



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Patienters uppfattning om och följsamhet till distriktssköterskans råd om kost och fysisk aktivitet vid diabetes typ 2

Författare: Anette Göhle & Sofie Holm

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

November 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Patienters uppfattning om och följsamhet till distriktssköterskans råd om kost och fysisk aktivitet vid diabetes typ 2

Författare: Anette Göhle & Sofie Holm

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

November 2013

Abstrakt

Diabetes typ 2 är en folksjukdom som påverkar individens hälsa och samhällets ekonomi, som kan begränsas genom förbättrad kosthållning och ökad fysisk aktivitet. Följsamheten till dessa råd ökar med ett bra stöd från distriktssköterskan. Syftet var att undersöka patienters uppfattning om och följsamhet till de råd de fått av distriktssköterskan om kost och fysisk aktivitet vid diabetes typ 2, samt att undersöka om det finns några skillnader med avseende på ålder, kön och antal år med diabetesdiagnos. På 6 vårdcentraler i Nordvästra Skåne delades 120 enkäter ut, 89 återlämnades ifyllda. 98 % hade fått diabetsrådgivning, 86 % var nöjda med rådgivningen. Inga signifikanta skillnader framkom mellan könen gällande belåtenhet med rådgivningen, samt inget samband gällande sjukdomsduration och rådgivningsbehovet. 92 % följde kostråden, 54 % var fysisk aktiva. Personer med diabetes typ 2 är nöjda med den distriktssköterskeledda rådgivningen. Flertalet anser sig följa råden angående kost och motion.

Nyckelord

Diabetes typ 2, distriktssköterska, rådgivning, kost, fysisk aktivitet, följsamhet

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	4
Befolkningsstatistik	4
Diabetes typ 2	4
Komplikationer	5
Behandling av diabetes typ 2	5
Egenvård	5
Distriktssköterskans rådgivning	7
Kost	9
Fysisk aktivitet och viktnedgång	10
Syfte	11
Metod	11
Urval av undersökningsgrupp	11
Datainsamling	11
Reliabilitet	12
Validitet	12
Genomförande av databearbetning	13
Etisk avvägning	14
Resultat	15
Kost	16
Fysisk aktivitet	18
Diskussion	21
Diskussion av vald metod	21
Diskussion av framtaget resultat	23
Konklusioner och kliniska implikationer	25
Referenser	27

Problembeskrivning

Diabetes är en folksjukdom som, förutom hälsoproblem för individen, även får stora ekonomiska konsekvenser för samhället (Broman, Dahlgren, Fabel, Köster, Lööf, & Muzollo, 2011). Utvecklingen av sjukdomen går att motverka genom en förbättrad livsstil, till exempel genom bättre kosthållning och ökad fysisk aktivitet. För att individen ska kunna genomföra en sådan livsstilsförändring som diabetesdiagnosen kräver måste denne känna att han eller hon har egenmakt (Hernandez-Tejada, Campbell, Walker, Smalls, Davis, & Egede, 2012). Personen måste förstå betydelsen av egenvård och vara delaktig i sin egen behandling (Erdner & Magnusson, 2010).

Sjuksköterskor med fördjupad diabetesutbildning har en betydelsefull roll, när det gäller att stödja och ge råd till personer med diabetes (Goetz, o.a., 2012). Trots det anser många vårdgivare i primärvården sig ha för lite kunskap för att kunna ge råd vid livsstilsförändringar, vilket kan leda till att personer med diabetes typ 2 har svårare att förstå informationen och följa instruktionerna (Jallinoja, o.a., 2007). Det har bland annat framkommit att trots att nästan alla personer med diabetes typ 2 har fått information om nyttan med fysisk aktivitet, är det få som inser hur detta kan påverka sjukdomen i positiv riktning (Goetz, o.a., 2012; Holmström & Rosenqvist, 2005). I en studie av Jansink et al. (2012) visade det sig att personer med diabetes typ 2 missbedömde sina levnadsvanor, vilket ledde till att det blev svårt att göra förändringar. Majoriteten hade uppfattningen att de åt nyttigare och motionerade mer än vad de i realiteten gjorde. För att nå en framgångsrik diabetesbehandling måste vårdgivaren och patienten ha samma målsättning med behandlingen, vilket oftast inte är fallet (Heisler, Vijan, Anderson, Ubel, Bernstein, & Hofer, 2003). Genom att låta patienten vara delaktig i vården och själv sätta upp mål med sin diabetesbehandling och en strategi för hur dessa mål ska nås, ökar följsamheten (Jansink, Braspenning, Keizer, van der Weijden, Elwyn, & Grol, 2012). I denna studie undersöks hur patienterna uppfattar rådgivningen om kost och fysisk aktivitet vid diabetes typ 2 och sin egen följsamhet till dessa råd. Med en ökad insikt i detta finns förhoppningen om möjligheten att utveckla och förbättra rådgivningen om kost och fysisk aktivitet vid diabetes typ 2.

Bakgrund

Befolkningsstatistik

I det svenska samhället ligger förekomsten av diabetessjukdomen på ca 4 procent, och 80-90 procent av all diabetes utgörs av typ 2 (SBU, 2009b). Medelåldern för insjuknande i diabetes typ 2 är lägre för män än kvinnor (Berne & Fritz, 2011). Prevalensen av diabetessjukdomen har dock varit stigande under en rad år och i åldrarna över 80 år når prevalensen upp mot 20 procent. Däremot finns ingen påvisbar skillnad mellan kvinnor och män i risken att drabbas av diabetes (ibid.). En koreansk studie visar att personer med diabetes typ 2 har lägre följsamhet till råd om kost och fysisk aktivitet om de levt med sin diagnos länge jämfört med personer som har en nydiagnostiserad diabetes (Ko, o.a., 2012). Därför kan det vara av betydelse att tidigt ge dessa personer utbildning för att öka oddsen för hög följsamhet.

Diabetes typ 2

Ämnesomsättningen är generellt rubbad vid diabetes (Mulder, 2008). Vid diabetes typ 2 är förmågan att producera insulin inte helt borta men mängden insulin räcker inte till för att täcka kroppens behov (Claudi, 2007). Cellernas känslighet för insulin är ofta nedsatt och insulinets verkan är begränsad, dvs. insulinresistens har utvecklats i vävnaderna (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist, & Östenson, 2007). Glukosproduktionen i levern hämmas inte heller tillräckligt av insulinet, vilket leder till att blodglukosnivåerna stiger (ibid.). Nedsatt känslighet för insulin i vävnaderna och viss grad av nedsatt insulinutsöndring samverkar till sjukdomens progress (Hedner, 2010). Den bristande blodglukoskontrollen är endast en del av sjukdomen vid diabetes typ 2. I de allra flesta fall förekommer även andra hälsoproblem, till exempelvis högt blodtryck, höga blodfetter och övervikt (Broman, Dahlgren, Fabel, Köster, Löf, & Muzollo, 2011; Hedner, 2010). Dessa komponenter tillsammans med övervikt, bristande fysisk aktivitet och genetiska faktorer, är de främsta anledningarna till att sjukdomen utvecklas (Hedner, 2010; SBU, 2009a).

Komplikationer

Oavsett när diabetes uppkommer och vilken typ av diabetes det rör sig om kan personen drabbas av komplikationer (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist, & Östenson, 2007), exempelvis annan sjukdom och ökad risk för tidig död (Broman, Dahlgren, Fabel, Köster, Lööf, & Muzollo, 2011). Personer med nydiagnostiserad diabetes löper 40 procent högre risk att dö inom fem år, jämfört med någon som är frisk. God kontroll av blodglukos minskar risken för komplikationer i samverkan med andra faktorer, t.ex. rökstopp, god blodtrycksbehandling och minskade blodfetter. Diabetiker har också två till tre gånger högre risk att drabbas av hjärtsjukdomar eller hjärtinfarkt, jämfört med en jämnårig frisk individ (ibid.).

Behandling av diabetes typ 2

Genom en välfungerande diabetesvård kan riskerna minskas för komplikationer, och det medför samtidigt en förbättrad livskvalitet och ett längre liv (Region Skåne, 2002). Behandlingen vid rubbad insulinfrisättning och insulinresistens är komplex och den riktar sig mot de underliggande orsakerna (Mulder, 2008). Förutom med farmakologisk behandling, kan sjukdomen påverkas genom ändrade levnadsvanor. Dessa förändringar kan vara kostomläggning, ökad fysisk aktivitet som kan resultera i viktneidgång (ibid.). Redan för drygt 20 år sedan fann forskare i en omfattande studie att både viktreduktion och förbättrad kondition hade jämförbart lika stor betydelse för förbättrad glukostolerans (Eriksson & Lindgärde, 1991). Forskningen visade att goda levnadsvanor såsom fysisk aktivitet och bra kostvanor har större betydelse för hälsan än de genetiska faktorerna (ibid.). Tidigt visade också en kinesisk studie på ett samband mellan förbättrad livsstil, gällande kost och fysisk aktivitet, och minskad incidens av diabetes (Pan, o.a., 1997).

