



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Hur arbetar sjuksköterskan för att stärka patienten i ett land där diabetes typ 2 ökar drastiskt?

- En studie baserad på intervjuer med sjuksköterskor i den kinesiska provinsen Jiangsu.

Författare: Frida Söderström och Lisa Peterson

Program: Sjuksköterskeprogrammet

Termin: T5, HT 2015

Kurs: OM5250 Examensarbete - Grundnivå

Omfattning: 15 Hp

Handledare: Susann Strang

Examinator: Axel Wolf

Förord

Vi vill tacka sjuksköterskorna vid Jiangsu Province Geriatric Hospital i Nanjing som ställde upp på att bli intervjuade och alla som hjälpte oss på plats i Kina.

Vi vill också tacka Rebecca Törnqvist som hjälpte oss att få kontakter på Nanjing Medical University.

Ett stort tack till Susann Strang som handlett oss, trott på oss, stöttat oss i med- och motgång och varit nästan lika exalterad över vår resa till Kina som vi.

Sammanfattning

Bakgrund: Diabetes typ 2 är en sjukdom som kräver mycket av patienten. Den har under de senaste decennierna ökat drastiskt i världen, framför allt i utvecklingsländer. Det land som år 2011 hade flest fall av diabetes typ 2 var Kina. Sjuksköterskan spelar en viktig roll i att stärka och hjälpa patienter att hantera sin diabetes. **Syfte:** Att undersöka och beskriva vad sjuksköterskor i Kina tänker om utvecklingen av diabetes typ 2 samt hur de arbetar för att utveckla och stärka patienternas förmåga att ta makt över sin sjukdom. **Metod:** Kvalitativ innehållsanalys baserat på semistrukturerade intervjuer med åtta sjuksköterskor på Jiangsu Province Geriatric Hospital i Nanjing. **Resultat:** Orsaken till diabetesutvecklingen i Kina är konsekvenserna av den urbanisering och industrialisering som sker. Sjuksköterskorna upplever utmaningar i omvårdnad av patienter i form av t.ex. ekonomiska problem och för att ge patienterna empowerment arbetar de utifrån individen, familjen och med gruppstöd. **Slutsats:** Genom empowerment uppnås välbefinnande hos patienter och goda resultat. Precis som patienter kan lära av varandra kan sjuksköterskor lära av varandra, både nationellt och internationellt. Det är av stor vikt att som sjuksköterska ta del av andra människors kunskap och kultur för att på bästa möjliga sätt kunna ge patienterna jämlik vård.

Sökord: Diabetes typ 2, Kina, Sjuksköterska, Empowerment, Patientutbildning.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
<i>Diabetes mellitus typ 2</i>	1
Fysiologi.....	1
Patofysiologi.....	1
Symtom	2
Riskfaktorer	2
Icke-farmakologisk behandling	2
Farmakologisk behandling	2
Komplikationer vid diabetes.....	3
<i>Diabetes i världen</i>	3
<i>Diabetes i Kina</i>	4
<i>Sjuksköterskans roll</i>	4
<i>Teoretisk referensram - Empowerment</i>	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
<i>Kvalitativ innehållsanalys</i>	6
<i>Datainsamling</i>	7
<i>Urval</i>	7
<i>Etiska överväganden</i>	8
<i>Dataanalys</i>	8
Resultat	9
<i>Orsaker till diabetesutvecklingen i Kina</i>	9
<i>Ökad uppmärksamhet och förbättrad sjukvård</i>	9
<i>Livsstil och levnadsstandard</i>	9
<i>Omgivning och miljö</i>	9
<i>Patientutbildning</i>	10
<i>Vikten av hälsosam livsstil</i>	10
<i>Information och professionellt stöd</i>	10
<i>Uppföljningsprogram</i>	10
<i>Utmaningar</i>	11
<i>Sjukvård på olika villkor</i>	11
<i>Etablerade föreställningar</i>	11
<i>Empowerment</i>	11

<i>Stärka individen</i>	11
<i>Sociala resurser</i>	12
Diskussion	12
<i>Metoddiskussion</i>	12
<i>Resultatdiskussion</i>	14
<i>Orsaker till diabetesutvecklingen i Kina</i>	14
<i>Utmaningar</i>	15
<i>Empowerment</i>	16
Reflektioner	17
Slutsats	17
Referenser	18
Bilagor	20
<i>Bilaga 1</i>	20
<i>Bilaga 2</i>	21

Inledning

Kina har genomgått en stor utveckling och landets ekonomi blomstrar. Baksidan är att Kina även har blivit det landet i världen med flest fall av diabetes typ 2. Detta väckte ett intresse att undersöka hur sjuksköterskor i Kina ser på utvecklingen och hur de arbetar. Den kunskap och kompetens en sjuksköterska har medför en möjlighet att arbeta var som helst i världen. En sjuksköterskas förståelse för människor från andra länder och med andra förutsättningar är ingen självklarhet men väldigt värdefullt både på arbetsplatsen utomlands och på den i Sverige.

Bakgrund

Diabetes mellitus typ 2

Diabetes mellitus typ 2 är en sjukdom som innebär en ökad insulinresistens eller att kroppen inte producerar tillräckligt med insulin. Kroppens alla celler behöver energi vilket de får av bland annat socker, så kallat glukos, som transporteras runt i blodet. Insulin produceras av betacellerna i bukspottkörteln och är det hormon som behövs för att ta upp glukos från blodet (1177, 2015).

Orsaken till att människor utvecklar diabetes typ 2 är inte helt känd men det finns en ärftlighet och att risken för att utveckla sjukdomen till stor del påverkas av livsstil är känt (1177, 2015). Diabetes typ 2 har gått från att vara en relativt ovanlig sjukdom som främst drabbar äldre till att vara en folksjukdom som debuterar i allt yngre ålder. Beräkningar visar på att antalet människor som drabbas av sjukdomen kommer fortsätta öka. Några faktorer som bidrar till ökningen är den ökade livslängden, att fler diabetiker lever längre med sin sjukdom och att gränsen för när diagnosen diabetes typ 2 kan ställas har sänkts under de senaste åren. Den största bidragande faktorn till ökningen är dock det moderna sättet att leva, det vill säga en allt mer fettrik och söt mat i kombination med liten eller ingen fysisk aktivitet som i sin tur leder till den övervikt eller fetma som får allt fler att insjukna i sjukdomen (Diabetesportalen, 2013).

Fysiologi

Levern är ett av de organ som styr glukosnivåerna i kroppen och håller dem på en jämn nivå. Den tar emot glukos från födan i tarmen och lagrar den som glykogen. Från upplagrat glykogen kan vid behov nytt glykos bildas, till exempel mellan måltider och när vi sover. Levern kan också bilda glukos av nedbrytningsprodukter från fettväv och muskelväv (Ericson & Ericson, 2013).

Glukoshalten i blodet regleras också av en "feedback-loop" som inkluderar betacellerna i pankreas och insulinberoende vävnader (Kahn, Cooper & Del Prato, 2014). Vävnader som fett-, muskel- och levervävnad kräver mycket glukos och är insulinberoende vilket innebär att de behöver insulin för att kunna ta upp glukos (Ericson & Ericson, 2013). Insulinkänsligheten i vävnaderna påverkar i vilken omfattning betacellerna ska producera insulin (Kahn et al., 2014).

Patofysiologi

Sjukdomsförloppet börjar med att insulinberoende vävnader utvecklat en insulinresistens. Detta medför att betacellerna i bukspottkörteln ökar produktionen av insulin för att behålla en normal glukoshalt i blodet (Kahn et al., 2014 & Ericson & Ericson, 2013). Vid förhöjda blodglukosvärden finns en etablerad insulinresistens i vävnaderna och ett ökande

blodglukosvärde beror på en konstant försämring av betacellernas funktion (Kahn et al., 2014). När en person får diagnosen diabetes typ II har mängden betaceller i bukspottkörteln vanligtvis minskat såpass kraftigt att endast 50 % av de ursprungliga betacellerna finns kvar och det är först då som diabetessymtom uppkommer (Ericson & Ericson, 2013).

Symtom

Symtom vid diabetes typ 2 samt hyperglykemi är bland annat trötthet och orkeslöshet, en ökad törst, stora urinmängder, matleda, illamående, torra slemhinnor och torr hud. Huvudvärk, slöhet, acetondoftande andedräkt och medvetandesänkning är andra symtom som kan förekomma (Ericsson & Ericsson, 2013).

Riskfaktorer

Övervikt och fetma är de viktigaste riskfaktorerna för att utveckla diabetes typ 2. Studier har visat att nästan 90 % av all diabetes typ 2 kan relateras till fem olika livsstilsfaktorer: diet, liten fysisk aktivitet, rökning, övervikt eller fetma och alkoholkonsumtion (Chen, Magiliano&Zimmet., 2012). Andra riskfaktorer är bristande tillgång på hälso- och sjukvård, ökad urbanisering och industrialisering, stress och ökad livslängd (Pradeepa, Prabhakaran&Mohan, 2012).

Icke-farmakologisk behandling

Med behandling av diabetes typ 2 vill man hålla blodglukosnivåerna på en så normal nivå som möjligt och uppnå symtomfrihet för att på så sätt minska risken för komplikationer (Kahn et al., 2014 & Ericson & Ericson, 2013).

Rätt kost är en viktig faktor för att hålla glukoshalten normal. Den bör vara fiberrik, fettbalanserad och innehålla rätt sorts kolhydrater. Det är viktigt att personer med diabetes typ 2 har förståelse för hur kosten påverkar blodglukosnivån.

En högt prioriterad åtgärd är rökstopp eftersom rökning på flera sätt skadar kärlväggarna och försämrar insulinberoende vävnaders insulinkänslighet. Ett större alkoholintag i samband med diabetes påverkar också glukosläget negativt. Det dämpar leverns glukosnybildning vilket får glukoshalten i blodet att sjunka och orsaka hypoglykemi.

