



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

DIABETES TYP 2 UR ETT KULTURELLT PERSPEKTIV

**En litteraturstudie om patienters
uppfattningar och kunskaper om sjukdomen
och dess behandling**

**VICTORIA LAZER
JONAS SVENSSON**

Examensarbete
Omvårdnad 51-60p
Sjuksköterskeutbildningen
Januari 2006

Malmö Högskola
Hälsa och Samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

DIABETES TYP 2 UR ETT KULTURELLT PERSPEKTIV

- En litteraturstudie om patienters uppfattningar och kunskaper om sjukdomen och dess behandling

VICTORIA LAZER
JONAS SVENSSON

Lazer, V & Svensson, J. Diabetes typ 2 ur ett kulturellt perspektiv. En litteraturstudie om patienternas uppfattningar och kunskaper om sjukdomen och dess behandling. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö Högskola : Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2006.

Individernas syn på hälsa och sjukdom bestäms utifrån deras kulturella bakgrunder. I ett mångkulturellt samhälle finns ett ökat behov av en individuell anpassad omvårdnad till varje vårdtagare. Uppfattningar om sjukdomen diabetes mellitus typ 2 skiljer sig mellan olika kulturer. Utifrån denna grund utformades ett syfte att genom en litteraturstudie belysa skillnader och likheter i synen på denna sjukdom och dess egenvård. Utifrån syftet formulerades frågeställningarna: vilka uppfattningar och kunskaper finns det bland patienter med diabetes mellitus typ 2 i olika kulturer? Hur ser egenvården ut bland patienter med diabetes typ 2 i olika kulturer? Efter att kritiskt granskat nio vetenskapliga artiklar presenterades resultatet och utifrån det bildades fyra teman vilka besvarar frågeställningarna. Dessa teman är: uppfattningar och kunskaper om diabetes typ 2; religion och tron; kosten och motionen; provtagning, medicinering och sjukvårdspersonal.

Nyckelord: Diabetes mellitus typ 2, egenvård, kultur, omvårdnad, uppfattningar.

DIABETES TYPE 2 OUT OF A CULTURE PERSPECTIVE

- patients perceptions and knowledge about their disease and treatment

VICTORIA LAZER
JONAS SVENSSON

Lazer, V & Svensson, J. Diabetes type 2 out of a culture perspective. Patients perceptions and knowledge about their disease and treatment. *Degree project, 10 credit points*. Nursing programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2006.

Individuals attitudes towards health and disease determinate by their cultural background. There is a growing need for the individually adjusted care to each patient in a multicultural society. Perceptions about the type 2 diabetes mellitus are diverse between different cultures. On of the basis of this statement the purpose of the literature review was developed. This was to investigate differences and likenesses of disease perceptions and knowledge about self care. Following question of the review were formulated: Which perceptions and knowledge have patients with type 2 diabetes mellitus in different cultures? How do the patients manage their self -care in different cultures? Following the critical reading of nine scientific articles four themes that answer the review questions was emerged in the result: Perceptions and knowledge about type 2 diabetes; religion and faith; food and exercise; glucose monitoring, medication and healthcare personal.

Keywords: Culture, nursing, perception, self-care, type 2 diabetes mellitus.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Historik	5
Diabetes Mellitus typ 2	5
Diabetes i siffror	6
Riskfaktorer för Diabetes typ 2	6
Prevention och Friskvård	7
Egenvård	7
Kultur	9
Omvårdnadsriktlinjer för sjuksköterskan om diabetes	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	11
Syfte	11
Frågeställningar	11
METOD	11
Frågeformulering	11
Databassökning	11
Exklusions- och inklusionskriterier	13
Kritisk artikelgranskning	13
RESULTAT	13
Bangladeshisk kultur	14
Pakistansk kultur	16
Latinamerikansk kultur	17
Kinesisk kultur	18
Taiwanesisk kultur	19
Pakistansk och Indisk kultur	20
Svensk, Jugoslavisk och arabisk kultur	21
Svensk kultur	22
Nigeriansk och afroamerikansk kultur	23
Sammanfattning av resultat	23
Tema 1: Uppfattningar och kunskaper om diabetes typ 2	24
Tema 2: Religion och tro	24
Tema 3: Kost och motion	25
Tema 4: Provtagning, medicinering och sjukvårdspersonal	26
DISKUSSION	28
Metoddiskussion	28
Resultatdiskussion	29
<i>Tema 1: Uppfattningar och kunskaper om diabetes typ 2</i>	30
<i>Tema 2: Religion och tro</i>	30
<i>Tema 3: Kost och motion</i>	31
<i>Tema 4: Provtagning, medicinering och sjukvårdspersonal</i>	32
Slutsats	33
REFERENSER	34
BILAGOR	35