Egenvård

Människan kan utföra målinriktade handlingar för sig själv på eget initiativ, benämnt egenvård (Orem, 2001). Genom sin förmåga att reflektera över sig själv och sin omgivning

samt genom att uttrycka upplevelser och kommunicera via symboler utför människan handlingar för att upprätthålla välbefinnande, liv och hälsa. Egenvården är ett inlärt beteende och det lilla barnet lär sig vad det ska göra och vad det inte ska göra genom en gradvis vidgning av sin livsvärld. Det är vanligt i många kulturer att barnet lär sig hur det ska skydda sig från olyckor och skador. Det är en således en mänsklig uppgift att engagera sig i sin egenvård. Förbättrad hälsa bygger på individens förmåga till förbättring, liksom att förbättrad nutritionsstatus och förbättrad fysisk form är uttryck för det gemensamma arbetet med att främja hälsa (ibid.). Därutöver kräver det att personen har egenmakt(Self-Efficacy), vilket betyder att individen har tilltro till den egna förmågan att kunna klara en specifik uppgift med ett visst resultat (Komar-Samardzija, Braun, Keithley, & Quinn, 2012).

Personen kan alltså själv påverka sin sjukdom genom egenvård bestående av balanserad kost, fysisk aktivitet och god följsamhet till läkemedelsbehandling, för att erhålla så optimala blodglukosnivåer som möjligt. För detta krävs dock god kunskap om möjligheterna att påverka behandlingsresultatet, vilket i sig fordrar god patientutbildning (SBU, 2009b). Distriktssköterskan ska enligt kompetensbeskrivningen, ha sådan behörighet att hon ska kunna lära ut på ett pedagogiskt sätt, hon ska förstå vad som påverkar inläringen och kunna undersöka varje persons behov av kunskap så att undervisningen blir anpassad för individen (Distriktssköterskeföreningen, 2008).

Det har visat sig att många personer med diabetes typ 2 upplever det som att de inte har ”riktig diabetes”, vilket de anser diabetes typ 1 vara (Holmström & Rosenqvist, 2005). Vidare framkom det att få var medvetna om att diabetes typ 2 är ärftligt och att övervikt och fetma ökar risken att insjukna (ibid.). Här har diabetesvården en viktig uppgift att fylla, distriktssköterskan ska enligt kompetensbeskrivningen reflektera över och företa förberedelser så att sjukdom, symtom och handikapp behandlas och lindras (Distriktssköterskeföreningen, 2008). I HSL (SFS, Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763) beskrivs vidare att vården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Personer som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är passande ges information om strategier för att förhindra sjukdom eller skada (ibid.). I en amerikansk studie framkom det att om det råder samstämmighet mellan patient och vårdgivare, är sannolikheten större att patienten är följsam till sin behandling och inser vikten av egenvård (Heisler, Vijan, Anderson, Ubel, Bernstein, & Hofer, 2003). Delaktighet är således nödvändig för att uppnå engagemang och därmed ökar förutsättningarna för en

förändringsprocess där patientens förmågor och egna resurser tillvaratas (Erdner & Magnusson, 2010). I en annan amerikansk studie fann forskarna att om patienten fick egenmakt och kontroll över sin egen behandling, empowerment, ökade följsamheten till diabetesbehandlingen gällande medicinering och egenvård (Hernandez-Tejada, Campbell, Walker, Smalls, Davis, & Egede, 2012). Vården ska istället verka i bakgrunden, tillhandahålla expertis, utbildning och psykosocialt stöd då patienten är i behov av detta, för att denne ska kunna fatta beslut gällande sin behandling och sjukdom (ibid.). Patient och vårdare bör nå samstämmighet vad gäller generella behandlingsmål och specifika strategier för att få så goda resultat av vården som möjligt (Heisler, Vijan, Anderson, Ubel, Bernstein, & Hofer, 2003).

En intervjustudie av diabetessjuksköterskor visade dock på hinder i patientundervisningen och det framkom att patienterna hade begränsad kunskap om hälsosam livsstil (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn, & Grol, 2010). Många personer med nyupptäckt diabetes typ 2 upplever förändringen i vardagen som svår (Bissell, May, & Noyce, 2004). Särskilt svårt var det att äta rätt och motionera (ibid.) och dessa personer upplevde att det var svårare att följa råd om fysisk aktivitet än råd om kost (Ofstedal, Bru, & Karlsen, 2011). Patienterna kände ofta att vården skuldbelade dem för att de inte skötte sin diabetes, framförallt om de inte åt sunt, var fysiskt aktiva och gick ner i vikt (Bissell, May, & Noyce, 2004). Att sjuksköterskorna skuldbelade patienterna hängde ofta samman med att sjuksköterskor upplevde en brist i sin egen förmåga att undervisa om livsstilsförändringar, då de ansåg sig sakna tillräcklig kunskap i ämnet, och för att de hade för lite avsatt tid till patienterna (Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn, & Grol, 2010; Goetz, o.a., 2012; Jallinoja, o.a., 2007). Förbättrad insikt om betydelsen av egenvård vid diabetes skulle kunna bidra med fakta om möjliga förbättringar i diabetesvården.

Distriktssköterskans rådgivning

Vården, som sker i samarbete mellan distriktssköterska och läkare, kan erbjuda individuell utbildning, gruppbaserad utbildning, kognitiv beteendeterapi eller motiverande samtal (SBU, 2009b).

I en sammanställning av studier utförd av SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering

(2009b), visas att HbA1c (ett mått på långtidsblodglukos) förbättras efter individuella utbildningsprogram för personer med diabetes typ 2. En koreansk studie visar också att individuellt anpassade utbildningsprogram var effektiva vad gäller att rätta till felaktiga kostvanor och förbättra kostkvaliteten hos personer med diabetes typ 2 (Lim, Park, Choi, Huh, & Kim, 2009). Den individualiserade utbildningen bidrog till ökad följsamhet till kostrekommendationerna, förbättrade den glykemiska kontrollen och sänkte blodfettsnivåerna(ibid.).

SBU (2009b) har i sin sammanställning om patientutbildning vid diabetes även sett över de gruppbaseade utbildningsprogrammen. Dessa utgår ofta från pedagogiska och psykologiska inlärningsteorier och/eller innehåller ett patientcentrerat förhållningssätt. Gruppbasead rådgivning lägger tyngd på vikten av motivation, empowerment och utbildning av praktiska moment i egenvården. Genomgången visade en något större genomsnittlig förbättring av HbA1c jämfört med personer som fått individuell rådgivning(ibid.). Detta bekräftas av Trento et al.(2010) i en Italiensk studie där personer med diabetes typ 2 som fick gruppundervisning hade lägre HbA1c, lägre BMI (Body max Index) och lägre serumkreatinin(ett mått på njurfunktionen) än personer som fick individuell undervisning, trots liknande farmakologisk behandling. Även hälsobeteendet, livskvaliteten och kunskapen om diabetes hade förbättrats hos personerna som fick gruppundervisning jämfört med de som fick individuell undervisning (ibid.).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) grundas på ett ordnat, medvetet arbetssätt där interaktionen mellan vårdare och klient är av betydelse (SBU, 2009b). Men det finns inte idag tillräckligt vetenskapligt underlag för att uttala sig om kort- och långtidseffekterna på HbA1c eller inverkan på livskvalitet av KBT-metoden. Motiverande samtal ("motivational interviewing", MI) är en karaktäristisk metod och en ståndpunkt med syfte att uppnå ökad motivation till omställning genom samtal (SBU, 2009b). Den vetenskapliga litteraturen påvisar dock ingen skillnad mellan MI och sedvanlig vård när det gäller effekt på HbA1c hos personer med diabetes. Mer lärdom om distriktssköterskans patientundervisning vid diabetes typ 2 kan tänkas bidra till möjlig utveckling i diabetesvården.

Kost

Kosten bör anpassas så att den minskar belastningen på betacellerna i bukspottkörteln och därmed minskas risken för senkomplikationer (Mulder, 2008). Belastningen på kroppens insulinsystem minskar om kosten endast orsakar måttlig blodglukosstegring efter måltiden. Energiinnehållet i måltiden bör därför minskas liksom storleken på portionen, och istället kan antalet måltider ökas. Minskad energi i måltiden gör att insulinbehovet sjunker samt leder till att patienten minskar i vikt (Bissell, May, & Noyce, 2004). Enligt Holmström och Rosenqvist (2005) visade det sig dock att personer med diabetes typ 2 hade svårt att förstå hur måltidens sammansättning påverkade blodglukosvärdet. Däremot var de väl införstådda med att de borde minska i vikt och reducera fettintaget för att på sikt sänka blodglukosvärdet. Detta påpekades i så hög grad av vårdpersonalen, att det i studien visade sig att vissa personer med diabetes typ 2 trodde det var fett i kosten som orsakade de höga glukosvärdena (ibid.)

