

Diabetes i ett mångkulturellt samhälle - sjuksköterskans kompetens och patientens upplevelse

FÖRFATTARE	Joanna Aronson Hanna Karlsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ OM5250 Examensarbete-grundnivå VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Susann Strang
EXAMINATOR	Helene Berglund

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svenska):	Diabetes i ett mångkulturellt samhälle – sjuksköterskans kompetens och patientens upplevelse
Titel (engelska):	Diabetes in a multicultural community – nurses' competence and patients' experience
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 Examensarbete på grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	21 sidor
Författare:	Joanna Aronsson Hanna Karlsson
Handledare:	Susann Strang
Examinator:	Helene Berglund

SAMMANFATTNING

Globalt sett har den rapporterade förekomsten av typ 2-diabetes ökat från 150 miljoner drabbade människor 1980 till nästan 350 miljoner idag. Typ 2-diabetes är ett växande globalt hälsoproblem vars förekomst associeras med ökningen av fetma över hela världen och att människor idag lever ett mer inaktivt liv. Syftet med denna litteraturöversikt är att ur ett mångkulturellt perspektiv beskriva patientens upplevelse av att leva med diabetes och att få vård samt beskriva sjuksköterskans kompetens. Litteraturöversikten är baserad på elva vetenskapliga artiklar varav sju kvalitativa och fyra kvantitativa. Resultatet visade att språkbarriärer upplevs som ett hinder för personcentrerad vård av både sjukvårdspersonal och patienter. Språkbarriärer är ett problem som försvårar patienternas medverkan och delaktighet i vården. Tro och religion har visats sig kunna ge stöd för diabetespatienter som är troende. Vissa patienter använde tro eller religion som en förklaring till varför de drabbats av diabetes, till exempel på grund av karma eller Guds vilja. Kulturell kompetens behövs för att kunna utföra individanpassad vård i vårt mångkulturella samhälle.

NYCKELORD: Diabetes, Kulturell kompetens, Språkbarriärer, Delaktighet.

Förord

Vi vill tacka vår handledare Susann Strang för uppmuntrande stöd och goda råd på vägen.

Innehåll

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
TYP 2-DIABETES	1
Vad är diabetes?	1
Patofysiologi bakom typ 2-diabetes	1
Symtom och tecken	2
Behandling och egenvård	2
KULTUR	3
Kultur, etnicitet och ras	3
Sjuksköterskans kulturella kompetens	4
Kultur och diabetes.....	5
TEORETISK REFERENSRAM	5
Delaktighet	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
LITTERATURSÖKNING	7
KVALITETSGRANSKNING	8
ANALYS	8
ETISK REFLEKTION	8
RESULTAT	9
ATT LEVA MED DIABETES	9
Tankar och känslor om diabetes och hälsa	9
Egenvård	10
Riskfaktorer för att inte utföra egenvård	12
KULTURELL KOMPETENS INOM SJUKVÅRDEN	13
Att vårda patienter från andra kulturer	13
Patientens upplevelse av diabetessjukvården	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
SLUTSATS OCH KLINISK IMPLIKATION	18
REFERENSER	19

BILAGA 1 - sökningsschema

BILAGA 2 - artikelsammanfattning

INLEDNING

Typ 2-diabetes är en folksjukdom som blir allt vanligare i alla delar av världen, inte minst i Sverige. Omkring 300 000 svenskar har idag typ 2-diabetes och i takt med att övervikt och fetma ökar så drabbas fler och fler. I vårt kommande yrke som sjuksköterskor kommer vi att möta patienter som lider av diabetes var vi än väljer att arbeta. Det spelar ingen roll om vi arbetar inom primärvården eller äldreomsorgen, på en vårdavdelning eller en akutmottagning. Som sjukvårdspersonal behöver vi ha god kunskap om diabetes för att kunna möta den enskilda patientens behov och önskemål.

Sverige är idag ett mångkulturellt land och inom sjukvården möter man varje dag patienter från olika delar av världen. På grund av vårt mångkulturella samhälle ställs högre krav på sjuksköterskans kulturella kompetens. Vi har under vår verksamhetsbelagda utbildning ofta upplevt hur språkbarriärer och otillräcklig kunskap om andra kulturer kan vara i vägen för att uppnå en säker vård på lika villkor. Att tolkar inte prioriteras i det dagliga omvårdnadsarbetet gör det svårare att kommunicera och skapa relationer till patienter som inte pratar svenska eller engelska. Vid diabetes är det viktigt att patienten är delaktig i vården och har god sjukdomskänneted för att optimal effekt av behandlingen ska uppnås. Det är därför extra viktigt att information och rådgivning ges på ett språk som patienten förstår och att behandling anpassas till patientens livsstil, önskemål och erfarenheter. Med detta i åtanke ansåg vi att diabetesvård ur ett mångkulturellt perspektiv var ett intressant och relevant ämne att fördjupa sig i.

BAKGRUND

TYP 2-DIABETES

Vad är diabetes?

Diabetes mellitus är ett samlingsnamn för flera sjukdomar som leder till ökad halt av glukos (socker) i blodet. Att halten glukos i blodet ökar beror antingen på att det är insulinbrist i blodet eller på att vävnaderna i kroppen är resistent mot insulin. Insulin är ett hormon som stimulerar glukosupptaget hos insulinberoende vävnader. Muskel, lever- och fettvävnad behöver glukos för att fungera och för att dessa vävnader ska kunna ta upp glukos krävs insulin. Utan insulin stannar en stor del glukos i blodet (Ericson & Ericson, 2012).

Den vanligaste diabetesformen idag är typ-2 diabetes och det är även denna form av diabetes som ökar kraftigt i alla delar av världen, till stor del på grund av förändrade levnadsvanor och ökning av fetma (Ericson & Ericson, 2012). Att västvärldens levnadsvanor sprider sig har resulterat i att risken för att utveckla övervikt, diabetes och andra hjärt-kärlsjukdomar ökar i stora delar av världen (Caballero, 2007).

Patofysiologi bakom typ 2-diabetes

Vid typ 2-diabetes beror den ökade mängden glukos i blodet (hyperglykemi) på att kroppens insulinberoende vävnader har blivit insulinresistent. Typ 2-diabetes debuterar vanligen i vuxen ålder och sker långsamt över olika faser. Det är först i ett senare förlopp som nedsatt

insulinproduktion förekommer. En inledande fas av insulinresistens på omkring 10 år brukar föregå en diabetesdebut. Under denna tid ökar insulinproduktionen men eftersom vävnadernas insulinresistens endast förvärras så finns inte tillräckligt med insulin. Under de första åren av insulinresistens kan dock själva diabetesdebuten skjutas framåt eller förhindras med hjälp av viktminskning, en förändrad kosthållning och motion (Ericson & Ericson, 2012).

Symtom och tecken

Symtomen vid typ 2-diabetes kommer vanligtvis smygande och är ganska diffusa. Patienter kan gå med sjukdomen i flera år utan att veta om det. Ökad törst, större urinmängder, muntorrhet och trötthet kan vara några av de första symtomen som patienter upplever. Även klåda i underlivet och urinvägsinfektioner förekommer. För att fastställa att en person har diabetes krävs, enligt riktlinjer från WHO, upprepade, fastande blodsockervärden på över 7,0 mmol/l (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist, & Östenson, 2007).

Behandling och egenvård

För de flesta människor är diabetes en krävande sjukdom. Blodsockervärdena är direkt kopplade till individens levnadsvanor och har därför en stor inverkan på personens livskvalitet. För att slippa senkomplikationer och andra hälsoproblem måste patienten kontrollera sina blodsockervärden regelbundet. Att använda sig av egenvård och ha kunskap om sin sjukdom för att kunna behandla den på rätt sätt är också viktigt (Karlsen, 2013). Målet med diabetesbehandling är hålla blodets glukoshalt på normala nivåer. Förutom god egenvård är insulininjektioner, kost, motion och perorala antidiabetika viktiga hörnstenar i behandlingen. Rökning är en riskfaktor eftersom cigarettroken ger skador på kärlväggen och därmed försämrar känsligheten hos de insulinberoende vävnaderna, därför är rökstopp av vikt vid diabetes (Ericson & Ericson, 2012).

Medverkan i vården är centralt för patienter med typ 2-diabetes (Karlsen, 2013). Sjukdomen kräver att individen tänker över sina levnadsvanor och skaffar sig kunskap om diabetes. Det är viktigt att patienten har kunskap om vilka symtom och tecken som han eller hon ska vara uppmärksam på och vilka åtgärder patienten själv kan använda sig av för att hålla blodsockret på en tillfredsställande nivå. Egenvårdsutbildning syftar till att patienten ska få den kunskap och de färdigheter som behövs för att kunna implementera egenvård i det dagliga livet. Att patienter medverkar i vården har visat sig leda till bättre kliniska resultat, bättre hälsostatus och högre livskvalitet (Bagnasco, Di Giacomo, Da Rin Della Mora, Catania, Turci, Rocco, & Sasso 2013).

Patienter med diabetes utbildas i att alltid ha kontroll över sitt blodglukosvärde genom att använda självtestning av blodglukos, beräkning av fysisk aktivitet och födointag. När patienterna har tillräckligt med kunskap kan de självständigt dosera behandlingen efter sitt aktuella metabola tillstånd. Det är bara patienter med insulinbehandling som är beroende av självtestning, övriga patienter med typ 2-diabetes har bara hjälp av detta i specifika situationer. För människor som drabbas av diabetes erbjuds både teoretisk och praktisk utbildning i samband med sjukdomsdebuten och även fortgående under åren. På sjukhusens medicinkliniker och i öppenvården finns diabetesteam som sköter informationen som ges till

patienterna. Helst bör utbildningen utföras av vårdpersonal som har särskild kompetens inom området diabetes och som även har pedagogisk kompetens. Målet är att patienterna genom utbildningen själva ska kunna styra sitt blodsocker. De patienter som är i störst behov av utbildning är de patienter som har undermåliga glukoskontroller. Patienterna ska aktivt medverka till att prova ut lämplig insulindos, eftersom den inte bör ordineras ut rutinmässigt (Ericson & Ericson, 2012).