Fysisk aktivitet och motion gör att musklernas glukosupptag ökar väldigt effektivt och tillsammans med kostreglering kan det bidra till en mycket förbättrad glukosbalans i kroppen. Eftersom glukosupptaget ökar kraftigt vid fysisk aktivitet bör personer med insulinbehandlad diabetes vara noga med kost innan och efter hårt fysiskt arbete för att undvika hypoglykemi (Ericson & Ericson, 2013).

Farmakologisk behandling

De flesta perorala läkemedel mot diabetes har sin effekt genom att stimulera betacellernas insulinfrisättning, öka insulinberoende vävnaders insulinkänslighet, minska vävnadernas insulinresistens, hämma leverns glukosproduktion eller genom att hämma tarmens glukosupptag (Kahn et al., 2014; Robertson, 2012 & Ericson & Ericson, 2013). Perorala läkemedel mot diabetes används när enbart kostbehandling och ökad fysisk aktivitet inte räcker till eller om patienten har stora problem med att följa dessa råd (Ericson & Ericson, 2013).

Om ett normalt blodglukosvärde inte går att nå med kost- och motionsbehandling kombinerat med perorala läkemedel rekommenderas insulinbehandling (Robertson, 2012). Insulin ges vanligen subkutant och behandlingen bygger på patientens eget ansvar att dosera insulinet.

Patienten behöver kontrollera den aktuella blodglukoshalten och lära sig vissa tumregler för att dosjustera vid olika situationer (Ericson & Ericson, 2013).

Komplikationer vid diabetes

Hypoglykemi innebär att glukosnivåerna i kroppen är för låga. Hypoglykemi kan ha olika svårighetsgrad från lättare "insulinkänning" till djup medvetslöshet, insulinkoma.

Anledningar till hypoglykemi kan bland annat vara för hög dos av insulin, försenad eller felplanerad måltid, kraftigt ökad fysisk aktivitet eller stort alkoholintag.

Hyperglykemi innebär att glukosnivåerna är för höga och uppträder vid obehandlad eller vid otillräckligt behandlad diabetes. Hyperglykemi kan också ha olika svårighetsgrad från illamående till lätt medvetandesänkning och till djup medvetslöshet, diabeteskoma (Ericsson & Ericsson, 2013).

Andra allvarliga komplikationer är bl.a. angiopati, retinopati, nefropati, neuropati, kardiovaskulära sjukdomar och stroke (Ericson & Ericson, 2013 & Meeto, McGovern & Safadi, 2007) och risken att drabbas av dessa komplikationer blir större ju längre tid man har diabetes (Diabetesportalen, 2013).

Diabetes i världen

Prevalensen av diabetes typ 2 ökar drastiskt i världen och är en av de största hälsokatastroferna någonsin (Meeto et al., 2007). Enligt Diabetesförbundet (2015) levde 387 miljoner människor år 2014 med diabetes vilket motsvarar 8,3 procent av världens befolkning. Den största och snabbaste ökningen sker i utvecklingsländer som exempelvis Indien, Kina, Mellanöstern, Brasilien och i Afrika söder om Sahara. Det har även visats att insjuknandet i sjukdomen sker i en betydligt yngre ålder i utvecklingsländerna än i industriländerna. Utbrottet av sjukdomen i utvecklingsländer kan ske drygt ett decennium tidigare i en persons liv jämfört med i norra Europa (Diabetesportalen, 2013).

Förekomsten av kroniska sjukdomar och skador ökar i epidemiologiska proportioner globalt där den största och mest markanta ökningen sker i länder som är på väg att industrialiseras. År 2008 dog 57 miljoner människor och av dem beräknas 1,3 miljoner ha dött till följd av diabetes. Troligen är beräkningarna en underdrift eftersom diabetes är orsaken till en stor mängd följsjukdomar som senare leder till dödsfall. Över 80 % av alla dödsfall orsakade av diabetes och kardiovaskulära sjukdomar inträffade i låg- eller medelinkomstländer. Detta påvisar att diabetes och kardiovaskulära sjukdomar har blivit ett dominerande hot mot folkhälsan globalt (Pradeepa et al., 2012).

Under de tre senaste decennierna har antalet människor med diabetes typ 2 i världen mer än fördubblats, vilket gör sjukdomen till en av våra största utmaningar inom folkhälsa. Det beräknas att 439-552 miljoner människor år 2030 kommer att leva med diabetes världen över (Chen et al., 2012 & Pradeepa et al., 2012), varav cirka 90 % av fallen är diabetes typ 2 (Chen et al., 2012). Det är främst i utvecklingsländer snarare än i industriländer som man bevittnar den största förekomsten av diabetes typ 2 och det är även där den största delen av den fortsatta ökningen kommer att ske (Chen et al., 2012 & Pradeepa et al., 2012). Asien har på grund av en snabb ekonomisk tillväxt, en ökad urbanisering och ett förändrat näringsintag under en väldigt kort tid utvecklats till "diabetes epicentrum" i världen. Bland de tio länder som förväntas ha det största antalet diabetessjuka år 2030 ligger fem av dem i Asien, nämligen Kina, Indien, Pakistan, Indonesien och Bangladesh (Chen et al., 2012).

Slående är det faktum att majoriteten av de personer med diabetes i utvecklingsländerna återfinns i den ekonomiskt aktiva delen av befolkningen i åldern 45-64 år, i motsats till industrialiserade länder där majoriteten av personerna med diabetes är över 64 år (Pradeepa et al., 2012). Förutom den stigande förekomsten av diabetes typ 2 bland den unga befolkningen stiger även förekomsten av prediabetes bland tonåringar, vilket inkluderar de personer med nedsatt glukostolerans och/eller förhöjfasteglukos. Det finns även en tydlig ökning av fetma bland unga i asiatiska länder så som Kina och Indien och om inga effektiva åtgärder vidtas för att minska ökningen av fetma kommer en utveckling av diabetes typ 2 i allt yngre åldrar att ske. Unga personer med utvecklad diabetes typ 2 löper större risk att utveckla tidiga komplikationer och förekomsten av kroniska komplikationer blir sannolikt högre på grund av det långa sjukdomsförloppet (Chen et al., 2012).

Förekomsten av övervikt och fetma förväntas öka bland jordens vuxna befolkning från 33 % år 2005 till 57,8 % år 2030. Övervikt och fetma mäts oftast med BMI och midjemått och enligt de måtten är förekomsten inte särskilt hög bland den asiatiska befolkningen. Däremot är risken för att utveckla diabetes typ 2 högre vid ett lägre BMI för asiater än för t.ex. européer. Asiater tenderar att ha en högre fettprocent och mer visceralt fett än européer med samma BMI. Den globala epidemin av diabetes typ 2 är förknippad med ökningen av övervikt och fetma men detta kan vara en förklaring till den stora statistiska skillnaden mellan förekomsten av diabetes och fetma i Asien (Chen et al., 2012).

Diabetes i Kina

Diabetes typ 2 var för några decennier sedan en relativt ovanlig sjukdom, till exempel var det mindre än 1 % av Kinas befolkning som år 1980 hade sjukdomen. De senaste siffrorna från en nationell undersökning i Kina mellan år 2007 och 2008 tyder på att Kina har gått om Indien och blivit det globala epicentret för diabetes epidemin med mer än 10 % av den vuxna befolkningen diagnostiserad med diabetes typ 2 och ytterligare 16 % av befolkningen med prediabetes (Chen et al., 2012).

Det land med flest antal fall av diabetes var år 2011 Kina där 90 miljoner människor fått diagnosen. Den siffran beräknas öka till 129,7 miljoner till år 2030. Även om det delvis skulle kunna förklaras av att Kina har en större befolkning är graden av hur antalet fall av diabetes ökar mycket brantare än i rika industrialiserade länder (Pradeepa et al., 2012).

Internationellt samordnade insatser krävs för att förbättra mänskligt beteende och livsstil, och för att hindra den globala diabetes epidemin. För att lyckas med detta är det viktigt att insatser från många olika yrkesgrupper görs, bland annat att sjuksköterskor arbetar preventivt och dessutom ser till att patienter med diabetes blir experter på sjukdomen och på hur deras egen kropp fungerar. Sjukvården skulle på så vis effektivt kunna användas för att minska mänsklig och ekonomisk kostnad och förlust (Meetoo et al., 2007).

Sjuksköterskans roll

Effektiv hantering av diabetes typ 2 är avgörande för att förebygga långsiktiga komplikationer då de innebär en hög risk för sjuklighet och mortalitet. Behandlingen är komplex och kräver frekventa justeringar. Sjuksköterskan spelar en central roll när det gäller omvårdnad och utbildning i egenvård av diabetes och har också en stor roll när det kommer till bedömning av fysisk hälsa, psykosociala aspekter samt målsättningar och implementering och samordning av behandlingsplaner (Robertson, 2012).

Teoretisk referensram - Empowerment

Det engelska begreppet ”Empowerment” används ofta inom vården och kan översättas med individens förmåga att ta makt över sin situation. Empowerment ses generellt som ett positivt och dynamiskt begrepp som innebär att vårdare och patient fokuserar mer på lösningar än på problem. Att möta en patient ur ett empowermentperspektiv innebär att man som vårdare ser mer till styrkor, rättigheter och förmågor än till brister och behov. Det är en stödjande process som samtidigt innebär att en ökad uppmärksamhet på och kunskap om patientens behov utvecklas och det bygger på att patientens resurser och möjligheter i situationen utnyttjas på bästa sätt (Lidén, 2014). Empowerment kan ses som en process som bidrar till upplevd och verklig kontroll av, och ansvar för sin egen hälsa. Det innebär ett skapande av relationer eller samarbeten där patienten är med och tar kontroll över förändringsprocessen (Hernandez-Tejada, Campbell, Walker, Smalls, Davis & Egede, 2012). Förutsättningar för empowerment är att det finns en ömsesidig tillit och respekt för varandra i omvårdnadssituationen. Det kan uppstå problem om patienten upplever sig underordnad. Empowerment kan leda till att personen i fråga känner självrespekt, samt utvecklar och får bekräftelse i sin förmåga att ställa upp och nå mål. Detta leder till en känsla av kontroll över livet och de förändringsprocesser som personen befinner sig i och det ger hopp inför framtiden (Lidén, 2014).