Flera enskilda livsmedel och kosttyper har en positiv effekt på många av de riskfaktorer som förekommer vid diabetes (Svärd, 2011). Blodfetter, blodtryck, vikt och HbA1c kan påverkas gynnsamt av en god kosthållning. Vid kostrådgivning kan det därför vara fördelaktigt att förändra så lite som möjligt i personens tidigare matvanor, då detta medför en ökad sannolikhet att denne efterföljer råden. Det är också viktigt att tillsammans med patienten gå igenom det dagliga energiintaget, särskilt för dem som behöver minska i vikt (ibid.). Kosthållningen är dock, som det tidigare nämnts, det som de flesta patienter upplever som svårast och det som påverkar deras liv mest (Bissell, May, & Noyce, 2004). Att inte få äta det som man tycker är gott, med vilket oftast menas kakor och sötsaker, är inte sällan det som personer med diabetes typ 2 upplever som det mest negativa med att ha drabbats av sjukdomen (ibid.). Situationen kan försvåras ytterligare av att personen lever i en parrelation, då partners kosthållning också påverkar. Beverly, Miller och Wray (2008) undersökte i sin studie detta och fann att om personen med diabetes inte själv står för matlagningen, upplevde han eller hon en mindre självkontroll gällande kosten. Detta ledde i sin tur till att personen kände att de inte kunde ta egna beslut gällande kosthållningen. Forskarna fann också att om det är den som har diabetes som står för matlagningen, känner denna person ofta brist på stöd från sin partner. De kvinnor som deltog i studien uppvisade bättre självkontroll gällande kostrelaterade beteendeförändringar, jämfört med männen. Många upplevde att kosthållningen blev enklare och begränsningarna i livet mindre om de tog ett eget ansvar och

därmed fick en ökad kunskap om kost vid diabetes (ibid.). Mer kunskap om hur kosten påverkar vid diabetes och vidare utveckling i primärvården skulle kunna medverka till att eventuellt förbättra diabetesvården.

Fysisk aktivitet och viktnedgång

Regelbunden fysisk aktivitet har klara samband med minskad risk att drabbas av diabetes typ 2 (Broman, Dahlgren, Fabel, Köster, Löf, & Muzollo, 2011). Personer med diabetes typ 2 vet ofta om att det är bra för dem att vara fysiskt aktiva, men varför de kan ha nytta av detta är för många oklart (Holmström & Rosenqvist, 2005). Det är flera faktorer som påverkar om en person är fysiskt aktiv eller inte. Stöd av familj och vänner har visat sig vara en av de främsta faktorerna för om en person är fysiskt aktiv eller inte (Komar-Samardzija, Braun, Keithley, & Quinn, 2012). En annan faktor som påverkar benägenheten att vara fysisk aktiv är miljön. Saknas lämpliga områden att motionera i, i närområdet, är sannolikheten mindre att individen är fysiskt aktiv (ibid.). För att den fysiska aktiviteten ska utföras krävs det att den upplevs som trevlig, rolig och ger en känsla av välbehag (Korkiakangas, Alahuhta, Husman, nen-Kiukaanniemi, Taanila, & Laitinen, 2011). I annat fall finns det en risk att negativa faktorer så som dåligt väder, mycket arbete eller bristande intresse för motion tar överhand, vilket leder till att den fysiska aktiviteten uteblir (ibid.). I en kanadensisk studie undersökte forskarna äldre kvinnors benägenhet att börja träna och fann att det var två faktorer som var helt avgörande; tidpunkten i kvinnornas liv och deras tidigare erfarenheter av träning (Sim-Guld, Maran-Khan, Haggis, & Liu-Ambrose, 2012). Många av kvinnorna kände till exempel en oro för vad som skulle hända om de fortsatte vara inaktiva och ett vanligt skäl att börja motionera var att kvinnan hade drabbats av en sjukdom som krävde en livsstilsförändring (ibid.).

Fysisk aktivitet är, trots dess betydelse, underutnyttjat i diabetesvården, då både distriktssköterskor och läkare i primärvården ifrågasätter sin egen förmåga att stödja patienter i frågor gällande fysisk aktivitet (Goetz, o.a., 2012; Jallinoja, o.a., 2007). För att eventuellt förbättra vården för patienter med diabetes är det viktigt att känna till hur råd om kost och fysisk aktivitet uppfattas och följs.

Syfte

Syftet var att undersöka patienters uppfattning om och följsamhet till de råd de fått av distriktssköterskan om kost och fysisk aktivitet vid diabetes typ 2, samt att undersöka om det finns några skillnader med avseende på ålder, kön och antal år med diabetesdiagnos.

Metod

För att undersöka i vilken omfattning personer med diabetes typ 2 uppfattade och följde råden de fått av distriktssköterskan gällande kost och fysisk aktivitet, användes en kvantitativ metod. Denna metod är lämpad att använda då syftet är att undersöka hur frekvent, av hur många och hur ofta någonting förekommer (Ejlertsson, 2005). Insamlingen av data utgjordes av ett enkätformulär där frågor och svarsalternativ presenterades på samma sätt för samtliga deltagare i studien. Enkäter används när en större grupp ska undersökas och för att kunna göra jämförande analyser och då resultatet eventuellt ska kunna komma att generaliseras på populationen (Polit & Beck, 2013). För att få en föreställning om hur omfattande olika förhållande och attityder är inom en grupp är kvantitativa metoder lämpliga (Eliasson , 2013).

Urval av undersökningsgrupp

Deltagarna i studien var patienter med diabetes typ 2 som kom till vårdcentralen under våren och sommaren 2013 och som tidigare hade fått rådgivning om diabetes typ 2. Enkäter delades ut på sex etablerade vårdcentraler i Södra Sverige. Både kvinnor och män över 18 år blev tillfrågade om att delta i studien.

Datainsamling

Studien är av kvantitativ karaktär och är genomförd med hjälp av en enkät till patienter med diabetes typ 2, genom en så kallad väntrumsundersökning (Ejlertsson, 2005). Vid

väntrumsundersökningar vänder sig undersökningspersonerna på eget initiativ till ett visst besöksställe, t.ex. ett väntrum. Dessa undersökningspersoner är således inte slumpmässigt utvalda, då det är en förutsättning att de själva aktivt har sökt sig till besöksstället (ibid.). Patienterna i föreliggande studie kom att tillfrågas av distriktssköterskan om deltagande och de fick ett informationsbrev om studien tillsammans med enkäten. Därefter hade de patienter som valde att delta möjlighet att lämna sina enkäter anonymt i en försluten låda i väntrummet. Distriktssköterskans möjligheter att kontrollera vem som fyllde i och lämnade in enkäten bedömdes därför som små.

Reliabilitet

Konstruktionen av frågorna är avgörande för att säkra hög reliabilitet (Ejlertsson, 2005). Frågor med dålig kvalitet kan leda till att svaren blir slumpartade och därmed minskar förutsättningarna att få liknande resultat om studien skulle upprepas (ibid.). Studiens upphovsmän hade svårigheter att hitta ett lämpligt undersökningsinstrument, vid konstruktionen av enkäten. Därför nyttjades en enkät utformad utifrån riktlinjer hämtade från litteratur (Ejlertsson, 2005; Jakobsson & Westergren, 2005) och utifrån upphovsmännens egna erfarenheter. Enkäten inleddes med bakgrundsfrågor om ålder, kön, år med diabetesdiagnos samt om och hur diabetesrådgivning skett, enskilt eller i grupp. Resterande frågor delades upp i två block om vardera kost och fysisk aktivitet. Dessa block innehöll flertalet frågor om hur rådgivningen uppfattades och följdes.

Validitet

Vid en enkätstudie måste frågorna noga konstrueras, bearbetas och tänkas igenom så att de mäter det som är avsett att mätas. Frågorna i enkäten validerades därför i förhållande till syftet med frågorna (Ejlertsson, 2005). Frågorna testades för *face validity*, även kallad innehållsvaliditet, för att testa om datainsamlingstekniken gav den information som efterfrågades (Malterud, 1998; Ejlertsson, 2005) mot några individer bland familj, vänner och

bekanta. Därefter genomfördes en pilotstudie med hjälp av tio personer med diabetes typ 2, vilken inte ingick i det slutliga resultatet. Några frågor kunde uppfattas som otydliga och därför omformulerades dessa frågor något.

Genomförande av databearbetning

Resultatet analyserades med SPSS Statistics 22 och komparativa inslag jämförde åldersgrupper, kön och antal år med diabetesdiagnos. Efter insamling av data utfördes en kodning till numerisk form, så att informationen blev möjlig att bearbeta i datanalisprogrammet. Kodningarna möjliggjorde att kategorisera och rangordna det inkomna materialet. I denna studie definieras p -värde $\leq 0,05$ som statistiskt signifikant. Den signifikanta skillnaden mellan kvalitativa variabler som kön, hypotesprövades i denna studie med hjälp av Chi-Square och där antalet individer förväntades ha ett värde < 5 i mer än 25 % av tabellcellerna användes Fisher's exakta test och dessa variabler presenteras som absoluta och relativa frekvenser i denna studie. Vid två kvantitativa variabler, ålder och sjukdomsduration, användes Mann-Whitney U vid hypotesprövningen och Kruskal-Wallis Test användes vid jämförande av tre eller fler kvantitativa variabler som inte var normalfördelade. De kvantitativa variablerna presenteras i studien med medelvärde, median och min- och maxvärde.

