

Att leva med diabetes typ-2

En kvalitativ studie om hur personer med typ-2 diabetes
upplever vardagen och bemötandet inom vården

Charlotte Snickars & Johan Östman

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2022

EXAMENSARBETE

Författare: Charlotte Snickars och Johan Östman

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Rika Levy-Malmberg

Titel: Att leva med diabetes typ-2. En kvalitativ studie om hur personer med typ-2 diabetes upplever vardagen och bemötandet inom vården.

Datum: 28.10.2022

Sidantal: 38

Bilagor: 3

Abstrakt

Diabetes hör till en av våra vanligaste folksjukdomar i Finland. Under de senaste decennierna har diabetes ökat i betydande utsträckning runt om i världen. I vår studie har vi valt att fokusera oss på de personer som har diabetes typ-2. Syftet med denna studie var att genom en kvalitativ intervjustudie skapa mera förståelse och kunskap om hur vardagen påverkas av att ha diabetes typ-2. Vi har även i vår studie varit intresserade att få veta hur bemötande inom vården har varit hos dem med diabetes typ-2. Datainsamlingsmetoden som vi har valt bestod av en semistrukturerad intervju, där sju informanter deltog. Informanterna var i åldern 31–90, Informanterna hade haft diagnosen diabetes i mellan 2–30 år. Vi har i denna studie valt att ha Dorothea. E. Orems teori om egenvård som teoretisk utgångspunkt. I resultatet framkom det att majoriteten ansåg att livskvaliteten förbättrats sedan de fått diagnosen. Minoriteten medgav att deras livskvalitet försämrats, på grund av olika begränsningar som kommer emot i vardagen. Bemötandet inom vården har mestadels varit positivt. Ett fåtal av informanterna ansåg att det fanns saker att förbättra och utveckla inom diabetesvården.

Språk: Svenska

Nyckelord: Diabetes typ-2, livskvalitet, bemötande

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Charlotte Snickars ja Johan Östman

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidtaja, Vaasa

Ohjaaja: Rika Levy-Malmberg

Nimike: Elää tyyppi 2 diabeteksen kanssa. Laadullinen tutkielma tyyppi 2 diabetesta sairastavien arkikokemuksista ja kohtelusta terveydenhuollossa.

Päivämäärä: 28.10.2022 Sivumäärä: 38

Liitteet: 3

Tiivistelmä

Diabetes on yksi Suomen yleisimmistä kansantaudeista. Viime vuosikymmeninä diabetes on lisääntynyt merkittävästi ympäri maailmaa. Tutkimuksessamme olemme päättäneet keskittyä tyyppi-2 diabetesta sairastaviin henkilöihin. Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä laadullisen haastelututkimuksen avulla ymmärrystä ja tietoa siitä, millaisen kohtelun tyyppi-2 diabetes vaikuttaa jokapäiväiseen elämään. Tutkimuksessamme olimme myös kiinnostuneita siitä, millaisen kohtelun tyyppi-2 diabetesta sairastavat ovat saaneet terveydenhuoltojärjestelmässä. Valitsemamme tiedonkeruumenetelmä oli puolirakenteellinen haastattelu, johon osallistui seitsemän tiedonantajaa. Tiedonantajat olivat iältään 31–90-vuotiaita, ja heillä oli ollut diabetes diagnoosi 2–30 vuotta. Tutkimuksessa olemme valinneet Dorothea. E. Oremin teorian itsehoidosta teoreettisena lähtökohtana. Tutkimuksemme tulokset osoittavat, että enemmistö potilaista koki elämänlaatunsa parantuneen sen jälkeen, kun heillä todettiin olevan diabetes. Vähemmistö myönsi, että heidän elämänlaatunsa on heikentynyt erilaisten, jokapäiväisessä elämässä esiintyvien rajoitusten vuoksi. Terveydenhuoltojärjestelmässä kohtelu on ollut enimmäkseen myönteistä. Muutamia tiedonantajia olivat sitä mieltä, että diabeteksen hoidossa on asioita, jota voisi vielä parantaa sekä kehittää.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Diabetes tyyppi-2, elämänlaatu, kohtelu

BACHELOR'S THESIS

Author: Charlotte Snickars and Johan Östman

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Rika Levy-Malmberg

Title: To live with diabetes type 2. A qualitative study on how people with type 2 diabetes experience everyday life and the treatment in healthcare.

Date: 28.10.2022 Number of pages: 38

Appendices: 3

Abstract

Diabetes is one of our most common widespread diseases in Finland. In recent decades, diabetes has increased significantly around the world. In our study, we have chosen to focus on people who have diabetes type 2. The aim of this study was to through a qualitative interview study, create more understanding and knowledge about how everyday life is affected by having diabetes type 2. In our study, we were also interested in finding out how the care in healthcare facilities has been for those with type-2 diabetes. The data collection method that we have chosen consisted of a semi-structured interview, in which seven informants participated. The informants were aged 31 – 90, and the informants had been diagnosed with diabetes for between 2 – 30 years. In this study, we have chosen to have Dorothea. E. Orem's theory of self-care as a theoretical starting point. The results showed that the majority felt that the quality of life had improved since they received the diagnosis. The minority admitted that their quality of life has deteriorated, due to various limitations encountered in everyday life. The care in healthcare facilities has mostly been positive. A few of the informants felt that there were things to improve and develop in diabetes care.

Language: Swedish

Key words: Diabetes type 2, quality of life, reception

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Typ 1-diabetes.....	2
2.2	Typ 2-diabetes.....	2
2.2.1	Regelbundna kontroller.....	5
2.2.2	Följsjukdomar.....	8
2.3	Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA).....	9
2.4	Maturity Onset Diabetes in Young (MODY).....	9
2.5	Graviditetsdiabetes.....	10
2.6	Komplikationer med diabetes.....	11
2.6.1	Neuropati.....	11
2.6.2	Mikrovaskulära komplikationer.....	12
2.6.3	Ketoacidosis.....	13
2.6.4	Provtagning.....	14
2.6.5	Målet med vården och vårdåtgärder.....	14
2.6.6	Behandling.....	14
3	Teoretisk utgångspunkt.....	15
3.1	Teorin om egenvård.....	15
3.1.1	Egenvårdsbehov enligt Orem.....	16
3.2	Teorin om egenvårdsbrist.....	16
3.3	Teorin om omvårdnadssystem.....	17
3.3.1	Egenvårdsåtgärder enligt Orem.....	18
4	Syfte och frågeställningar.....	18
5	Metod.....	18
5.1	Kvalitativ forskningsmetod.....	19
5.2	Urval av informanter.....	19
5.3	Semistrukturerad intervju.....	19
5.4	Etiska överväganden.....	20
6	Resultat.....	21
6.1	Diagnostisering av diabetes.....	22
6.1.1	Symtom.....	23
6.2	Behandling av diabetes.....	23
6.2.1	Erfarenheter av behandlingen.....	24
6.3	Vardagslivet hos en person med diabetes.....	25
6.3.1	Begränsningar i vardagen.....	26
6.4	Bemötandet i vården.....	26
6.4.1	Sjukskötarens roll.....	27

7	Diskussion.....	27
7.1	Metoddiskussion.....	27
7.1.1	Tillförlitlighet och objektivitet	28
7.2	Resultatdiskussion.....	29
7.3	Slutsats	31
8	Källförteckning.....	32
9	Bilagor.....	39

1 Inledning

Diabetes är en kronisk sjukdom som kännetecknas av förhöjda nivåer av blodsockret. Om man under en längre tid har högt blodsocker kan man få skada på hjärtat, blodkärlen, ögonen, njurarna och nerverna. Den vanligaste formen av diabetes är typ 2, som främst drabbar vuxna. De senaste 30 åren har förekomsten av diabetes typ 2 ökat betydligt i alla länder runt om i världen. Ungefär 422 miljoner människor har diabetes, varav den största delen är bosatta i låg- och medel-inkomstländer. 1,6 miljoner dödsfall kan kopplas till diabetes varje år. (WHO, 2021). I Finland beräknades 9 % av hälsovårdskostnaderna vara diabetesvård. I Europa är det runt 18 %. (THL, 2021). Diabetes är en folksjukdom i Finland. Typ-1 diabetes är vanligare i Finland jämfört med andra länder i världen (Tarnanen, o.a., Duodecim, 2018).

År 2020 gjordes en studie där man undersökte hur många dödsfall som är relaterade till diabetes i åldern 20 – 79 år. De använde sig av observationsstudier och WHO:s statistik. Studien jämförde olika länder samt beaktade kön och åldern på informanterna. Ungefär 4,2 miljoner dödsfall i åldern 29 – 70 år är relaterade till diabetes. Man räknar med att diabetes står för 11,3 % av alla dödsfall runt om i världen. I mellanöstern och norra Afrika är mortaliteten störst. De som dör av diabetes i Afrika är yngre än 60 år. Mortaliteten i Afrika är ungefär 73 %, medan i Europa är det cirka 31 %. En av nio dödsfall i världen i åldern 20 – 79 år är relaterade till diabetes (Saeedi, o.a., 2020).

Vi har valt att studera diabetes i detta arbete eftersom det är en sjukdom som blir allt vanligare i vårt samhälle. Diabetesfallen ökar varje år och det är viktigt att man upptäcker sjukdomen så att de insjuknande kan få rätt vård i god tid för att förebygga och förhindra eventuella komplikationer. Man strävar efter att diabetikerna ska kunna få leva ett normalt liv som möjligt. Redan att gå ner i vikt, äta hälsosam kost och motionera regelbundet minskar risken att drabbas av typ-2 diabetes med hela 60 % (Diabetesförbundet, 2015).

Diabetes har väckt intresse hos oss eftersom vi själva har anhöriga med diabetes. På praktik- och arbetsplatserna träffar man alltid patienter med någon slags form av diabetes. Vi är fascinerade av komplikationerna, det vill säga vad som händer i kroppen hos diabetikerna då sjukdomen fortskrider. Som blivande sjukskötare är det också viktigt att man har god kunskap om diabetes, som till exempel symtom, behandling och förebyggande åtgärder. Det är betydelsefullt att studera om diabetes, eftersom sjukdomen varierar i olika åldrar och drabbar människor runt hela världen. Desto mera forskning och studier som görs om

diabetes, desto mera kunskap om sjukdomen. Detta kan också underlätta för diabetikerna, som kan få ökad förståelse i sin sjukdom.

2 Bakgrund

I Finland har en halv miljon människor diabetes. Ungefär 80 % av dem har typ 2-diabetes. Den andra vanliga formen av diabetes är typ 1, som står för ungefär 10 %. Det finns också andra former av diabetes, men de är mera sällsynta. (Terveyskylä, 2019)

Då en person insjuknar i diabetes så kan man klarlägga den rätta diabetestypen med hänsyn till personens symtom, åldern då de insjuknar, sjukdomsbild, släkthistoria och blodprov. Man beaktar också hur personen påverkas av behandlingen. Man kan också genomgå en antikroppsundersökning av blodet eller så kan man undersöka hur bukspottskörteln utsöndrar insulin. (Terveyskylä, 2019). Man kan även göra en glukosbelastning. Patienten dricker en glukoslösning. Man tar sedan blodprover efter en timme för att utvärdera hur glukosnivån utvecklas.