Patientundervisning är viktig direkt från det att patienten fått diagnosen, för att få patienten att förstå sitt tillstånd och behov av behandling, för att kunna utveckla effektiva egenvårdsstrategier och för att kunna hantera bördan av diabetes. Fortlöpande utbildning i egenvård av diabetes behövs också för att hjälpa patienterna att bibehålla effektiv egenvård genom hela sjukdomsförloppet eftersom de kommer stöta på nya utmaningar och nya behandlingsmetoder. Det har visat sig att patienter som fått utbildning i egenvård av diabetes har fått en förbättrad kunskap om sin diabetes och bättre egenvårdsstrategier än de som inte utbildats (Robertson, 2012).

Det finns både faktorer som kan stötta och faktorer som kan hindra människor att ta kontroll över sin diabetes typ 2 efter att de fått diagnosen. Exempel på sådana faktorer är hur personen upplever sin egen hälsa och hur dennes syn på hälsa och ohälsa ser ut, hur personens sociala stöd ser ut och vad personen har för förhållande till sjukvårdspersonalen (Stubbs, 2007). Till exempel kan synen på hälsa och ohälsa variera stort mellan en person med diabetes och sjukvårdspersonal. Stubbs (2007) har under flera år identifierat två typer av reaktioner vid tid för diagnos. Den första är personer som antingen inte förstår, eller som inte vill förstå, vad diabetes innebär och som känner sig obenägna att göra någonting positivt för sig själva. Den andra är de personer som förstår vad diabetes handlar om och som därför bestämmer sig för att ta tag i problemet. Vissa personer som får diagnosen diabetes typ 2 tenderar att fastna i den första kategorin, oavsett vilka insatser sjukvårdspersonalen gör. Det kan bero på att patienternas syn på hälsa och ohälsa är så väl etablerad att det är svårt att få personer att ändra uppfattning. Det kan också bero på otillräcklig information, att de känner sig som offer för sjukdomen och tror att de inte kan göra något åt det eller att de tror att den farmakologiska behandlingen gör allt jobb och att de själva inte behöver göra något (Stubbs, 2007). Tidigare har ansvaret för hur patienten mår i sin sjukdom legat på läkaren och fokus har legat på mediciner och behandlingar. Detta traditionella synsätt tenderar att bortse ifrån patientens mål, prioriteringar och kulturella faktorer som kan påverka patientens följsamhet när det gäller behandling, vilket leder till dåliga resultat. Studier har visat att användning av empowerment som en del i behandlingsmetoden för patienter med diabetes inte bara leder till en ökad egenvård utan även till bättre medicinska resultat (Hernandez-Tejada et al., 2012). I Stubbs (2007) studie visade resultatet också att en bra relation till sjukvårdspersonalen verkade betyda att personer med diabetes typ 2 försökte följa de råd de fick. Om de

behandlades som individer, gavs tid och inte blev påskyndade i mötet med sjukvårdspersonalen kände de sig mer angelägna att lyssna och att följa rekommendationerna. Det visade sig också att de patienter som haft en bra förbindelse till vårdpersonalen var mer motiverade att försöka förändra sin livsstil för att se om råden de fått faktiskt kunde göra skillnad. De individerna kände sig mer benägna att ta hand om sig själva.

Diabetes är en kronisk sjukdom som medför att personen behöver göra förändringar i sin livsstil och på kunskapsnivå för att få färdigheter som kan bidra till en effektiv och långvarig egenvård (Hernandez-Tejada et al., 2012). Det är viktigt att sjuksköterskan identifierar hur stora steg och åtgärder patienten är villig ta och hjälper till att sätta upp en realistisk plan (Robertson, 2012). Det har visats att fokus på egenvård genom empowerment leder till att patienter med diabetes känner en ökad livskvalitet och att motivationen är mycket högre hos patienter som aktivt sätter upp mål och tar upp egna funderingar tillsammans med sin vårdgivare. Ett stort samband mellan användning av empowerment tillsammans med diabetespatienter och en ökad kunskap om diabetes, kost, fysisk aktivitet, blodsockerkontroller och fotvård har också identifierats (Hernandez-Tejada et al., 2012).

Problemformulering

Kina är ett av de länder i världen där utvecklingen av diabetes typ 2 har ökat mest. Diabetes är en svårhanterlig sjukdom som kräver mycket av patienten. Det är betydelsefullt att få ökad kunskap om hur sjuksköterskor i Kina arbetar för att ge patienter kunskap om sjukdomen och hur de ger dem de verktyg och den motivation de behöver för att ta hand om sig själva och ta kontroll över sina tillstånd.

Det svenska samhället blir på grund av många olika faktorer mer och mer mångkulturellt och det speglas också i sjukvården. Det är viktigt att vårdpersonal kan förstå och sätta sig in i patienters situationer, tankar och reaktioner oavsett kultur eller ursprung. Genom den här studien kommer kunskap om kinesiska sjuksköterskors perspektiv att kunna föras vidare till svenska sjuksköterskor vilket kan öka förståelse och insikt i en annan kulturs synsätt. Utvecklingen av diabetes typ 2 i Kina är en del av sjukdomens utveckling i världen och den är stor och därför relevant att utforska och studera.

Syfte

Att undersöka hur sjuksköterskor vid Jiangsu Province Geriatric Hospital i Nanjing uppfattar utvecklingen av diabetes typ 2 samt hur de arbetar för att utveckla och stärka patienternas förmåga att ta makt över sin sjukdom.

Metod

Kvalitativ innehållsanalys

Den metod som användes var kvalitativ innehållsanalys vilket är en teknik för ett objektivt, systematiskt sökande och en kvalitativ bearbetning av synligt innehåll i kommunikationen (Danielson, 2012). Det finns två huvudsakliga användningsområden för innehållsanalys, kvantitativ och kvalitativ. Den kan tillämpas på en mängd olika uppgifter och analys av textinnehåll. Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva variationer i textinnehållet genom att identifiera likheter och skillnader. Likheter och skillnader uttrycks i kategorier och teman på olika tolkningsnivåer. Vid kvalitativ innehållsanalys bör det bestämmas om

analysens fokus ska ligga på det manifesta eller det latent innehåll. Det manifesta innehållet är det som direkt uttrycks i texten medan det latent snarare är en djupare tolkning av textens innebörd. Vid fokus på det manifesta görs en tolkning av det textnära och uppenbara innehållet i texten (Graneheim& Lundman, 2004). Den metodologiska ansatsen som användes var en induktiv ansats vilket innebär en förutsättningslös analys av texter som kan vara baserade på människors berättelser om sina upplevelser (Graneheim& Lundman, 2012).

Datainsamling

Insamlingen av data gjordes genom semistrukturerade intervjuer med åttasjuksköterskor och genomfördes på deras arbetsplats. Samtliga sjuksköterskor arbetade vid Jiangsu Province Geriatric Hospital i Nanjing, Kina, och de arbetade antingen i öppenvård på sjukhusets centra för diabetesvård- och forskning eller i slutenvård på avdelningen för endokrina sjukdomar. Respondenterna talade kinesiska och en sjuksköterskekollega till dem tolkade deras svar till engelska. Av de intervjuade sjuksköterskorna var samtliga kvinnor.

De frågor som ställdes under intervjun var:

- Vad tror du är orsaken till att allt fler får diagnosen diabetes typ 2 i Kina?
- Vad ger du som sjuksköterska för information och råd till de patienter som fått diabetes eller som riskerar att få det?
- Vilka möjligheter ser du som sjuksköterska i att stärka patienter att ta ansvar för sin egen hälsa?
- Ser du några svårigheter med det?

Beroende på sjuksköterskans svar ställdes även följdfrågor som: “Kan du berätta mer?” och “Kan du utveckla?” för att den intervjuade skulle utveckla och klargöra sina tankar. Den tredje frågan fick ofta kompletteras med: “Vad gör du som sjuksköterska för att ge patienten mer självförtroende i hanteringen av diabetes?” Intervjuerna varade mellan 11-25 minuter.

Urval

Från Nanjing Medical University anordnade en internationell koordinator ett möte mellan chefen för sjuksköterskedepartementet på Jiangsu Province Geriatric Hospital och författarna till den här uppsatsen. Chefen för sjuksköterskedepartementet frågade sedan ett antal sjuksköterskor som arbetade med diabetes om de kunde tänka sig att delta i intervjuerna. Åtta personer ställde upp och alla intervjuades. De sjuksköterskor som medverkade i intervjuerna var mellan 29-35 år gamla och hade olika lång arbetserfarenhet.

