det att personal inom hälso- och sjukvården måste ta hänsyn till patienternas egna definitioner av mål och upplevelse av hälsa (Huang, Gorawara-Bhat & Chin, 2005). Föreliggande resultat har även identifierat en viss distinktion mellan personal och människans upplevda hälsa. Författarna har diskuterat en del av resultatet gällande kosten och vilka konsekvenser det medför. Idag finns det ett större utbud av alternativ kost vilken inte har vetenskaplig förankring. I och med det nya utbudet av kost söker man kunskap bortom hälso- och sjukvårdens rekommendationer. Detta med anledning av att kostrekommendationerna kan upplevas förlegade. Författarna tolkar emellertid inte detta som någon okunskap från människor med typ-2-diabetes. Snarare

ses detta som att man är expert på sin hälsa och vet vad som fungerar, vilket ger ökad upplevelse av hälsa och välbefinnande. Författarna ställer sig frågan om resultatet gällande kost hade varit detsamma om studien hade genomförts för tio år sedan. Följaktligen ställer sig författarna frågade om upplevelsen angående kost kommer att vara densamma om tio år framåt i tiden.

KONKLUSION

Denna studie visar att upplevelsen av att leva med typ-2-diabetes skiljer sig avsevärt bland människor. Exempelvis har det visats hur sjukdomen typ-2-diabetes kan upplevas som ett tillstånd och inte en sjukdom. Med andra ord kan upplevelsen erfaras på samma ofreflekterade sätt som att känna sig frisk. En motsats till denna upplevelse beskrevs i hur typ-2-diabetes kunde upplevas som en skam. På så vis orsakar inte typ-2-diabetes enbart i sig ett lidande, utan lidandet kan även ges uttryck i att inte kunna identifiera sig med den nya livssituationen. En tydlig skillnad i upplevelser av egenvård utgjordes delvis av kosten. Expert på sin egen hälsa kan exempelvis visa sig genom att människor är kritiska och restriktiva mot gällande kostrekommendationer. På så vis synliggörs hur stark drivkraften kan vara för en människa att utöva autonomi för att uppleva hälsa.

Kliniska implikationer

Förhoppningsvis kan denna studie ge hälso- och sjukvårdspersonal en ökad förståelse för hur sjukdomsupplevelsen i relation till livssammanhanget spelar en viktig roll för hur man väljer att leva med typ-2-diabetes. Hälso- och sjukvårdspersonal bör vara lyhörd i mötet med människor som har typ-2-diabetes och lyssna mer aktivt till deras upplevelser och anpassa omvårdnaden därefter. Med anledning av detta anser författarna att fler studier på området kan behövas, vilket inte minst är framträdande i de olika uppfattningarna gällande kosten. Människor upplever och hanterar typ-2-diabetes utifrån olika livssammanhang, varför stöd och information från hälso- och sjukvården måste ges till människan och inte till sjukdomen.

REFERENSLISTA

Berger, B., Stenström, G., & Sundkvist, G. (1999). Incidence, prevalence, and mortality of diabetes in a large population. A report from the Skaraborg Diabetes Registry. *Diabetes Care*, 22(5), 773-8.

Boyd, K-M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts, *Medical Humanities*, 26, 9-17

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Drever, E. (1995) *Using Semi- Structured Interviews in Small- Scale Research- A Teacher's Guide*. Scottish Council for Research in Education: Edinburgh

Edwall, L-L., Hellström, A-L., Öhrn, I & Danielsson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 772-781

Fossum, B. (red.). (2007). *Kommunikation - Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Grefberg, N. & Johansson, L-G. (red.). (2007). *Medicinboken*. Stockholm: Liber AB.

Heinrich, E., Schaper, N-C., & de Vries, NK. (2010). Self-management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. *European Diabetes Nursing*, 7(2), 71-6

Hjelm, K., Mufunda, E., Nambozi, G., & Kemp, J. (2003). Preparing nurses to face the pandemic of diabetes mellitus: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 424-434

Huang, ES., Gorawa-Bhat, R., & Chin MH. (2005). Self-reported goals of older patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 306-11.

Hörnsten, Å., Sandström, H., & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 174- 182

Klang Söderqvist, B. (2001). *Patientundervisning* (red.). Lund Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Oftedal, B., Karlsen, B., & Bru, E. (2010). Life values and self-regulation behaviours among adults with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17/18), 2548-2556.

Orem, D E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed). St Louis: Mosby, Inc.

Polit, D F & Beck, C T (2008). *Nursing research: Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. (8th edition). Philadelphia: Lippincott

SFS 1982:763. *Hälso- sjukvårdslagen*. Hämtad från WWW 2010-11-18:
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.htm>

Sandén-Eriksson, B. (2000). 10 Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1393-7.

Skafield, K. (red). (2006). *Diabetes*. Asker: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2010). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad från WWW 2010-11-09:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (2005-105-1). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från WWW 2011-03-03:
<http://www.socialstyrelsen.se>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

WMA. (2011). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad från WWW 2011-03-24:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html1>

Bilaga 1

Omvårdnadens centrala begrepp enligt Högskolan i Skövde.

Människan - Människan är en enhet av kropp, själ och ande och denna enhet är en central utgångspunkt i vårdandet. Olika former av ohälsa och kroppsliga förändringar kan påverka och begränsa en persons dagliga liv. Oavsett perspektiv på kroppen, såväl fysiologiskt som exempelvis existentiellt, är kroppen alltid en helhet av det liv hon är bärare av. Ett vårdande som utgår från en helhetssyn på människan beaktar människans komplexa helhet.