2.1 Typ 1-diabetes

Typ 1-diabetes innebär att kroppens egen insulinproduktion upphör helt eller delvis. Det är en autoimmun sjukdom, vilket innebär att kroppens immunförsvar attackerar de egna insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln. Vanliga symtom är polyuri, törst, trötthet och viktförlust. Symtomen kommer snabbt. Typ 1-diabetes behandlas med insulintillförsel hela livet, antingen via injektioner eller med hjälp av en pump. Personer med typ-1 diabetes bör mäta blodsockret regelbundet och räkna ut kolhydraterna i livsmedlen så att insulindoserna blir korrekta. (Diabetesförbundet, 2017)

2.2 Typ 2-diabetes

Vid *typ 2-diabetes* kan bukspottskörteln fortfarande producera insulin men mängden är inte tillräcklig för kroppens behov. Insulinproduktionen ökar inte efter måltid då blodsockret stiger. Vävnaderna har också svårt att ta emot det insulin som redan finns, vilket i sig innebär att det behövs mera insulin än vad kroppen vanligtvis skulle ha behov av. Symtomen är polyuri, törst och trötthet. Diabetes typ-2 kommer mer smygande än vad typ- 1 gör. Behandlingen är i första taget vikttnedgång, vardagsmotion och koständringar. Ungefär en tredjedel behöver ändå behandling via tabletter eller injektioner. Typ 2-diabetes är ett

metabolt syndrom, vilket betyder att sjukdomen är en störning i ämnesomsättningen. (Terveyskylä, 2019)

Typ 2-diabetes är en progressiv sjukdom. Sjukdomens utveckling kan påverkas genom livsstilsfaktorer och läkemedelsbehandling. Behandlingen handlar om mera än blodsockerkontroll. Diabetes påverkar flera organ i kroppen, vilket innebär att det är betydelsefullt att se sjukdomen ur ett helhetsperspektiv. Hjärt- och kärlsjukdomar är den mest avgörande faktorn till morbiditeten och mortaliteten hos diabetiker. Diabetesbehandlingen ska granskas med jämna mellanrum (Insulin.se, 2021).

Kostrekommendationer för de med diabetes är den samma som för alla andra människor, alltså att följa tallriksmodellen. Det är viktigt att man får i sig tillräckligt med fullkornsmjöl och grönsaker, samt undviker socker och produkter som innehåller vitt mjöl. Angående fett är rekommendationen den att endast inta lite av margarin och i stället smör som innehåller vegetabiliska oljor. Det är även bra om man kan använda så lite salt som möjligt och undviker rikliga mängder alkohol. Kyckling, baljväxter, fisk och mjölkprodukter är några förslag på goda proteinkällor. När det gäller rött kött är rekommendationen inte mera än ett 500 gram i veckan (Tarnanen, Tuomi, Meinander, & Finska Läkaresällskapet, 2018).

I Kina 2018 gjordes en studie där man jämförde personer med diabetes typ-2 baserad på deras diet val. I Kina rekommenderade man främst en diet med låga halter av fett (LFD) åt personer med diabetes typ-2 för att förbättra blodsockervärdena. I länder som England och USA har det framkommit att en så kallad låg kolhydrats diet (LCD) har visats vara effektiv för att förbättra blodsockervärdena. (Wang, o.a., 2018)

Sammanlagt 56 personer med diabetes typ-2 var uppskrivna att delta i den tre månader långa uppföljningen var av 49 av dem slutförde hela studien. Det som framkom från studien var den att båda dieterna minskade på behovet av insulin. Efter tre månaders långa uppföljningen visade det sig att HbA1c-värdet hade minskat med 0,63% hos dem med låg kolhydrats diet och hos dem med låg fet diet minskade HbA1c-värdet med 0,31%. Man kan från studien dra slutsatsen att en låg kolhydrats diet har en större påverkan på att förbättra blodsockervärdena än vad en låg fet diet har (Wang, o.a., 2018).

Angående vikten är det även viktigt att man försöker hålla en god balans mellan hur mycket kaloriintaget är jämfört med hur mycket man förbränner. För att underlätta detta kan det vara bra att få in regelbundna måltider än endast 1–2 stora måltider per dag. De diabetikerna med övervikt kan med hjälp av att gå ner i vikt, få en bättre sockerbalans och även minska på

nödvändigheten av att använda diabetesläkemedel. (Tarnanen, Tuomi, Meinander, & Finska Läkaresällskapet, 2018)

Hos människor med diabetes typ-2 är det viktigt att man regelbundet motionerar och är dagligen fysiskt aktiv. Daglig motion är en central del av att hålla vikten under kontroll, men ger även upphov till att förbättra och bibehålla goda blodsockervärden. Fysisk aktivitet påverkar också positivt på kolesterolvärdena och sänker blodtrycket. Att hålla i gång dagligen är även bra för att få hälsosamma vardagsrutiner. (Tarnanen, Tuomi, Meinander, & Finska Läkaresällskapet, 2018)

Våren 2022 gjordes en studie där man ville ta reda på effekten av träning på löpband. Det man främst ville jämföra var om träningen bidrog positivt till att förbättra metabolismen och höja D-vitaminnivåerna, i studien fokuserade man på patienter i Saudiarabien med diabetes typ-2. Sammanlagt 110 patienter med diabetes typ-2 deltog frivilligt i studien, av dem delade man upp dem i två grupper: diabetesstudie- och diabeteskontrollgruppen. Studiegruppen var den grupp som skulle delta i ett träningsprogram på 12 veckor som bestod av träning på löpband. Labb prover togs från bägge grupperna före och efter träningsprogrammet var klart (Ahmad, o.a., 2022).

Resultatet från studien var att hos diabetesstudiegruppen fanns det en tydlig förhöjning av D-vitaminnivåer och även förbättrat kolesterolvärde (HDL) efter träning. Det framkom även en tydlig sänkning på HbA1C- och LDL-kolesterolvärdena. Från studien kan man dra slutsatsen att efter 12 veckors träningsprogram förbättrar metabolismen och ökar D-vitaminnivåerna (Ahmad, o.a., 2022).

Gällande rusmedel är det viktigt att så tidigt som möjligt sluta röka. Man bör även ha ett så litet intag av alkohol som möjligt. Alkohol innehåller rikligt med energi samt konsumerar man mycket alkohol ökar man chansen för att få för lågt blodsocker. Ett stort intag av alkoholdrycker höjer också blodtrycket. Andra bakomliggande faktorer till att insjukna i diabetes typ-2 är att den är även en ärftlig sjukdom. Detta betyder att även fast man håller goda kost och motionsvanor kan man fortfarande drabbas av diabetes typ-2 (Insulin.se, 2021).

En studie som gjorts i Sverige, där man ville få fram om det fanns samband mellan ärftlighet och förekomst av diabetes typ-2 hos svenskar födda i Irak jämfört med svenskar födda i Sverige. I studien deltog personer födda i Irak samt Sverige. Alla deltagare bor i Malmö och var i åldern 30–75. Deltagarna genomgick en noggrann hälsoundersökning som bestod av

bland annat glukosbelastning oralt, blodprover på fastande mage samt längd och vikt. Efter hälsoundersökningarna fick de även svara på frågeformulär där de skulle berätta om deras egna levnadsvanor som kost och motion. Till frågeformuläret hörde det även till att berätta om deras bakgrund, till exempel förekomsten av diabetes i släkten (Bennet, o.a., 2015).

Av de malmöbor som fick förfrågan, ifall de ville delta i studien svarade 40% jakande. I studien deltog 1398 personer som var födda i Irak och 757 som var födda i Malmö. Resultatet från studien visade att diabetes typ-2 var dubbelt så vanligt hos dem som var födda i Irak 11,6% jämfört med personer som var födda i Sverige 5,8%. Förekomsten av diabetes visade sig också öka desto äldre deltagarna blev hos de som var födda i Irak. I studien visade sig också att förekomsten av diabetes typ-2 uppgick över 30% i denna grupp vid 60 års ålder (Bennet, o.a., 2015).

2.2.1 Regelbundna kontroller

Regelbundna kontroller för diabetes är avgörande för att förebygga komplikationer. Diabetes är en fortskridande sjukdom som innebär att man har en större chans att utveckla tillstötande sjukdomar på kort och lång sikt. Behandlingen av diabetes består av tre viktiga saker: blodsockerkontroll, kolesterolkontroll och blodtryckskontroll. I sjukvården får diabetikerna åka på kontroller, till exempel till en diabetesskötare. Vid dessa kontroller bedömer man bland annat: kostvanor, motionsvanor, blodsockernivåer, längd och vikt, blodtrycket, långtidsblodsockret HbA1c, blodprov och urinprov samt uppföljning av läkemedelseffekten. (Halldin, Netdoktor, 2019)

6 – 12 månaders mellanrum:

- Vikt, blodtryck, motion och levnadsvanor
- Kontroll av ben och fötter
- Verkställandet av egenvård
- HbA1C, hypoglykemi

(Halldin, Netdoktor, 2019)

HbA1C, eller långtidsblodsockret, visar hur mycket glukos som har fastnat på hemoglobinet i de röda blodkropparna. HbA1c ger information om blodsockernivån för de senaste veckorna. Värdet är ett medelvärde från dem här veckorna, och berättar ingenting om hur mycket blodsockret varierar, till exempel från dag till dag. Om HbA1c är högt, innebär det att blodsockret har varit högre än vad man önskar att det ska vara.

Hos människor med diabetes ligger HbA1c runt 20 – 42 mmol/mol. Då en person har diabetes påverkas värdet av många faktorer, till exempel av behandlingen. För vissa personer med insulinbehandlade diabetiker är målet 53 – 64 mmol/mol. Risken att utveckla komplikationer ökar kraftigt då HbA1c värdet är 64 mmol/mol eller högre. (Diabetesförbundet)

Ett högt HbA1c-värdet har inom den senaste tiden börjat räknas som en riskfaktor för att utveckla kardiovaskulära komplikationer. Fortsättningsvis finns det inte många studier där man undersökt sambandet mellan dessa två, trots att man vet att ett högt HbA1c värde kan öka risken för komplikationer hos diabetiker. År 2022 gjordes en studie där man undersökte sambandet mellan HbA1c och kardiovaskulära komplikationer. I forskningen undersökte man över 100 000 personer med typ 2 diabetes, men som inte ännu hade drabbats av några komplikationer. I undersökningen ville man kontrollera sambandet mellan olika diabeteskomplikationer och HbA1c-värdet. Resultatet i undersökningen var att diabetiker med HbA1c-värdet 53 mmol/l eller högre hade en mycket större chans att utveckla kardiovaskulära komplikationer, till exempel stroke och hjärtattack. Personer med värdet 53 mmol/l eller lägre hade även en risk att drabbas, men de hade inte lika stor chans som de personer som hade värdet 53 mmol/l eller högre. (Ceriello, o.a., 2022)

Diabetiker kan även drabbas av hypoglykemi, vilket innebär att blodsockret är under 4 mmol/l. Personer med diabetes drabbas oftast av detta på grund av en för stor insulindos. Hypoglykemi förekommer oftare hos patienter med typ-1 diabetes än hos typ-2. Det är viktigt att lära sig känna igen symtomen, så att man vet vad man ska göra då det händer. (Diabeteshuset, Terveyskylä, 2019).