Tabell 1. Medverkande sjuksköterskor

Kön	Ålder	År av erfarenhet
Kvinna	35	15
Kvinna	33	11
Kvinna	35	8
Kvinna	31	5
Kvinna	35	10
Kvinna	33	7
Kvinna	29	4
Kvinna	30	7

Etiska överväganden

Då det här är en uppsats på kandidatnivå krävs inget etiskt tillstånd. Däremot var de sjuksköterskor som deltog i intervjuerna informerade om vad intervjuerna skulle användas till, att det var frivilligt att delta och att de kunde avbryta sin medverkan när som helst under intervjun och de gav därefter sitt samtycke till att bli intervjuade genom att signera ett samtyckesformulär, se Bilaga 1. De fick också ge sitt samtycke till att intervjuerna spelades in. Innan intervjuerna genomfördes fick sjuksköterskorna ta del av frågorna författarna tänkte ställa under intervjun för att utifrån det ta ställning till om de ville medverka. Intervjuerna bestod av öppna frågor där den intervjuade kunde svara utifrån egna tankar, åsikter och erfarenheter. Frågorna formulerades på det sättet för att undvika känslan av ett förhör där det finns rätt och fel svar och för att intervjuerna inte skulle kännas som ett prov på deras kompetens.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberades och lästes flera gånger av båda författarna för att få en känsla för helheten. De översattes sedan från engelska till svenska och analyserades därefter enligt Graneheim och Lundmans (2004, 2012) beskrivning av tillvägagångssätt.

Analysmetoden skedde i sju steg (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna som transkriberats och översatts utgjorde studiens analysenhet. Ur analysenheten togs domäner ut, de delar av texten som författarna ansåg mest relevanta för syftet. De domäner som valdes ut analyserades och blev till meningsenheter som sedan ytterligare reducerades till kondenserade meningsenheter. En eller flera kondenserade meningsenheter blev då underlag för kodning och koderna bestod antingen av ett enda ord eller några sammansatta ord som samlingsnamn för de kondenserade meningsenheterna. Koder med relaterad innebörd kunde sedan sättas ihop under subkategorier och subkategorierna kunde efter det kategoriseras i övergripande kategorier (Graneheim & Lundman, 2004, 2012 & Danielson, 2012).

Innehållet diskuterades för att försäkra att kodningen stämde med meningsenhetens innehåll och med texten som helhet för att uppnå konsensus. Koderna jämfördes med avseende på likheter och skillnader och sorterades i subkategorier. Därefter formulerades en kategori baserad på texten som helhet, innehållet i subkategorier och tolkning av det manifesta innehållet. Till sist kontrollerades att ingen kod hade hamnat under mer än en kategori och att alla koder hamnat under någon kategori (Graneheim & Lundman, 2004, 2012).

Tabell 2. Exempel på analys

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Folkets medvetenhet om hälsa är större. Folk är mer uppmärksamma på sin hälsa och medverkar vid fler kontroller.	Större medvetenhet. Mer uppmärksamma på hälsa.	Medvetenhet		
För tjugo år sedan fanns inte tillräckligt med kunskap eller utrustning, nu när vi har det upptäcker vi mer diabetes.	Bättre kunskap och utrustning.	Sjukvård	Ökad medvetenhet och förbättrad sjukvård	Orsaker till diabetesutvecklingen i Kina
Nu när livet blir bättre	Fler äter	Kostförändring	Livsstil och	

och bättre äter fler på ställen som Mc Donalds och KFC.	skräpmat.		levnadsstandard	
---	-----------	--	-----------------	--

Hela analysen redovisas i Bilaga 2.

Resultat

Dataanalysen resulterade i subkategorier och kategorier. De kategorier som framkom var *Orsaker till diabetesutvecklingen i Kina*, *Patientutbildning*, *Utmaningar* och *Empowerment*. Varje kategori fick sedan två eller tre subkategorier.

Tabell 3. Subkategori och Kategori

Subkategori	Kategori
Ökad uppmärksamhet och förbättrad sjukvård	Orsaker till diabetesutvecklingen i Kina
Livsstil och levnadsstandard	
Omgivning och miljö	
Vikten av hälsosam livsstil	
Information och professionellt stöd	Patientutbildning
Uppföljningsprogram	
Sjukvård på olika villkor	Utmaningar
Etablerade föreställningar	
Stärka individen	Empowerment
Sociala resurser	

Orsaker till diabetesutvecklingen i Kina

Ökad uppmärksamhet och förbättrad sjukvård

Något som gör att antalet fall av diabetes i Kina har ökat är att folks medvetenhet har ökat, de är mer uppmärksamma på sin hälsa och går på fler hälsokontroller än vad de gjort tidigare. Folk lever också längre med sjukdomen än tidigare vilket gör att frekvensen ökar och det leder till fler patienter med diabetes. Den medicinska tekniken i Kina har utvecklats mycket under de senaste 20 åren, nu finns mer kunskap och ny utrustning som gör att diabetes kan upptäckas tidigare samtidigt som doktorerna också har blivit mer uppmärksamma på diabetespatienter.

“Den medicinska tekniken har avancerat vilket gör att fler diabetespatienter upptäcks”

Livsstil och levnadsstandard

Den stora ekonomiska utvecklingen som har skett i Kina har bidragit till en högre levnadsstandard och till livsstilsförändringar hos stora delar av befolkningen. På grund av den ekonomiska utvecklingen har fler råd att äta på restauranger och olika snabbmatskedjor som KFC och Mc Donalds, de äter mer söt och fet mat, mer kött och ris och mindre grönsaker vilket kan leda till övervikt och fetma som i sin tur är riskfaktorer för diabetes. Folk motionerar mindre än tidigare vilket delvis beror på stillasittande kontorsarbete och på att folk har hittat andra sätt för underhållning som att surfa online och använda Ipaden.

Omgivning och miljö

Pressen från både arbetet och familjelivet har ökat, det är fler som jobbar övertid och många som sover för lite. Det kan leda till att folk är så upptagna med sitt arbete att de väljer att inte medverka på sina uppföljningskontroller för diabetes. Det får även en påverkan på den psykiska hälsan, och det psykologiska måendet påverkar i sin tur metabolismen vilket skulle kunna ha ett samband med diabetes och en försämring av sjukdomen.

Kina hade under en längre tid en enbarnspolitik och en av sjuksköterskorna kommenterade det så här:

“I min familj är jag det enda barnet. Jag är gift och min man är det enda barnet i sin familj så vi är två, min man och jag. Vi kommer ta hand om fyra andra personer du vet så vi skulle behöva mer pengar och sedan kommer vi ha barn och vi kommer betala en del av utgifterna för vårt barn så vi kommer ha mer arbetspress än innan, och min mamma hon är det femte barnet i sin familj så kanske, de har kanske, hon har andra bröder eller systrar som tar hand om vår morfar och mormor, så arbetsbördan är och en viktig riskfaktor”

En annan aspekt som sjuksköterskorna tar upp som en orsak till den ökande diabetesutvecklingen i Kina är miljöföroreningar. Det finns samband mellan till exempel cancer och lungsjukdomar och olika typer av miljöföroreningar och samma parallell skulle kunna dras till utvecklingen av diabetes.

“Kanske är det någonting med föroreningen i omgivningen kanske är det associerat med diabetes”

Patientutbildning

Vikten av hälsosam livsstil

Det är många patienter som vet att de borde göra en förändring i sitt liv men som inte vet hur. En av de viktigaste uppgifterna som sjuksköterskan har är att hjälpa patienten att ändra på sitt beteende och att etablera en hälsosam livsstil. Sjuksköterskan bör förmedla sin kunskap om kost, motion och hantering av blodglukos till patienten. En individuellt utformad motionsplan beroende på hur patientens dagliga liv ser ut är ett exempel på strategi som sjuksköterskorna tog upp.

“Som diabetesutbildare det mesta vi borde göra är att hjälpa patienterna att ändra på deras beteende ... hjälpa dem att etablera en hälsosam livsstil”

Information och professionellt stöd

Det är viktigt att förklara för patienten att han eller hon kommer att leva med diabetes livet ut men att patienten kan förebygga komplikationer genom att kontrollera sjukdomen väl. Patienten ska informeras och vara väl införstådd i att diabetes är en kronisk och progressiv sjukdom som går att kontrollera men inte att bota och att det är av största vikt att vara uppmärksam på sitt blodglukosvärde och eventuella förändringar i kroppen. Sjuksköterskan ska guida patienterna genom livsstilsförändringar och eventuell medicinering, uppmuntra patienterna att ha regelbunden kontakt med sjukvårdspersonalen och berätta för dem om svårigheter som kanske uppstår.

“Diabetes är vanligt i vårt samhälle och de ska inte vara rädda för den här sjukdomen”

Uppföljningsprogram

Gemensamt på diabetesmottagningen och på avdelningen för endokrina sjukdomar hade ett uppföljningsprogram med dietist, läkare, patientansvarig sjuksköterska samt onlineservice utformats. Patienterna fick rådet att medverka i detta program. Det pågick också ett preventivt arbete då även patienter med prediabetes fick erbjudandet att medverka.

Utmaningar

Sjukvård på olika villkor

Sjuksköterskorna kunde se en del utmaningar i diabetesvården i Kina. Det finns flera patienter som inte har råd att betala för sin vård och sina mediciner vilket får till följd att trots att de är motiverade och vill sköta sin diabetes korrekt inte har råd att gå på kontroller eller att hämta ut sina mediciner. Sjukvården i Kina är delvis subventionerad men en del patienter har inte råd att betala den resterande delen. Sjuksköterskorna efterfrågar att Kinas regering uppmärksammar dessa patienter och att det ska utformas någon typ av ekonomiskt stöd för dem.

“Också vårt land, vår regering borde ge mer pengar för, mer pengar för våra diabetespatienter eller ska förbättra vårt sjukvårdssystem så de, eh, så de kan ta hand om sin diabetes”

Fördelningen av sjukvård är väldigt ojämn mellan städerna i Kina. I storstäder finns det ofta en välutvecklad sjukvård medan det i småstäder och byar är mycket bristfälligt.

Etablerade föreställningar

Det är även många i samhället som saknar kunskap om diabetes och en del personer, oftast äldre, vänder sig till personer som bedriver kinesisk läkekonst istället för att söka sig till sjukvården. Dessa verksamheter är olagliga och patienterna får ofta fel råd om hur de ska sköta sin sjukdom vilket kan få katastrofala följder.