Etisk avvägning

Enkätstudien genomfördes efter att verksamhetschefen på varje berörd vårdcentral gett sitt skriftliga medgivande till att studien genomfördes på den berörda enheten. Då studien innehöll information om hur patienterna uppfattade sin följsamhet till distriktssköterskans information och rådgivning, var det av stor vikt att respondenterna hade möjlighet att svara helt anonymt. Därigenom kunde så uppriktiga svar som möjligt erhållas och patienterna behövde inte känna att deras relation till distriktssköterskan kunde komma att påverkas av deltagandet i studien. Respondenterna fick även ett tydligt utformat informationsblad enligt ovan där det också framgick vem som ansvarig för studien och hur insamlat material skulle behandlas och arkiveras.

Enligt Etikprövningslagen (SFS, Om etikprövning av forskning som avser människor, 2003:460) gäller ”bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. Den innehåller också bestämmelser om samtycke till sådan forskning” (1§). Då enkäter delades ut till undersökningspersoner, och då det gällde något av de områden som etikprövningslagen berör, skickades därför en ansökan till VEN, vårdvetenskapliga etiknämnden, för ett rådgivande yttrande före den planerade studien genomfördes. Studien omformulerades i enlighet med inrådan i yttrandet, VEN 50-13. Vid all forskning är det viktigt att ta etiska aspekter i beaktande, och vid enkäter är det viktigt att ha i åtanke att vissa typer av frågor kan upplevas som känsliga eller påträngande och dessa bör därför undvikas (Ejlertsson, 2005). Personer med diabetes typ 2 kan tänkas reagera med skuldkänslor och kanske till och med ångest då de via enkäten kan få ökad medvetenhet om sin egen roll i hanteringen av sin sjukdom. Personens egna handlingar och egna levnadsvanor kan bli tydliggjorda och komma till medvetande. I förlängningen kan detta vara något positivt även om det för stunden kan skapa negativa känslor hos deltagarna i studien.

Resultat

Av 120 utdelade enkäter återlämnades 90 stycken, mer eller mindre fullständigt ifyllda, varav en var helt blank. I studien deltog 57 män (68 %) och 27 stycken kvinnor (32 %) (Tabell 1), fem personer valde att inte uppge kön, av de 89 enkätsvar som kunde användas. Enkäten som lämnades in helt blank har uteslutits i resultatets beräkningar. Av de 89 deltagarna var fem individer 50 år eller yngre, varav tre var män. I intervallet 51-69 år fanns 43 personer av dessa var 32 män. Resterande 36 personer var 70 år eller äldre, och männen i denna grupp var 22 till antalet (Tabell 1).

Tabell 1. Fördelning av ålder och kön

		Ålder				
		<50	51-69	70>	Total	
Kön	Man	Antal	3	32	22	57
		% kön	5,3%	56,1%	38,6%	100,0%
		% ålder	60,0%	74,4%	61,1%	67,9%
Kvinna	Kvinna	Antal	2	11	14	27
		% kön	7,4%	40,7%	51,9%	100,0%
		% ålder	40,0%	25,6%	38,9%	32,1%
Totalt	Totalt	Antal	5	43	36	84
		% kön	6,0%	51,2%	42,9%	100,0%
		% ålder	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

På frågan om hur många år deltagarna i studien hade haft sin sjukdom valde 76 personer att svara. Medelvärde av sjukdomstiden för deltagarna var 10 år och medianen 7 år. För dessa 76 personer hade sjukdomstiden varat allt från att vara nydebuterad till 52 år.

Av samtliga deltagare i studien uppgav 98 % (n=84) att de fått diabetesrådgivning, och 2 % (n=2) svarade att de inte fått detta. Övervägande andel, 92 % (n= 78) av deltagarna i studien hade fått enskild diabetesrådgivning och 8 % (n= 7) angav att de hade fått rådgivningen både enskilt och i grupp.

Kost

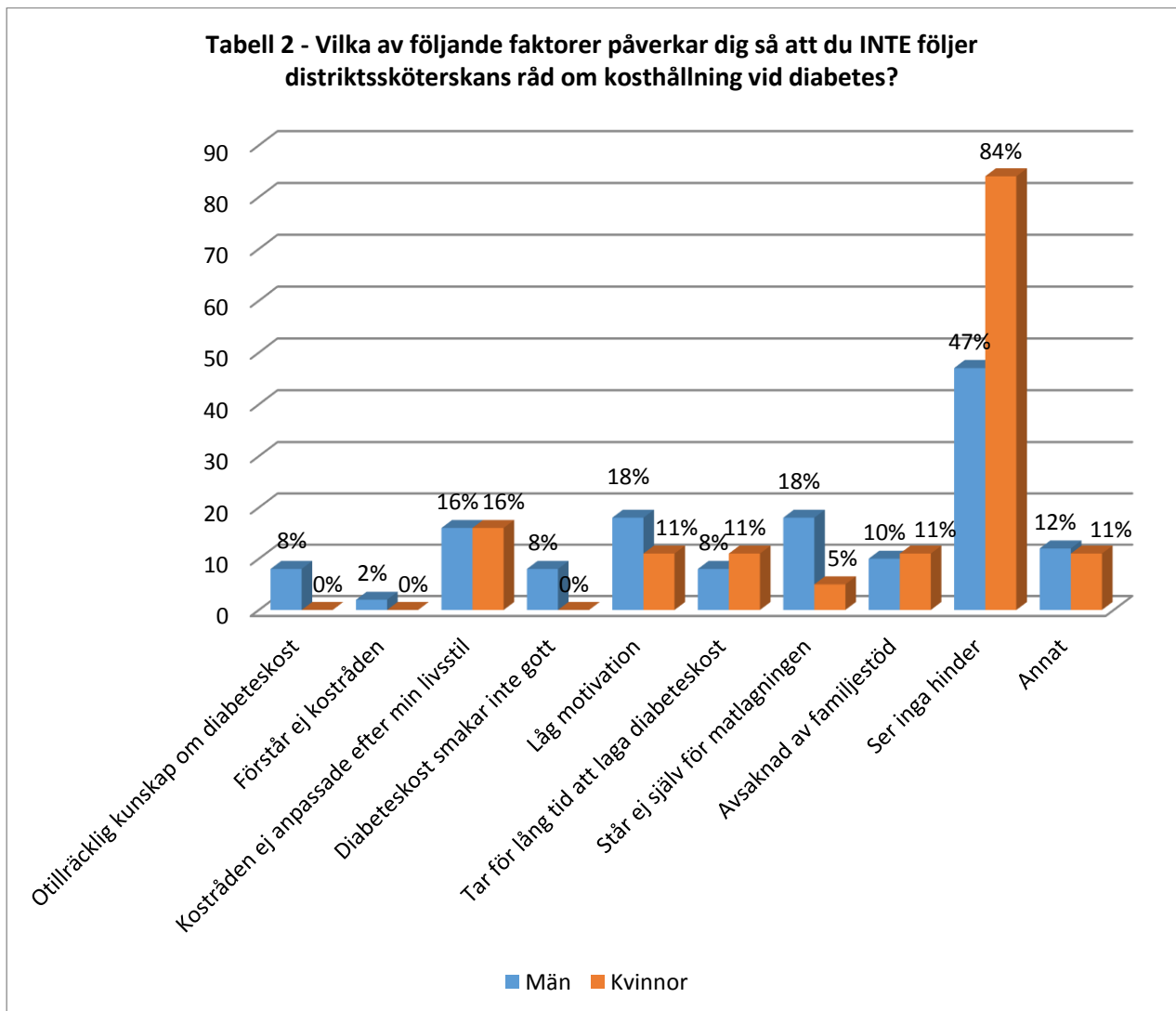
Nästan samtliga deltagare, 95 % (n=83), rapporterade att de fått rådgivning om kost vid diabetes och således fanns 5 % (n=4) som inte hade fått denna rådgivning.

Majoriteten av deltagarna, 77 % (n=65), ansåg sig inte vilja ha mer information från distriktssköterskan om kost vid diabetes, medan 22 % (n=19) tyckte sig behöva detta. Av kvinnorna önskade 22 % (n= 6) mer rådgivning, resterande 74 % (n= 20) önskade ingen vidare rådgivning om kost vid diabetes. En av kvinnorna valde att inte svara på frågan. För männen var resultatet att 20 % (n=11) önskade mer rådgivning om kost vid diabetes, och 80 % (n=43) av männen ville inte ha mer rådgivning. Tre av männen i studien valde att inte svara på frågan. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan män och kvinnor gällande önskan om mer rådgivning ($p = 0,425$). Av resultatet gick det inte att utläsa att det bland deltagarna yngre än 50 år fanns ett större behov av om mer rådgivning om kost vid diabetes än bland de som var över 50 år. Av de yngre deltagarna önskade 33 % (n=2) mer rådgivning jämfört med de äldre där motsvarande siffra var 21 % (n=16). I studien kunde inget samband mellan sjukdomsduration och en önskan om mer rådgivning om kost vid diabetes utläsas ($p = 0,617$).