Symtom på hypoglykemi är bland annat hunger, svindel, huvudvärk, blekhet, darrningar eller humörsvängningar. Symtomen kan även kallas för adrenalinsymtom eller insulinkänningar (blodsockret är runt 3,3 – 3,5 mmol/l). Dessa symtom kommer först. Om blodsockret fortsätter att sjunka (runt 2,5 mmol – 2,8 mmol/l) utvecklas nervsymtom. De uppstår på grund av att cellerna i centrala nervsystemet inte får glukos som näring. Personen kan då få förvirring, domningar, dubbelseende, kramper eller bli medvetslös. (Diabeteshuset, Terveyskylä)

Årligen:

- Munhälsa
- Blodbild
- Körhälsa
- Njurarnas status (Krea, eGFR, U-AlbKrea)

(Halldin, Netdoktor, 2019)

Ett av de första symtomen som utvecklas vid njursjukdom hos diabetiker är protein i urinen, albuminuri. Vissa diabetiker kan även tidigt drabbas av nedsatt GFR, så kallad glomerulär filtrationshastighet. GFR innebär den volym primär urin som filtrerar bort plasma genom njurarna. GFR ska ligga runt 100 ml/min hos en vuxen frisk människa. GFR räknar man ut med hjälp av kreatinin-värdet. Då proteinet i urinen ökar så försämras njurfunktionen. I värsta fall kan detta leda till svår njursjukdom, som kan kräva att patienten får dialys genom en konstgjord njure. Hos patienter med typ 2 diabetes utsöndras protein i urinen hos ungefär 18 procent då diabetessjukdomen upptäcks. Efter 10 år ökar albuminurin till 20 till 35 procent. Man kan få bort proteinet ur urinen om blodsockret och blodtrycket hålls på en god nivå. (Tarnanen, Metsärinne, Niskanen, Komulainen, & Finska Läkaresällskapet, 2020)

Med 1 – 3 års mellanrum:

- ALAT, blodfetter
- Syn, ögonbottenavbildning
- EKG, fysisk prestationsförmåga

(Halldin, Netdoktor, 2019)

I en artikel som publicerades år 2007 framkom en studie som gjordes av The UK Prospective Diabetes Study där lades fram att en regelbunden blodtryckskontroll hade en fördel i förebyggandet av kardiovaskulära komplikationer. Hos en patient med för högt blodtryck och diabetes typ 2 kunde en sänkning på redan 10 mmHg systoliskt tryck associeras med en 12% reducering av risken för några komplikationer relaterade till diabetes. Det framkom även att hålla ner det systoliska trycket bidrog med en 11 % minskning för att få hjärtinfarkter och 13 % lägre chans för mikrovaskulära komplikationer (Lago;Singh;& Nesto, 2007).

2.2.2 Följdsjukdomar

Dödsfall hos diabetiker beror oftast på hjärt- och kärlsjukdomar. Diabetiker har två till fyra gånger större chans att insjukna i hjärt- och kärlsjukdomar. Ungefär 50 % får hjärtinsufficiens, medan 40 – 60 % kan få hjärtflimmer. Detta beror på att små och stora kärl i hjärtat förändras. Kärlen utsätts för skador och plackbildning som orsakar ateroskleros. För att förebygga hjärt- och kärlsjukdomar bör man hålla en bra blodsockerbalans samt ha goda livsstilsvanor. Vid behov kan medicin påbörjas för till exempel blodtrycket eller kolesterolet. Diabetiker bör gå på regelbundna kontroller där man mäter blodtryck, puls samt tar blodprover för att kolla blodets fettvärden samt hur njurarna fungerar. (Tarnanen, o.a., Duodecim, Terveyskirjasto, 2018)

Njursjukdom eller nefropati, är även en vanlig följsjukdom vid diabetes. Upp till 40 % av de med typ-2 diabetes utvecklar njursjukdomar. Man upptäcker oftast njursjukdomen vid undersökning av urinen, eftersom urinen då innehåller äggviteämnen (mikroalbuminuri). Det utgör en riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar. Njursjukdomar är oftast symtomfria i början, därför är det viktigt att följa upp njurfunktionen med laboratorieprov minst en gång om året. Diabetes är idag den vanligaste orsaken till insjuknande i njursjukdom i terminal fas. (Tarnanen, o.a., Duodecim, Terveyskirjasto, 2018)

Vid dålig diabetesbehandling kan nervsystemet skadas och diabetikern utvecklar neuropati. Man räknar med att neuropati finns hos åtminstone 30 % av alla diabetiker. Riskfaktorer för att utveckla neuropati är: hyperglykemi, riktig alkoholkonsumtion, hypertoni, hyperkolesterolemi, fetma och rökning. På grund av nervskador och cirkulationsstörningar kan diabetiker få hudskador och sår på benen. I vissa fall kan nervskadorna orsaka känselbortfall. Bensåren och hudskadorna blir lätt infekterade och läker långsamt. Ibland behöver till och med benen, fötterna eller tårna amputeras. Detta kan förebyggas genom att: undersöka benen regelbundet, använda lämpliga skor, behandla sår som uppkommit samt söka vård i god tid om såren inte blir bättre trots egenvård. (Tarnanen, o.a., Duodecim, Terveyskirjasto, 2018).

2013 gjordes en studie där man undersökte sambandet mellan diabetes och demens. Man valde att se ifall om diabetes kunde förknippas med Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Totalt 28 observationsstudier bidrog till analysen av denna studie. Det slutgiltiga resultatet var att dem som konstaterades ha diabetes hade en 73 % ökad chans att insjukna i demens, en 56 % ökad chans för att insjukna i Alzheimers sjukdom och 127 % för att insjukna i vaskulär demens (Gudala, Bansal, Schifano, & Bhansali, 2013).

2.3 Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA)

LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults) är en insulinbristdiabetes som utvecklas sakta hos vuxna människor, precis som diabetes typ 2. LADA är en autoimmunsjukdom, vilket betyder att kroppens immunförsvar attackerar de insulinproducerande cellerna. Symtomen är bland annat polyuri, viktnedgång, domningar i armar och ben, trötthet och suddig syn. Vid typ 1 diabetes förstörs de insulinproducerande cellerna snabbt och personen utvecklar symtom. Däremot vid LADA så kan det gå flera månader till år före man känner sig sjuk. Ofta har personer med LADA både insulinresistens och förstörda insulinproducerande celler. Personen producerar ofta eget insulin i början av sjukdomen, därför kan man behandla LADA med tabletter som vid typ 2 diabetes. Efter en tid förstörs de insulinproducerande cellerna och behandlingen ändras till insulinbehandling. (Svensson, 2020)

När man talar om gener som ökar chansen att bli sjuk i diabetes typ-1, finns det även en chans för att det även finns gener för LADA, lika vanligt är det dock inte. Att bli sjuk i LADA är lindrigare än att insjukna i diabetes typ-1. När man talar om förhöjda blodsockervärdena vid LADA liknar det oftast på debuterande diabetes typ-2. Desto yngre patienten är som insjuknar i LADA, desto snabbare skadas och förstörs kroppens egna celler som producera insulin. Det framkommer även att hos patienter med LADA har en större för att få njur- och synskador (Ajanki, Lunds Universitet & Diabetesportalen, 2021).

Man räknar med att cirka 10% av alla som diagnostiserats med diabetes efter att de fyllt 35 har diagnosen LADA. Med andra ord kan man säga att LADA är nästan lika vanligt som förekomsten av diabetes typ-1. Även fast det var en stor andel personer med sjukdomen LADA, var det först i slutet av 1980-talet som LADA beskrevs som vetenskaplig. Diabetesforskare ifrån Lund och Helsingfors universitet stod bakom upptäckten (Ajanki, Lunds Universitet & Diabetesportalen, 2021).

2.4 Maturity Onset Diabetes in Young (MODY)

MODY (Maturity Onset Diabetes in Young) är ett samlingsnamn för de olika former av diabetes som ärvs. Idag har man hittat sex olika MODY-typer. Vid exempelvis diabetes typ 1 och 2 är det både inre och yttre faktorer som påverkar, medan då man har MODY har man fel i en gen. Om barnets förälder har MODY har barnet en 50 % chans att också utveckla sjukdomen. MODY framträder oftast före 25-års ålder och liknar på diabetes typ 2. (Ajanki, Lunds Universitet, Diabetesportalen, 2021)

Då man har den här typen av diabetes så har man brist på insulin som i sig leder till att man får hyperglykemi. Personerna har ingen insulinresistens, men de är däremot insulinkänsliga. Detta betyder att personerna har stor risk för blodsockerfall då de behandlas med tabletter eller injektioner med insulin. (Ajanki, Lunds Universitet, Diabetesportalen, 2021)

Behandlingen beror på vilken typ av MODY personen har. De olika MODY-typerna liknar på varandra men genmutationen påverkar behandlingen. Exempelvis vid MODY 1 och 3 behandlar man ofta med insulininjektioner. Vid MODY 2 krävs ingen behandling, eftersom den är oftast ofarlig och komplikationer förekommer sällan. (Ajanki, Lunds Universitet, Diabetesportalen, 2021)

2.5 Graviditetsdiabetes

Orsaken till att man får graviditetsdiabetes är att mamman inte producerar tillräckligt med insulin då behovet av insulin ökar. Blodsockernivån ökar hos mamman och fostret. I Finland utvecklas graviditetsdiabetes hos 12 % av alla gravida. Mamman har större chans att få graviditetsdiabetes om hon är överviktig, över 40 år eller har äggblåsor på äggstockarna (PCOS). (Terveyskylä, 2019)

Då mamman har stigande blodsocker får även fostret i sig mer glukos än vad det borde. Fostret reagerar med att börja producera insulin. Höga halter av glukos och insulin hos fostret leder till makrosomi samt komplikationer vid förlossningen. Fostret kan drabbas av kronisk syrebrist eftersom lungorna då utvecklas långsammare under graviditeten. Mamman har en högre risk för högt blodtryck samt kan få havandeskapsförgiftning. (Terveyskylä, 2019)

En studie som gjordes 2019 av två studerande vid Uppsala universitet, vars syfte var att granska gravida kvinnor med graviditetsdiabetes. Fokus var den dagliga motionen och fysiska aktiviteten hos de gravida kvinnorna. I studien ville man även ta reda på om det fanns något eller några samband mellan deltagarnas egen kunskap och förväntningar om vad en god och regelbunden fysisk aktivitet skulle bidra med (Cederholm & Palmdal, 2019).

I studien deltog sammanlagt 17 personer. Resultatet från studien var den att majoriteten av deltagarna hade färre än 30 minuter motionstid i veckan. Deltagarna nådde inte upp till den motion som dagligen rekommenderats samt tillbringade majoriteten av dagarna stillasittandes (Cederholm & Palmdal, 2019).

2.6 Komplikationer med diabetes

Personer med diabetes kan drabbas av plötsliga eller långvariga komplikationer. Akuta är exempelvis hypoglykemi och hyperglykemi. Vid hyperglykemi kan ketoacidosis utvecklas. Neuropati och nefropati är exempel på några långvariga komplikationer. Om man har diabetes har man även en större risk att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar men också mun- och tandinflammationer. Dessa utvecklas sakta i flera år eller årtionden. Den vanligaste orsaken är hyperglykemi. Om man även har hypertoni och hyperkolesterolemi ökar risken för följsjukdomar. (Terveyskylä, 2019)

2.6.1 Neuropati

Neuropati är en nervsjukdom som skadar en eller flera nerver i kroppen. Några typiska symtom av att nerverna tagit skada är muskelsvaghet, stickningar och domningar. Dessa symtom uppkommer främst till en början i fötter och händer (Cleveland Clinic, 2019).

Neuropati-screening är väldigt betydelsefullt speciellt hos dem med diabetes. Man räknar att upp till hälften är symtomfria hos dem med perifer neuropati. Till grundundersökningen hör det att man fokuserar först på att granska allmänt hur fötterna ser ut. Efteråt görs det känsel samt muskelfunktions tester av fötterna, det är viktigt att patienten genast säger till när han eller hon känner av beröring under själva testen (Hälsobyn, 2019).

Neuropati kan som tidigare nämnts leda till att man tappar känseln och även skapa deformiteter i fötterna, vilket i sin tur kan leda till att fotens belastning blir ojämn. En ojämn fotbelastning kan öka risken för sårbildning i fötterna. Hos personer med neuropati kan exempelvis skavsår och för hårt sittande skor öka risk för sårbildning, då man har försvagad känsel i fötterna (WHO, 2020).



Figur 1. De gul markerade delarna av foten är de delar där det finns störst risk för sårbildning.