En stor utmaning är att patienterna inte lyssnar på sjuksköterskornas råd och hänvisningar, till exempel när sjuksköterskorna ger patienten rådet att sluta röka för att förbättra sin hälsa men patienten ignorerar det. En del patienter som får diagnosen tror att de kan fortsätta leva sitt liv som tidigare, de tror inte att sjukdomen kommer att påverka deras liv. Vissa patienter tycker inte heller att det spelar någon roll om de sköter sin diabetes korrekt, de tänker leva som de vill utan att ta hänsyn till sin nya sjukdom. Sjuksköterskorna nämner att tid är den viktigaste faktorn för att patienterna ska lyssna på dem.

“Vissa diabetespatienter tänker, tänker att efter de har fått diagnosen diabetes kan de leva ett normalt liv, äta vad de vill, göra vad de vill, de tror inte att diabetes påverkar deras liv så det spelar ingen roll att, för dem om de kontrollerar sin diabetes, så de lyssnar inte”

Empowerment

Stärka individen

Sjuksköterskan har en betydande roll i att stärka individen. Patienten kan stärkas genom individuella samtal där metoder och åtgärder utifrån patientens egna förutsättningar och förmågor kan utformas för att hjälpa patienten att kontrollera sin diabetes.

“Jag tror att olika patienter har olika personligheter så vi kommer ge dem olika mätinstrument för att hjälpa dem”

Målsättning är en strategi som används mycket vilket innebär att ett mål sätts upp av sjuksköterska och patient tillsammans. Exempel på där resultatet hos patienter har blivit väldigt bra ges och patienten uppmuntras att sträva efter att nå sina mål.

Sociala resurser

Sjuksköterskorna berättade att de samlar sina patienter i grupper för att ta till vara på patienternas erfarenheter och låta de dela sina upplevelser med varandra. De ansåg att en inbördes utbildning skulle utveckla, förstärka och bevara deras självförtroende angående hanteringen av sin sjukdom och den nya livsstilen. De gick också i grupp till parken där de fick tips på hur de kunde motionera eller till affären där förslag på hälsosam kost gavs.

Patientens familj togs upp som en av de tyngsta faktorerna för att stärka patienten i dess egenvård. Att utbilda familjen var också väsentligt med tanke på att patientens barn riskerar att få diabetes om förälderns livsstil anammas av barnet. Om familjen har kunskap om diabetes, vikten av kost och motion och vet om att de kan och bör hjälpa patienten så underlättar det vardagen för patienten.

“Vi kommer vara mer uppmärksamma på hans familjemedlemmar då det är väldigt viktigt ... att dom utbildar sin son eller dotter hur man ska äta, motionera och etablera en hälsosam livsstil och då kanske deras barn inte kommer få diabetes i framtiden”

Diskussion

Metoddiskussion

På grund av tidsbegränsning kunde fler än åtta intervjuer inte genomföras. Åtta är ett litet antal personer och ett urval med få personer kan ge begränsad information vid innehållsanalys (Danielson, 2012). Att det kan ha påverkat resultatet har tagits i beaktande då författarna är medvetna om att ny data kunde framkommit om fler intervjuer hade genomförts.

Fråga tre fick ofta kompletteras med en följdfråga vilket visar att frågan borde ha varit formulerad på ett annat sätt för att sjuksköterskorna skulle förstå vad författarna menade.

Längden på intervjuerna varierade från 11 till 25 minuter. Att det varierade kan bero på att respondenterna förberett sig olika mycket eller att en del kände sig mer bekväma än andra med att bli intervjuade. Fler frågor hade kunnat ställas och därmed bidragit till mer data men intervjuerna begränsades till fyra frågor med följdfrågor för att de inte skulle bli för långa då författarna hade begränsat med tid att färdigställa uppsatsen.

Då de sjuksköterskor som intervjuades talade väldigt lite engelska fanns ett behov av en tolk. Dessvärre fanns ingen utbildad tolk att tillgå så intervjuerna tolkades istället av en sjuksköterska med goda engelskkunskaper. En fördel med att hon var sjuksköterska var att hon var insatt i omvårdnadsämnet och den terminologin som används och förstod precis vad sjuksköterskorna pratade om. En nackdel var dock att hennes engelskkunskaper inte var vad en utbildad tolks kunskaper hade varit och det finns en risk att hon på grund av det inte översatte det sjuksköterskorna sa korrekt. Den språkbarriär som fanns vid intervjuerna kan ha inneburit att information och viktig data gick förlorad eller att information missuppfattats av författarna till den här uppsatsen.

Författarna hade velat inkludera båda könen i studien och intervjua lika många män som kvinnor. Dessvärre bestod urvalet av endast kvinnor eftersom det inte kunde påverkas av

författarna. Författarna är medvetna om att det kunde medfört skillnader i resultatet om även manliga sjuksköterskor intervjuats.

För att kunna svara till syftet med den här uppsatsen fanns behovet att genomföra en resa till Kina och göra intervjuerna på plats. Att göra intervjuerna via exempelvis telefon eller någon typ av frågeformulär var inte ett alternativ. Vid ett möte med en människa kan information också ges genom kroppsspråk, ansiktsuttryck och röstläge. Dessutom kan följdfrågor om det är nödvändigt med fördel ställas. Tanken var från början att fokusera på det latent innehåll men eftersom intervjuerna tolkades till engelska, transkriberades och sedan översattes till svenska fick fokus istället hamna på det manifesta. Det latent innehåll var svårt att nå då författarna inte förstår kinesiska. En annan förståelse för materialet som framkom i intervjuerna nåddes genom besök på sjukhuset där de intervjuade sjuksköterskorna arbetar och genom att uppleva landet i sin helhet, vilket styrker uppsatsen. Sverige är ett land med invånare från många olika länder och med olika bakgrund. Genom att resa till Kina kunde en större förståelse för andra människors synsätt skapas vilket kan stärka författarna i det framtida yrkeslivet, appliceras och överförs till kollegor i arbetet som sjuksköterska.

Då författarna till den här uppsatsen är studenter från ett västerländskt industriland skulle det kunna påverka hur sjuksköterskorna som blev intervjuade kände inför intervjun då de lever i ett land under snabb utveckling. Det hade kunnat bli en typ av förhörstämning vilket försökte motverkas genom att förmedla en lättsam och tillåtande atmosfär. De intervjuade fick prata utan att bli störda och författarna försökte skapa ett så gott bemötande som möjligt genom att visa ett genuint intresse för det de berättade (Danielson, 2012). Något som kan ha bidragit till att sjuksköterskorna kände sig mer bekväma var att intervjuerna genomfördes på deras avdelning respektive mottagning där de känner sig trygga och att det var en kollega som översatte vad de sa.

Etiskt tillstånd behövde inte sökas för den här uppsatsen, men genom samtyckesformuläret som formulerades visade författarna tydligt att det var frivilligt för sjuksköterskorna att delta i intervjuerna och det kan i sin tur ha bidragit till en bra atmosfär under intervjuerna. Formuläret utformades också för författarnas skull, för att det skulle kännas etiskt rätt att genomföra intervjuerna.

Författarna till uppsatsen hade inför studien en del förförståelse för det valda ämnet och problemområdet med tanke på fördomar om landet och den kunskap författarna erhållit via sjuksköterskeutbildningen. Det fanns en ovisshet om vilken data som kunde förväntas framkomma från datainsamlingen så inför intervjuerna försökte författarna bortse från förförståelsen. Under datainsamlingen framkom information som författarna inte hade haft förförståelse om men både de data som bekräftade förförståelsen och det som var helt nytt för författarna analyserades. Att förförståelsen har påverkat resultatet går inte att undvika (Henricson, 2012) men författarna anser att förförståelsen kunde påverkat resultatet mer än vad det gjort tack vare deras ansträngningar att försöka bortse från den.

Uppsatsens syfte och frågeställningar har med hjälp av den valda metoden blivit besvarade och det valda problemområdet har studerats vilket stärker uppsatsens trovärdighet. Intervjuerna och transkriberingen genomfördes gemensamt av författarna till uppsatsen. Analysen av data rörde sig sedan mellan helhet och delar, mellan meningsheter, koder och teman både individuellt och i samspel med varandra vilket stärker reliabiliteten av uppsatsen. Trovärdigheten har också stärkts av att författarna har haft kontinuerlig handledning då

arbetet lästs, kontrollerats och kommenterats av handledaren med jämna mellanrum (Henricson, 2012).

Resultatdiskussion

Orsaker till diabetesutvecklingen i Kina

Enligt de intervjuade sjuksköterskorna är en av orsakerna till diabetesutvecklingen i Kina urbaniseringen och industrialiseringen då fler har det bättre ställt och då livsstilsförändringar sker. Något de tyckte var positivt med samhällets utveckling var dock att sjukvården har blivit betydligt mycket bättre och att det är lättare, med den kunskap och den utrustning som finns idag, att upptäcka patienter med diabetes. För tre decennier sedan var Kina framför allt ett jordbrukssamhälle och hälsoproblemen karakteriserades av infektionssjukdomar och för tidig död. Infektionssjukdomarna har minskat och det har lett till att människor blir äldre och lever längre men den snabba urbanisering som sker i Kina har också lett till nya sjukdomar, så kallade välfärdssjukdomar (Cook & Dummer, 2004). Sjuksköterskorna belyste både den förbättrade sjukvården och befolkningens ökade kunskap och uppmärksamhet på hälsa som positiva aspekter av den urbanisering som sker och såg urbaniseringen som både orsaken till diabetesutvecklingen och anledningen till att färre idag går odiagnostiserade, obehandlade och omedvetna om sin sjukdom.