Av deltagarna i studien rapporterade 94 % (n=81) att de fått svar på sina frågor om kosthållningen vid diabetes, och 6 % (n=5) ansåg inte att deras frågor blivit besvarade. Majoriteten av deltagarna i studien 89 % (n=79) ansåg att de hade haft användning av råden de fått om kosthållning vid diabetes och 6 % (n=5) tyckte sig inte ha haft användning av råden. De som uppgav att de inte fått någon rådgivning var 5 % (n=4).

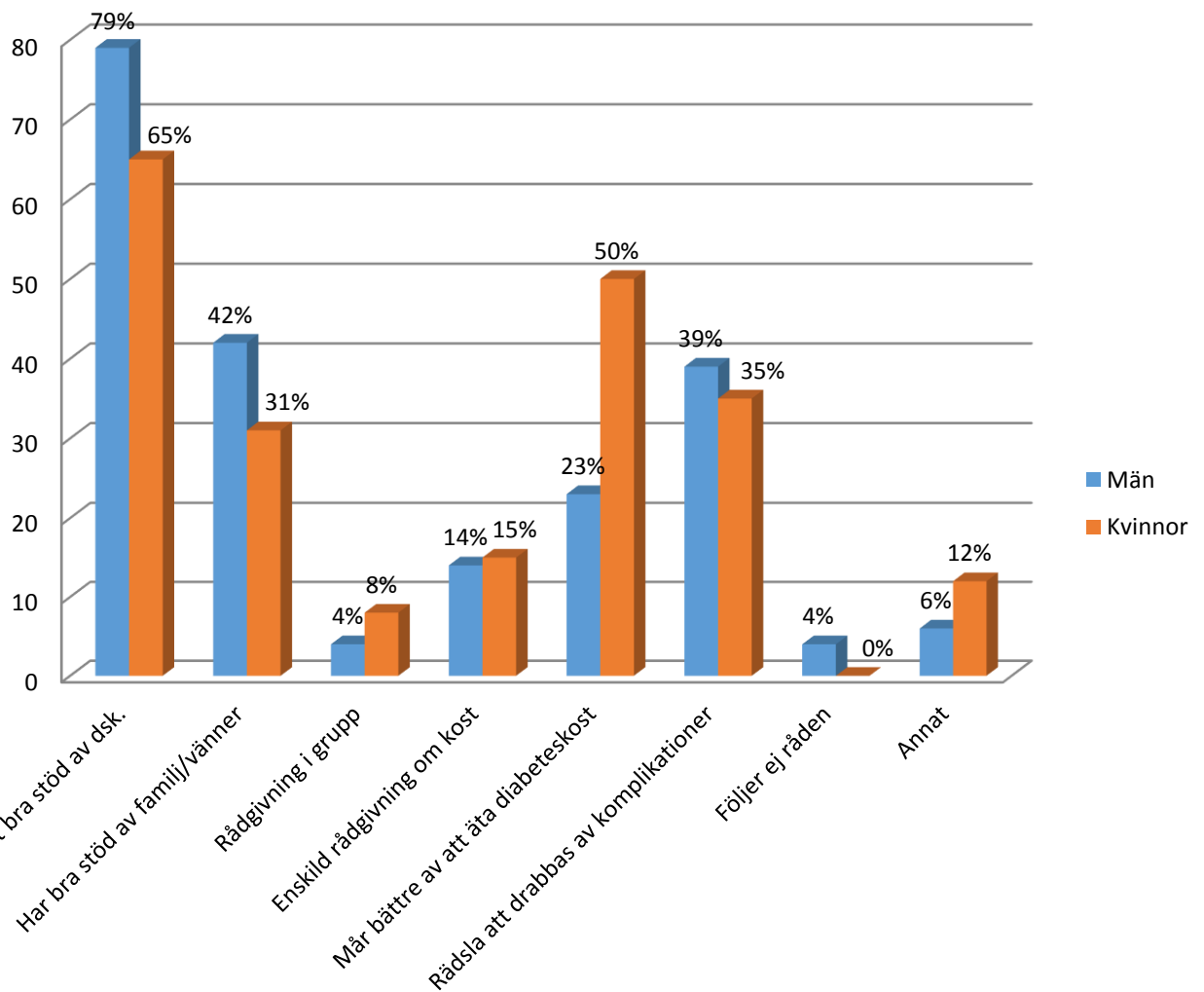
I studien svarade 92 % (n= 82) av deltagarna på frågan om de följde råden om kosthållning vid diabetes, varav 85 % (n= 70) ansåg sig följa dessa råd. De som uppgav att de inte fått någon rådgivning alls var 6 % (n= 5), resterande 9 % (n= 7) tyckte inte att de följde råden. Bland kvinnorna fanns 96 % (n=24) som ansåg att de följde råden om kosthållning vid diabetes, en person tyckte att hon inte fått någon rådgivning alls. De män som menade att de följde råden var 82 % (n= 44), 11 % (n=6) menade att de inte följde råden och 7 % (n=4) uppgav att de inte hade fått någon rådgivning. Det fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män, gällande deras benägenhet att följa kostråden ($p = 0,191$).

Av deltagarna såg 58 % (n=43) inga hinder att följa råden om kost vid diabetes från distriktssköterskan medan 18 % (n=13) upplevde att kostråden inte var anpassade till deras livsstil. Tolv av deltagarna (16 %) uppgav att den egna låga motivationen var orsaken till att de inte följde dessa råd. I resultatet kunde ingen signifikant skillnad mellan hur kvinnor och män svarat på frågan om vad som gjorde att de inte följde kostråden påvisas (Tabell 2).



Det som var mest avgörande för att deltagarna, 73 % (n=60), skulle följa råden de fått om kost vid diabetes, var att de hade ett bra stöd av distriktssköterskan. Även stödet från familj och vänner var av stor betydelse för 37 % (n=30). Det framkom också hos 37 % (n=30) att det var rädslan att drabbas av komplikationer som gjorde att de följde råden (Tabell 3).

Tabell 3 - Vilka av följande faktorer påverkar dig så att du följer distriktssköterskans råd om kost vid diabetes?



Fysisk aktivitet

De patienter som hade fått rådgivning om fysisk aktivitet var 85 % (n=76) och de som inte hade fått rådgivning uppgick till 12 % (n=10). Däremot uppgav drygt 84 % (n=75) att de inte önskade ytterligare rådgivning om fysisk aktivitet och drygt 10 % (n=9) uppgav att de önskade veta mer. Av kvinnorna ville 83 % (n=20) inte ha mer rådgivning om fysisk aktivitet och 17 % (n=4) ansåg sig behöva mer kunskap. Andelen 91 % (n=51) av männen önskade inte mer rådgivning om fysisk aktivitet men 9 % (n=5) ville lära sig mer. I studien framkom

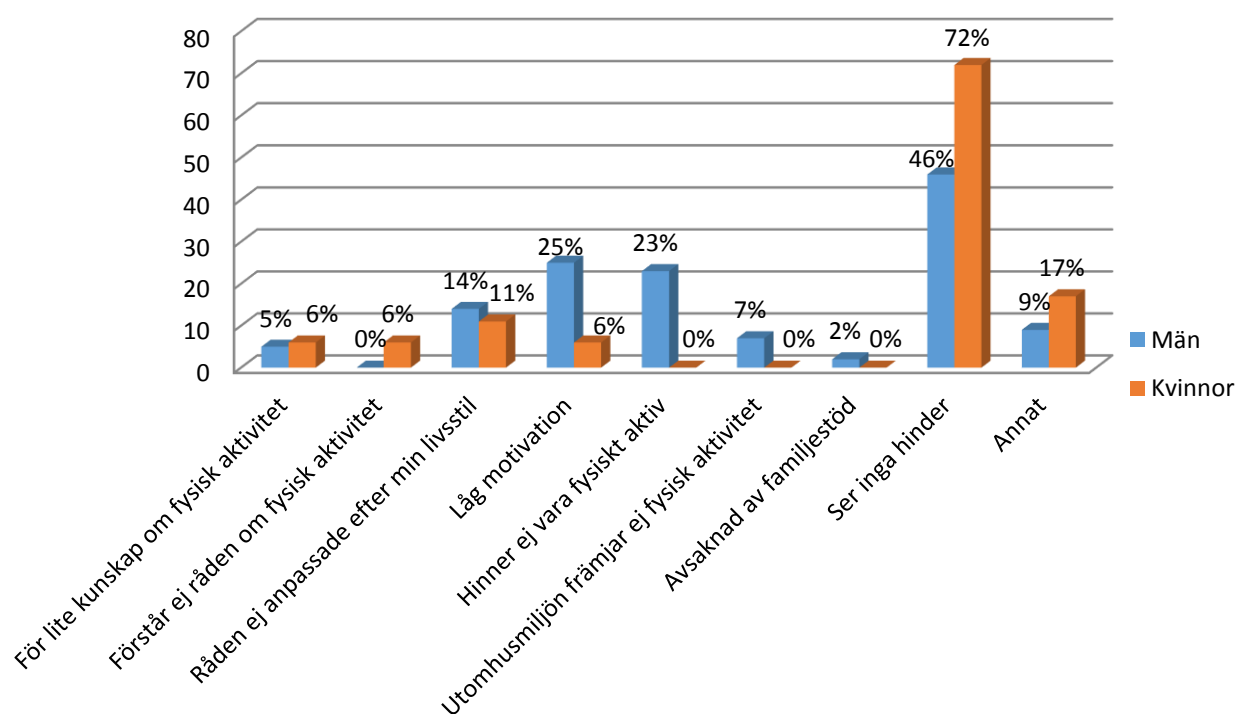
ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män, gällande behovet av mer rådgivning om fysisk aktivitet ($p = 0,441$).