(WHO, 2020)

Det finns tre olika typer av nerver: sensoriska-, motoriska och autonoma nerver. De sensoriska nerverna sköter informations från de fem sinnen: syn-, hörsel, lukt-, smak-, och känselsinnet. Sensoriska nerverna meddelar information som exempelvis ett föremål man håller i och om det är ett varmt eller kallt det man håller i. Man kan med andra ord säga att de sensoriska nerverna för information från musklerna till hjärnan (Cleveland Clinic, 2019).

Motoriska nerverna fungerar i stället motsatsen till de sensoriska nerverna, informationen sker från hjärnan går ut till musklerna. De motoriska nerverna berättar åt musklerna när och på vilket sätt en rörelse/muskelkontraktion skall utföras. Autonoma nerverna är de nerver som har ansvaret för kroppsfunctioner utanför människans egen kontroll, så som andningen, matsmältningen, pulsen, blodtryck osv. De autonoma nerverna övervakar hela tidens kroppens aktivitet och reglerar den. Ett exempel är att de autonoma nerverna sätter i gång svettproduktionen för att bibehålla kroppens normala temperatur från att stiga (Cleveland Clinic, 2019).

Neuropati uppstår när nervcellerna, så kallade neuronerna är skadade eller helt förstörda. På grund av att neuronerna är skadade, leder det till att dessa nervceller inte kan föra fram information från och till hjärnan. Neuropati kan påverka en nerv eller en typ av nerv, då kallas det för mononeuropati. (Cleveland Clinic, 2019)

2.6.2 Mikrovaskulära komplikationer

En diabetes som är långvarig och personen i fråga har okontrollerade blodsockervärden, kan leda till multipla organskador. Förutom det kan det även leda till diabetes retinopati, neuropati och nefropati. Diabetes retinopati är en mikrovaskulär komplikation som är typisk för diabetes. När man talar om blindhet i allmänhet är diabetes retinopati en av de främsta orsakerna bakom det. Andra komplikationer med synen som är associerade med diabetes är glaukom och grå starr. Att ha god kontroll på blodsockervärdena samt blodtrycket hör till rekommendationer för att förebygga att diabetes retinopati fortskrider (WHO, 2020).

Kranskärslsjukdomar en av de största faktorerna bakom dödligheten hos personer med diabetes. Som tidigare även nämnts är blodtryck kontroll en viktig del i förebyggande av mikrovaskulära komplikationer hos diabetiker. För att försöka få så optimalt blodtryck som möjligt krävs det oftast mer än en medicin mot det höga blodtrycket. Ett exempel på detta är

ACE-hämmare och tiaziddiuretika. Dessa är rekommenderade läkemedel för att uppnå ett optimalt blodtryck på <130/80 mmHg (WHO, 2020).

Angående lipid-värden hos en diabetiker, går det förbättra dessa värden aningen med hjälp av hälsosam kost och fysisk aktivitet. Hos diabetiker kan statiner minimera risker för kardiovaskulära sjukdomar. Statiner rekommenderas åt alla patienter över 40 år med diagnostiserad diabetes (WHO, 2020).

2.6.3 Ketoacidosis

De som kommer in med ketoacidosis är oftast patienter som har nyligen insjuknat med diabetes och inte är medvetna om sjukdomen. Ungefär 20 % av barnen har ketoacidosis vid debuten, medan hos barn under 2 år är det 50 %. Hos patienter som har känd diabetes sedan tidigare beror ketoacidosen oftast på en akut infektion eller otillräcklig insulinförsel. Symtom kan vara buksmärter, illamående, kräkningar och ökad andningsfrekvens (Hanås, Rodanaki, Olivecrona, & Särnblad, 2021).

Vid ketoacidosis utvecklar patienten en metabolisk acidosis. Det innebär att vätejonkoncentrationen i kroppsvätskan är för hög. Kroppens pH-värde sjunker. Orsaken till att patienten får acidosis är att för att det sker olika kemiska processer i kroppen, som i sig leder till att kroppen samlar på sig syra. Personer med diabetes kan utveckla metabolisk acidosis på grund av sämre cirkulation i extremiteterna eller vävnaderna, hjärtstopp eller högt blodsocker. Mild acidosis ger vanligtvis inga symtom eller symtom som illamående eller uppkastningar. Vid allvarlig acidosis kan personen hamna i chock, eftersom acidosen påverkar hjärtats pumpfunktion. Den sura miljön försvagar hjärtat, som gör att cirkulationen blir sämre, som i sig leder till att acidosen förvärras. Därför är det viktigt att så snabbt som möjligt korrigerar ketoacidosis. (Halldin, Netdoktor, 2019)

Kriterierna för ketoacidosis är:

- P-glukos >11 mmol/l
- Venöst pH <7,3 eller standardbikarbonat <15mmol/l
- B-ketoner >3,0 mmol/l

(Hanås, Rodanaki, Olivecrona, & Särnblad, 2021).

2.6.4 Provtagning

Då en patient kommer in med misstanke av ketoacidosis bör två intravenösa infarter sättas så fort som möjligt. Labprover som tas är:

- P-glukos, B-ketoner, B-Hb, EVF, CRP, P-Na, P-K, P-Cl, P-Ca, S-albumin, S-urea, S-kreatinin, S-osmolalitet, syra-basstatus (pH, pCO₂, BE, standardbikarbonat), HBA_{1c}.
- U-Gluk-O, U-Ket-O

(Hanås, Rodanaki, Olivecrona, & Särnblad, 2021).

2.6.5 Målet med vården och vårdåtgärder

En av de första vårdåtgärderna man börjar med är att ge patienten vätska och insulin, och långsamt korrigera ketoacidosis och dehydreringen. Man vill inte att patienten genast ska få normal blodsockernivå. Syftet med behandlingen är att motverka komplikationer som till exempel hjärnödem, få tillbaka den perifera cirkulationen, hämma lipolysen, stimulera glukosupptaget, sänka serum-osmolaliteten, korrigera elektrolytbalansen samt sänka blodsockret. Av patienten tas även EKG och saturation. Man kontrollerar blodtryck, puls, andningsfrekvens åtminstone en gång i timmen det första dygnet. Patienten bör även ha en vätskelista. Man följer med urinmängden varje timme, som bör åtminstone vara 1,5 ml/kg/h. Glukos tas oftast varje timme. Blodproverna bör tas så snabbt som möjligt, och därefter tar man Na, K och blodgas varannan timme. Man inspekterar även slemhinnan i munnen, ögonen och huden om eventuellt ödem skulle finnas. (Nedergård, 2017, ss. 10-14)

2.6.6 Behandling

Målet med vården är att få i patienten vätska. Man börjar med att ge 0,9 % NaCl för att få i gång den perifera cirkulationen. Det är svårt att bedöma hur svårt uttorkade patienterna är, och därför påbörjar man vätskebehandlingen med 12,5 ml/kg 0,9 % NaCl. Vid chock ges i stället 20 ml/kg 0,9 % NaCl så snabbt som möjligt. Om inte patienten svarar på den första dosen av NaCl kan man pröva ge 10 ml/kg 5 % albumin. Behandlingarna upprepas gradvis ungefär i 24 timmar. Insulintillförsel påbörjas tidigast en timme och senast två timmar efter att vätskebehandlingen börjat. Insulinet ges intravenöst i dosen 0,1 E/kg/timme med infusionspump. Insulinet börjar ges subkutant då pH är >7,30 och B-ketoner <1,0 mmol/l. (Hanås, Rodanaki, Olivecrona, & Särnblad, 2021)

De som drabbats av ketoacidosis behöver en noggrann övervakning som dokumenteras varje timme. Vätsketillförsel och urinmängden skrivs upp. Vikten bör tas en gång per dag. P-glukos tas varje timme medan syra-basstatus och B-ketoner tas varannan timme. Man tar även S-Na, S-K och S-Urea varannan timme. Natrium och kalium är två av kroppens viktigaste salter. De är nödvändiga för en fungerande ämnesomsättning. Patienterna bör vara uppkopplade till en hjärtmonitor, eftersom de kan drabbas av arytmier. Puls, blodtryck och saturation bör mätas varje timme under första dygnet för att upptäcka hjärnödem. (Hanås, Rodanaki, Olivecrona, & Särnblad, 2021)

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har vi valt Dorothea E. Orem's teori om egenvård. Den här teorin omfattar individen och individens förmåga till egenvård samt vårdarens roll att hjälpa individen med omvårdnaden. Egenvård innebär att personen tar hand om sig själv. Om en person saknar kunskap om olika åtgärder eller sjukdomar kan egenvården bli bristfällig. Dessa brister kan bero på fysiska eller emotionella svårigheter som är associerade med sjukdomen. Orem släppte officiellt sin första bok som fick namnet "Nursing: Concepts of Practice" år 1971. Den här boken innehåller hennes omvårdnadsmodell, där olika teorier ingår. Dessa teorier är: teorin om egenvårdnad, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem. Orem gick i pension år 1984 och fortsatte då att utveckla sin egenvårdsteori. Den sjätte och sista upplagan av "Nursing: Concepts of Practice" släpptes år 2001. (Berbiglia & Banfield, 2018, ss. 198 - 210)

3.1 Teorin om egenvård

Egenvård betyder att en individ tar hand om sig själv. Enligt Orem finns det fysiska, psykologiska, sociala och mellanmännsliga interaktioner som ingår i en individs hälsa. Dessa lägger grunden och behövs för att individens ska kunna ha en funktionell egenvård. Hälsa och egenvård är grundstenar i en individs mående. Egenvård är ett beteende som individen lärt sig via andra individer. Egenvården kan variera från person till person, beroende på till exempel kultur. För att egenvården ska kunna fungera behöver individen ha kunskap och förstå varför det är viktigt att ta hand om sig själv. Därför behöver barn och ungdomar stöd av andra i sin egenvård, eftersom de inte är tillräckligt kunniga inom området, jämfört till exempel med en fullvuxen. (Berbiglia & Banfield, 2018, ss. 198 - 210)

3.1.1 Egenvårdsbehov enligt Orem

Egenvårdsbehoven kan enligt Orem delas in i tre olika kategorier.

1. De universella som är likadana för alla människor, till exempel dagliga aktiviteter

Den första gruppen omfattar universella egenvårdsbehov, utvecklande egenvårdsbehov och egenvårdsbehov kopplade till hälsoproblem. De universella egenvårdsbehoven är essentiella behov som att andas, äta, dricka, vila, aktivitet och utsöndring.

2. De utvecklingsmässiga som är kopplade till händelser och relationer, till exempel olika stadier i olika åldrar

De utvecklande egenvårdsbehoven är de olika processerna en person genomgår från spädbarnsålder fram till döden. Om en person insjuknar kan den här utvecklingen påverkas negativt, och personen behöver då sätta in åtgärder för att stoppa utvecklingen av eventuella skador. Personer som drabbas av kroniska sjukdomar behöver då åstadkomma ett nytt handlingsmönster.

3. De hälsoavvikande som är associerade med skillnader från vanliga mänskliga funktioner och effekter av dessa, till exempel diagnos och behandling

Den sista kategorin är egenvårdsbehov som är sammankopplade till en sjukdom eller ett tillstånd. Sjukdomen eller tillståndet kan vara både kort- och långvarigt. Personen kan behöva stöd med olika medicinska bedömningar eller att följa med nya ordinationer. Personen måste då anpassa sig enligt den nya händelsen. Självbilden kan påverkas av dessa sjukdomar eller skador men en personlig utveckling kan fortfarande ske. Då man lägger till dessa tre kategorier så anknyts och tillfredsställs alla förhållanden som främjar liv, hälsa och välbefinnande. (Berbiglia & Banfield, 2018, ss. 198 - 210)

3.2 Teorin om egenvårdsbrist

Orem berättade i sin teori om att det finns olika delar av egenvårdsbrist. Dessa är: egenvårdsbehov, terapeutiska egenvårdskrav, egenvårdskapacitet, egenvårdsbrist samt omvårdnadskapacitet. Egenvårdsbehoven beskrivs ovan i kapitel 3.1.1.