Många patienter har svårt att hålla blodglukosnivån på rekommenderade nivåer (Bagnasco et al., 2013). Enligt Peyrot och Rubin (2007) är en stark orsak till dålig diabetesreglering att patienten har en bristande motivation. Därför behöver många patienter professionellt stöd, både medicinskt och psykologiskt, för att kunna uppnå bästa möjliga sockervärden. Peyrot och Rubin (2007) menar att det är av vikt att komplettera praktiska åtgärder för att åstadkomma tillfredsställande blodsockervärden med olika typer av psykologiska och sociala åtgärder samt att man ska utgå från individens egna förutsättningar. Att hålla blodglukosnivån under kontroll har visat sig minska både mikrovaskulära och makrovaskulära komplikationer (Bagnasco et al., 2013).

För personer med typ 2-diabetes och samtidig övervikt är det nödvändigt att vikten reduceras eftersom viktnedgången gör att blodsockret sänks. Enligt en studie av Jääskeläinen, Paananen, Lindström, Eriksson, Tuomilehto & Uusitupa (2013) finns belägg för att en väsentlig och bestående viktnedgång hos dessa patienter krävs för att uppnå en normalisering av blodsockret. Andra faktorer som påverkar diabetes typ-2 och ställer krav på egenvården är fysisk inaktivitet, psykosocial stress och tobaksbruk (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist, & Östenson, 2007).

KULTUR

Kultur, etnicitet och ras

Begreppet kultur kan beskrivas som en blandning av inlärd och delade beteenden hos en grupp individer. Kultur innefattar tro, tankesätt och seder samt ger en känsla av identitet, samhörighet och säkerhet. Kultur definierar sociala strukturer och överförs både formellt och informellt från den äldre generationen till den yngre (Goody & Drago, 2009). Ackulturation innebär att en kulturell grupp tar efter specifika delar av en annan kultur. Begreppet etnicitet beskrivs ofta som ett gemensamt arv som inkluderar språk, nationalitet, sociala seder och religion. Ras däremot refererar till genetik och fysiska karakteristiska drag hos individer som hudfärg, ansiktsform och hår (Goody & Drago, 2009). Caballero (2007) tar upp den latinamerikanska befolkningen i USA som ett exempel på hur etnicitet och ras kan särskiljas. Termen latinamerikansk representerar etnicitet, inte ras. Enligt Caballero (2007) har latinamerikaner tre olika genetiska ursprung om man ser till ras, vita, svarta och/eller indianer. Dessa ursprungsgrupper finns i olika kombinationer bland latinamerikaner och skapar därmed en heterogen grupp. Som etnisk grupp delar dock latinamerikanerna traditioner, språk och kulturella värderingar.

Efter andra världskriget används inte längre rasbegreppet i en större omfattning för att kategorisera människor men inom vetenskapliga studier dyker begreppet fortfarande upp, främst i USA (Gerrish, 2000).

Sjuksköterskans kulturella kompetens

För att sjuksköterskan ska kunna förstå en patients kulturella bakgrund krävs en god kulturell kompetens. Enligt Jirwe, Momeni, och Emami (2009) består kulturell kompetens av tre hörnstenar; sjuksköterskans kulturella medvetenhet, kulturell bedömning och tvärkulturell kommunikation. Kulturell medvetenhet är den första hörnstenen och den handlar om att sjuksköterskan måste vara medveten om sin egna kulturella bakgrund, personliga värderingar och vanor för att kunna förstå och ta hänsyn till kulturella skillnader. Att kunna identifiera fördomar och stereotypa attityder ökar också den kulturella medvetenheten och förhindrar att patienter diskrimineras på grund av fördomar. En studie av Dellenborg, Skott, och Jakobsson (2012) visar att sjukvårdspersonal ofta brottas med stereotypa bilder av ”vi” och ”dem” som figurer låsta i kulturella identiteter. I många svenska debatter om vårt multikulturella samhälle reflekteras detta stereotypa synsätt, där fokus endast ligger på kulturella skillnader medan socioekonomiska skillnader glöms bort. Sjukvårdspersonal menar att de påminns om att människan är mer komplex än sin kulturella bakgrund när de i sitt dagliga arbete upplever att det finns variation i beteende även inom grupper av invandrare eller inom grupper av svenskar. Denna påminnelse om att beteende ofta handlar om personlighet motverkar då deras fördomar (Dellenborg et al., 2012).

Kulturell bedömning är den andra hörnstenen i kulturell kompetens som innebär att vikt läggs vid att erhålla information hur patienten ser på hälsa, sjukdom och vård (Jirwe et al., 2009). Ett verktyg som skulle kunna hjälpa vårdpersonal att nå fram till patienter som har diabetes typ-2 från minoritetsgrupper är att ställa frågor som ger en större förståelse om patienten som individ. Genom att ta reda på vilka patientens personliga mål är och hur familjerelationer kan påverka diabetesvården kan viktig information erhållas. Det är även viktigt att vara medveten om patientens utbildningsnivå vid rådgivning om diabetes och aktuell behandling (Caballero, 2007). Enligt rekommendationer från Socialstyrelsen (2010) bör diabetesvården erbjuda kulturellt anpassad patientutbildning till individer med en annan kulturell bakgrund än den svenska. Sjukvårdspersonal måste ta hänsyn till de skillnader som kan förekomma i synen på hälsa och ohälsa för att kunna anpassa informationen om kost och livsstil till patientens egna kulturella vanor och därmed uppnå ett förbättrat egenvårdsbeteende hos patienten.

Den tredje hörnstenen i kulturell kompetens handlar om tvärkulturell kommunikation. När ett gemensamt språk mellan sjukvårdspersonal och patient saknas kan det utgöra hinder för en god och patientsäker vård. En betydelsefull uppgift för sjuksköterskan är att bedöma patientens kommunikationsförmåga för att sedan ta hänsyn till om det finns ett behov av tolk. Det är viktigt att vara medveten om hur människor använder sig av icke-verbal kommunikation, som exempelvis kroppsspråk, eftersom det kan skilja sig mellan olika kulturer (Jirwe et al., 2009).

Genom att höja vårdpersonalens kulturella kompetens kan vårdkvaliteten för patienter från minoritetsgrupper förbättras och ojämlikhet motarbetas. En ökad kulturell kompetens bidrar till att relationen och kommunikation mellan patient och vårdgivare förbättras vilket kan leda till att patienten lättare tar till sig behandlingsplaner och förebyggande åtgärder (Caballero, 2007). För att öka den kulturella kompetensen måste sjuksköterskan även ha i åtanke att det inte går att förklara en människas tankesätt och beteende enbart utefter vilken kulturell bakgrund personen har (Jirwe et al., 2009). Kultur är något som skapas och uppmärksammas i möten mellan människor och en individ består av fler dimensioner än den kulturella identiteten. Klass, utbildningsnivå, kön och ålder är andra faktorer som också har stor inverkan på en människas karaktär (Dellenborg et al., 2012).

Kultur och diabetes

I västvärlden är minoritetsgrupper en utsatt grupp vad gäller hälsoaspekter. En kombination av genetiska och livsstilsrelaterade faktorer hos minoritetsgrupper bidrar till en ökad risk för att utveckla typ 2-diabetes. Både sociala och kulturella faktorer påverkar relationen mellan patient och vårdpersonal och hur patienten tar till sig sin behandling. Några av dessa faktorer är; utbildningsnivå, språk, fysisk aktivitet, rädslor, kroppsuppfattning, religion, hälsokunskap, integration i samhället och matvanor (Caballero, 2007).

Eniska grupper behåller sin kulturella identitet genom deras gemensamma värderingar och tro. Även matkulturen spelar stor roll när det gäller etnisk identitet. Tillagning av mat, val av ingredienser, hur ofta och när på dygnet måltider intas kan påverkas av den kulturella bakgrunden. Mat och språk beskrivs som de första kulturella vanor som människan lär sig och det är även dessa vanor som är svårast att ändra på. Kultur påverkar även hur individen definierar hälsa och sjukdom samt vart personen vänder sig för vård vid sjukdom. Varje kultur innefattar attityder, tankar och värderingar om god hälsa, sjukdomsprevention, sjukvård och relationen mellan patient och sjukvårdspersonal. Växande bevis talar för att en ökad förståelse för kulturell påverkan på sjukvård kan förbättra prognosen för diabetespatienter. Att integrera kulturell kunskap i diabetesvård och patientutbildning som riktar sig till etniska minoriteter skulle kunna leda till mer välmående patienter (Goody & Drago, 2009). Det är av vikt att sjukvårdspersonal frågar patienter från andra kulturer vilka beteenden som de tror att de tagit efter från majoritetskulturen. Det kan både vara fördelaktigt och negativt att personer från andra kulturer acklimatiserar sig till kulturen i det nya samhället eftersom det både finns hälsosamma och osunda vanor i den västerländska livsstilen (Caballero, 2007).

TEORETISK REFERENSRAM

Delaktighet

Begreppet delaktig innebär att vara inblandad, medverkande och engagerad. I en vidare betydelse kan delaktighet beskrivas som att vara involverad i en livssituation (Eldh, 2009). Patientdelaktighet går ut på att patienten får vara med och ta beslut angående vård och behandling. En förutsättning för patientdelaktighet är kommunikation och att patient och sjukvårdspersonal tillsammans sätter upp mål och jobbar mot dem (McWilliam, 2009). Information som ges till patienten måste anpassas till individens livsvärld, tidigare kunskaper

och erfarenheter för att vara av värde (Eldh, 2009). I den svenska hälso- och sjukvårdslagen står det att information som ges till patienten skall vara individanpassad (Socialdepartementet, 1982). Information och utbildning om sin sjukdom eller sitt hälsotillstånd är en rättighet som gäller alla patienter, oavsett kulturell bakgrund. Information kan definieras som presentation av fakta och som ett sätt att kommunicera. Inom vården handlar det ofta om att förklara varför och på vilket sätt ett speciellt moment ska utföras. Utbildning är ett mer omfattande begrepp inom vården, där syftet är att patienten ska lära sig något som har stor betydelse för individens behandling och vård. Som sjuksköterska ingår det i ens arbetsuppgifter att kunna ge information och utbildning till patienter, anhöriga, studenter och personal, vilket omnämns i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (Tingström, 2009).