INLEDNING

Som sjuksköterskestudenter och blivande sjuksköterskor kommer vi att träffa vårdtagare som har diabetes i sjukdomsbilden. Sverige är ett mångkulturellt land och det kändes angeläget att belysa olika kulturers syn på denna sjukdom. Denna studie ska från ett antal vetenskapliga studier belysa kulturella likheter och skillnader om uppfattningar respektive kunskap om diabetes typ 2 och dess egenvård. Detta sett ur ett internationellt perspektiv.

Diabetes är en kraftigt växande folksjukdom världen över. Forskare pratar i termer av global pandemi som sprider sig kraftigt över kontinenterna. Minoritetsgrupper, populationer i nödställda samhällen samt folk i utvecklingsländer har en större risk att utveckla sjukdomen (Hjelm, 2003).

Prevalensen i världen varierar mellan olika populationer. Variationer påträffas till följd av skillnader i genetisk benägenhet och sociala - kulturella faktorer som bland annat diet, övervikt och fysiska aktiviteter.

Specialister föreslår att diabetes ska behandlas utifrån ett holistiskt perspektiv, det vill säga den ska inkludera rätt anpassande diet och fysiska aktiviteter, läkemedel, undervisning samt egenvårdsinsatser (a a).

Kulturella faktorer har stor inverkan på patienternas livsstil, beteende, tro, känslor, syn på mänskliga relationer, uppfattning om hälsa och sjukdom och andra aspekter. Alla nämnda element är väsentliga i patienternas kontakt med vårdpersonal och sjukdomsbehandlingen (Helman, 2001).

Med tanke på kulturens betydelse blev studiens syfte att studera hur en specifik kultur påverkar individernas eller gruppens attityd mot sin sjukdom. Därtill vill studien belysa hur patienter ser på och verkligen utför nödvändiga insatser för att ta hand om sin diabetes, det vill säga egenvård, utifrån det kulturella perspektivet.

BAKGRUND

Historik

Diabetes Mellitus är ingen ny sjukdom. Ur gamla källor från Egypten så långt tillbaka som 3500 år f. Kr beskrivs symtomen för Diabetes. Ordet Mellitus kommer från latin och betyder honung och syftar på att det ökar blod- och urinsockerhalten. Under 1920-talet upptäcktes insulinet, före dess fanns ingen behandling av sjukdomen (Socialstyrelsen, 1999).

Diabetes Mellitus typ 2

Diabetes Mellitus typ 2 är ett namn på en metabolisk livstidssjukdom med kronisk hyperglykemi – förhöjd nivå av blodsocker. Sjukdomen beror på att betacellerna i bukspottskörteln producerar mindre insulin i proportion till glukoshalten i blodet eller på minskad känslighet i vävnaderna för insulinet, det vill säga insulinresistens (Agardh et al, 2002).

Den kliniska diagnosen av diabetes kan ställas genom att man tar två blodsockerprov på fastande mage vid två olika undersökningstillfällen. Dessa ska inte överstiga 6,1 i helblod och 7,0 i plasma (Agardh et al, 2002).

Diabetes i siffror

Året 2003 beräknades cirka 150 miljoner människor i hela världen ha diabetes. Detta är en stor ökning då siffran 20 år tidigare var 30 miljoner människor.

Världshälsoorganisationen WHO beräknar att år 2025 kommer siffran uppgå till 300 miljoner människor som har diabetes i världen (Hjelm, 2003).

Kraftig ökning i prevalens av diabetes innebär att flera drabbas särskilt av åldersdiabetes - noninsulin-dependet diabetes, så kallad typ 2 diabetes utgör 85 % av all diabetes (a a).

I en rapport hämtad från WHO:s webbsida (2005-11-30) beräknas medelåldern av de sjuka om 20 år bli 65 eller äldre i västvärlden och 45-64 i utvecklingsländer. Detta tyder på att en relativt stor del av befolkningen i arbetsålder blir sjuka, vilket bland annat kan komma att påverka ekonomisk utveckling.