Terapeutiska egenvårdskrav är behov som kräver en handling. Dessa behov behöver man ta hänsyn till främjandet av liv, normal funktion, utveckling och hälsa. Ett exempel på detta är terapeutiska egenvårdskrav hos patienter med njursvikt som har vätskebegränsningar.

Egenvårdskapacitet innebär en persons vilja och ork att ta hand om sig själv. Viktiga byggstenar här innefattar ålder, uppväxt, miljö, kultur, utbildning och hälsotillstånd. Personen behöver utvecklas och mognas för att kunna utföra dessa egenvårdsbehov. Det är avgörande att personen förstår vilka behov som finns, vilka handlingar som finns och att personen klarar självständigt av att göra dessa handlingar. Då individen gör dessa egenvårdsåtgärder utvecklas individen och får ett individuellt välbehag.

2001 beskriver Orem *omvårdnadskapaciteten* som en prestanda och energi att stöda andras egenvårdsbehov. Ett exempel på detta är en sjukskötare som delar medicin åt en patient, då patienten själv inte klarar av det. Personer kan utvecklas inom omvårdnadskapaciteten, genom utbildning eller erfarenhet. Sjukskötares omvårdnadskapacitet kan påverkas av kunskap, värderingar eller färdigheter. Det är på sjukskötarens ansvar att stöda patienten och ersätta deras brister, genom att utföra olika vårdåtgärder eller uppmuntra patienten, så att patienten kan uppnå sitt terapeutiska egenvårdskrav.

Egenvårdsbrist innebär att patienten hamnar i en sådan situation som gör att egenvårdsbehoven inte kan garanteras längre. Ibland kan det terapeutiska behovet bli större än patientens egenvårdskapacitet, och då uppstår en brist i egenvårdskapaciteten. Bristen kan bero på nedsatt psykisk- eller fysisk förmåga men också kunskapsbrist. (Berbiglia & Banfield, 2018, ss. 198 - 210)

3.3 Teorin om omvårdnadssystem

I teorin om omvårdnadsprocessen beskrivs innebörden i av processen. Ett omvårdnadssystem stöder och balanserar ut patienten med egenvården. Omvårdnadssystemet kan delas in i tre olika kategorier: fullständigt kompenserande, delvis kompenserande och stödjande omvårdnadssystem. Dessa beskrivs nedan i kapitel 3.3.1.

Orem berättar från sin bok att utvecklingen i omvårdnadssystemet består av tre delar: *identifikation, planering och utvärdering*. I den första fasen måste sjukskötaren identifiera patientens omvårdnadsbehov. Dessa behov är patientens egenvårdsbehov, egenvårdskapacitet och de terapeutiska egenvårdskraven. Därefter planeras omvårdnaden och en vårdplan görs. Sjukskötaren kan då behöva kompensera för patientens brister, så att patienten kan nå sina mål för vården. Sjukskötaren kan till exempel vägleda, stöda eller ge undervisning. Som den sista fasen utvärderas vårdplanen, vårdåtgärderna och omvårdnadssystemet. (Berbiglia & Banfield, 2018, ss. 198 - 210)

3.3.1 Egenvårdsåtgärder enligt Orem

Vårdaren kan hjälpa patienten på fem olika sätt. Detta är genom att agera eller utföra, genom att stödja, genom att undervisa, genom att vägleda och genom att hålla en utvecklande miljö. Enligt Orem delades egenvårdsåtgärderna in i tre olika grupper. Dessa är:

1. Där vårdaren har kontroll över sin individens beslut och patienten har ingen aktiv del, exempelvis vid medvetslöshet
2. Där vårdaren bestämmer delvis men där individen också är aktiv
3. Där vårdaren hjälper till med stöd och vägledning, men individen bestämmer själv

(Berbiglia & Banfield, 2018, ss. 198 - 210)

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att genom en kvalitativ intervjustudie skapa mera förståelse och kunskap om hur det är att vara i arbetslivet och ha diabetes. Vi vill också lägga fokus på vården och bemötandet i sjukvården. Frågeställningarna i studien kommer att vara:

1. Hur påverkas vardagen av diabetes?
2. Hur upplevs vården och bemötandet i sjuk- och hälsovården?
3. Vad är sjukskötarens roll i diabetesskötseln?

5 Metod

I det här kapitlet kommer vi att beskriva vilken forskningsmetod vi har använt i vår studie. Vi berättar även om hur datamaterial har samlats. En forskningsmetod handlar om vilket sätt man har samlat in data till studien. Det finns kvantitativ metod och kvalitativ metod. Med en kvantitativ forskning menar man studier som använder sig av statistiska metoder för bearbetning och analys. I metoden fastställer man en kvantitet. I den kvalitativa metoden använder man sig främst av verbala analysmetoder, där man lägger fokus på människors uppfattningar, upplevelser och erfarenheter. (Glasberg, Moodle, 2021, ss. 13-14)

5.1 Kvalitativ forskningsmetod

Vi har valt att göra en kvalitativ intervjustudie. Den kvalitativa metoden går ut på att studera andra människors erfarenheter, upplevelser och uppfattningar. Den kvalitativa metoden passar den här studien eftersom det endast är några personer vi vill fokusera på. Vi vill lägga fokus på vardagen och diabetes men också om den intervjuade har drabbats av några komplikationer. I intervjun diskuterar vi även sjukskötarens roll i diabetesvården. I den här studien passar det att göra en kvalitativ innehållsanalys, eftersom det är endast ett antal intervjuer som ska undersökas. Vid en kvalitativ innehållsanalys lägger man fokus på likheter och skillnader i ett tema. I vår studie handlar det om diabetikerns olika upplevelser och erfarenheter kring sjukdomen. (Glasberg, Moodle, 2021, ss. 28-30)

5.2 Urval av informanter

Vi har valt att intervju personer som har diabetes typ-2. Informanterna är personer som vi känner från förut, till exempel släkt och vänner. Informanterna kontaktades personligen och fick information om studien samt hur intervjun skulle gå till, se bilaga 3 för informationsblanketten. Personerna fick en kort presentation om vårt arbete som vi har gjort hittills. Personerna fick en skriftlig redovisning om vår studie där deras rättigheter beskrevs. Informanterna fick fritt välja plats och tidpunkt för intervjun. Vi berättade även att intervjuerna behandlas konfidentiellt. Personerna fick signera en samtyckesblankett. Se bilaga 1 för informerat samtycke.

För att hitta personer med diabetes typ-2, som skulle kunna tänka sig vilja ställa upp på en intervju har vi valt att ta hjälp av sociala medier. Vi har genom exempelvis via Facebook gått med i Diabetes grupper där vi publicerat ett inlägg där vi sammanfattar kortare vem vi är, vad vårt examensarbete handlar om och ifall det finns någon eller några som skulle kunna tänka sig ställa upp för en intervju. Vi har valt att personligen träffa så många deltagare som möjligt som vill ställa upp i intervjun. Om vi får deltagare som bor långt bort kommer vi även att ha den möjligheten att ha intervjuerna via telefon eller någon typ av video-samtal.

5.3 Semistrukturerad intervju

I den här studien passar det att vi använder oss av en semistrukturerad intervju, vilket innebär att vi har några frågor gjorda på förhand som man vill ha svar på. Som datainsamlingsmetod har vi valt intervju. Det innebär att man intervjuar vissa personer individuellt. Informanterna har något gemensamt, och i vår studie är det diabetes. Deltagarna får fritt berätta utifrån

frågeställningarna. Syftet med intervjun är att informanten ska få kunna berätta så fritt som möjligt om sina upplevelser och erfarenheter i studiens frågeställningar. Uppbyggnaden av studien och intervjun är mera fri och mindre strukturerad än i till exempel strukturerade forskningsintervjuer. Detta innebär att den intervjuade får berätta mera fritt och den som intervjuar får en bra uppfattning om personens upplevelser. I en semistrukturerad intervju behöver man ha en intervjuguide som fungerar som stöd för intervjun. Vi har valt vissa ämnen och teman vi vill diskutera tillsammans med personen. Under intervjun kommer vi även att använda anteckningsmaterial och bandspelare. (Glasberg, Moodle, 2021, ss. 29-33)

5.4 Etiska överväganden

Då man skriver ett examensarbete och använder sig av intervjuer i sin studie finns det en skyldighet att följa de etiska principer som finns. Vi har läst genom riktlinjerna från forskningsetiska delegationen (TENK). De etiska principerna enligt TENK: I den första framkommer det att den som forskar ska se till att de personer som deltar i undersökningen blir respekterade, genom att man beaktar deras bestämmanderätt och människovärde. Detta framkommer även i grundlagen om rättigheterna (1999/731, 6–23 §). Till dem hör bland annat personens rätt till frihet och integritet, yttrandefrihet, rätt till liv, skydd för privatliv och rörelsefrihet. I den andra delen kommer det fram att en forskare ser till att man respekterar både immateriella och materiella kulturarv om det framkommer i forskningen. I den tredje delen framkommer det betydelsen av att forskaren bör se till personens forskning ej utgör några skador eller risker för människan, själva samhället och även andra områden. I den finska grundlagen i 16 § tryggas vetenskapens frihet. Därför bör man se till att använda friheten med goda avsikt. (Tenk, 2019)

Belmontrapporten publicerades i USA 1979. Det som skiljer sig med Belmontrapporten och andra forskningsetiska koder är de tre grundläggande etiska principer för forskningsetiken: respekt för personen, göra-gott-principen och rättvisepincipen. Dessa principer utgör ett analytiskt ramverk, vars syfte är att ge vägledning när olika etiska problem uppkommer (Sandman & Kjellström, 2018, ss. 375-376).

Den första principen innebär att personen har självbestämmande rätt. Man visar respekt för personens privata liv. I den här principen ingår det också informerat samtycke, vilket innebär att personen blivit informerad om vad intervjun skall handla om, samt godkänner att medverka i den. Vid göra-gott principen fokuserar man på människans välbefinnande: att man inte skadar deltagarna, att man maximerar fördelarna och minimerar skadan. I denna

princip ingår även konfidentialitet. Detta betyder att personens uppgifter och identitet hålls hemlig. Den tredje principen, rättvis principen, handlar om att lika fall skall behandlas lika. Detta innebär att man ska se till att skydda sårbara grupper, exempelvis de med psykiska funktionshinder (Sandman & Kjellström, 2018, ss. 375-376).

Den första principen innebär att personen har självbestämmande rätt. Man visar respekt för personens privata liv. I den här principen ingår det också informerat samtycke, vilket innebär att personen blivit informerad om vad intervjun skall handla om, samt godkänner att medverka i den. Vid göra-gott principen fokuserar man på människans välbefinnande: att man inte skadar deltagarna, att man maximerar fördelarna och minimerar skadan. I denna princip ingår även konfidentialitet. Detta betyder att personens uppgifter och identitet hålls hemlig. Den tredje principen, rättvis principen, handlar om att lika fall skall behandlas lika. Detta innebär att man ska se till att skydda sårbara grupper, exempelvis de med psykiska funktionshinder. (Sandman & Kjellström, 2018, ss. 375-376)

6 Resultat

I det här kapitlet kommer vi att berätta om resultaten av intervjuerna. För att underlätta resultaten har vi delat in detta kapitel i fyra olika delar: diagnostisering, behandling, vardagen samt bemötandet i vården. I dessa olika delar finns även underkategorier. Det kommer även att finnas citat från de som blivit intervjuade. Dessa citat är skrivna med kursiverad stil.