Istället för att sjuksköterskan endast utgår från vad hon vill förmedla är det viktigt att informationsutbytet sker genom en dialog med patienten. För att patienten ska kunna ha en delaktig roll måste informationen som sjuksköterskan förmedlar förvandlas till användbar kunskap. Delaktighet inom vården kännetecknas av ett gemensamt utbyte av erfarenheter och kunskap där både sjuksköterskan och patienten får chans att bidra för att bägge parter ska kunna utvidga sin kunskapsbas (Eldh, 2009). Begreppet empowerment används ofta i vårdssammanhang där man pratar om patientdelaktighet (Anderson & Funnell, 2005; Hernandez-Tejada, Campbell, Walker, Smalls, Davis & Egede 2012). Empowerment handlar om att förstå och bekräfta den kunskap som patienten besitter i form av kännedom om sin sjukdom, hälsa och den egna livssituationen (McWilliam, 2009). Empowerment syftar till att mobilisera och stärka patientens egna resurser så att han eller hon upplever kontroll över sitt eget liv, har förmågan att formulera aktuella behov och självständigt lösa problem. Inom hälso- och sjukvården bygger empowerment på en jämlik relation mellan vårdare och patient där kunskapsförvärvande värdesätts och gemensamma beslut tas när det gäller behandling och mål (Nygårdh, Malm, Wikby, & Ahlström, 2012). Sjuksköterskan kan inte framkalla empowerment utan endast skapa förutsättningar för det genom att stärka patientens kraft (Eldh, 2009). Enligt Lawn, Delany, Sweet, Battersby, och Skinner (2013) kan empowerment hos patienten förbättra relationen mellan vårdpersonal och patient samt skapa rum för patientens egenvårdsegenskaper att utvecklas.

PROBLEMFORMULERING

Globalt sett har den rapporterade förekomsten av typ 2-diabetes ökat från 150 miljoner drabbade människor 1980 till nästan 350 miljoner idag (Engelgau & Gregg, 2012). Typ 2-diabetes är ett växande globalt hälsoproblem vars förekomst associeras med ökningen av fetma över hela världen och att människor idag lever ett mer inaktivt liv (Zimmet, Alberti, & Shaw, 2001). Typ 2-diabetes är en livslång sjukdom som påverkar alla aspekter av det dagliga livet för individen. Egenvård är därför en viktig hörnsten i behandlingen för att patienten ska kunna undvika komplikationer och bibehålla en hög livskvalitet (Krichbaum, Aarestad, & Buethe, 2003). Till följd av den ökade globala migrationen är Sverige idag ett multikulturellt samhälle. Olika individers syn på hälsa, sjukvård, val av egenvård och följsamhet till behandling kan påverkas av deras kulturella bakgrund. För att säkerställa vård på lika villkor i ett multikulturellt samhälle ställs krav på sjukvårdspersonalens kulturella kompetens. Hur

diabetespatienter upplever vården i ett mångkulturellt samhälle reflekterar hur sjukvården bemöter patienter med annan kulturell bakgrund och därför är detta ett intressant ämne att undersöka.

SYFTE

Syftet med denna litteraturoversikt är att ur ett mångkulturellt perspektiv beskriva patientens upplevelse av att leva med diabetes och att få vård samt beskriva sjuksköterskans kompetens.

METOD

Vi har valt att göra en litteraturoversikt. En litteraturoversikt handlar om att utifrån ett specifikt syfte skapa en översikt inom ett kunskapsområde eller ett problem med utgångspunkt i tidigare forskning (Friberg, 2012).

LITTERATURSÖKNING

Det första steget i en litteratursökning handlar om att få ett helikopterperspektiv och skapa en översikt över det problemområde som ska undersökas. Östlundh (2012) menar att sökprocessen kräver en experimentell fas där man prövar olika sökord och kombinationer för att skapa förståelse för var väsentlig information kan hittas. Med detta i åtanke började vi vår sökningsprocess med att söka fritt på olika databaser, utan begränsningar för att få en uppfattning om hur vi skulle gå vidare med sökningen.

Innan litteratursökningen påbörjas är det fördelaktigt att bestämma vilka referensdatabaser som ska användas. För att få en omfattande översikt över ett område räcker det inte att endast använda sig av en databas (Backman, 2008). Vi valde därför att utföra vår litteratursökning med hjälp av tre databaser: Cinahl, PubMed och Scopus.

Efter att vi hade prövat olika sökord och bedömt vilka som hade god överensstämmelse med vårt syfte och problemområde började vi göra mer målmedvetna sökningar. Enligt Friberg (2012) är det i denna fas som den egentliga litteratursökningen sker, där relevant forskning och litteratur som ska ligga till grund för arbetet väljs ut.

I databasen Cinahl användes sökorden "diabetes" "cultural diversity" "education" "cultural sensitivity" "nursing" "minorities" "immigrants sweden" och "health care professionals" i olika kombinationer. För att hitta sökordet "cultural diversity" använde vi oss av ämnesordlistan Svensk MESH, resterande sökord var antingen våra egna eller så fann vi dem via de nyckelord som använts i redan funna artiklar. I PubMed användes sökorden "diabetes" "cross cultural care" "barriers" "cultural diversity" och "self management". I Scopus gjordes endast en sökning eftersom vi ansåg att materialet från Cinahl och PubMed gav tillräckligt med material. Då användes sökorden "diabetes" "cultural competence" och "compliance" vilket resulterade i en artikel som användes till bakgrunden. Sökhistorik presenteras i bilaga 1.

I Cinahl valde vi att använda oss av begränsningar som peer reviewed, abstract available, full text available och research article. Artiklar som inte hade gratis fulltext valdes bort. I PubMed använde vi begränsningarna abstract available och full text available.

Vi valde medvetet att inte begränsa oss när det gällde årtal för publicering samt ålder och kön, för att få en så bred bild som möjligt. Inför granskningen exkluderades dock artiklar publicerade innan 1990. Vår avsikt var att använda oss av aktuell forskning utan att exkludera något äldre forskning vars syfte var att undersöka tankar och känslor kring diabetes eftersom dessa artiklar fortfarande kan vara aktuella och användbara. Andra exklusionskriterier som vi hade var artiklar som endast tog upp typ 1-diabetes samt artiklar som handlade om barn med diabetes.

KVALITETSGRANSKNING

Under granskningen lästes alla vetenskapliga artiklar noggrant igenom ett flertal gånger för att skapa förståelse och ge en helhetsbild av studierna. Artiklarnas kvalitet bedömdes enligt en granskningsmall av Willman, Stoltz, och Bahtsevani (2011). Inget poängsystem användes för att bedöma kvalitet, istället diskuterades alla punkter i granskningsprotokollet och en sammanfattande bedömning av kvalitet gjordes.

ANALYS

Under analysen användes kodning. När en artikel analyserades gavs sammanhängande stycken i resultatdelen beskrivande kodord. Detta gjordes för att underlätta sammanfattningen av varje artikel och jämförelsen mellan de olika artiklarna. Två av de 13 artiklar som analyserades exkluderades då de inte ansågs svara på syftet. Därefter utformades en översiktstabell över de elva artiklar som valdes ut för att analyseras vidare och användas i resultatet. Översiktstabellen presenteras i bilaga 2. När artiklarna hade sammanfattats enskilt började vi jämföra dem för att hitta likheter och olikheter gällande artiklarnas resultat. När jämförelsen var klar sorterades innehållet under passande teman och rubriker (Friberg, 2012) för att sedan redovisas i vårt resultat. Det första temat var *att leva med diabetes* med underrubrikerna: tankar och känslor om diabetes och hälsa, egenvård samt riskfaktorer för att inte utföra egenvård. Det andra temat var *kulturell kompetens inom sjukvården* med underrubrikerna: att vårda patienter från andra kulturer samt patientens upplevelse av diabetessjukvården.

ETISK REFLEKTION

Omvårdnadsforskning bör vägledas av grundläggande etiska principer. *Principen om autonomi* handlar om att respektera människans självbestämmanderätt, värdighet, sårbarhet och integritet. Inom forskning innebär detta att inget tvång får utföras mot deltagaren och innan deltagande i en studie ska individen ge ett fullt och informerat samtycke. Autonomi omfattar tystnadsplikt, vilket innebär att forskningsdata ska behandlas konfidentiellt, samt att deltagaren ska kunna avsluta sin medverkan i studien när som helst utan att eventuell vård påverkas. *Principen om att göra gott* handlar om att målet med forskning alltid ska vara att göra nytta för omvårdnaden av den grupp som forskningen avser. *Principen om att inte skada* innefattar deltagarnas säkerhet och att forskningen inte ska ha skadlig påverkan. *Principen om rättvisa* handlar om att alla deltagare i en studie ska behandlas etiskt lika och att forskaren ska bevaka de svagas rättigheter (SNN, 2003)

Åtta av våra elva artiklar är etiskt granskade och godkända av en etiknämnd (Brämberg, Dahlborg-Lyckhage, & Määttä, 2012; Hjelm et al., 1999; Jowsey, Gillespie, & Aspin, 2011; Lanting, Joung, Vogel, Bootsma, Lamberts & Mackenbach, 2008; Lundberg & Thrakul, 2013; Rovner, Casten, & Harris, 2013; Samuel-Hodge, Headen, Skelly, Ingram, Keyserling, Jackson, Elasy, 2000; Wallin & Ahlström, 2010). I dessa artiklar tas det upp av forskarna att deltagarna hade gett fullt samtycke och var informerade om studiens syfte och att deltagande var frivilligt. Deltagarna var garanterade anonymitet och insamlad data avidentifierades.

Resterande tre artiklar tar ej upp om studierna blivit etiskt granskade men i två av dessa framkommer det att forskarna har tagit ställning till etiska principer (Hjelm, Isacson, & Apelqvist, 1998; Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson, & Selby, 2000).