Av resultatet gick inte heller att utläsa att det bland deltagarna 50 år eller yngre fanns ett större behov av om rådgivning om fysisk vid diabetes än bland de som var 51 år eller äldre. Av de yngre deltagarna önskade 17 % ($n=1$) mer rådgivning jämfört med de i gruppen 51-69 år där motsvarande siffra var 14 % ($n=6$) och bland de som var 70 år eller äldre ville endast 6 % ($n=2$) ha mer rådgivning ($p= 0,444$). I studien kunde därför inget samband mellan sjukdomsduration och en önskan om mer rådgivning om fysisk aktivitet vid diabetes utläsas.

De deltagare som ansåg sig ha fått svar på sina frågor om fysisk aktivitet uppgick till 82 % ($n=73$) och 5 % ($n=5$) rapporterade att de inte fått svar på sina frågor, 6 % ($n=5$) hade inte fått någon rådgivning alls. Flertalet medverkande, 75 % ($n=67$), ansåg sig haft användning av råden om fysisk aktivitet och 11 % ($n=10$) ansåg sig inte haft någon nytta av dem.

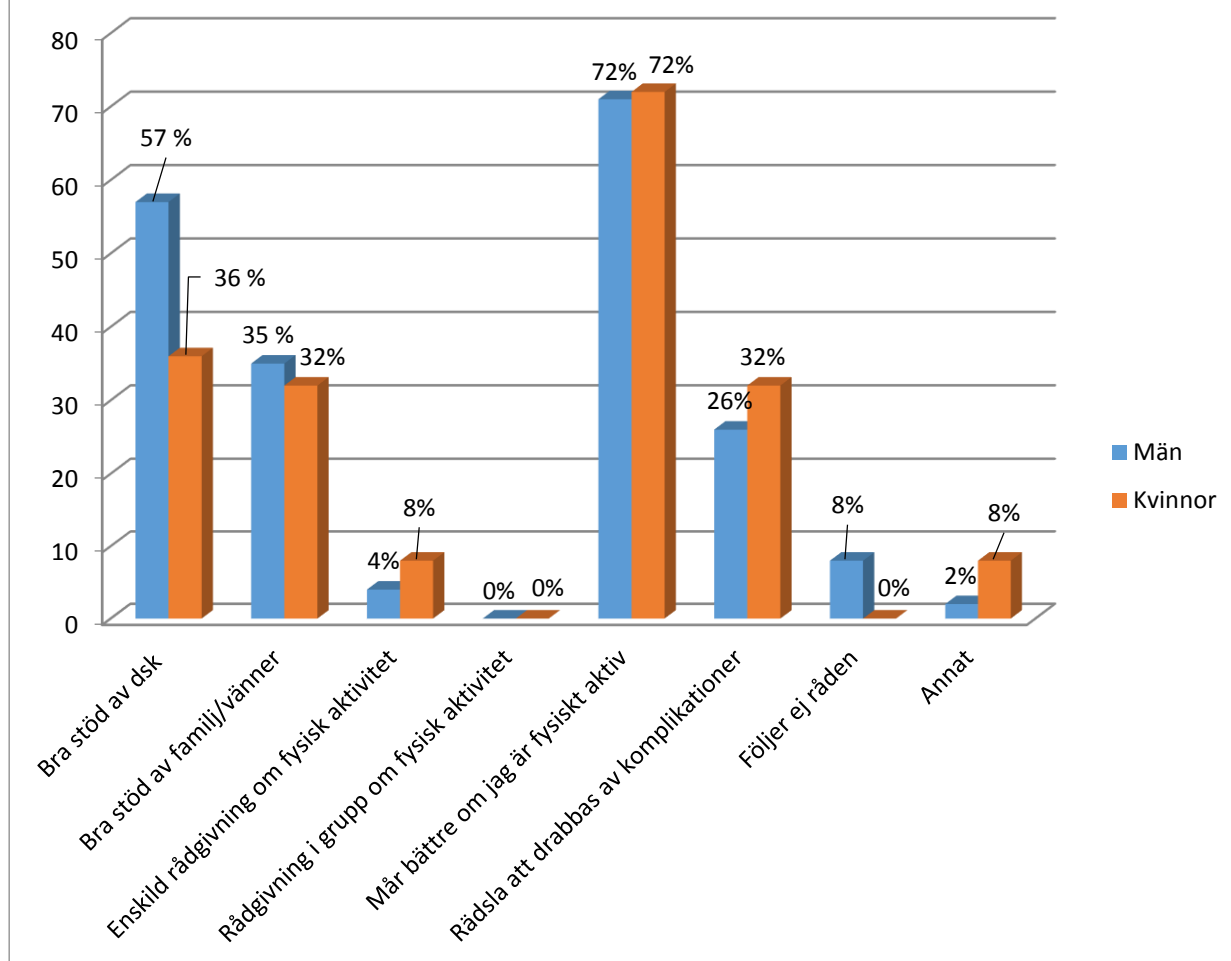
Mer än hälften av deltagarna 54 % ($n=35$) såg inga hinder att följa råden om fysisk aktivitet vid diabetes från distriktssköterskan. Bland kvinnorna såg 72 % ($n=13$) inga hinder och bland männen var motsvarande siffra 46 % ($n=20$) med ett p -värde 0,091, vilket innebar att kvinnorna inte upplevde signifikant färre hinder än männen. Bland deltagarna upplevde 19 % ($n=12$) att den egna låga motivationen var avgörande för att de inte följde råden. Bland de som inte följde råden pga. låg motivation motsvarade männen 25 % ($n=11$) och kvinnorna 6 % ($n= 1$) ($p = 0,153$) vilket innebar att det inte rådde någon statistiskt säkerställd skillnad mellan kvinnor och män gällande låg motivation. Bland deltagarna uppgav 15 % ($n=10$) att brist på tid orsakade att de inte följde dessa råd. Enbart män, 23 % ($n=10$) uppgav att brist på tid var orsaken till att de inte följde råden (Tabell 4). Männen upplevde bristen på tid som ett signifikant större hinder än vad kvinnorna gjorde ($p = 0,027$). De flesta som uppgav brist på tid som orsak ingick i åldersgruppen 51-69 år, 22 % ($n=8$), och i de andra två ålderskategorierna 50 år eller yngre och ≥ 70 år var motsvarande siffra 16 %, vilket motsvarade en respondent i vardera ålderskategorin. Något statistiskt säkerställt samband mellan ålder och bristen på tid rådde dock inte ($p = 0,170$).

Tabell 4 - Vilken av följande faktorer påverkar dig så att du INTE följer distriktssköterskans råd om fysisk aktivitet?



Den faktor som påverkade deltagarna mest, 70 % (n=56), att följa distriktssköterskans råd om fysisk aktivitet var att de upplevde sig må bättre om de var fysiskt aktiva. Därefter var ett gott stöd av distriktssköterskan av stor betydelse hos 51 % (n=40). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan hur betydelsefullt kvinnorna och männen upplevde stödet från distriktssköterskan ($p=0,142$). Något samband mellan ålder och bristen på tid rådde dock inte ($p = 0,170$). Stödet från familj och vänner var också en av de faktorer som gjorde att råden följdes hos 32 % (n=26) av deltagarna i studien, (Tabell 5).

Tabell 5 - Vilka av följande faktorer påverkar dig så att du följer distriktssköterskans råd om fysisk aktivitet?