De som har blivit intervjuade är i åldern 31 – 90 år, varav två är män och fem är kvinnor. Personerna har allt från en examen i första stadiet till tredje stadiet. Deras arbetserfarenhet varierar från två år till 50+ år. Personerna har haft diabetes i 2 – 30 år. Deras BMI har varit mellan 21 – 47. Intervjuerna tog allt från 17 till 40 minuter. Medeltalet av intervjuerna är 25 minuter. Under intervjuerna skrev vi i punktform ner anteckningar i ett häfte. Anteckningarna blev 14 sidor. Efteråt lyssnade vi genom intervjuerna och skrev en sammanfattning i ett Word dokument på datorn. Vi märkte varje informant med en färg, till exempel informant ett var röd och informant två var blå. Vi skrev deras svar på alla frågor i deras egen färg, och på detta sätt kunde vi bättre skilja åt vem av informanterna som hade svarat vad. Detta blev totalt nio sidor.

6.1 Diagnostisering av diabetes

En av våra intervjufrågor var hur personerna upptäckte att de hade diabetes, det vill säga hur de diagnostiserades. Majoriteten av informanterna hade sökt hjälp till hälsovårdscentralen eller till sjukhuset av andra orsaker än att de trodde de hade diabetes. Minoriteten hade symtom och misstänkte diabetes, vilket sedan bekräftades vid undersökningar. Dessa undersökningar var bland annat blodprov, urinprov och sockerbelastning.

''För mig kom det som en chock''

''Det var en ren slump att jag sökte hjälp''

''Jag har varit redan sex år som närstående vårdare, jag har som sagt ett väldigt stressigt liv och de säger att min diabetes kan vara utlöst av stress, jag vet inte om det stämmer men så säger i alla fall kardiologen.''

''Jag har haft diabetes sedan 2019, det upptäcktes av misstag. Så det är oklart hur länge jag haft det här innan''

''Då blev jag jätterädd, för jag såg framför mig hur dom skulle amputera mina ben och jag skulle bli blind''

''Jag har haft diabeteskänningar ganska långt tillbaka, redan 2012 har det varit för högt. Det var först i höstas, närmare sagt i augusti i fjol, så då var jag på sockerbelastning och då hade jag alldeles för höga värden''

''Det var en gång då vi var till Tyskland på en resa, vi var en stor grupp på besök till ett mejeri. Just där kände jag på mig att jag skulle behöva någonting i mig, jag skulle behöva något gott eller sött men jag hade ingenting, Jag kände jag blev bara tröttare och tröttare. Jag tänkte när ska vi få åka och äta. När vi äntligen slapp att äta, då klarade jag ej av att äta någonting, jag var så slut då och då började de ge mig socker och kolsyrad lemonad. Då frågade de mig: 'Har du diabetes'', då svarade jag inte har jag diabetes inte. Inte visste jag det då.''

''I samband med ett läkarbesök på grund av en annan grundsjukdom. Tidigare hade det tagits en massa prover och bland dem var några sockerprov. Det var då läkaren sade till mig: ''Jag säger inte att du har diabetes men jag tycker vi skall ta några extra prov.'' Det var i samband med att jag var på sockerbelastning, och därefter som de såg att jag hade diabetes''

6.1.1 Symtom

En del av informanterna hade de typiska symtomen som törst, extrem trötthet, försämrad syn, viktnedgång och rikliga urinmängder. Andra symtom som informanterna hade var bland annat irritation, illamående och humörsvängningar. 14 % av informanterna hade inga symtom. Som nämnt ovan i kapitel 6.1, hade majoriteten åkt in till hälsovårdscentralen eller till sjukhuset på grund av andra orsaker, som de inte trodde hörde ihop med diabetes. Dessa personer hade till exempel rosfeber, fibromyalgi, depression, ätstörningar, diskbräck eller att de hade hamnat i en akut situation. Eftersom de kom in till hälsovårdscentralen eller sjukhuset undersöktes de grundligt, där det konstaterades att de hade förhöjt blodsocker. Där efter fick de den hjälp som behövdes. Bland informanterna fanns det de som kände tydligt av symtom, men det fanns även dem som inte just då förstod att de hade symtom som kunde tyda på att de skulle ha diabetes.

''Jag var bara törstig''

''Jag var så trött, jag kunde sitta i soffan och bara somna''

''Jag var väldigt torr i munnen''

''Jag hade egentligen inga symtom, men jag förstår idag att jag hade symtom, för att jag var väldigt trött emellanåt''

6.2 Behandling av diabetes

Vid frågan om behandling svarade informanterna på både hur de behandlat sin diabetes tidigare jämfört med i nuläget. På denna fråga svarade informanterna olika, till en början inleddes behandlingen hos några informanter med både insulin och tabletter. Hos andra informanter inleddes behandling endast med tabletter. Det fanns även de som endast började med insulin som behandling. Det framkom även att en av informanterna endast hade motion och kostförändring som behandlings metod.

När informanterna sedan skulle berätta hur deras behandling i nuläget såg ut, hade majoriteten av dem med tablettbehandling trappat ner på sin dos till exempel: En informant hade tidigare Metformin 750mg x3 och ett år senare kunde hen endast ta Metformin 1 tablett morgon och kväll och i nuläget klarar informanten sig på endast en tablett om dagen.

En av informanterna med behandling som bestod av både insulin och tabletter nämnde att hen som tidigare tagit både insulin och tabletter två gånger om dagen, kunnat minska på

själva insulinet och nuförtiden har insulin en gång om dagen och tabletter två gånger om dagen. Hos en av informanterna som började sin behandling med endast tabletter berättade att hen blev tvungen att byta till insulin då tabletterna ej gav tillräckligt bra effekt, i nuläget använder informanten långtidsinsulin (Tresiba) på morgonen och korttidsinsulin (Novorapid) vid alla måltider.

Informanterna berättade att deras behandling var väldigt individuell och att i ett tidigt skede av själva diagnosen kändes allting väldigt nytt. De framkom även i intervjuerna att en del upplevde en viss press att ta tag i behandlingen på en gång.

''Det kändes lite grann som man hade en pistol mot huvudet. Nu måste du göra så här, annars...''

''Jag fick påsatt Metformin fyra tabletter om dagen och det äter jag fortfarande, för min läkare tycker inte jag skall ta bort dom''

''Jag har inte tagit någon medicin. Jag har bara lagt om kosten''

''Jag började ta insulin vid alla måltider och så långtidsinsulin på morgonen, det tycker jag är jättejobbigt. Fast jag pickat insulin i så många år redan tycker jag det är så jobbigt''

6.2.1 Erfarenheter av behandlingen

Vid denna intervjufråga bad vi informanterna själva att öppet få berätta deras egna upplevelser och erfarenheter om sin individuella behandling. Informanterna besvarade att de hade positiva men även negativa händelser i deras omgivning som påverkat deras erfarenheter av behandling av diabetes. En del av informanterna besvarade även att det är viktigt att vara målinriktad och positivt lagd till sin egen behandling, då behandlingen kan vara så individuell. Vi har under denna fråga valt att ta med några citat från vad informanterna nämnde.

''Min syster fick också diabetes nyligen. Vi är nu två som tänker mera på vad vi äter, vi äter mera nyttigare, mindre godis och sådant, samt håller koll att ta sockerprov.'''

''Jag tycker att de flesta försöker ta reda på hur man löser saker lätt.'''

''Min guddotters pojkvän dog på grund av sockret sjönk för lågt. Han var bara 23 år.'''

” Jag tror man måste vara positivt ställd på sin egen behandling för att man ska få goda resultat ”

6.3 Vardagslivet hos en person med diabetes

Vardagen påverkas på många olika sätt hos en person med diabetes. Det första man kanske kommer att tänka på är kosten, som är en viktig faktor i behandlingen hos diabetiker. Svaren i intervjuerna har varit mångsidiga. En del upplever att de inte påverkas så mycket, och tycker det har varit positivt att få diabetesdiagnos. De upplever att de mår bättre nu än före deras diabetesdiagnos. Majoriteten av informanterna är av den åsikten att de upplever att vardagen påverkas mycket, och att diabetes är en sjukdom som är tidskrävande. Många tycker ändå att diabetesskötseln blir en vanesak. Minoriteten upplever att diabetes påverkar dem negativt.

”Jag försöker röra på mig så mycket som möjligt”

”Jag tror min BMI var över 40, nu har jag gått ner över 50 kilo”

”Jag trodde jag skulle få leva på tonfisk hela livet ut”

”Mitt liv har blivit mycket bättre”

”Jag mår mycket bättre nu än vad jag gjorde innan jag fick diagnosen”

”I början var det svårt att veta vad som var vad. Det var snabba och långsamma kolhydrater. Det är inte helt självklart.”

”Jag går i princip fyra till fem kilometer dagligen, Hellre är man i rörelse än att ligga på soffan, jag tycker det är jätteviktigt, det är inte någon annan som går åt dig om du inte går själv”

”Jo, ja märkte bra förra veckan. Jag var på ett möte. Jag åt lunch mitt på dagen, jag åt inget före. Det tog jättelänge, och jag skulle hålla ett tal. Jag började bara skaka. Jag tänkte bara får se när jag säckar ihop och de får börja återuppliva mig”

”De säger man kan leva som vanligt med diabetes, men inte är det sant inte. Det stämmer inte, för att om man skall leva som vanligt så.... Jag vet inte hur man lever som vanligt nå mera. Man kan inte vara utan insulin.”

6.3.1 Begränsningar i vardagen

I intervjuerna kom det fram många olika begränsningar som diabetikerna upplevde. Dessa var bland annat kosten. En av informanterna berättade att hon äter ketogen kost, där man begränsar antalet kolhydrater till max 20 gram per dag. Majoriteten av informanterna berättade att de undviker socker i kosten helt och hållet. En del av informanterna berättade även att de försöker undvika spannmål och frukt. Många nämnde även hur viktigt det är med fokus på protein och grönsaker. 28 % av informanterna berättade att de alltid tillreder två olika måltider hemma: en till familjen och en till dem själva. En annan viktig sak som nämndes i intervjuerna var planeringen av måltider, eftersom de behöver äta så regelbundet som möjligt.

''Man kan inte fuska med maten och så måste du ha regelbunden intag av mat. Jag vet också själv om jag fuskar och jag inte får mat då jag är van att äta. Då börjar jag känna att jag inte mår alls bra''

''Det är viktigt att förebygga sårbildning och att man är noga och smörjer fötter för att undvika torrhet som kan leda till sårbildning, man skall även undvika att gå barfota om man har diabetes''

6.4 Bemötandet i vården

Majoriteten av informanterna var positivt inställda på hur de blivit bemötta av vårdpersonal. Minoriteten upplevde att det ibland skrivs ut för mycket medicin, eller att medicin genast påbörjas i stället för andra behandlingsmetoder, till exempel att gå ner i vikt eller koständringar. Vissa informanter berättade även att det känns som att deras diabetes blir bortglömd ibland, på till exempel sjukhus.

''Jag har blivit väl mottagen. De har följt upp mig bra. Man har fått hjälp''

''Lite oklart med uppföljningen ser ut. Om man inte ska träffa diabetessköterskan mera då man har bra vården.''

''Om man blir inlagd på sjukhus, då får man ingen särskild diabeteskost. Då får man den vanliga maten och efterrätt och allting. Det tycker jag är jättemärkligt, att man inte får en anpassad mat.''

''Jätte bra vård i min hemkommun, vår diabetessköterska här är väldigt duktig, hon ser varenda människa. Har du problem så försöker hon hjälpa. Diabetessköterskan i min

hemkommun säger inte vad vi skall göra utan säger vi skall försöka gör så här för att underlätta det här''

''Min läkare sade jag skall gå ner tjugo kilo, då jag inte har några tjugo kilo att gå ner med, jag blir mager, till ingenting. Han var väldigt vulgär.''