RESULTAT

ATT LEVA MED DIABETES

Tankar och känslor om diabetes och hälsa

I en studie om buddistiska och muslimska kvinnor beskriver Lundberg och Thrakul (2013) hur kvinnorna ser på det faktum att de har drabbats av typ 2-diabetes. De kvinnor som hade en buddistisk tro trodde att det var deras karma som lett till att de fått diabetes. De förklarade att det var deras handlande i ett tidigare liv eller i det nuvarande som föranlett sjukdomen. Enligt deltagare med muslimsk tro var det Allah's vilja att de hade drabbats av diabetes. Även somaliska patienter i studien av Wallin och Ahlström (2010) hade religiösa förklaringar till sin diagnos. Deltagarna förklarade att diabetes, precis som alla andra sjukdomar, kommer från gud och därför måste accepteras. De pratade om att man ska vara tacksam för både positiva och negativa händelser eftersom livet tillhör Gud. Patienter som blev chockade vid diagnostiseringen av diabetes hade funderingar om att deras sjukdom var ett straff från Gud för att de hade syndat och vacklat i sin tro. I en studie av Hjelm et al. (1999) vars syfte är att jämföra tankar om hälsa, sjukdom och egenvårdsbeteende hos diabetespatienter från Sverige och forna Jugoslavien blev patienterna tillfrågade om möjliga orsaker och förklaringar till sjukdomen. De svenska patienterna uppgav flera olika alternativ och fokuserade på genetiska faktorer som övervikt, infektion och droger. De jugoslaviska patienterna däremot angav oftare faktorer i omgivningen som orsaker till sjukdomen, exempelvis "störda" familjerelationer, övernaturliga orsaker som ödet och onda andar.

Liburd, Namageyo-Funa, och Jack Jr (2007) som i sin studie undersöker hur afroamerikanska män upplever att deras maskulinitet påverkats av att ha typ 2-diabetes menar att den största rädslan bland männen var att de skulle bli invalida av diabeteskomplikationer. Att amputera ett ben, förlora synen eller bli av med sin självständighet var dessa mäns största oro. Enligt Wallin och Ahlström (2010) var oro över komplikationer vanligt även hos somaliska invandrare men för dem handlade oron om att drabbas av följsjukdomar och att dö en för tidig död. Flertalet av de buddistiska och muslimska kvinnor som deltog i studien av Lundberg och Thrakul (2013) berättade att de kände en psykologisk börda av att leva med diabetes. Kvinnorna hade innan sin diagnos hört historier om svåra diabeteskomplikationer och sett närstående lida av komplikationer som lett till amputation, njursvikt och död. Även

de afroamerikanska kvinnorna i studien av Samuel-Hodge et al. (2000) uttryckte att diabetes hade en stark psykologisk påverkan som visade sig i form av nervositet och oro för komplikationer.

I studien av Lanting et al. (2008) där syftet var att undersöka hur etniska skillnader mellan inhemska holländare och invandrare från Marocko och Turkiet kan påverka resultaten i diabetesvården framkom det att de invandrade patienternas såg mer allvarligt på sin diabetes än den inhemska befolkningen. Patienterna med invandrarbakgrund ansåg även att effekten av behandlingen var mer viktig än de inhemska. Detta ledde till att patienterna med utländsk bakgrund trodde att reglerna gällande behandlingen var avgörande för hur de skulle hantera sin diabetes.

Bland de afroamerikanska männen i studien av Liburd et al. (2007) var det några som uttryckte att de hade ångest och kände sig deprimerade över att ha diabetes. Att inte kunna titta inuti kroppen och se hur diabetessjukdomen påverkade hjärta och kärl bidrog till mycket oro. Männen beskrev diabetesvård som skuggboxning, det kändes som att de slogs mot en fiende men fick aldrig några bevis på om de vann eller förlorade. I studien av Hjelm et al. (1999) uttryckte de jugoslaviska patienterna rädsla inför framtiden, överlevnad och andra sjukdomar oberoende av diabetes medan de svenska patienterna relaterade sin rädsla till specifika komplikationer som försämrad syn eller problem med njurfunktionen. Båda patientgrupperna uppgav en känsla av utanförskap på grund av sjukdomen. De jugoslaviska patienterna betonade även fysiskt obehag som en konsekvens av sjukdomen medan de svenska fokuserade på restriktioner som tidsscheman och regelbundenhet. Två av männen i studien av Liburd et al. (2007) uttryckte frustration över att diabetes hade en negativ påverkan på deras sexuella förmåga. De kände sig inte längre bekväma i intima situationer med deras partners vilket hade en negativ påverkan på deras förhållanden.

I en studie av Jowsey et al. (2011) där syftet var att undersöka upplevelsen av att leva med typ 2-diabetes som invandrare i Australien framkom det att australiensare och invandrare upplevde att leva med en kronisk sjukdom på liknande sätt. Båda grupperna tyckte det var svårt att balansera sjukdomen med det vardagliga livet. Känslan av att leva med osäkerhet, vara förvirrad och orolig och uppleva social isolation togs upp av både invandrare och patienter från den inhemska befolkningen.

Egenvård

I studien av Lundberg och Thrakul (2013) framkom det att buddistiska kvinnor upplevde att deras tro hjälpte dem att göra livsstilsändringar eftersom buddistiska principer handlar om att inte leva i överflöd. Principen om moderation gjorde det lättare för dem att äta måttligt och hälsosamt. Yngre muslimska kvinnor däremot upplevde svårigheter med att kontrollera dieten eftersom de var vana vid muslimsk mat vars ingredienser höjer blodssockret. Både muslimska och buddistiska kvinnor förstod fördelen med kostförändringar men kände att de förlorade en del av sin frihet när de var tvungna att anpassa sig. För att minska intaget av kolhydrater och socker försökte de äta mindre ris och undvek produkter med hög fetthalt och söta tropiska frukter.

Deltagarna med en invandrarbakgrund i studien av Lanting et al. (2008) hade en mer positiv syn på egenvårdsområdena kost, träning, medicinering och blodsockermätning än vad de inhemska deltagarna gjorde. De utländska patienterna upplevde även större socialt stöd när det gällde deras diabetes. De inhemska patienterna upplevde å andra sidan högre nivåer av upplevd självförmåga och var därför mer övertygade om sin egen förmåga att utföra olika uppgifter när det gällde sin diabetes. I studien av Rovner et al. (2013) framkommer att deltagare som tränade regelbundet, kontrollerade blodglukosnivåer och läste innehållsförteckning på matvaror hade större framtidstro.

Enligt Hjelm et al. (1999) uppgav de svenska patienterna att de föredrog att kontrollera sina blodsockernivåer på egen hand medan de jugoslaviska patienterna helst ville gå till en diabetessköterska eller annan professionell sjukvårdspersonal. De svenska patienterna använde sig av egenkontroll, ofta rutinmässigt och anpassade egenvården därefter. I studien av Lanting et al. (2008) framkom att de deltagare med invandrarbakgrund kontrollerade sina blodsockernivåer oftare än nederländska deltagare vilket resulterade i att de hade bättre kontroll över sitt långtidsblodsocker. Vid frågor om fotvård uppgav de jugoslaviska patienterna i studien av Hjelm et al. (1999) att de inte tog särskilt väl hand om sina fötter, medan de svenska spontant påtalade att de var noga med sin fotvård för att slippa ulcerösa sår.

Flertalet studier visar att stöd från familj och närstående har stor inverkan på hur individen hanterar sin diabetessjukdom (Jowsey et al., 2011; Liburd et al., 2007; Lundberg & Thrakul, 2013; Samuel-Hodge et al., 2000). Lundberg och Thrakul (2013) finner att familjen fungerar som en motivationskälla för thailändska kvinnor och hjälper dem att minska stress och oro. Familjen fungerade som ett stöd genom att hjälpa till med matlagning, påminna om mediciner och träning samt att följa med på läkarbesök. Enligt deltagarna i studien av Samuel-Hodge et al. (2000) var det viktigaste stödet gällande diabetesvård döttrar och andra kvinnliga familjemedlemmar. Döttrarna var de som såg till att saker och ting blev gjorda, påminde om läkemedel och hälsosam mat, hjälpte till med husarbete och transport till läkarbesök. De jugoslaviska kvinnorna i studien av Hjelm et al. (1999) ansåg inte att praktiskt socialt stöd från familjen i diabetesbehandlingen var lika viktigt som de svenska kvinnorna gjorde.

De muslimska och buddistiska kvinnor som deltog i studien av Lundberg och Thrakul (2013) upplevde att deras andliga utövande var ett stöd när de kämpade med sjukdomen och vardagslivet. Andlighet tas även upp av deltagare i studien av Samuel-Hodge et al. (2000) i form av kyrkan och gud som en källa för socialt stöd och strategier för att hantera sjukdomen. Deltagarna ansåg att deras andlighet bidrog till livskvalitet, hade en positiv påverkan på deras hälsa och fungerade som en källa för känslomässigt stöd. Deltagarna uttryckte att gud gav den styrka som behövdes för att de skulle klara av utmaningar i vardagen. I studien Rovner et al. (2013) sågs ett samband mellan framtidstro och att vara religiös.

Studien av Hjelm et al. (1999) visade att endast ett fåtal av deltagarna deltog i självhjälpsgrupper som hölls av diabetesföreningar. De jugoslaviska patienterna deltog inte i sådana grupper överhuvudtaget eftersom de inte visste om att de fanns eller på grund av att de inte kände att de hade ork nog att medverka. Flera av svenskarna hade tidigare deltagit i diabetesgrupper men slutat gå på grund av negativa upplevelser, till exempel kände vissa att

de inte passade in eller att de blev rädda.

Risikfaktorer för att inte utföra egenvård

I en studie av Karter et al. (2000) framkommer det att bland medicinskt behandlade diabetiker finns det ett antal riskfaktorer som påverkar om patienten kontrollerar sitt blodsocker enligt rekommendationer. Dessa riskfaktorer inkluderar att vara man, över 40 år, tillhöra en minoritetsgrupp, ha språksvårigheter, låg utbildning, vara rökare, överkonsumera alkohol, att betala dyra glukosstickor och att bo i områden med utspridd fattigdom. De flesta män som deltog i studien av Liburd et al. (2007) var arbetslösa eller lågavlönade vilket påverkade deras egenvård eftersom de inte alltid hade ekonomin till att betala för diabetesmedicin och glukosstickor. I Hjelm et al. (1999) studie ansåg de svenska patienterna generellt sett, till skillnad från de jugoslaviska, att ekonomin var en begränsande faktor till bättre hälsa, framförallt vad gällde fotvård.