I Sverige räknar man med att det finns ca 350 000 personer med diabetes varav 85-90 % har diabetes typ 2 (Typ 2 diabetes, 2005). Senaste publicerad data tyder på att diabetes är 2-3 % vanligare bland invandrabefolkning än hos svenskarna. Diabetes medför stora personliga omställningar och ändringar i livsstil hos den enskilde individen. Dessutom är diabetes även kostsam för samhället. I direkta sjukvårdskostnader kostar det samhället 25-30000 kr/år per patient, detta motsvarar 10 % av de sammanlagda sjukvårdskostnaderna (a a).

Riskfaktorer för Diabetes typ 2

Ärftlighet

Ärftlighet är en viktig faktor för att utveckla diabetes typ 2. Bland barn eller syskon med föräldrar med diabetes typ 2 kan risken vara så hög som 40 % att utveckla diabetes typ 2 under sin levnadstid. I Sverige beräknas det vara mer än 15 % av befolkning, d v s mer än en miljon människor som bär på arvsanlag till att utveckla diabetes typ 2 (Agardh et al, 2002).

Fysisk inaktivitet och Kost

Brist på motion och rörelse har setts vara en riskfaktor till diabetes typ 2 tillsammans med övervikt. En faktor är att människor i olika länder flyttar från landsbygden och in till storstäder, en förändring i livsstilen som speglar sig ibland annat mindre rörelse och fettrikare kost, såkallad västerländsk livsmönster. I vissa urbefolkningar syns det tydligt där så mycket som 30 % av befolkningen har diabetes typ 2 (a a).

Övervikt

Den starkaste yttre riskfaktorn för att få diabetes typ 2 är övervikt. Övervikt kan göra så att vävnader som muskel och fettceller utvecklar en resistens mot insulin, d v s insulinresistens. Diabetesrisken ökar med vikten, risken ökar kraftigt med ett BMI > 26 kg/m², Bukfetma ökar risken för diabetes typ 2 oberoende graden av övervikt. Tiden personen går med övervikt påverkar även risken. Dock menas övervikt vara en större riskfaktor i åldern 20-45 än senare i livet (a a).

Rökning

Rökning minskar drastisk kroppens insulinkänslighet med att nivåerna av stresshormon stiger i blodet. Det finns en möjlighet att även stresshormon bidrar till nedsatt insulinproduktion (Agardh et al, 2002). Rökning ökar även risken att drabbas av diabetesrelaterade sjukdomar, som hjärt- kärlsjukdomar etc. Nikotinet gör att rökaren får en högre ämnesomsättning vilket gör det svårt att hålla vikten

efter rökstopp, vilket kan leda till övervikt och fetma. Dessa riskfaktorer kan i sin tur utveckla en diabetes typ 2 (Janzon, 2002).

Ålder

Denna faktor är liksom ärftlighet svår att påverka, men ju äldre människan blir desto större förekomst finns det av diabetes typ 2, dock spelar ovan nämnda faktorer en viktig roll (Agardh et al, 2002).

Prevention och Friskvård

Diabetes typ 2 är en sjukdom som kan förebyggas (Hjelm, 2003).

Det är därför viktigt med prevention i avsikt att undvika insjuknande. Det är på samma sätt angeläget att förhindra eller förlångsamma framskridandet av en etablerad sjukdom, till exempel förebygga diabeteskomplikationer som fotkomplikationer, synbortfall etc. (Hedner, 2003, Lindskog, 2004). Preventionen kan göras genom en anpassad kost, d v s mat som har lågt innehåll av mättade fetter, är fiberrik och som innehåller frukt och grönsaker (Polonsky, 2002). Prevention kan även utföras i form av en regelbunden motion. Dessa två förebyggande åtgärder är av vikt för att förhindra övervikt/fetma vilket är den största yttre riskfaktorn för att få diabetes typ 2 (Agardh et al, 2002). För personer med föräldrar som har diabetes typ 2 är det extra viktigt att de sköter sin motion och kost, eftersom risken att utveckla samma sjukdom är hög.