En aspekt som flera av de intervjuade sjuksköterskorna tog upp som en orsak till att fler och fler får diagnosen diabetes typ 2 i Kina var luftföroreningar, en aspekt som författarna till den här uppsatsen inte tidigare tänkt på. Författarna förstod inte riktigt vad de menade då men kanske var det på grund av språkbarriären under intervjuerna som sjuksköterskorna inte riktigt kunde förmedla hur de tänkte kring det. Det finns dock studier som bekräftar deras teori. Miljöfaktorer kopplade till industrialisering och urbanisering, så som luftföroreningar, har inte ansetts vara en riskfaktor för diabetes tidigare men anses nu vara en möjlig faktor (Andersen et al., 2012). Det finns växande bevis som föreslår en förbindelse mellan luftföroreningar och förekomst och utveckling av diabetes (Balti, Echouffo-Tcheugui, Yako&Kengne, 2014).

Framför allt kan exponering av trafikrelaterade föroreningar under en lång tid bidra till utvecklingen av diabetes hos individer som har en hälsosam livsstil, som inte röker och som är fysiskt aktiva. Luftföroreningar aktiverar en liknande reaktion i lungorna som inhalation av tobaksrök gör och de båda delar en trolig biologisk mekanism som leder till systemisk inflammation och inflammation i visceral fettvävnad (Andersen et al., 2012) vilket är ett patofysiologiskt kännetecken för diabetes typ 2. Luftföroreningar har också beskrivits som en orsak till dysfunktion i endotelvävnad vilket är inblandat i minskat glukosupptag. En annan potentiell mekanism är vasokonstriktion relaterat till luftföroreningar vilket ger en ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar (Balti et al., 2014)

Samband har gjorts mellan luftföroreningar och fetma, som är den viktigaste riskfaktorn för diabetes, och fetma kan vara kopplingen mellan luftföroreningar och diabetes (Andersen et al., 2012). Miljöföroreningar har också blivit associerade med högt blodtryck, förändringar i blodglukosvärdet, insulinresistens och förhöjda blodfetter. Dessa tillstånd används för att definiera det metabola syndromet. Det kan spekuleras i om mottaglighet för diabetesutveckling relaterat till luftföroreningar varierar beroende på om en person sedan tidigare har komponenter av det metabola syndromet (Balti et al., 2014).

Ingen av studierna om diabetes relaterat till luftföroreningar som studerats av författarna till den här uppsatsen har gjorts i utvecklingsländer. Författarna till studierna påpekar att det behövs forskning från de länderna, t.ex. Indien, Kina och länder i Sydamerika, då det är de

som står för den största utvecklingen av diabetes typ 2. Dessutom har de antagligen högre halt av luftföroreningar än USA och Europa på grund av den snabba industrialiseringen och urbaniseringen (Balti et al., 2014). Diabetes relaterat till luftföroreningar kan komma att representera ett ökande hot mot befolkningens hälsa och sjukvården och samhället står därmed inför nya stora utmaningar i hanteringen av diabetes epidemin (Andersen et al., 2012 & Balti et al., 2014).

Utmaningar

En av de utmaningar som sjuksköterskorna tog upp i vården av diabetespatienter var att vissa patienter inte har råd att betala för sin behandling och för sina mediciner, trots att en del av kostnaden är subventionerad. Det har i studier visats att fattigdom är associerat med högre frekvens av diabetes och även ojämlik diabetesvård bland befolkningen i nordöstra Asien, trots allmän sjukförsäkring. Personer med låg socioekonomisk status tenderar att ha sämre glykemisk kontroll, fler komplikationer och högre mortalitet (Hsu et al., 2012). Sjuksköterskorna tog också upp det faktum att sjukvården är ojämnt fördelad i landet och att det påverkar patienterna. Hsu et al. (2012) bekräftar det och skriver att de flesta medicinska kliniker och sjukhus ligger i storstadsområden vilket kan göra dem otillgängliga för de som bor på landsbygden. Brist på tillgång till sjukvård anses vara en viktig riskfaktor för konsekvenserna av diabetes bland de med lägre socioekonomisk status. Runt 50 % av de fattiga patienterna med diabetes upptäcktes inte eller fick inte professionell vård förrän de utvecklade symtom eller komplikationer som var allvarliga nog för att personen skulle läggas in på sjukhus. Skillnader i inkomst verkar göra att fattigare diabetespatienter får sämre diabetesvård, sämre uppföljning och att sjukdomen upptäcks senare, även i ett land med allmän sjukförsäkring. Jämfört med medelinkomsttagare hade fattiga personer en 50 % större risk att utveckla diabetes.

Många äldre i Kina saknar kunskap om diabetes vilket sjuksköterskorna tog upp som en svårighet. Enligt Hu, Gruber, Liu, Zhao & Garcia (2013) har patienter med adekvat kunskap om diabetes och egenvård vid diabetes bättre kontroll på sin glukosnivå och patienter där det finns diabetes i släkten har större kunskap om symtom och behandling jämfört med andra, samtidigt som personer med diabetes som är 65 år eller äldre har sämre kunskap om sin diabetes än andra med sjukdomen. Det finns paralleller mellan en högre ålder och sämre kunskap om diabetes som kan relateras till det faktum att äldre har en större samsjuklighet än yngre, vilket kan leda till förväxling av symtom relaterade till diabetes och symtom relaterade till andra sjukdomar. De har funnit starka kopplingar mellan medverkan i ett utbildningsprogram för patienter med diabetes och en ökad kunskap och förbättrad egenvård. Ett förslag är att hälso- och sjukvården måste tillhandahålla information om diabetes som är anpassad efter ålder och läskunnighet för att fler äldre ska kunna ta till sig av informationen.

Brist på kunskap kan leda till att fler äldre vänder sig till personer som bedriver kinesisk läkekonst istället för att söka sig till sjukvården. Sjuksköterskorna påpekade att dessa verksamheter är olagliga och att patienterna ofta får fel råd om hur de ska sköta sin sjukdom vilket kan få katastrofala följder. Hu et al. (2013) har i sin studie funnit att patienter som sökt alternativ behandling som traditionell kinesisk medicin eller som besökt ögonläkare har större kunskap om diabetes än de som endast besökt en läkare inom västerländsk medicin. En av anledningarna kan vara att läkare inom västerländsk medicin inte avsätter så mycket tid för sina patienter och de ger väldigt begränsad utbildning kring hur de ska hantera sin diabetes. Detta skiljer sig något från hur sjuksköterskorna har uppfattat det. Det skulle kunna vara så att det finns olika typer av kinesisk medicin där det ena är olaglig verksamhet medan det andra kan ses som ett alternativ till den västerländska medicinen.

Empowerment

Sjuksköterskorna tog upp att de har en betydande roll i att stärka individen. De använder sig av individuella samtal där det utformas en personlig plan för varje patient utifrån dess förutsättningar och förmågor. När det kommer till diabetes handlar empowerment om förmågan hos patienten att fatta beslut kring kontrollen av sjukdomen, genom att ha den kunskap som behövs om beslutet och vad beslutet kommer att medföra (Hernandez-Tejada et al., 2012). Empowerment hos patienter med diabetes är starkt associerat med förmåga till egenvård. Om en patient möts av en vård där han eller hon inte känner stöd från vårdpersonalen resulterar det i en osäker och passiv patient, vilket kan leda till en försämring i sjukdomen och då även ett ökat behov av sjukvårdsresurser (Isaksson, Hajdarevic, Abramsson, Stenvall & Hörnsten, 2015), vilket i sin tur leder till en större ekonomisk påverkan på sjukvården (Shen, Edwards, Courtney, Mcdowell & Wu, 2012). De intervjuade sjuksköterskorna tog också upp tid som en viktig faktor i att få patienternas förtroende. Deras påstående stärks av Stubbs (2007) som såg att patienterna som behandlades som individer, gavs tid och inte blev påskyndade kände sig mer benägna att lyssna och att följa rekommendationerna.

Att som patient få stöd av familjen är av stor vikt. Insatser som är riktade till hela familjen, och inte enbart patienten, kan ta hänsyn till både patientens och resten av familjens behov och då inkludera alla i stödprogrammen för egenvård (Isaksson et al., 2015). Under intervjuerna togs familjen upp som en av de tyngsta faktorerna för att stärka patienten i sin egenvård. Isaksson et al. (2015) finner i sin studie att empowerment är associerat med stöd från vårdpersonal och från familj och vänner. Det sociala livet påverkar hur patienten hanterar sjukdomen och då även förmågan till egenvård. Familj och vänner har ett betydande inflytande på patienten, vilket både kan vara positivt och negativt. Sociala relationer fungerar som ett stöd under förändringarna och i egenvården. Studier har även funnit att genom att utnyttja det sociala nätverket runt patienten leder det till en ökad förbättring av patientens egenvård än vad som visats i den ordinarie utbildningen (Shaya et al., 2014). Det är viktigt att inte glömma bort familjen och komma ihåg att även de kan känna oro och press inför en ny typ av livsstil och ett nytt ansvar och trots att familjemedlemmar ofta förväntas ge patienten stöd i egenvården får de sällan möjligheten att själva få utbildning i sjukdomen (Isaksson et al., 2015 & Denham, Manoogian & Schuster, 2007). Sjuksköterskorna la även fram familjestödet som ett slags preventivt arbete för att förhindra att patientens barn så småningom utvecklar diabetes. Rabbitt och Coyne (2012) skriver att föräldrarna har nyckelrollen i utvecklingen av sina barns matvanor. Föräldrarnas matvanor överförs ofta på barnen, både vad gäller kvantitet och typ av mat. De skriver också att sjuksköterskor bör ha ett familjecentrerat synsätt när det handlar om överviktiga barn och personer i deras omgivning då det är svårt för barn att ändra på sina matvanor om inte familjen gör det. Författarna till den här uppsatsen anser att det kan appliceras även på vuxna vilket både Isaksson et al., (2015) och de intervjuade sjuksköterskorna tycks hålla med om.