I studien av Lanting et al. (2008) uppgav de holländska patienterna flera barriärer för följsamhet när det gällde att ta ordinerade mediciner och kontrollera sina blodsockernivåer, medan de utländska patienterna uppgav att de hade svårigheter med att följa kostråd. Deltagare med en invandrabakgrund upplevde att det var oartigt att tacka nej till mat om någon bjöd dem och därför blev det svårt för dem att hålla sig till en kostplan.

Enligt Jowsey et al. (2011) upplever invandrare att det är svårt att uppfylla rollen som proaktiv patient och skaffa sig kunskap om diabetes när de inte förstår information och när sjuksköterskan ger strikta egenvårdsråd utan att undersöka hur mycket patienten förstår. Studien av Karter et al. (2000) visar att patienter som har språksvårigheter kontrollerar sitt blodsocker mer sällan än de som talar flytande i engelska. Patienter som inte talar det inhemska språket påverkas negativt när de inte kan dra nytta av skriftlig patientinformation. Enligt Jowsey et al. (2011) bidrar språkbarriärer till att patienter känner sig osäkra i kommunikationen med sjukvårdspersonal och upplever svårigheter med att hitta information om hur de ska sköta sin sjukdom. Äldre immigranter i Australien upplevde att språkbarriären som finns mellan dem och sjukvårdssystemet leder till att det blir komplicerat för dem att ta en aktiv del i behandlingen av deras sjukdom. Vissa immigranter i studien av Jowsey et al. (2011) upplevde omyndighet och frustration när de var tvungna att förlita sig på att anhöriga skulle tolka. En äldre man berättade att hans fru var tvungen att översätta all information från sjukvården åt honom. I frågor som gällde egenvård och beslutstagande angående val av mat, läkarbesök och medicinering kände han sig omyndigförklarad. Denna känsla påverkade hans förmåga att sätta upp mål och ta beslut. Effektiv kommunikation är en viktig ingrediens i egenvårdsstrategier. I Brämberg et al. (2012) framkom det att en riskfaktor för patientens följsamhet till behandling är när det finns en ojämn maktbalans mellan diabetessjuksköterskan och patienten, där sjuksköterskan är den styrande i mötet med patienten.

KULTURELL KOMPETENS INOM SJUKVÅRDEN

Att vårda patienter från andra kulturer

I en studie av Hjelm et al. (1998) som handlar om hur sjukvårdspersonal upplever att diabetespatienter som har en invandrarbakgrund ser på hälsa och sjukdom rapporterade 89 % av deltagarna att det brukar uppkomma problem när de ska vårda patienter från andra kulturer. Först och främst handlade problemen om kommunikationssvårigheter och kulturskillnader som påverkar följsamheten till behandling. Kommunikationsvårigheterna innefattade språkbarriärer, användande av tolkar, analfabetism hos patienten och otillräckligt med tid vid konsultationer. En av deltagarna tog upp att språkbarriärer gör det svårare att ge information, att förstå frågor och rädslor samt att uppfatta icke verbala signaler från patienten. Vid användning av tolkar upplevde sjukvårdspersonalen svårigheter med information som inte nådde fram, tidsbegränsning och brist på lättillgängliga tolkar. Språkbarriärer visade sig också vara ett hinder i Brämberg et al. (2012) där diabetessjuksköterskan gav information till patienterna trots att de inte förstod den på grund av språkhinder eller okunskap om diabetes. Vid sådana situationer hanterade sjuksköterskan problemet genom att upprepa informationen igen. Det verkade inte som att diabetessjuksköterskan reflekterade över att det fanns språkbarriärer mellan henne och patienterna eller att patienterna inte hade tillräckligt med kunskap om sin sjukdom.

Enligt Hjelm et al. (1998) upplevde sjukvårdspersonal att invandrare ofta har okonventionella förklaringar till sjukdom och ohälsa. Exempel på förklaringar till sjukdom som hade påträffats var ”obalans i relationer med andra människor” samt ”övernaturliga och religiösa orsaker”. Sjukvårdspersonalen upplevde att invandrare med diabetes förväntade sig att sjukvården skulle ge dem ett botemedel utan att de behövde göra något själva. Patienterna ville fortsätta leva som vanligt, använda samma ingredienser i matlagningen, fortsätta röka och fira festligheter på samma sätt som innan de fick diabetes.

Patientens upplevelse av diabetessjukvården

De jugoslaviska patienterna i studien av Hjelm et al. (1999) uttryckte självmant hur bra de upplevde att de blivit bemötta av sjukvårdspersonalen i Sverige i jämförelse med sjukvårdspersonalen i sitt hemland. De svenska patienterna och de jugoslaviska patienterna som var arbetsimmigranter och hade bott i Sverige under en längre tid var nöjda men vissa tyckte att det saknades ett holistiskt perspektiv och empati. De uttryckte även att tiden för konsultationer med läkare var för begränsad. De svenska patienterna såg dock sjukvårdspersonal som en möjlighet för att utöka sin kunskap och få informellt socialt stöd. Vissa av de jugoslaviska patienterna hade upplevt att det fanns en negativ inställning till invandrare. En av dessa patienter berättade att sjukvårdspersonalen inte trodde på hennes sjukdomshistoria utan påstod att hon bara ville bli sjukskriven. Ingen skillnad kunde ses mellan vilka egenvårdsråd och rekommendationer som de jugoslaviska och de svenska patienterna fått av sjukvårdspersonal angående kost och motion. Det var dock vanligare att svenska patienter fick skriftliga kostrådslistor. Eftersom det hela tiden kommer nya rön angående kost uttryckte de svenska patienterna att det var svårt att veta vad som gäller.

Både patienter med invandrabakgrund och inhemska australiensare i studien av Jowsey et al., (2011) ansåg att hälso- och sjukvårdssystemet var svårt att navigera sig i och många kände sig svikna av sjukvården. Att få råd och information på det egna språket upplevdes som väldigt positivt. En turkisk invandrare upplevde att det var hjälpsamt när hon fick instruktioner från vårdpersonal som var översatta till turkiska.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med denna litteraturoversikt är att ur ett mångkulturellt perspektiv beskriva patientens upplevelse av att leva med diabetes och att få vård samt beskriva sjuksköterskans kompetens. Vi har analyserat elva artiklar för att besvara vårt syfte och artiklarna som vi använt oss av är både kvalitativa och kvantitativa. De kvalitativa artiklarna har bidragit till fördjupad förståelse kring individens känslor och tankar kring diabetes medan de kvantitativa artiklarna har skapat en överblick över samband och skillnader mellan olika variabler och gett oss mer generaliserande data. Vi anser att båda forskningsansatserna har varit viktiga för att kunna svara på vårt syfte.

Vi valde bort artiklar som inte hade gratis fulltext tillgänglig. Detta kan ha bidragit till att vi utelämnat relevanta artiklar men eftersom litteraturstudien hade en tidsram på tio veckor ansåg vi att det skulle ta för lång tid att beställa hem artiklar, då detta kunde ta upp till två veckor.

Eftersom begreppet patientdelaktighet är en viktig del i diabetesvården och tas upp i bakgrunden kan det ses som bristfälligt att sökord som ”participation” inte finns med i sökningsschemat. När detta sökord användes i den inledande litteratursökningen hittades dock inga relevanta studier som svarade på syftet. Vi kan även se en risk i att den egna förförståelse kan ha haft betydelse för vilka sökord som använts i litteratursökningen.

Två av våra artiklar är äldre och publicerades innan 2000-talet (Hjelm et al., 1998; Hjelm et al., 1999) vilket kan ses som en svaghet. Vi valde dock att ha med dem eftersom Katarina Hjelm, en av författarna till båda artiklarna, är något av en pionjär inom diabetesforskningen ur ett mångkulturellt perspektiv. Hon var en av de första i Sverige som forskade på ämnet och vi har under vår artikelgranskning sett att forskare från många delar av världen refererar till hennes tidigare studier.

Artiklarna vi använt oss av kommer från ett flertal olika länder vilket ger en trovärdighet i dess applicerbarhet. Tio av våra valda artiklar kommer från västerländska länder (USA, Sverige, Nederländerna och Australien) och en av artiklarna kommer från Thailand. Flertalet artiklar behandlar immigration vilket gör att många olika folkgrupper är representerade. Fyra av artiklarna är gjorda i Sverige vilket vi ser som en styrka då resultatet har större chans att vara användbart i den svenska hälso- och sjukvården. Både män och kvinnor finns representerade i litteraturoversikten. Vi valde att utesluta artiklar som handlade om barn med diabetes men bortsett från detta har vi ett brett åldersspann i våra valda artiklar.

Två av de artiklar som handlar om hur människor med afroamerikanskt ursprung upplever sin diabetes är gjorda i South Carolina. Eftersom livsstilen i den amerikanska södern kan skilja sig mycket från andra delar av världen anser vi att det är viktigt att ifrågasätta om resultatet är applicerbart på en större population. Dock kan likheter ses mellan dessa två studier och en studie från Pennsylvania, en nordöstlig stat i USA, som behandlar samma ämne.

I studierna från USA tar författarna ofta upp ras som en faktor som påverkar diabetesvård. Forskarna gjorde jämförelser mellan svarta och vita endast utifrån hudfärg vilket för oss kändes onaturligt. Vi anser inte att ras är en relevant faktor när man pratar om mänskliga omständigheter som egenvårdsbeteenden, tankar och känslor. I studierna från europeiska länder har man inte använt sig av den här typen av indelning, utan istället diskuterat etniska och kulturella skillnader. Att forskare tar upp ras i amerikanska studier tror vi beror på hur samhället i USA ser ut.

Ett flertal av våra artiklar jämför hur den inhemska populationen och personer med invandrabakgrund ser på hälsa och hanterar sin diabetesjukdom. Flertalet av dessa artiklar har tagit upp hur socioekonomiska aspekter kan bidra till skillnader vilket vi anser är viktigt eftersom dessa aspekter kan ha lika stor påverkan som kulturella och etniska faktorer. I den nederländska studien (Lanting et al., 2008) har forskarna dock aktivt valt att endast titta på hur etniska faktorer påverkar diabetesjukdom genom att jämföra nativa nederländare med turkiska och marockanska invandrare som har matchande socioekonomisk status. Denna forskning anser vi också vara av stor vikt efter som den kan ge svar på om det finns etniska skillnader.