Nuförtiden talas det mycket om friskvård. Enligt Lindskog (2004) är friskvård läran om hur hälsan ska bevaras och vilka åtgärder som ska användas för detta. Friskvården för att bevara sin hälsa fri från diabetes typ 2 är just rätt kost och regelbunden motion. Friskvården bör vara varje persons ansvar för att förhindra att sjukdom bryter ut. För detta krävs information och kunskap. Skolan och skolhälsovården har en stor uppgift att förmedla denna kunskap till barn och ungdomar.

Egenvård

Egenvården är ett grundläggande element av behandlingen av diabetes typ 2. Detta för att förhindra allvarliga diabeteskomplikationer såsom förändringar i ögonbottnar, hjärt-, nerv och njursjukdomar (Polonsky, 2002).

Fördelarna med att sköta sin egenvård och undvika komplikationer är i teorin logisk, i praktiken är det dock en problematisk och inte helt självklar del av diabetespatientens liv (a a).

Egenvård betecknas som den vård behandling av sjukdomar som patienten ger sig själv utanför ramen av den medicinska institutionens (Lindskog, 2004). För en diabetiker innefattar egenvården hur en person hanterar sin behandling, i form av insulin, tabletter och kost i sin vardag (Agardh et al, 2002). Det innebär även hur han eller hon hanterar diabeteskomplikationer; kunskap om vad som klaras av själv och när och hur sjukvården ska tillkallas. För äldre och handikappade som inte klarar av sin egenvård själv, kan det behövas assisterande egenvård, det vill säga, hjälp med blodglukostester, inspektion av fötterna, enkel fotvård och hålla ordning på patientens mediciner (a a).

Vetenskapliga studier från bland annat USA, Europa och Sverige visar dock att diabetes- egenvården inte förbättras trots medvetandet om vikten och fördelarna av att sköta sin egenvård. Detta beror på att patienterna är oerhört trötta på sin sjukdom och helt inte orkar med sin diabetes (Polonsky, 2002).

I sin bok nämner Polonsky (2002) stora svårigheter av att klara av en bra diabetes-egenvård, som presenteras i de vetenskapliga studierna:

- ? Problem med egna blodsockerkontroller
- ? Problem med matvanor
- ? Problem med regelbunden motion
- ? Problem med medicinering

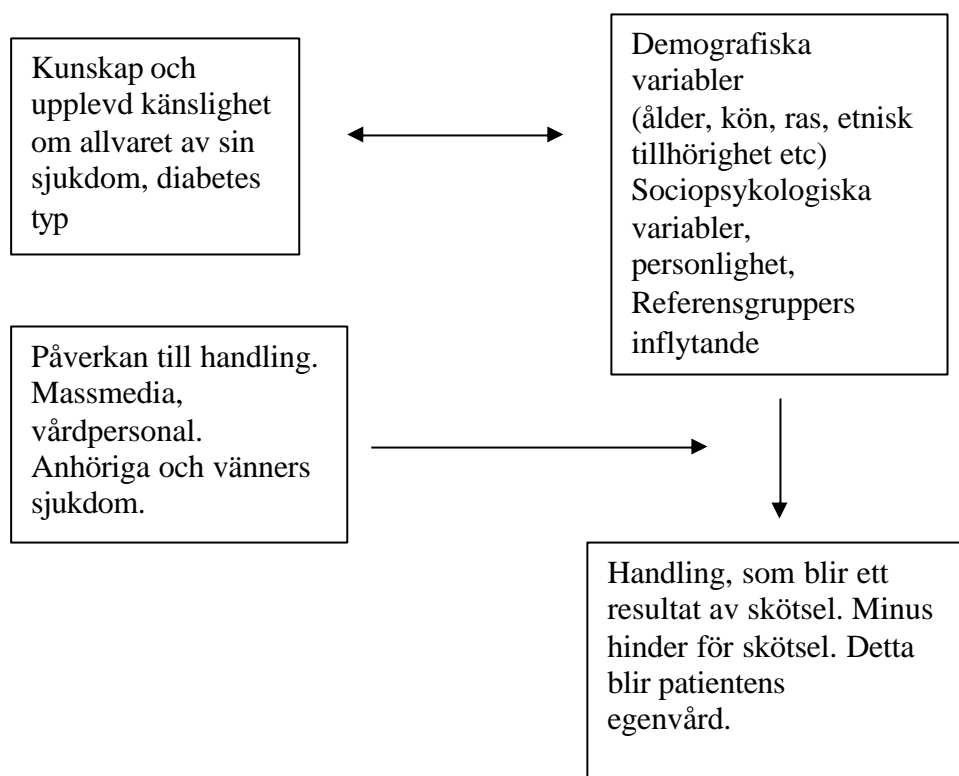
Bland diabetes typ 2 patienter visade det sig att en del aldrig kontrollerade sin blodglukos och att vissa sällan eller aldrig följde sin läkares råd (a a). En del av patienterna följde inte kostråden av deras läkare, trots att de visste att det var viktigt. Patienterna tyckte att det var svårt eller omöjligt att göra det. Andra förbättrade sin kost efter utbildningsprogram men ett år efter hade många gått tillbaka till sin mindre sunda kost. Vissa uppgav att de sällan eller aldrig motionerade mot de råd de fått från sin vårdpersonal. Det visades även att en del patienter med tablettbehandlad diabetes typ 2 tog mindre tabletter än den rekommenderade dosen (a a).