Isaksson et al. (2015) påpekar att det finns ett stort behov av stöd i grupp hos patienter med diabetes. Det största behovet fann de hos nydiagnostiserade patienter men de fann även att patienter som levt med sjukdomen i över 10 år också kände ett ökat behov av gruppstöd. En anledning till att fler efterfrågade gruppstöd är att den traditionella diabetesvården inte är tillräckligt personcentrerad. Därför borde nu alla patienter som diagnostiserats med diabetes typ 2 bli erbjudna att delta i liknande möten med gruppstöd. Hernandez-Tejada et al. (2012) har funnit att empowerment måste inkluderas i patientutbildningen för diabetespatienter då endast kunskap om sin sjukdom inte resulterar i förändringar i egenvården. Sjuksköterskorna

som intervjuades till den här uppsatsen berättade att de bjuder in patienter till gruppmöten där de kan dela erfarenheter och upplevelser med varandra. De ansåg att genom att patienterna utbildar varandra stärks deras självförtroende angående hanteringen av sin sjukdom. Det har visats att gruppmöten ger mer positiva resultat i form av kunskap och trygghet hos patienterna än vad möten en och en med vårdpersonal ger (Shaya et al., 2014). Shen et al. (2012) och Shaya et al. (2014) tar upp inbördes utbildning som ett effektivt och ekonomiskt sätt att utbilda patienter. En aspekt som tas upp som något som måste beaktas när den här typen av patientutbildning genomförs är att patienterna som deltar har stor erfarenhet av sin egen sjukdom men kanske inte kan svara korrekt på mer specifikt medicinska frågor. Det finns en risk att eftersom de inte har en medicinsk utbildning så kan de leverera fel information. Det ska också tilläggas att just i Kina finns det en tradition av att respektera det doktorn säger och följa de instruktionerna doktorn ger korrekt (Shen et al., 2012). Det skulle då vara en fördel att på något sätt kombinera den inbördes utbildningen patienter emellan med större möten med sjuksköterskor och doktorer där svar på svårare medicinska frågor kan ges och diskuteras.

Då intervjuerna gjordes på ett sjukhus med geriatrisk inriktning var sjuksköterskorna mest insatta i omvårdnaden av äldre med diabetes. Däremot anser författarna till den här uppsatsen att resultatet ändå går att applicera på större delen av befolkningen, yngre och äldre, då de tog upp faktorer som ekonomi, arbetsbörda och stress. De tog även upp vikten av att fånga upp resten av familjen när en familjemedlem får diabetes för att förhindra att fler i familjen utvecklar sjukdomen.

Reflektioner

Genom en resa till Kina och genom möten med kinesiska sjuksköterskor har författarna fått ytterligare en infallsvinkel på omvårdnaden av patienter med diabetes och den skulle kunna appliceras på den svenska diabetesvården. Författarna vill till andra, kollegor och medmänniskor, förmedla det värdefulla i att vara ödmjuk och öppen inför andra människors kunskap. Det är viktigt att behålla det genom hela yrkeslivet då det alltid kommer finnas nya saker att lära av andra, både yngre och mindre erfarna, äldre och mer erfarna och kanske jämngamla med andra erfarenheter. Precis som patienter kan lära av varandra kan sjuksköterskor, både nationellt och internationellt, lära av varandra.

Slutsats

Ny kunskap och ny teknik inom sjukvården gör att fler diabetespatienter upptäcks och omgivning, miljö och förändringar i livsstil och levnadsvanor är faktorer som påverkar uppkomsten av diabetes typ 2. Många av riskfaktorerna kan sjuksköterskan påverka genom att utbilda och stärka patienter och deras närstående och även genom att bistå med individanpassad information kring sjukdomen. Utmaningar som sjuksköterskorna i Nanjing påpekade var sjukvård på olika villkor, då sjukvården ser olika ut beroende på var i landet patienten befinner sig och etablerade föreställningar och okunskap kring sjukdomen.

Eftersom diabetes typ 2 kräver en god egenvård är det av största vikt att sjuksköterskan strävar efter att ge patienterna största möjliga empowerment. Genom empowerment känner patienterna en större trygghet och får en större förmåga att ta ansvar för sin vård vilket leder till att de blir mer delaktiga. Det underlättar för alla parter, dvs. patient, närstående och vårdpersonal och leder till bättre resultat.

Referenser

1177. (2015) *Diabetes typ 2*. Hämtad 2015-06-22 från: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-2/#section-8>

Andersen, Z., Raaschou-Nielsen, O., Kettel, M., Jensen, S., Hvidberg, M., Loft, S., & ... Sørensen, M. (2012). Diabetes Incidence and Long-Term Exposure to Air Pollution: A cohort study. *Diabetes Care*, 35(1), 92-98 7p.

Balti, E. V., Echouffo-Tcheugui, J. B., Yako, Y. Y., & Kengne, A. P. (2014). Air pollution and risk of type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 106(2), 161-172 12p.

Chen, L., Magliano, D. J., & Zimmet, P. Z. (2012). "The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus—present and future perspectives." *Nature Reviews Endocrinology* 8(4): 228-236.

Cook, I., & Dummer, T. (2004). Changing health in China: re-evaluating the epidemiological transition model. *Health Policy*, 67(3), 329-343 15p.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 163-173). Lund: Studentlitteratur AB.

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur AB.

Denham, S., Manoogian, M., & Schuster, L. (2007). Managing family support and dietary routines: type 2 diabetes in rural Appalachian families. *Families, Systems & Health: The Journal Of Collaborative Family Healthcare*, 25(1), 36-52 17p.

Diabetesförbundet. (2015) *Diabetes i världen*. Hämtad 2015-12-09 från: <http://www.diabetes.se/Diabetes/Om-diabetes/Diabetes-i-varlden/>

Diabetesportalen. (2013). *En världsomspännande epidemi*. Hämtad 2015-06-22 från: <http://diabetesportalen.se/foerdjupning/diabetes-olika-sjukdomar-med-likheter-och-saerdrag/en-vaerldsomspraennande-epidemi/>

Ericson, E., & Ericson, T. (2013) Vård vid diabetes mellitus. *Medicinska sjukdomar*. (s.545-590) 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.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur AB.

- Henricson, M. (2012). Diskussion. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 471-478). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hernandez-Tejada, M., Campbell, J., Walker, R., Smalls, B., Davis, K., & Egede, L. (2012). Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14(7), 630-634.
- Hsu, C., Lee, C., Wahlqvist, M., Huang, H., Chang, H., Chen, L., & ... Cheng, J. (2012). Poverty increases type 2 diabetes incidence and inequality of care despite universal health coverage. *Diabetes Care*, 35(11), 2286-2292 7p.
- Hu, J., Gruber, K. J., Liu, H., Zhao, H., & Garcia, A. A. (2013). Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(1/2), 51-60 10p.
- Isaksson, U., Hajdarevic, S., Abramsson, M., Stenvall, J., & Hörnsten, Å. (2015). Diabetes empowerment and needs for self-management support among people with type 2 diabetes in a rural inland community in northern Sweden. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 29(3), 521-527 7p.
- Kahn, S. E., Cooper, M. E., & Del Prato, S. (2014). Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future. *Lancet*, 383(9922), 1068-1083.
- Lidén, E. (2014). Omvårdnadens institutionella inramning. I Ehrenberg, A. & Wallin, L. (Red.). *Omvårdnadens grunder - Ansvar och utveckling*. (s.135-166). Lund: Studentlitteratur AB.
- Meetoo, D., McGovern, P., & Safadi, R. (2007). Diabetes mellitus. An epidemiological overview of diabetes across the world. *British Journal Of Nursing*, 16(16), 1002-1007.
- Pradeepa, R., Prabhakaran, D., & Mohan, V. (2012). Emerging economies and diabetes and cardiovascular disease. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14S59-67.
- Rabbitt, A., & Coyne, I. (2012). Childhood obesity: nurses' role in addressing the epidemic. *British Journal Of Nursing*, 21(12), 731-735 5p.
- Robertson, C. (2012). The role of the nurse practitioner in the diagnosis and early management of type 2 diabetes. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 24225-233.
- Shaya, F. T., Chirikov, V. V., Howard, D., Foster, C., Costas, J., Snitker, S., & ... Kucharski, K. (2014). Effect of social networks intervention in type 2 diabetes: a partial randomised study. *Journal Of Epidemiology & Community Health*, 68(4), 326-332 7p.
- Shen, H., Edwards, H., Courtney, M., McDowell, J., & Wu, M. (2012). Peer-led diabetes self-management programme for community-dwelling older people in China: study protocol for a quasi-experimental design. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(12), 2766-2777 12p.
- Stubbs, M. (2007). Empowerment in middle-aged people with diabetes: the importance of working relationships. *Journal Of Diabetes Nursing*, 11(5).

Bilagor

Bilaga 1

Consent

I am informed that the interview is voluntary and will be used as material for a bachelor thesis and I hereby give my consent to it.

The interviewee's signature:

Date:

I am informed about the interview being recorded and I hereby give my consent to it.