Under examensarbetets gång har vi haft de fyra forskningsetiska principerna (SNN, 2003) med i åtanke och majoriteten av de studier som vi har analyserat har varit etiskt granskade och godkända. Artiklarnas kvalitet bedömdes enligt en granskningsmall av Willman et al. (2011) vilket underlättade och kvalitetssäkrade granskningen av artiklarnas innehåll.

Tidsramen för vår litteraturöversikt är en svaghet i sig. Ett examensarbete på tio veckor kan inte uppnå mättnad på samma sätt som en systematisk översikt hade gjort. Vi valde att endast använda oss av elva artiklar vilket kan uppfattas som för lite för att uppnå den bredd som en litteraturöversikt ska ge. Vi anser dock att dessa elva artiklar har haft god kvalitet och gett oss tillräckligt med information för att kunna svara på vårt syfte.

RESULTATDISKUSSION

Medverkan i vården är centralt för patienter med typ 2-diabetes (Karlsen, 2013). Patientdelaktighet går ut på att patienten får vara med och ta beslut angående vård och behandling. En förutsättning för patientdelaktighet är kommunikation (McWilliam, 2009). Resultatet visar att språkbarriärer är ett problem som försvårar patienternas medverkan och delaktighet i vården. Patienter med invandrabakgrund som deltagit i de granskade studierna har upplevt att språkbarriärer har hindrat dem från att vara en proaktiv patient, ta till sig och förstå information, uppsöka vård och förstå sjukvårdssystemet (Jowsey et al., 2011; Karter et al., 2000). Vi anser att det svenska sjukvårdssystemet är ett exempel som synliggör detta problem, till exempel så möts patienter som ska kontakta en vårdcentral ofta av en

telefonsvarare, vilket kan vara ett stort hinder för en individ som inte behärskar språket. Om personen inte förstår instruktionerna som telefonsvararen ger finns risken att denne ger upp och inte kommer i kontakt med sjukvården.

Resultatet visar att språkbarriärer leder till generellt sämre vård för patienter med utländsk bakgrund och att kommunikationssvårigheter påverkar patientens följsamhet till behandlingen (Jowsey et al., 2011). Därför är det viktigt att kunna ge information på patientens eget språk, till exempel genom att dela ut egenvårdsråd på patientens modersmål (Karter et al., 2000). Det är en fördel om det finns material på olika språk tillgängliga på sjukhus och vårdcentraler eftersom det kan vara svårt för utländska patienter att själva hitta information. Idag är det vanligt att många söker information på internet, men det finns en risk att dessa källor inte alltid är pålitliga. Därför är det extra viktigt att sjukvården erbjuder alla tillförlitlig och lättillgänglig information. I en studie av Huerta och Macario (1999) framkommer att när information ska förmedlas från sjukvården bör den vara anpassad på ett sätt som är kulturellt lämpligt och meningsfullt, vilket innebär att kommunikationen alltid bör ske på den etniska gruppens modersmål. Eftersom det finns tusentals språk i världen tror vi inte att detta är möjligt men att alltid sträva efter att patienten ska förstå den information som ges ska vara självklarhet för sjukvårdspersonal. I den svenska hälso- och sjukvårdslagen står det att information som ges till patienten skall vara individanpassad (Socialdepartementet, 1982).

Resultatet visar att även utbildningsnivå är en socioekonomisk faktor som påverkar språkkunskaperna. Sjukvårdspersonal behöver vara medveten om att det finns patienter som varken kan skriva eller läsa och då är den muntliga kommunikationen särskilt viktig. När den muntliga kommunikationen är det enda sättet att ge råd och information är det väsentligt att tolkar finns tillgängliga inom sjukvården (Fatahi, Nordholm, Mattsson, & Hellstrom, 2010).

Resultatet visar att stöd från familj och närstående har stor inverkan på hur individen hanterar sin diabetessjukdom. Familjen anses fungera som en motivationskälla och stöd genom att hjälpa till med matlagning, påminna om mediciner och träning samt att följa med på läkarbesök (Lundberg & Thrakul, 2013; Samuel-Hodge et al., 2000). Liknande resultat har hittats av Mayberry och Osborn (2012) som skriver att praktiskt stöd från familjen och en förståelse för patientens diabetesrelaterade behov underlättar utförandet av egenvård. Enligt Mayberry och Osborn (2012) kan dock familjen även påverka egenvård och självförmåga negativt genom att ge missriktad hjälp. Missriktad hjälp tas inte upp av deltagare i denna litteraturstudie men resultatet visar att patienters förmåga att sätta upp mål och ta beslut kan påverkas negativt om de är tvungna att förlita sig för mycket på anhöriga, till exempel som tolkar vid läkarbesök när språkbarriärer förekommer (Jowsey et al., 2011). Att behöva hjälp av andra för att klara av att hantera en sjukdom kan således sänka patientens självförtroende och egenförmåga. Eftersom det visat sig att anhöriga spelar en stor roll i hur individen sköter sin diabetes är det viktigt att närstående involveras i vården utan att patienten hamnar i bakgrunden, vilket ses som en risk när anhöriga används som tolkar. En annan risk med anhörigtolkar är att viktig information inte alltid förmedlas eftersom relationen mellan patienten och den anhöriga kan påverka vilken information som kommer fram. Resultatet stödjer att anhöriga är viktiga stöttepelare i det vardagliga livet för patienter med diabetes men

även att om patienten förlorar all makt och blir helt beroende av andra människor påverkas välmående negativt (Jowsey et al., 2011).

När språkbarriärer påverkar patientens känsla av egenförmåga kan det vara särskilt värdefullt att sjukvårdspersonal använder sig av empowerment för att patienten ska känna att han eller hon har kontroll över sitt eget liv. Som tidigare nämnts i bakgrunden syftar empowerment till att mobilisera och stärka patientens egna resurser så att han eller hon självständigt kan lösa problem. Enligt Lawn et al. (2013) förbättras relationen mellan patient och vårdpersonal om patienten upplever empowerment och möjligheter ges för att patientens egenvårdsförmågor ska utvecklas. Om en patient inte upplever egenmakt/egenförmåga, det vill säga empowerment utan istället känner sig omyndigförklarad kan det vara ett tecken på att vården inte är personcentrerad. En människa som inte upplever att han eller hon har kontroll över sin sjukdom kan lätt bli helt beroende av vårdpersonal, vilket leder till destruktiva konsekvenser för patientens egenvård.

Resultatet visar att kommunikationssvårigheter upplevs som ett hinder även av vårdpersonal. I studien av Hjelm et al. (1998) uttryckte vårdpersonal att kommunikationssvårigheter som språkbarriärer, användande av tolkar, analfabetism hos patienten och otillräckligt med tid vid konsultationer ledde till sämre vård. Detta stöds av Chin et al. (2001) studie där det framgår att sjukvårdspersonal som arbetar på vårdcentraler i storstäder anser att språket är en barriär när det gäller att ge kvalitetssäkrad vård.

Det framkommer i resultatet att diabetespatienter som är troende ofta har religiösa förklaringar till varför de fått diabetes. Att det är karma, Allah's vilja eller straff från Gud som föranlett sjukdomen är tankesätt tas upp (Hjelm et al., 1999; Lundberg & Thrakul, 2013; Wallin & Ahlström, 2010). I resultatet framkommer det att även sjukvårdspersonal har upplevt att invandrare ofta har okonventionella förklaringar till sjukdom och ohälsa som till exempel övernaturliga och religiösa orsaker. Att sjukvårdspersonal uppmärksammat att detta är ett förekommande fenomen tyder på att det funnits någon form av kommunikation om kultur och tro mellan dem och patienterna. Att kunna göra en kulturell bedömning och att erhålla information hur patienten ser på hälsa, sjukdom och vård ska ingå i sjuksköterskans kulturella kompetens (Jirwe et al., 2009).

Idag är Sverige ett sekulariserat land men populationen består av en stor andel människor från olika delar av världen som har en stark tro och religiositet. Som sjuksköterska är det viktigt att kunna möta dessa patienter utifrån deras perspektiv vilket kan vara en stor utmaning då många svenskar idag inte är troende utan har en mer vetenskaplig syn på världen. När patienter förklarar sin sjukdom som ett straff från till exempel Gud eller karma, kan det vara svårt att bemöta dem och motivera till livsstilsförändringar. Vi anser att det krävs en god pedagogisk förmåga för att kunna ge patienterna de råd och den information de behöver.

Religiositet ska dock inte endast betraktas som en utmaning för sjukvården, resultatet synliggör att en stark tro kan ge stöttning, trygghet och hopp för många patienter. Oberoende av religion ansågs andligt utövande ge känslomässigt stöd i vardagen (Lundberg & Thrakul, 2013; Samuel-Hodge et al., 2000). Det framkommer även att tro kan motivera till

livsstilsförändringar, till exempel uppger buddistiska kvinnor att de religiösa principer som de lever efter handlar om att inte leva i överflöd vilket gör det lättare för dem att äta nyttigt (Lundberg & Thrakul, 2013). Resultatet visar emellertid också att vissa etniska grupper kan ha svårare att anpassa kosten eftersom maträtter som är kulturellt viktiga för dem inte överensstämmer med den kost som rekommenderas vid typ 2-diabetes. Vi tror att en sjuksköterska som är kulturellt kompetent och kan anpassa information om kost och livsstil till patientens egna kulturella vanor skulle vara mer framgångsrik i att uppnå ett förbättrat egenvårdsbeteende hos patienten.

SLUTSATS OCH KLINISK IMPLIKATION

Vid typ 2-diabetes ställs krav på patientens självförmåga och egenvårdsbeteende och även på sjuksköterskans kompetens att utbilda och informera. Språkbarriärer är ett hinder för vård på lika villkor och det drabbar både patienten och sjuksköterskan. Om det brister i kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten ökar risken för komplikationer och ohälsa relaterat till sjukdomen. Många likheter finns mellan olika etniska grupper angående tankar och känslor om diabetes. Det är viktigt att sjukvårdspersonal inte gör etniska generaliseringar utan alltid ser patienten som individ. För att leva upp till de lagar om individanpassad vård som sjuksköterskan ska förhålla sig till krävs kulturell kompetens. Kulturell kompetens bör integreras mer i sjuksköterskeutbildningen för att ge en utökad kunskap och förståelse.