6.4.1 Sjukskötarens roll

Eftersom båda skribenterna i detta arbete studerar till sjukskötare, har vi därför även valt att fokusera på sjukskötarens roll i diabetesskötseln. Majoriteten av informanterna upplevde att vården och bemötandet har varit bra. Många av informanterna ansåg att de hade lättare att berätta åt sjukskötaren om sitt mående och problem.

''Jag har en känsla ibland att diabetessköterskan vet mera än läkaren''

''Jag har bara haft bra erfarenheter. Jag litar på diabetessköterskan''

''Jag tror det är lättare för en sjukskötare att ta upp om folk mår dåligt, för åt en läkare säger du inte åt på samma sätt''

''Jag tror man anförtror sig mera åt en sjukskötare och man har lättare för att berätta åt en sjukskötare hur man mår''

''Jag tycker en sjukskötare, då de jobbar på ett HVC så tycker jag dom skulle behöva veta och ha mer kunskap om diabetes. Om diabetessköterskan ej är på plats skulle de behöva finnas någon som vet vad man skall göra i just den situationen.''

7 Diskussion

I detta kapitel kommer vi att ta upp metoddiskussion, tillförlitlighet och objektivitet, resultatdiskussion samt slutsats. Resultatet kommer att jämföras med tidigare forskning, teoretisk bakgrund samt Dorothea. E. Orems teori om egenvård.

7.1 Metoddiskussion

Vi har valt ämnet diabetes på grund av att det är en vanlig folksjukdom i Finland och att man högst troligen kommer att möta patienter med diabetes i framtiden i vårt yrke. Vi ville fördjupa våra kunskaper inom ämnet. Ett av våra önskemål var att skapa förståelse genom att läsa teori, till exempel i böcker och i vetenskapliga artiklar, men också genom att få höra

vad diabetiker anser om deras sjukdom. Då vi har skrivit vårt examensarbete har vi varit källkritiska samt försökt hitta så många källor som möjligt för att kunna öka tillförlitligheten. Vi anser att vi har fått en röd tråd genom vårt arbete. Examensarbetet har byggts upp med hjälp av huvud- och underrubriker, samt begrepp markerade med kursiverad stil.

Eftersom vi har använt oss av en kvalitativ studie i form av semistrukturerad intervju så har vi kunnat fördjupa oss i vardagen hos en diabetiker. Man har kunnat ställa följdfrågor för att klargöra svaren. Vi ville att informanterna skulle få berätta med egna ord. Ibland märkte vi att informanterna svarade på något helt annat än det vi frågade. Många gånger ledde svaren på frågorna till diskussion kring något annat. Vi trodde till en början att vi skulle få många frivilliga till vår studie, men i slutändan var det ändå svårt att få tillräckligt med frivilliga att ställa upp. I studien ville vi även fokusera på komplikationer med diabetes, men inga av våra informanter hade haft några allvarliga komplikationer. Vi fick därför ta bort en frågeställning i kapitel 4. Majoriteten av intervjuerna gjordes via telefon eller dator, och vi skulle gärna ha haft mera intervjuer fysiskt, eftersom intervjuerna känns mera personliga då. Vi tror även att Covid-19 har varit en av orsakerna till att vi ej fått så många informanter, då de hör till en riskgrupp.

7.1.1 Tillförlitlighet och objektivitet

För att den här forskningen ska kunna bevisa att vara tillförlitlig behövs det bevis på forskningsprocessen. Det innebär att processen ska vara dokumenterad och åtkomlig för andra att kunna inspektera och analysera. Alla faser av forskningsprocessen ska förklaras, exempelvis urval, analysmetod, datainsamling och så vidare. Allt material i den här studien är tillgänglig för allmänheten. Intervjufrågor och samtyckesblankett är bifogade som bilagor i slutet av examensarbetet. Resultatet från intervjun kan inspekteras i resultatkapitlet. Tillförlitligheten i en studie påverkas även av hur intervjun har genomförts. Omgivningen eller slumpen kan påverka resultatet av studien. I den här studien valdes informanterna slumpmässigt.

Trovärdigheten är god i vår studie, eftersom vi har använt oss av en semistrukturerad intervju. Vi har diskuterat ämnen och teman öppet med våra deltagare, och deltagarna har fritt fått berätta utifrån sina erfarenheter. Under intervjun frågade vi även om något lämnade oklart, och informanterna kunde då vidareutveckla sina svar eller lägga till information. Trovärdigheten i det här examensarbetet har garanterats genom att välja informanter som har

diabetes typ-2. Eftersom vi har valt personer med olika kön, åldrar, anamneser och erfarenheter så har forskningsresultatet påverkats positivt då resultaten blir mångsidiga.

Det är avgörande i intervjun att den som intervjuar förhåller sig objektiv. Detta betyder att man behåller egna åsikter för sig själv. Intervjun handlar endast om diabetikernas erfarenheter, tankar och åsikter. Det är den som intervjuar som har framställt intervjuguiden, som i sig kan göra att egna synvinklar kan komma fram i intervjufrågorna. Studiens objektivitet tar hänsyn genom att grunda sig på samtliga frågeställningar på den teoretiska referensram som grundar sig på tillämplig litteratur.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med vårt examensarbete var att vi ville få en inblick hur det var diabetiker upplever vardagslivet, vården och bemötandet samt sjukskötarens roll i diabetesskötseln. Diabetes är en av våra vanligaste folksjukdomar här i Finland. I kapitel 3 berättade vi om Dorothea. E. Orem's teori om egenvård. Hon har skapat en egenvårdsmodell, där alla hennes teorier ingår. I den här modellen beskriver hon egenvårdnad, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem.

I till exempel teorin om egenvårdnad, berättar Orem om hur viktigt det är att en individ tar hand om sig själv. För att egenvårdnaden ska fungera bör individen ha kunskap och förstå varför det är viktigt att ta hand om sig själv. Majoriteten av våra informanter förstod betydelsen av egenvård. De berättade bland annat om hur viktigt det är med kosten samt att gå på kontroller till sjukskötare eller läkare. En annat exempel är hur viktigt det är med fotvård, till exempel att man förebygger torr hud med hjälp att smörja fötterna dagligen, för att undvika sårbildning.

Enligt Orem delar man in egenvårdsbehoven i tre delar. En av kategorierna handlar om dagliga aktiviteter, som vi frågade informanterna om. Den andra kategorin handlar om utveckling, till exempel att våra informanter har insjuknat i diabetes, och därför har de påbörjat andra nya åtgärder för att förebygga eventuella skador. Den här kategorin har tagits upp i intervjuerna, genom att vi till exempel har frågat hur ofta de går på kontroller. Den tredje och sista kategorin handlar om sjukdom. Den här kategorin handlar om att personen kan behöva stöd eller få nya ordinationer. Den här har vi även tagit upp i intervjuerna, och till exempel frågat om deras tidigare och nuvarande medicineringar. Informanterna berättade även om vad sjukskötarens roll är och hur dem är personerna man kan öppna upp sig för och att sjukskötaren på så sätt stödjer patienterna. Då man tar dessa tre kategorier och sammanför dem får man en god helhet som Orem menar skall tillfredsställa personens egen hälsa,

välbefinnande och liv. Vid intervjuerna har informanterna besvarat våra frågor där det framkommer hur viktigt det är med motion och rörelse. Det framkom även betydelsen av behandling av sin diabetes och även att personerna blivit positivt bemötta inom vården.

I Orems teori ingår även egenvårdsbrist. En av kategorierna är terapeutiska egenvårdskrav. Dessa är behov som kräver en handling. I vårt examensarbete är målgruppen diabetiker, som behöver hjälp och stöd med att hantera sin sjukdom varje dag. Informanterna berättade att i deras situation handlade det främst om kost och motion, till exempel att man måste äta regelbundet för att hålla blodsockernivån på en rimlig nivå.

Den andra kategorin är egenvårdskapacitet. Detta innebär en persons vilja och ork att ta hand om sig själv. Här ingår bland annat ålder, miljö och hälsotillstånd. Två av informanterna berättade att de gärna vill ta hand om sin diabetes, men att det blir svårt då de har andra sjukdomar som påverkar deras handlande, till exempel depression och ätstörningar.

Omvårdnadskapaciteten handlar om agerande och energi att stöda andras egenvårdsbehov. Här kommer sjukskötarens roll in. Informanterna berättade bland annat om bemötandet och sjukskötarens roll i deras vård av diabetes. I intervjuerna kom det fram att sjukskötaren stödde informanterna väl, genom till exempel att uppmuntra dem samt utföra olika vårdåtgärder, till exempel genom att ta olika prover eller ge råd om kost eller motion.

Den sista kategorin handlar om egenvårdsbrist. Här ingår situationer där patientens egenvårdsbehov inte längre kan garanteras, på grund av till exempel nedsatt psykisk- eller fysisk förmåga samt kunskapsbrist. I våra intervjuer frågade vi informanterna om de upplevde att de fått för lite information om till exempel diabetes, behandlingar eller dylikt. Majoriteten var tillfredsställd med den information de fått från vården.

I Orems teori om omvårdnadssystem beskriver hon innebörden av omvårdnadsprocessen. Omvårdnadssystemet delas in i tre olika kategorier: identifikation, planering och utvärdering. Dessa kategorier handlar om sjukskötarens uppgifter. Identifikation innebär att sjukskötaren identifierar patientens omvårdnadsbehov, vilket kom fram i intervjuerna. Informanterna fick träffa en diabetessjukskötare. Planering är då omvårdnaden planeras och en vårdplan görs. Informanterna berättade i intervjuerna om hur deras vård ser ut och till exempel vilka uppgifter deras diabetessjukskötare har. Utvärderingen av vårdplanen och vårdåtgärderna sker som en sista punkt, om resultaten har förbättrats, försämrats eller är det samma som tidigare.

7.3 Slutsats

Syftet med vår studie var att få en inblick hur vardagslivet hos en person med diabetes ser ut. Vi har lagt fokus på deras vardagsrutiner, behandling men också sjukskötarens roll i deras vård. Vi har valt detta ämne eftersom vi anser att det är viktigt att ha kunskap om diabetes, eftersom det är en av våra vanligaste folksjukdomar i Finland. Högst troligen kommer alla vårdare någon gång komma i kontakt med en patient med diabetes. En annan anledning varför vi valde att fokusera på diabetes är eftersom det är en sjukdom som med stor sannolikhet kommer att öka i framtiden. Vi anser att ämnet har varit intressant och givande att skriva om. Med denna studie önskar vi att läsaren skulle få en större inblick om hur det är att leva med diabetes. Under skrivandet av arbetet har vi lärt oss många nya saker om själva sjukdomen men också hur avgörande roll sjukskötaren har till exempel vid sjukskötarmottagningen. Vi upplever att vi har nytta av kunskapen vi fått av detta arbete, och att vi kommer använda oss av det vi lärt oss i framtiden.

8 Källförteckning

Ahmad, A., Alaa, S., Mazen, A., Hatem, A., Lamiaa, E., Asmaa, H., Bader, A., Mohammed, K., Tamer, S., Aisha, A., Amal, G. *Effect of Application of Treadmill Training on Metabolic Control and Vitamin D Level in Saudi Patients with Type 2 Diabetes Mellitus*. 2022. Ebsco.

Länk: <https://web-s-ebsohost-com.ezproxy.novia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=d441241d-f37c-4630-b6fc-0308b19dd6af%40redis>

Använd 09.03.2022

Ajanki, Tord. Lunds universitet. Diabetesportalen. 2021. MODY.