Hälsa och välbefinnande - utgör vårdandets centrala målsättningar. Hälsa relateras till känslan av välbefinnande och är inte enbart frånvaro av sjukdom. Vårdarens förhållningssätt och handlingar syftar till att främja hälsa genom att ge stöd för en hälsosam livsstil, minska lidande och lindra obehag och illabefinnande hos patienten. Lidande och hälsa är naturligt förekommande i människors liv.

Vårdande - Vårdandets mål är att främja patientens hälsa och välbefinnande, förebygga sjukdom och ohälsa, lindra lidande eller verka för en fridfull och värdig död med beaktande av kulturell bakgrund, ålder, kön och sociala villkor. Vårdande innebär relationer och möten, där det finns en patient/människa och närstående som i samspel med vårdaren medverkar och är delaktig i vården och sin hälsa. Vårdandet förverkligas genom relationer och vårdhandlingar, som medverkar till en god helhetsvård för patienten och därmed främjas patientens hälsa.

Livssammanhang och miljö - Förståelsen för patientens livssituation, miljö och dagliga liv är av central betydelse i vårdandet och för att vårdaren skall kunna främja patientens hälsoprocesser och hjälpa patienten mot högre grad av välbefinnande. Vårdaren strävar efter att få en djup förståelse för patienten och hans/hennes lidande i den aktuella livssituationen och i det aktuella livssammanhanget, där relationer, gemenskap, kultur, miljö och socialt sammanhang är av stor betydelse.

Bilaga 2

Hej!

Vi är två sjuksköterskestudenter från Högskolan i Skövde. I utbildningen ingår att fördjupa sig inom ämnet omvårdnad. Detta görs genom ett examensarbete. Vi har valt att skriva om människors upplevelser av att leva med typ-2-diabetes. I utbildningen har vi lärt oss att man måste lägga stor vikt på patienters upplevelser av sjukdom, och inte bara titta på den medicinska aspekten. Vårt syfte blir således att fördjupa oss i hur upplevelsen kan vara att leva med typ-2-diabetes.

För att genomföra detta vänder vi oss till Er patientförening. Vi önskar få ta del av medlemmars upplevelser och tankar kring sjukdomen.

Tillvägagångssättet vi tänkt oss är att göra intervjuer som även kommer att spelas in. Detta kommer sedan att renskrivas och analyseras. Anledningen till detta är att vi siktar på att kunna skildra medlemmarnas unika upplevelser, vilket med fördel kan genomföras med just intervjuer. Motiveringen till inspelningen ligger i att vi på ett så ansvarsfullt vis vill ha möjlighet att bearbeta hela materialet. Detta kräver att man går tillbaka till vad som har sagts för att få en så bred och sammanhängande bild som möjligt.

Intervjun är helt frivillig. En person som går med på att intervjuas, även kallad informant, ska veta att allt som sägs stannar mellan oss. Materialet kommer att avkodas och stanna hos oss två, med viss reservation för vår handledare tar del för vidare hjälp av att bearbetning. Materialet kommer slutligen att förstöras så att det inte är möjligt att identifiera för utomstående. Då en informant, oavsett orsak, väljer att avbryta intervjun går detta bra.

Resultatet av vår studie kommer att presenteras i vårt examensarbete. Det kommer att finnas tillgängligt i form av en kopia på högskolan i Skövde, från och med 3/6-11.

Vid eventuella frågor om deltagande kan ni vända er till Stina Thorstensson som är vår handledare.

Med vänlig hälsning

Henrik Dahlvid och Christian Sandberg

Handledare

Stina Thorstensson
070-XXXXXXXX

Vid eventuella frågor om studien kan ni vända er till oss:

Henrik Dahlvid: 073-XXXXXXXX
Christian Sandberg: 0736-XXXXXX

Bilaga 3

Frågeformulär

Vill Du berätta lite kort om Dig själv?

Kan Du berätta om att leva med typ-2-diabetes?

Här vill belysa områden i form av möjliga följdfrågor:

Dåtid

Berätta hur det var att få typ-2-diabetes (Diagnos & tiden efter)?
Förändrades Din bild av sjukdomen när Du fick den? Om JA, kan Du utveckla detta?
Förändringar på dina (subjektiva) kropp/uppfattning.

Egenvård/Patinformation

(Eftersom behandling idag utgörs till stora delar av egenvård är vi intresserade av att höra människors personliga tankar av detta fenomen).

Hur upplevs det?
Hur ser Du på betydelse av egenvård i samband med typ-2-diabetes?
Hur upplever Du Dina förutsättningar för att bedriva egenvård?
Hur ser Din kontakt ut med hälso- och sjukvården?
diabetessjuksköterska?
läkare?
Andra undersökningar?
Frekvens?
Upplever du att då förstår dem/förstår de dig och din situation?

Nutid

Hur upplever Du att Ditt livssammanhang i samband med sjukdomen idag?
Hur upplever Du hälsa och välbefinnande idag?
Upplevelsen av att vara med i patientförening? (nackdelar/fördelar)
följdfråga: Har Du förändrats som människa i samband med patientföreningen?

Är det något som Du vill tillägga eller utveckla i konversationen?