REFERENSER

- Alvarsson, M, Brismar, K, Viklund, G, Örtqvist, E, & Östenson, C-G. (2007). *Diabetes*: Kristianstads Boktryckeri AB.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*, 57(2), 153-157. doi: 10.1016/j.pec.2004.05.008
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Danmark: Studentlitteratur.
- Bagnasco, A., Di Giacomo, P., Da Rin Della Mora, R., Catania, G., Turci, C., Rocco, G., & Sasso, L. (2013). Factors influencing self-management in patients with type 2 diabetes: a quantitative systematic review protocol. *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/jan.12178
- Brämberg, Elisabeth Björk, Dahlborg-Lyckhage, Elisabeth, & Määttä, Sylvia. (2012). Lack of individualized perspective: A qualitative study of diabetes care for immigrants in Sweden. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 244-249. doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00684.x
- Caballero, A. E. (2007). Cultural Competence in Diabetes Mellitus Care: An Urgent Need. *Insulin*, 2(2), 80-91.
- Chin, Marshall H., Cook, Sandy, Jin, Lei, Drum, Melinda L., Harrison, James F., Koppert, Julie, Chiu, Sin-Ching. (2001). Barriers to Providing Diabetes Care in Community Health Centers. *Diabetes Care*, 24(2), 268-274.
- Dellenborg, Lisen, Skott, Carola, & Jakobsson, Eva. (2012). Transcultural Encounters in a Medical Ward in Sweden: Experiences of Health Care Practitioners. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(4), 342-350. doi: 10.1177/1043659612451258
- Eldh, Ann-Catrine. (2009). Delaktighet och gemenskap. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (ss. 45-62). Lund: Studentlitteratur AB.
- Engelgau, M. M., & Gregg, E. W. (2012). Tackling the global diabetes burden: will screening help? *Lancet*, 380(9855), 1716-1718. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61682-1
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling* (Vol. 4). Lund: Studentlitteratur AB.
- Fatahi, N., Nordholm, L., Mattsson, B., & Hellstrom, M. (2010). Experiences of Kurdish war-wounded refugees in communication with Swedish authorities through interpreter. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 160-165. doi: 10.1016/j.pec.2009.03.010
- Friberg, Febe. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 133-144). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gerrish, K. (2000). Researching ethnic diversity in the British NHS: methodological and practical concerns. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 918-925.
- Goody, C. M., & Drago, L. (2009). Using cultural competence constructs to understand food practices and provide diabetes care and education. *Diabetes Spectrum*, 22(1), 43-47.

- Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Walker, R. J., Smalls, B. L., Davis, K. S., & Egede, L. E. (2012). Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology and Therapeutics*, *14*(7), 630-634. doi: 10.1089/dia.2011.0287
- Hjelm, K., Isacson, A., & Apelqvist, J. (1998). Healthcare professionals' perceptions of beliefs about health and illness in migrants with diabetes mellitus. *Practical Diabetes International*, *15*(8), 233-237.
- Hjelm, K., Nyberg, P., Isacson, A., & Apelqvist, J. (1999). Beliefs about health and illness essential for self-care practice: a comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females. *Journal of Advanced Nursing*, *30*(5), 1147-1159. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01167.x
- Huerta, E. E., & Macario, E. (1999). Communicating health risk to ethnic groups: reaching Hispanics as a case study. *Journal of National Cancer Institute Monographs*(25), 23-26.
- Jirwe, M., Momeni, P., & Emami, A. (2009). Kulturell mångfald. I F. Friberg, J. Öhlén, A.-K. Edberg & M. Castoriano (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (ss. 453-469). Lund: Studentlitteratur AB.
- Jowsey, T., Gillespie, J., & Aspin, C. (2011). Effective communication is crucial to self-management: The experiences of immigrants to Australia living with diabetes. *Chronic Illness*, *7*(1), 6-19.
- Jääskeläinen, Tiina, Paananen, Jussi, Lindström, Jaana, Eriksson, Johan G., Tuomilehto, Jaakko, & Uusitupa, Matti. (2013). Genetic predisposition to obesity and lifestyle factors – the combined analyses of twenty-six known BMI- and fourteen known waist:hip ratio (WHR)-associated variants in the Finnish Diabetes Prevention Study. *British Journal of Nutrition*, *110*(10), 1856-1865. doi: 10.1017/S0007114513001116
- Karlsen, B. (2013). Det individuella handledningssamtalet - nyckeln till bättre diabetesbehandling IA. Skafjeld & M. Grauu (Red.), *Diabetes - förebyggande arbete, behandling och uppföljning* (ss. 261-285). Lund: Studentlitteratur AB.
- Karter, A. J., Ferrara, A., Darbinian, J. A., Ackerson, L. M., & Selby, J. V. (2000). Self-monitoring of blood glucose: Language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care*, *23*(4), 477-483.
- Krichbaum, K., Aarestad, V., & Buethe, M. (2003). Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *Diabetes Education*, *29*(4), 653-662.
- Lanting, L. C., Joung, I. M. A., Vogel, I., Bootsma, A. H., Lamberts, S. W. J., & Mackenbach, J. P. (2008). Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behavior. *Patient Education and Counseling*, *72*(1), 146-154.
- Lawn, S., Delany, T., Sweet, L., Battersby, M., & T, C. Skinner. (2013). Control in chronic condition self-care management: how it occurs in the health worker-client relationship and implications for client empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. doi: 10.1111/jan.12203
- Liburd, L. C., Namageyo-Funa, A., & Jack Jr, L. (2007). Understanding "masculinity" and the challenges of managing type-2 diabetes among African-American men. *Journal of the National Medical Association*, *99*(5), 550-558.

- Lundberg, Pranee C., & Thrakul, Supunnee. (2013). Religion and self-management of Thai Buddhist and Muslim women with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13/14), 1907-1916. doi: 10.1111/jocn.12130
- Mayberry, L. S., & Osborn, C. Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), 1239-1245.
- McWilliam, C. L. (2009). Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care. *Chronic Illness*, 5(4), 277-292. doi: 10.1177/1742395309349315
- Nygårdh, Annette, Malm, Dan, Wikby, Kerstin, & Ahlström, Gerd. (2012). The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5/6), 897-904. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03901.x
- Peyrot, M., & Rubin, R. R. (2007). Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes Care*, 30(10), 2433-2440.
- Rovner, B. W., Casten, R. J., & Harris, L. F. (2013). Sociocultural influences on diabetes self-management behaviors in older African Americans. *Diabetes Spectrum*, 26(1), 29-33.
- Samuel-Hodge, C. D., Headen, S. W., Skelly, A. H., Ingram, A. F., Keyserling, T. C., Jackson, E. J., Elasy, T. A. (2000). Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among African-American women: spirituality, the multi-caregiver role, and other social context factors. *Diabetes Care*, 23(7), 928-933.
- SNN, Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). Etiske retningslinjer for omvårdnadsforskning i Norden. Hämtad 04-04-14, från <http://www.sykepleien.no/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>
- Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763 C.F.R. (1982).
- Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – Stöd för styrning och ledning. Hämtad 21-03, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordiabetesvarden/centralarekommendationer/omvardnad>
- Tingström, Pia. (2009). Information och utbildning. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (ss. 65-91). Lund: Studentlitteratur AB.
- Wallin, A., & Ahlström, G. (2010). From diagnosis to health: a cross-cultural interview study with immigrants from Somalia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 357-365. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00729.x
- Willman, A, Stoltz, P, & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Zimmet, P., Alberti, K. G. M. M., & Shaw, J. (2001). Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*, 414(6865), 782-787.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (ss. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGA 1 - sökningsschema

Scopus

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal relevanta abstrakt	Antal granskade artiklar	Valda artiklar
140312	Diabetes AND cultural competence AND compliance		18	2	0	0

Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal relevanta abstrakt	Antal granskade artiklar	Valda artiklar
140312	Diabetes AND cross cultural care AND barriers	Abstract available Full text available	23	5	1	Lanting LC, Joung IM, Vogel I, Bootsma AH, Lamberts SW, Mackenbach JP. (2008).
140312	Diabetes AND cultural diversity AND self management	Abstract available Full text available	25	3	1	Jowsey T, Gillespie J, Aspin C. (2011).
140312	Diabetes AND african americans AND gender AND self care AND culture	Abstract available Full text available	16	6	1	Liburd LC, Namageyo-Funa A, Jack L Jr. (2007).

Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal relevanta abstrakt	Antal granskade artiklar	Valda artiklar
140311	Diabetes AND cultural diversity AND minority groups	Peer reviewed	5	2	0	0
140311	Diabetes AND cultural groups AND education	Peer reviewed	9	6	1	0

140311	Diabetes AND cultural diversity AND education	Peer reviewed	20	5	0	0
140311	Diabetes AND cultural sensitivity AND education AND nursing	Peer reviewed	27	4	0	0
140312	Diabetes AND education AND minorities	Peer reviewed	36	10	2	Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. (2000).
140313	Diabetes AND self-management AND spirituality	Peer reviewed	16	5	3	Lundberg P C, Thrakul S. (2013). Rovner B W, Casten R J, Fields Harris L. (2013). Samuel-Hodge CD, Headen SW, Skelly AH, Ingram AF, Keyserling TC, Jackson EJ, Ammerman AS, Elasy TA. (2000).
140313	Diabetes AND immigrants AND self-management	Peer reviewed	4	0	0	0

140313	Diabetes AND immigrants sweden	Peer reviewed Abstract available Full text available	8	5	4	<p>Brämberg E B, Dahlborg- Lyckhage E, Määttä, S. (2012).</p> <p>Hjelm K, Isacsson A, Apelqvist J. (1998).</p> <p>Hjelm K., Nyberg P, Isacsson A, Apelqvist J. (1999).</p> <p>Wallin A, Ahlström G. (2010).</p>
--------	--------------------------------------	--	---	---	---	---

BILAGA 2 – artikelsammanfattning

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Forskningsperspektiv/ Kvalitetsgrad
Brämberg, E., Dahlborg- Lyckhage, E. & Sylvia, M. 2012, Sweden.	Att beskriva hur en specialist sjuksköterska inom diabetes ger vård till patienter med typ 2-diabetes och annan etnisk bakgrund. Studien tar även upp de vårdbehov dessa patienter uttrycker att de har	Observationer och analyser av möten mellan en specialistsköterska inom diabetes och 10 patienter med typ 2-diabetes.	Kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienterna var bristande och det var stora skillnader i maktbalansen. Patientperspektivet saknades och sjuksköterskan använde sig av auktoritära kommunikationsmönster.	Kvalitativ forskningsstatus. Hög kvalitet. Studien är etiskt granskad.
Hjelm, K., Isacsson, Å. & Apelqvist, J. 1998, Sweden.	Att undersöka hur hälso- och sjukvårdspersonal uppfattar skillnaden mellan diabetespatienter som har en invandrabakgrund och patienter födda i Sverige, gällande deras tankar om hälsa och sjukdom.	149 läkare och sjuksköterskor som arbetade inom diabetessjukvården fick svara på frågeformulär med öppna frågor.	Invandrare ansågs ha sämre kunskap om kroppsliga funktioner och diabetes. 89 % av personalen upplevde att språksvårigheter och kulturella skillnader påverkade compliance när de vårdade patienter med invandrabakgrund.	Kvantitativ/ kvalitativ forskningsansats. Medel kvalitet. Det framkommer ej om studien är etiskt granskad och det enda etiska ställningstagandet som författarna tar upp är att frågeformulären var anonyma.