The interviewee's signature:

Date:

Bilaga 2

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Folkets medvetenhet om hälsa är större. Folk är mer uppmärksamma på sin hälsa och medverkar vid fler kontroller.	Större medvetenhet. Mer uppmärksamma på hälsa.	Medvetenhet		
Vårt folk är mer uppmärksamt på sin hälsa, många går på sina kontroller, upptäcker då fler fall av diabetes.	Går på kontroller. Kan upptäcka diabetes.			
Antalet patienter som fått diagnosen är fler än förut.	Fler diabetespatienter.			
I Kina finns de fler äldre så frekvensen av diabetes ökar, vi blir äldre och äldre.	Fler äldre, mer diabetes.	Förekomst	Ökad uppmärksamhet och förbättrad sjukvård	
I Kina har den medicinska nivån utvecklats mer och mer	Högre medicinsk nivå.			
Fler doktorer i Kina uppmärksammar screening av diabetespatienter	Doktorer mer uppmärksamma.			
För tjugo år sedan fanns inte tillräckligt med kunskap eller utrustning, nu när vi har det upptäcker vi mer diabetes.	Bättre kunskap och utrustning.	Sjukvård		
Den medicinska tekniken har avancerat vilket gör att fler diabetes patienter upptäcks.	Avancerad medicinsk teknik.			
Vi har mer pengar och större chanser att äta ute.	Råd att äta ute.	Levnadsstandard		
Kinas ekonomiska nivå är högre än innan vilket gör att levnadsstandarden också ökar.	Levnadsstandarden ökar i takt med Kinas ekonomi			
Vår livsstil har förändrats, t.ex. äter fler och fler mer kött.	Livsstilsförändring, äter mer kött.			
Vi äter inte en rimlig mängd och inte regelbundet, vi äter kanske två gånger om dagen.	Äter orimlig mängd och oregelbundet.	Kostförändring		
Nu när livet blir bättre och bättre äter fler på ställen som Mc Donalds och KFC.	Fler äter skräpmat.			
På grund av utvecklingen i vårt samhälle med mer kött och skräpmat så uppstår övervikt och fetma som är riskfaktorer för diabetes.	Mer skräpmat ger övervikt och fetma, risk för diabetes.	Övervikt och fetma	Livsstil och levnadsstandard	Orsaker till diabetesutvecklingen i Kina
Fler och fler blir feta, de äter mycket mat och tycker inte om att motionera så då får fler och fler diabetes.	Fler blir feta, fler får diabetes.			

Vi tränar mindre än innan och fler jobbar på kontor vilket gör att de inte tränar tillräckligt.	Vi tränar mindre, stillasittande jobb.			
Vi tränar mindre för det finns nya sätt att underhålla oss på, t.ex. surfa online och använda Ipaden.	Ny underhållning, mindre träning.	Motion		
Pressen från vårt arbete är större, vi sover sent och jobbar över våra arbetstider.	Större press från arbetet.			
Pressen från vårt arbete och i våra liv påverkar den psykiska hälsan och det psykologiska påverkar metabolismen.	Pressen från arbetet och livet påverkar den psykiska hälsan.			
Människor är upptagna med jobbet och har inte tid med undersökningar eller kontroller.	Har inte tid för kontroller.	Arbetsbörda		
Kanske är det någonting med föroreningen i omgivningen kanske är det är det associerat med diabetes.				
Miljöföroreningar, för miljön kanske är associerat med diabetesproblem.				
Miljöföroreningar är associerat med cancer och lungsjukdomar och kan kanske associeras med diabetes.	Kanske är föroreningar associerat med diabetes.	Föroreningar	Omgivning och miljö	
Många har kunskap om diabetes men ändrar inte sitt beteende så vi som sjuksköterskor borde hjälpa dem med det.	Sjuksköterska bör hjälpa patient att ändra sitt beteende.			
Som diabetesutbildare är det vi gör mest att hjälpa patienten ändra beteende och etablera en hälsosam livsstil.	Hjälpa patienten etablera en hälsosam livsstil.	Livsstilsförändring		
Beroende på diabetes patientens dagliga liv gör vi en motionsplan för patienten.	Motionsplan för patienten.			
Ge råd om kostvanor, kontrollera kaloriintag per dag, äta mer hälsosamt, mer grönt, mindre ris och mer fibrer.	Råd om kostvanor.			
Förmedla vår kunskap om diabetes inkluderat kost, motion och hur de håller koll på sitt blodglukos.	Förmedla kunskap.			
Vi kommer ge dom utbildning om kost, träning och blodglukoshantering och berätta hur de ska hantera sitt blodglukos.	Utbildning om kost, motion och blodglukoshantering.			
Om patienten motionerar men blodglukoset inte blir bättre ger vi råd om mediciner, t.ex. insulin och vi utbildar honom om medicinen.	Råd och utbildning om mediciner.	Råd och utbildning	Vikten av hälsosam livsstil	Patientutbildning

Diabetes är en progressiv sjukdom så patienten behöver träffa läkare och sjuksköterska regelbundet för kontroller.	En progressiv sjukdom, regelbundna kontroller.			
Diabetes är en kronisk sjukdom som kan kontrolleras, gör vi inte det kan komplikationer uppstå. Råd ges till patienten att vara uppmärksam på sitt blodglukos och ev. förändringar.	Kronisk sjukdom som kan kontrolleras. Uppmärksamhet på blodglukos och förändringar.			
Ge information om diabetes och att den inte går att bota men att den går att kontrollera.	Går att kontrollera men inte att bota.	Information om sjukdomen		
Vi guidar patienterna och lär dem övervaka sitt blodglukos.	Guida patienterna.		Information och professionellt stöd	
Råder patienten att kommunicera med sjuksköterska och läkare om han eller hon har några svårigheter.	Råder patienten att kommunicera svårigheter.	Guidning		
Vi råder dem att medverka i STDM, ett program där vi kan följa våra diabetespatienter så att vi kan hjälpa dem kontrollera sin diabetes.	Råd om att gå med i program för uppföljning.			
Om patienten har prediabetes kommer de få råd att medverka i vårt hanteringsprogram, vi kommer hjälpa dem att inte bli diabetiker.	Preventivt arbete för patienter med prediabetes.			
Online har vi också en webchat på STDM så att de kan kommunicera med oss och få information där.	Onlinechat för kommunikation.	Uppföljningsprogram	Avdelningens mätinstrument	
Det finns de som inte har tillräckligt med pengar för att betala för sjukvården.	Inte råd att betala för sjukvård.			
De kanske vet att de borde göra en undersökning men de har inte råd.	Inte råd att gå på kontroller.			
Hon brydde sig inte när hon fick diabetes men när sjukdomen har gått långt vill hon kontrollera den men har inte råd då.	Inte råd att ta hand om komplikationer.			
Vår regering borde uppmärksamma att många patienter inte har råd med sina medicinska utgifter och delvis ge ekonomiskt stöd till dessa patienter.	Regeringen borde ge ekonomiskt stöd för de som inte har råd.	Ekonomi		
Fördelningen av sjukvård är inte jämn, den varierar mellan olika städer och i en by eller på landet finns inte tillräcklig tillgång till sjukvård.	Ojämn fördelning av sjukvård i landet.	Tillgänglighet	Sjukvård på olika villkor	
Vissa äldre personer tror på kinesisk läkekonst, de får fel råd och kommer inte till sjukhuset.	Kinesisk läkekonst, fel råd.	Okunskap	Etablerade föreställningar	Utmaningar

Folk i samhället saknar kunskap om diabetes.	Kunskap saknas.			
Vissa patienter lyssnar inte, de gör inte som vi säger, som t.ex. vi säger att de måste sluta röka men de gör det inte.	Patienter lyssnar inte på vad vi säger.			
Hon tänker att det inte spelar någon roll om hon kontrollerar sin diabetes, hon vill leva det livet hon vill.	Tänker att det inte spelar någon roll.			
Vissa patienter tror efter de har fått diagnosen diabetes att de kan fortsätta leva som tidigare, att de kan göra vad de vill, de tror inte att diabetes kan påverka deras liv.	Patient som fått diagnos tror de kan leva som tidigare.	Attityder		
Har patienten svårigheter med sin diabeteskontroll kommer vi hitta nya metoder för att hjälpa dom kontrollera sin diabetes.	Individuella metoder för varje patient.			
Han kanske vill ha kontroll men vet inte hur. Vi kommer utbilda patienten och då kommer han kanske vidta åtgärder för att kontrollera sin diabetes.	Utbildning för att hjälpa patienten vidta åtgärder.			
Vi berättar för patienten att sjukdomen inte kommer påverka det dagliga livet om han kontrollerar sitt blodglukos bra.	Påverkar inte det dagliga livet om man är noga med kontroller.	Individuella samtal		
Tillsammans med patienten sätta upp mål, t.ex. viktmål eller sluta röka och nästa gång om han nått målet så sätter vi upp ett nytt mål.	Sätter upp mål tillsammans med patienten.			
Berätta om blodglukosvärdet som han borde uppnå, sätta upp ett mål och berätta hur han kan nå målet och stärka och uppmuntra patienten.	Sätta upp mål för blodglukosvärdet.	Målsättning		
Vi ger exempel där diabeteskontrollen varit bra och där komplikationer minskade eller inte uppstod alls.	Ger goda exempel.			
Om patienten vill kontrollera sin diabetes kommer vi uppmuntra honom att fortsätta med det.	Uppmuntra patienten.			
Vi utbildar dem om sin diabetes och hjälper dem att ha fortsatt självförtroende.	Utbildar och ger självförtroende.	Positiv feedback	Stärka individen	
Samla patienter så de kan dela erfarenheter, det kanske kan ge de bättre självförtroende.	Delade erfarenheter kan ge <u>bättre</u> självförtroende.			
Vi låter patienterna utbilda varandra. Det blir en inbördes utbildning som stärker patientens självförtroende.	Låter patienter utbilda varandra, ökat självförtroende.	Gruppstöd	Sociala resurser	Empowerment

Vi samlar flera patienter med diabetes till ett möte där de får information om kost och motion, vi går till parken eller åker till affären för att lära dom vad de ska handla.	Samla patienter, gå till parken eller till affären.			
Vi kommer vara uppmärksamma på patientens familjemedlemmar, även informera dem om kost, motion och vikten av en hälsosam livsstil så att inte de får diabetes i framtiden.	Uppmärksamma på familjen så de inte får diabetes i framtiden.			
Vi pratar med patientens familj om vikten av att familjemedlemmarna kan hjälpa patienten att kontrollera sin sjukdom.	Familjemedlemmar kan hjälpa patienten.	Familjestöd		