Diskussion

Diskussion av vald metod

Genom att använda en kvantitativ ansats, var tanken att mäta hur patienter med diabetes typ 2 uppfattade och följde råden de fått av distriktssköterskan gällande kost och fysisk aktivitet. Denna metod gjorde det möjligt att göra statistiska analyser, där resultatet även kunde redovisas som statistik i form av tabeller. Undersökningen gjordes i form av en väntrumsundersökning, vilket innebär att det var patienter som aktivt sökte vård som deltog i studien, detta kan medföra att en oproportionerligt stor andel av deltagarna var

högkonsumenter av vård (Ejlertsson, 2005). Denna studie kan också tänkas blivit något missvisande, då det var en förutsättning att patienterna tidigare hade besökt vårdcentralen för diabetesrådgivning, för att kunna delta i studien. De personer som eventuellt utelämnats var de som var så missnöjda med rådgivningen att de inte återkom till vårdcentralen. Enkäten delades ut av distriktssjuksköterskorna, vilket kan ha påverkat urvalet av undersökningsgruppen. Detta gör att resultatet inte är generaliserbart till hela populationen. Även patienter som inte förstod det svenska språket i tal och skrift uteslöts ur undersökningen, pga. att enkäten endast fanns på svenska. Det har dock framkommit i studier att utlandsfödda svenskar i större utsträckning drabbas av diabetes typ 2 (Wändell & Gåfvvels, 2007; Hjörleifsdóttir Steiner, 2013). Särskilt de som födda utanför Europa har en betydligt högre prevalens (Wändell & Gåfvvels, 2007). Det får därför ses som en svaghet för denna studie att de personer som inte behärskade svenska i tal och skrift inte kunde delta.

Åldersfördelningen bland respondenterna var något snedvriden, vilket gör att det var svårt att göra jämförelser mellan grupperna som kunde generaliseras på hela populationen i södra Sverige. Enbart sex stycken deltagare var 50 år eller yngre, medan de i de andra åldersgrupperna fanns 44 (51-69 år) respektive 36 stycken (>70 år). Detta kan tänkas ha att göra med att risken för att drabbas av diabetes öka med åldern och i åldrarna över 80 år når prevalensen upp mot 20 procent (Berne & Fritz, 2011). Det skulle kunna vara intressant med en större total undersökningsgrupp vid upprepning av studien, då detta förhoppningsvis hade kunnat ge en tydligare bild av de yngre deltagarna, då de var få till antalet i denna studie.

Då studiens upphovsmän hade svårigheter att hitta ett lämpligt undersökningsinstrument, vid konstruktionen av enkäten, konstruerades egen enkät utifrån riktlinjer hämtade från vetenskapslitteratur och utifrån upphovsmännens egna erfarenheter. Konstruktionen av frågorna är avgörande för att säkra hög reliabilitet (Ejlertsson, 2005). Frågorna testades för *face validity* och därefter gjordes en pilotstudie. Då en egen enkät användes var detta betydelsefullt, för att utesluta att dåliga frågeställningar. Felaktigt formulerade frågor kunde förbättras. Användningen av *face validity* och pilotstudie får därför ses som en styrka i denna studie.

Vid enkäter är det viktigt att ha i åtanke att vissa typer av frågor kan upplevas som känsliga eller påträngande och dessa bör därför undvikas (Ejlertsson, 2005). Personer med diabetes typ 2 kan tänkas reagera med skuldkänslor och kanske till och med ångest då de via enkäten kan

få ökad medvetenhet om sin egen roll i hanteringen av sin sjukdom. Då denna studie var så pass liten hade upphovsmännen ingen möjlighet att stödja eller hjälpa om någon respondent skulle behöva samtal eller annat stöd pga. de tankar och känslor som frågorna i enkäten skulle kunna väcka. Detta kan ses som en svaghet för studien men förhoppningsvis kan respondenterna få stöd från sin ordinarie distriktssköterska.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet i studien visade att så många som 77 % av deltagarna, inte ansåg sig vilja ha mer utbildning om kost och 89 % ville inte ha mer information om fysisk aktivitet från distriktssköterskan. Nästan alla deltagarna var nöjda med de råd de fått av distriktssköterskan. Övervägande andel deltagare tyckte också att de haft användning av de råd de fått, både gällande kost och motion. Det kan trots detta tyckas anmärkningsvärt att så stor andel av deltagarna inte ansåg att de önskade mer rådgivning. Detta då studier (SBU, 2009b; Lim, Park, Choi, Huh, & Kim, 2009; Trento, o.a., 2010) har påvisat att patientutbildning vid diabetes typ 2, och därmed ökad kunskap, har stor positiv betydelse för hur patienten hanterar och lever med sin sjukdom. En slovakisk studie visade att de patienter som fått diabetesutbildning uppnådde signifikant högre poäng vid ett kunskapstest om sjukdomen än de som inte fått utbildning (Magurová, Majerniková, Hloch, Tozan, & Goztepe, 2012). Trots detta visade det sig i en annan studie att patienterna följde de råd de fått om kost och motion vid diabetes, men saknade kunskap om varför och hur det påverkade dem positivt (Holmström & Rosenqvist, 2005). Det skulle alltså kunna vara så att respondenterna i denna studie tror sig ha en större kunskap än vad de egentligen har och därför inte upplever något behov av ytterligare information. Ett annat tänkbart alternativ är att distriktssköterskan har valt att lämna ut enkäten till de patienter som är följsamma till råden. Det kan också vara så att de med dålig följsamhet till råden väljer att inte besvara enkäten, vilket också leder till att denna grupp utelämnas ur resultatet.

I en tidigare studie Trento et al.(2010) och i en SBU-rapport (2009b) finns belägg för att gruppundervisning vad gäller diabetesrådgivning har större genomslagskraft än individuellt anpassad undervisning. Det kan därför anses anmärkningsvärt att så få, endast 7 av 89 deltagare i studien hade fått gruppundervisning. Likaså att den då bara förekom i kombination

med individuell undervisning. Orsakerna till den bristfälliga gruppundervisningen skulle kunna vara av organisatorisk eller ekonomisk art eller pga. kunskapsbrister hos ansvariga i primärvårdens verksamheter.

Av resultatet i studien kunde även distriktssköterskans betydelse utläsas, då 73 % av deltagarna uppgav att stödet från denna var det mest avgörande för att de skulle följa råden om kost vid diabetes. Det kan antas att patient och distriktssköterskan i dessa fall har nått en samstämmighet vad gäller behandlingsmålen och strategierna för att detta goda resultat har kunnat uppnås (Heisler, Vijan, Anderson, Ubel, Bernstein, & Hofer, 2003). Om patienten har en stark tilltro till diabetesråden, ökar benägenheten att följa dessa. Personer med diabetes typ 2 som har fått mycket rådgivning och har stor kunskap om sjukdomen har en större tendens att uppnå en samstämmighet med vårdaren om behandlingsmålen.

I resultatet framkom det att så många som 37 % följde råden om kost i rädsla för att drabbas av komplikationer. De som var fysisk aktiva, pga. rädslan att drabbas av komplikationer var 32 %. Detta resultat stämmer väl överens med Holmströms och Rosenqvists (2005) studie som också visar på rädslan att drabbas av komplikationer om inte råden om kost och motion följs. Trots detta framkom det att det råder en stor okunskap bland diabetespatienter om komplikationer och följsjukdomar orsakade av diabetes typ 2. Många var rädda att drabbas av fot- och ögonproblem (ibid.) trots att hjärt- kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken för diabetiker (Region Skåne, 2002). Det kan därför vara betydelsefullt att patienten får en ökad kunskap om risken att drabbas av följsjukdomar och vikten av ett sundare leverne för att undvika dessa.

I denna studie uppgav 12 % av deltagarna att de inte fått rådgivning om fysisk aktivitet, vilket stöds i forskning som visar att fysisk aktivitet är underutnyttjat i diabetesvården (Goetz, o.a., 2012; Jallinoja, o.a., 2007). Skälet till detta kan vara att både sjuksköterskor och läkare tvivlar på sitt eget kunnande i att stödja patienterna i frågor om fysisk aktivitet (ibid.). Många patienter är äldre och multisjuka och det blir en större utmaning för att skapa förutsättningar för att de ska kunna vara fysiskt aktiva. Kanske hade det varit önskvärt med ett nära samarbete mellan sjukgymnast och distriktssköterskan, för att lättare hitta motionsformer för personer med rörelsesvårigheter. Vidare uppgav 89 % att de inte ville ha mer rådgivning om fysisk aktivitet, vilket kan ha samband med att det finns en oklarhet bland patienter med diabetes typ 2 om nyttan med fysisk aktivitet (Holmström & Rosenqvist, 2005). Det är

tänkbart att distriktssköterskan behöver lägga mer tid vid rådgivningen på att förklara vikten av fysisk aktivitet och de bakomliggande faktorerna till detta. Framförallt för männen, 51 % var stödet från distriktssköterskan betydelsefullt så att de skulle följa råden om fysisk aktivitet, medan motsvarande siffra för kvinnor var 36 %. Det ska dock nämnas att kvinnorna (72 %) i högre grad än männen (46 %) var fysiskt aktiva.