Länk: <https://www.diabetesportalen.lu.se/om-diabetes/mody>

Använd 24.02.2022

Ajanki, Tord. Lunds Universitet & Diabetesportalen., 2021. LADA

Länk: <https://www.diabetesportalen.lu.se/om-diabetes/lada>

Hämtad: 24.02.2022

Alligood, Martha, Raile. *Nursing Theorists and Their Work. Ninth Edition*. 2018. Elsevier, Missouri, St. Louis. Kapitel 14. Berbiglia, Violeta A., Banfield, Barbara. *Self-Care Deficit Theory of Nursing*. PP 198-210

Använd 10.3.2022

Länk: <https://arakmu.ac.ir/file/download/news/1581932519-nursing-theorists-and-their-work-e-book.pdf>

Bennet, L., Groop, L., Lindblad, U., Arvidsson, D., Nilsson, P. M., Läkartidningen., 2015.
Dubbelt så hög risk för diabetes typ 2 hos svenskar födda i Irak

Länk: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/originalstudie/2015/04/dubbelt-sa-hog-risk-for-diabetes-typ-2-hos-svenskar-fodda-i-irak/>

Hämtad: 23.02.2022

Cederholm, T., Palmdal, S., 2019. *Fysisk aktivitet vid graviditetsdiabetes*

Länk: <http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1319994&dswid=3181>

Använd: 24.02.2022

Ceriello, A., Lucisano, G., Prattichizzo, F., La Grotta, R., Franzén, S., Svensson, A-M., Eliasson, B., Nicoluzzi, A. *HbA1c variability predicts cardiovascular complications in type 2 diabetes regardless of being at glycemic target.* 2022. Ebsco.

Länk: <https://web-s-ebsohost-com.ezproxy.novia.fi/ehost/detail/detail?vid=2&sid=18659837-19ee-489e-a8df-57ea3fdd99d2%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=154870297&db=afh>

Använd. 1.3.2022

Cleveland Clinic, 2019. *Neuropathy (Peripheral Neuropathy)*

Länk: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/14737-neuropathy>

Använd: 01.03.2022

Diabetesförbundet, 2017. *Typ 1-diabetes*

Länk: <https://www.diabetes.se/diabetes/lar-om-diabetes/typer/typ-1/>

Använd 23.09.2021

Diabetesförbundet, 2015. *5 fakta om diabetes.*

Länk: https://www.diabetes.fi/files/4447/5fakta_om_diabetes2015tuloste.pdf

Använd 15.11.2021

Diabetesförbundet. 2019. *Långtidssöcket HbA1c*.

Länk:

https://www.diabetes.fi/sv/diabetesforbundet_i_finland/om_diabetes/att_mata_blodsockret/langtidsblodsockret_hba1c

Använd 23.02.2022

Diabeteshuset. *Lågt blodsocker*.

Länk: [https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/sv/information/1%C3%A5gt-blodsocker-\(hypoglykemi\)-och-insulinchock/1%C3%A5gt-blodsocker](https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/sv/information/1%C3%A5gt-blodsocker-(hypoglykemi)-och-insulinchock/1%C3%A5gt-blodsocker)

Använd 23.02.2022

Diabeteshuset. *Symtom på lågt blodsocker*.

Länk: [https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/sv/information/1%C3%A5gt-blodsocker-\(hypoglykemi\)-och-insulinchock/symtom-p%C3%A5-1%C3%A5gt-blodsocker](https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/sv/information/1%C3%A5gt-blodsocker-(hypoglykemi)-och-insulinchock/symtom-p%C3%A5-1%C3%A5gt-blodsocker)

Använd 23.02.2022

Diabetesportalen, 2021. *MODY*.

Länk: <https://www.diabetesportalen.lu.se/om-diabetes/mody>

Använd 23.09.2021

Duodecim, 2018. *Diabetes (insulinberoende)*.

Länk: <https://www.terveyskirjasto.fi/khr00117/diabetes-insulinberoende>

Använd 15.11.2021

Glasberg, Ann-Louise. 2021. *Att skriva EA*. Moodle. Powerpoint pp. 13-30

Länk:

https://moodlecourses.novia.fi/pluginfile.php/171233/mod_resource/content/13/Att%20skriva%20EA.pdf

Använd 27.10.2022

Glasberg, Ann-Louise. 2021. Datainsamlingsmetoder. Powerpoint pp. 28-31

Länk: https://moodlecourses.novia.fi/pluginfile.php/171234/mod_resource/content/14/Datainsamlingsmetoder.pdf

Använd 24.02.2022

Halldin, Mats. 2019. Netdoktor. *Kontroll av typ-2 diabetes.*

Länk:

<https://www.netdoktor.se/diabetes/diabetes-typ-2/sjukdomar/kontroll-av-typ-2-diabetes/>

Använd 24.02.2022

Halldin, Mats. 2019. Netdoktor. *Metabol acidosis.*

Länk: <https://www.netdoktor.se/vikt-kost/traning-motion/sjukdomar/metabol-acidos/>

Använd 23.02.2022

Insulin.se, 2021. *Diabetes typ 2 – vad är det?*

Länk: <https://www.insulin.se/typ-2-diabetes>

Använd: 23.02.2022

Lago, R., Singh, P., Nesto, R., 2007. Nature reviews endocrinology. *Diabetes and hypertension.*

Länk: <https://www.nature.com/articles/ncpendmet0638>

Använd: 18.11.2021

Nedergård, Marice. 2017. Akut vård vid diabetes hos barn. Moodle. Powerpoint pp. 10-14

Länk: <https://moodlecourses.novia.fi/course/view.php?id=5093§ion=3#tabs-tree-start>

Använd 23.02.2022

Svensk Förening för Pediatrik Endokrinologi och Diabetes, 2021. *Ketoacidosis (DKA) och hyperosmolärt hyperglykemiskt koma (HHC) vid diabetes.*

Använd 07.10.2021

Länk: https://endodiab.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/9/2021/05/VP_diabetes_ketoacidosis_HHC-210524.pdf

Saaedi, P., Salpea P., Karuranga S., Petersohn I., Malanda B., Gregg E., Unwin N., Wild S., Williams R., 2020. *Mortality attributable to diabetes in 20 – 79 years old adults.*

Länk: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(20\)30139-X/pdf](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(20)30139-X/pdf)

Använd 18.11.2021

Sandman, D., Kjellström, S., 2018. *Etikboken*. Lund: Studentlitteratur AB, pp 375-376.

Svensson, D., 2020. Diabetes. *Allt om LADA (latent autoimmune diabetes in adults).*

Länk: <https://diabetes.nu/allt-om-lada-latent-autoimmune-diabetes-in-adults/>

Tarnanen, K., Metsärinne, K., Niskanen, L., Komulainen, J., Finska Läkaresällskapet. *Diabetisk njursjukdom. Käypähoito*. 2020.

Länk: <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00126>

Använd 1.3.2022

Tarnanen, K., Tuomi, T., Ilanne-Parikka, P., Tuomaala, A-K., Meinander, T., Finska Läkaresällskapet. 2018. Duodecim, Terveyskirjasto. *Diabetes (insulinberoende).*

Länk: <https://www.terveyskirjasto.fi/khr00117#s6>

Använd 24.02.2022

Tarnanen, K., Tuomi, T., Meinander, T., Finska Läkaresällskapet. 2018. Duodecim. *Diabetes – lider du av diabetes utan att veta om det?*

Länk: <https://www.kaypahoito.fi/sv/khr00065>

Använd: 24.02.2022

Tenk, 2019. Etiska principer för humanforskning och etikprovning inom humanvetenskaperna i Finland

Länk: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf

Använd 27.10.2022

Terveyskylä, 2019. *Allmänt om diabetes* [Online].

Länk: <https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/sv/information/hurdan-%C3%A4r-diabetes-som-sjukdom/allm%C3%A4nt-om-diabetes>

Använd 21.09.2021

Terveyskylä, 2019. *Vad means med graviditetsdiabetes?*.

Länk: <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-f%C3%B6rlossning/problem-under-graviditeten/graviditetsdiabetes/vad-menas-med-graviditetsdiabetes>

Använd 23.09.2021

Wang, L., Wang, Q., Hong, Yong., Ojo, O., Jiang, Q., Hou, Y., Huang, Y., Wang, X. *The Effect of Low-Carbohydrate Diet on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus*. 2018. Pubmed.

Länk: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29882884/>

Använd: 10.03.2022

WHO, 2020. *Diagnosis and Management of Type 2 Diabetes*.

Länk: [WHO-UCN-NCD-20.1-eng.pdf](https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1)

Använd: 10.03.2022

WHO, 2021. *Diabetes*.

Länk: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

Använd 21.09.2021.

Wiley Online Library. Gudala K., Bansal D., Schifano F., Bhansali A., 2013. *Diabetes mellitus and risk of dementia: A meta-analysis of prospective observational studies*.

Länk: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jdi.12087>

Använd 16.11.2021

9 Bilagor

Bilaga 1:

Samtyckesblankett till intervjun.

Informerat samtycke:

Samtycke till att delta i studien.

Jag har fått muntlig och skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att:

- delta i studien [examensarbete om diabetes typ-2]
- att uppgifter om mig behandlas som det beskrivs i informationsblanketten
- följande personuppgifter samlas in: [kön, ålder, yrke, sjukdomshistoria]

Den deltagande:

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Bilaga 2:

Intervjufrågor:

1. Berätta kort om dig själv (kön, ålder, yrke, hur länge har du haft diabetes, motionsvanor, BMI)
2. Hur diagnostiserades du? Vilka symtom hade du?
3. Vad har du för behandling till din diabetes? Hur har du behandlat förut eller hur behandlar du just nu?
4. Hur hanterar du diabetes? Berätta om erfarenheterna om diabetesbehandling.
5. Upplever du att din vardag påverkas av diabetes? På vilket sätt?
6. Vad vet du om komplikationer och diabetes?
 - 7.1 Har du haft några komplikationer med diabetes? I så fall vad?
 - 7.2. Vill du berätta om någon/några?
 - 7.3 Om du har haft en/flera komplikation(er), hur har eftervården sett ut?
8. Hur har du upplevt bemötandet inom hälso- och sjukvården?
 - 8.1 Vad har sjukskötaren för roll i din diabetesskötsel? Hur upplever du skötseln?
 - 8.2 Upplever du att vårdpersonalen har informerat dig tillräckligt om diabetes?

Bilaga 3:

Informationsblankett till intervjun.

Information om studien och samtyckesblanketten

Vi är två sjukskötarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa, Finland. Vi vill fråga dig om du önskar delta i en studie inom ett forskningsprojekt i vårt examensarbete om diabetes.

Genom detta projekt vill vi skapa mera förståelse och kunskap om hur det är att ha diabetes och vara i arbetslivet/eller har varit i arbetslivet. Anledningen till att vi frågar just dig är eftersom du har typ- 2 diabetes. Dessa uppgifter har vi fått tillgång till genom att gå med i olika grupper på Facebook och publicera inlägg och frågat efter frivilliga deltagare till studien.

Vad det innebär att delta i studien

Om du tackar ja till att delta innebär det att vi kommer att hålla en intervju tillsammans med dig. Det enda som krävs för att vara med i studien är att man har diabetes typ-2. Intervjun tar cirka 20 minuter. Intervjun kommer att spelas in och ingen identifieringsfråga kommer att ställas. Materialet kommer att hanteras konfidentiellt och kommer att förstöras efter att examensarbetet är klart.

Information om studiens resultat

Du kommer att kunna ta del av studiens resultat då examensarbetet publiceras på theseus.fi.

Det är frivilligt att delta i studien.

Du kan när som helst välja att inte vara med längre och du behöver inte berätta varför. Om du inte längre vill vara med ska du meddela detta till den som ansvarar för studien. Se kontaktuppgifter nedan.

Kontaktinformation**Ansvarig för studien:**

Charlotte Snickars - Charlotte.Snickars@edu.novia.fi

Johan Östman- Johan.Ostman@edu.novia.fi

Handledande lärare:

Rika Levy-Malmberg – Rika.Levy-Malmberg@novia.fi