<p>Hjelm, K., Nyberg, P., Isacsson, Å. & Apelqvist J.</p> <p>1999, Sweden.</p>	<p>Att utforska tankar om hälsa och sjukdom bland immigrerade jugoslaver och svenskar med typ 2-diabetes och hur detta påverkar deras egenvård och på vilket sätt de uppsöker vården.</p>	<p>Datainsamling genom fokusgruppintervjuer med 15 kvinnor födda i Sverige och 13 kvinnor från forna Jugoslavien med diabetes.</p>	<p>Datainsamlingen visade många skillnader mellan de svenska och fornjugoslaviska kvinnorna när det gällde tankar om hälsa och sjukdom vilket påverkade deras egenvård och uppsökandet av vården. Fokusgrupperna i sig visade sig vara terapeutiska för deltagarna.</p>	<p>Kvalitativ forskningsansats.</p> <p>Hög kvalitet.</p> <p>Studien är etiskt granskad.</p>
<p>Jowsey, T. Gillespie, J. & Aspin, C.</p> <p>2011, Australia.</p>	<p>Att undersöka skillnaden i upplevelse av att leva med typ 2-diabetes mellan invandrare och infödda australiensare.</p>	<p>Deskriptiv studie. Semi-strukturerade intervjuer med 32 patienter och närstående. Deltagarna fick även fylla i ett frågeformulär med demografiska frågor. 15 av deltagarna var invandrare vars första språk inte var engelska och resterande 17 var infödda australiensare.</p>	<p>Patienter och närstående med invandrabakgrund upplevde att språk- och kulturbarriärer utgjorde ett hinder för god egenvård.</p>	<p>Kvalitativ forskningsansats.</p> <p>Hög kvalitet.</p> <p>Studien är etiskt granskad.</p>
<p>Karter, A., Ferrara, A., Darbinan, J., Ackerson, L. & Selby, J.</p> <p>2000, USA.</p>	<p>Att undersöka mönster och barriärer för självständig kontroll av p-glukos för patienter med farmakologisk behandlad diabetes.</p>	<p>Tvärsnittsstudie. Alla som var registrerade i ett diabetesregister (n = 94,024) fick en skriftlig hälsoundersökning hemskickad där de skulle svara på frågor om hur ofta de kontrollerade sitt p-glukos, socio-demografiska faktorer och kliniska data. 44,181 svarstagare inkluderades sedan i studien.</p>	<p>Att vara man, över 40 år, tillhöra en minoritetsgrupp, ha språksvårigheter, låg utbildning, vara rökare, överkonsumera alkohol, bo i fattiga områden och betala dyra glukometer strips framkom som riskfaktorer för att inte kontrollera sitt p-glukos som rekommenderat.</p>	<p>Kvantitativ forskningsansats.</p> <p>Hög kvalitet.</p> <p>Refererad till i 198 artiklar.</p> <p>Författarna tar ej upp om studien är etiskt granskad men det framkommer att forskarna har tagit ställning till etiska frågor i sin studie.</p>

<p>Lanting, L. C., Joung, I. M. A., Vogel, I., Bootsma, A. H., Lamberts, S. W. J., & Mackebach, J. P.</p> <p>2008, Nederländerna.</p>	<p>Att undersöka hur etniska skillnader kan påverka resultaten i diabetesvården, samt att undersöka om dessa skillnader kan förklaras genom egenvård och faktorerna som styr egenvården.</p>	<p>Befolkningsstudie. Frågeformulär som bestod av frågor om beteende kring egenvård och faktorer som påverkar egenvård. Sammanlagt 204 patienter med diabetes typ 1 eller typ 2. Hälften av patienterna var födda holländare, 51 var från Marocko och 51 från Turkiet.</p>	<p>Studien påvisar etniska skillnader vad gäller resultaten av diabetesvården. Den upplevda självförmågan är den faktor som har störst påverkan när det handlar om skillnader i HbA1c.</p>	<p>Kvantitativ forskningsansats.</p> <p>Hög kvalitet.</p> <p>Studien är etiskt granskad.</p>
<p>Liburd, L. C. Namageyo-Funa, A. & Jack Jr, L.</p> <p>2007, USA.</p>	<p>Att undersöka hur afroamerikanska män upplever att maskulinitet påverkas av att ha typ 2-diabetes.</p>	<p>Granskning av utskrifter från djupdykande intervjuer med 16 afroamerikaner boende i South Carolina för att hitta samband mellan maskulinitet och påverkan på egenvård. Den ursprungliga studien var narrativ och fokuserade på hur kulturella aspekter påverkar egenvård hos afroamerikanska män.</p>	<p>Deltagarna kände rädsla inför att förlora självständighet och livskvalitet. Att bli invalid eller förlora synen var också vanliga rädslor. Depression förekom samt frustration över nedsatt sexuell förmåga.</p>	<p>Kvalitativ forskningsansats.</p> <p>Medel kvalitet.</p> <p>Forskarna tar ej upp om studien är etiskt granskad.</p>
<p>Lundberg, P. & Thrakul, S.</p> <p>2013, Thailand.</p>	<p>Att undersöka hur religion påverkar egenvården för thailändska, buddistiska och muslimska kvinnor med typ 2-diabetes.</p>	<p>Deskriptiv studie. Intervjuer med 48 thailändska kvinnor (19 buddister och 29 muslimer). 4 öppna frågor ställdes till varje deltagare.</p>	<p>Buddistiska kvinnor trodde att deras diabetes berodde på något i deras karma. Muslimska kvinnor talade om att sjukdomen var Alla's vilja. Svårigheter med att förändra matvanor togs upp av både buddistiska och muslimska kvinnor.</p>	<p>Kvalitativ forskningsansats.</p> <p>Hög kvalitet.</p> <p>Studien är etiskt granskad.</p>

<p>Rovner, B. W., Casten, R. J. & Harris, L. F.</p> <p>2013, USA.</p>	<p>Att beskriva sambandet mellan kulturella övertygelser som är rådande bland äldre afroamerikaner och följsamheten i egenvården av diabetes och egenvårdsbete nde.</p>	<p>Frågeformulär till 110 äldre afroamerikaner med typ 2-diabetes. Frågeformulären bestod av frågor om hur man ser på nutiden, framtiden, religiositet, träningsvanor, läsning av matetiketter och kontroll av blodglukosvärden.</p>	<p>Deltagarna som tränade regelbundet fokuserade mer på framtiden och levde inte endast i nuet. De hade även högre poäng på skalan om religiositet än de som inte tränade regelbundet. Deltagarna som läste matetiketter var mer måna om framtiden.</p>	<p>Kvantitativ forskningsansats.</p> <p>Medel kvalitet.</p> <p>Studien är etiskt granskad.</p>
<p>Samuel-Hodge, C. D., Headen, S. W., Skelly, A. H., Ingram, A. F., Keyserling, T. C., Jackson, E. J., Ammerman, A. S. & Elasty, T. A.</p> <p>2000, USA.</p>	<p>Att identifiera kulturellt relevanta psykosociala svårigheter och sociala kontextvariabl er som kan påverka livsstilsbeteend en hos afroamerikans ka kvinnor i södra USA med diabetes.</p>	<p>10 fokusgruppintervjuer med 70 afroamerikanska kvinnor med diabetes typ 2.</p>	<p>Studien påvisar att spiritualitet är en viktig faktor när det gäller hälsa generellt och att anpassa sig till sin sjukdom samt som copingstrategi. Stress och stort familjeansvar påverkade den dagliga egenvården av diabetes. Sjukdomen diabetes gav känslan av både fysisk och psykisk trötthet, rädslor för komplikationer och förlust av tidigare kostvanor.</p>	<p>Kvalitativ forskningsansats.</p> <p>Medel kvalitet.</p> <p>Studien är etiskt granskad.</p>

<p>Wallin, A-M. & Ahlström, G. 2010, Sweden.</p>	<p>Att undersöka hur immigranter från Somalia som bor i Sverige upplevde att få diagnosen typ 2- diabetes samt hur de beskriver sina tankar om hälsa.</p>	<p>19 somaliska diabetiker blev intervjuade med öppna frågor. Översättare användes vid alla intervjuer.</p>	<p>Vissa av deltagarna upplevde stor chock när de diagnostiserades med diabetes, vissa försökte glömma att de hade drabbats och många kvinnor trodde att sjukdomen kom från gud. Hälsa sågs som ett tillstånd utan sjukdom och kunde påverkas av högre krafter. Fler kvinnor än män hade övernaturliga förklaringar när det gällde deras diabetes och hälsa.</p>	<p>Kvalitativ forskningsansats. Medel kvalitet. Studien är etiskt granskad. Refererad till i 48 artiklar.</p>
--	---	---	--	---