Orems omvårdnadsteori betonar det mänskliga i att engagera sig i sin egenvård och att förbättrad hälsa därmed är ett uttryck för individens egen förmåga till förbättring. Med hjälp av reflektion över sig själv och sin omgivning utför människan handlingar för att upprätthålla välbefinnande och hälsa (Orem, 2001). Av de respondenter som var fysiskt aktiva svarade 70 % att anledningen till att de motionerade var att de mådde bättre av det. Detta resultat stämmer väl överens med Korkiakangas (2011) studie där det framkommer att för att den fysiska aktiviteten ska utföras krävs det att den upplevs ge en känsla av välbehag. I annat fall finns det en risk att annat som mycket arbete eller bristande intresse för motion tar överhand och den fysiska aktiviteten uteblir. Även detta överensstämmer med resultatet i denna studie, där låg motivation och brist på tid var de vanligaste förklaringarna till att respondenterna inte var fysiskt aktiva.

Konklusioner och kliniska implikationer

Av de personerna med diabetes typ 2 som deltog i studien hade 98 % fått diabetesrådgivning av distriktssköterskan. En majoritet ansåg sig ha en god nytta av rådgivningen och uppfattade stödet från distriktssköterskan som betydelsefullt. Vidare framkom det även att deltagarna i denna studie överlag ansåg sig följa de råd de fick av distriktssköterskan. Främsta skälen till att inte följa råden var brist på tid och låg motivation. De flesta önskade ingen vidare rådgivning om vare sig kost eller motion, utan tyckte sig ha den kunskap de behöver för att kunna hantera sin diabetessjukdom.

I denna undersökning uppgav övervägande del av deltagarna att de följde kostråden. Studiens upphovsmän är förvånade över att en så stor andel ansåg sig äta rätt. Detta skulle innebära att nästan alla mår bra och att de har sin sjukdom under kontroll med hjälp av kost. Det skulle också kunna vara så att de som svarade på enkäten är de personer som följer kostråden. En

annan tänkbar förklaring är att deltagarna svarar så, då de vill se sig själva som duktiga, för att undvika obehagliga känslor och tankar. Det hade varit av intresse att göra vidare undersökningar med detta i fokus.

I förevarande studie fanns deltagare som uppgav att de inte fått rådgivning om fysisk aktivitet. Detta resultat stämmer väl överens med tidigare forskning, som visar på att fysisk aktivitet är ett underutnyttjat instrument i diabetesvården. Det har i denna studie visat sig att distriktssköterskans stöd är betydelsefullt, framförallt för männen, när det gällde att följa råden om fysisk aktivitet. Därför kan det tänkas att distriktssköterskan behöver lägga mer tid på rådgivningen om just fysisk aktivitet. Som tidigare nämnts i andra studier, upplever distriktssköterskan bristande förmåga att undervisa i livsstilsförändringar. Därför kan det vara av betydelse att distriktssköterskorna får stöd av sin arbetsgivare genom kompletterande utbildningar.

Utlandsfödda svenskar har en hög prevalens av diabetes typ 2 och dessa personer är därför en betydande patientgrupp. Då de personer som inte förstår svenska i tal och skrift inte kunnat delta i denna studie, hade det varit av stor betydelse att kartlägga hur denna patientgrupp ser på rådgivningen om kost och motion vid diabetes typ 2.

Referenser

- Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E., & Östenson, C.-G. (2007). *Diabetes*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.
- Berne, C., & Fritz, T. (2011). Diabetes mellitus. i H. Ramström, *Läkemedelsboken 2011-2012* (ss. 583-607). Uppsala: Läkemedelsverket.
- Bissell, P., May, C. R., & Noyce, P. R. (2004). From compliance to concordance: barriers to accomplishing a re-framed model of health care interactions. *Social Science & Medicine*, 58, 851-862.
- Broman, C., Dahlgren, C., Fabel, M., Köster, M., Löf, C., & Muzollo, T. (2011). *Nationell utvärdering 2011-Diabetesvård-Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Claudi, T. (2007). Hormonsystem, metabolism och nutrition - diabetes mellitus. i S. Hunsbår, & B. Hofvelius, *Allmänmedicin* (ss. 534-567). Lund: Studentlitteratur.
- Distriktssköterskeföreningen. (2008). Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Sverige: Distriktssköterskeföreningen i Sverige, AB Danagårds Grafiska.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Eliasson, A. (2013). *Kvantativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Erdner, A., & Magnusson, A. (2010). Vård i hemmet av människor med psykisk ohälsa. i E. Drevenhorn, *Hemsjukvård* (ss. 157-174). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. F., & Lindgärde, F. (1991). Prevention of Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. *Diabetologia*, 34, 891-898.

- Goetz, K., Szecsenyi, J., Campbell, S., Rosemann, T., Reuter, G., Raum, E., o.a. (2012). The importance of social support for people with type 2 diabetes - a qualitative study with general practitioners, practice nurses and patients. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9.
- Hedner, L. P. (2010). Diabetes mellitus. i L. P. Hedner, *Invärtesmedicin* (ss. 131-156). Lund: Studentlitteratur.
- Heisler, M., Vijan, S., Anderson, R. M., Ubel, P. A., Bernstein, S. J., & Hofer, T. P. (2003). When Do Patients and Their Physicians Agree on Diabetes Treatment Goals and Strategies, and What Difference Does It Make? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 893-902.
- Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Walker, R. J., Smalls, B. L., Davis, K. S., & Egede, L. E. (2012). Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*. 14(7), 631-634.
- Hjörleifsdóttir Steiner, K. (2013). *Diabetes Among Turkish Immigrants in Sweden*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Holmström, I. M., & Rosenqvist, U. (2005). Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 146-154.
- Jakobsson, U., & Westergren, A. (2005). Enkätmetodik - en svår konst. *Vård i Norden*, 3, 72-73.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., o.a. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 244-249.
- Jansink, R., Braspenning, J., Keizer, E., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2012). Misperception of patients with type 2 diabetes about diet and physical activity, and its effects on readiness to change. *Journal of Diabetes*, 4, 417-423.

- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, *11*:41, 41-47.
- Ko, S.-H., Park, S.-A., Cho, J.-H., Ko, S.-H., Shin, K.-M., Lee, S.-H., o.a. (2012). Influence of the Duration of Diabetes on the Outcome of a Diabetes Self-Management Education Program. *Diabetes & Metabolism Journal*, *36*(3), ss. 222-229.
- Komar-Samardzija, M., Braun, L. T., Keithley, J. K., & Quinn, L. T. (2012). Factors associated with physical activity levels in African-American women with type 2 diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *24*, 209-217.
- Korkiakangas, E. E., Alahuhta, M. A., Husman, P. M., nen-Kiukaanniemi, S. K., Taanila, A. M., & Laitinen, J. H. (2011). Motivators and barriers to exercise among adults with high risk of type 2 diabetes - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *25*, 62-69.
- Lim, H.-M., Park, J.-E., Choi, L., Huh, K.-B., & Kim, W.-Y. (2009). Individualized diabetes nutrition education improves compliance with diet perscription. *Nutrition Research and Practice*, *3*(4), 315-322.
- Magurová, D., Majerniková, L., Hloch, S., Tozan, H., & Goztepe, K. (2012). Knowledge of Diabetes in Patients with Type 2 Diabetes on insulin Therapy from Eastern Slovakia. *Diabetologia Croatica*, *41*(3), ss. 95-102.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Mulder, H. (2008). *Diabetes mellitus- ett metabolt perspektiv på en växande folksjukdom*. Lund: Studentlitteratur.
- Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *25*, 735-744.

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice*. St Louis: Mosby.
- Pan, X.-R., Li, G.-W., Hu, Y.-H., Wang, J.-X., Yang, W.-Y., An, Z.-X., o.a. (1997). Effects of Diet and Exercise in Preventing NIDDM in People With Impaired Glucose Tolerance. *Diabetes Care*, 20(4), 537-544.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of Nursing Research- Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Region Skåne. (2002). *Hälso- och sjukvårdsprogrammet för Diabetes Mellitus*. Region Skåne.
- SBU. (2009a). *Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU. (2009b). *Patientutbildning vid diabetes*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schäfer, I., Küver, C., Wiese, B., Pawels, M., van den Bussche, H., & Kaduszkiewicz, H. (2013). Identifying Groups of Nonparticipants in Type 2 Diabetes Mellitus Education. *The American Journal of Managed Care*, 19(6), ss. 499-506.
- SFS. (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS. (2003:460). Om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Sim-Guld, J., Maran-Khan, K., Haggis, C., & Liu-Ambrose, T. (2012). Timing, Experience, Benefits and Barriers: Older Women's Uptake and Adherence to an Exercise Program. *Activities, Adaptation & Aging*, 36, 280-296.
- Svärd, D. (2011). *Kost vid diabetes-en vägledning till hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Trento, M., Gamba, S., Gentile, L., Grassi, G., Miselli, V., Morone, G., o.a. (2010). A multicenter randomized trial of Lifestyle intervention by group care to manage type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 33, 745-747.

Wändell, P. E., & Gåfväls, C. (2007). High prevalence of diabetes among immigrants from non-European countries in Sweden. *Primary Care Diabetes*, 1, ss. 13-16.