Sjuksköterskan och forskaren Dorotea Orems egenvårdsteori beskriver hur egenvård utförs inom omvårdnadssystem. Detta definieras som ett system skapat genom sjuksköterskans och patientens åtgärder och samarbete i en omvårdnadssituation (Kirkevold, 2000). Modellen kan tillämpas inom alla sjukdomar och naturligtvis för diabetes typ 2 patienter. Orem beskriver tre olika omvårdnadssystem:

1. Fullständig kompenserade omvårdnadssystem
2. Delvis kompenserade omvårdnadssystem
3. Stödjande/undervisande omvårdnadssystem

I den första gruppen finns det patienter som inte klarar av egenvårds åtgärder kanske på grund av mentalt handikapp eller motoriskt rörelsehindrade. De diabetespatienter som är helt oförmögna att klara av sina egenvårdsåtgärder kommer kanske alltid att tillhöra grupp ett. Delvis kompenserade omvårdnadssystem omfattar situationer där både patient och sjuksköterska utför omvårdnadshandlingar (a a). Till exempel patienten tar sitt eget blodglukosvärde och sjuksköterskan kontrollerar patientens fötter. I den stödjande och undervisande gruppen lär vårdpersonal patienten att utföra åtgärder som är nödvändiga för att hans/hennes egenvårdskrav ska tillgodoses. Ett exempel på hjälpmetod är undervisning (a a). Samspelet med sjukvårdpersonal och patient är mycket viktig och ska bygga på hela den enskilde patientens livssituation i form av omtanke, respekt och vad den medicinska forskningen kan erbjuda (Agardh et al 2002).

Figur 1. Egenvård, modifierad version av den existentiella helheten, individens uppfattning (efter William-Olsson, 1986)



Handlingen är ett resultat av individens egenvårdskapacitet. Denna egenskap varierar individuellt. Faktorer som påverkar kapaciteten är till exempel, ålder hälsotillstånd, kunskap, livserfarenhet, kulturmönster och resurser (Kirkevold, 2000).

Kultur

Idag har sjuksköterskan ett stort ansvar i bemötande av patienter inom sjukvården. För att kunna erbjuda ett professionellt bemötande krävs förutom medicinska kunskaper också kännedom om kulturell omvårdnad. Detta innebär till exempel att personal ska vara medveten om att det finns olikheter i uppfattningar om en sjukdom och dess behandling bland patienter med olika kulturella bakgrunder. I detta sammanhang är det bra och viktigt att introducera Leiningers teori om transkulturell omvårdnad. Leininger (2002, s 9) definierar transkulturell vård som "ett formellt studium och praktik fokuserad på jämförande mellan skillnader och likheter av tro, värderingar, och livsmönster hos kulturer, för att ge en sammanfattande, meningsfull och välgörande omvårdnad till människor". Det som fodras är enligt Leininger:

- ? Omvårdnad behöver vara systematiskt studerad för att lära om mänsklig vård i olika och lika kulturer i världen och samhällen.
- ? Sjuksköterskan måste vara förtrogen med sin egen kulturella omvårdnad och arbeta effektivt med patienterna.

- ? Sjuksköterskan behöver använda särskild transkulturella och jämförbara kunskaper, för att leda omvårdnaden till en kulturell kompromiss.
- ? Fokusera på kulturella omvårdnads kompetenser för olika kulturer.
- ? Sjuksköterskor bör söka en mångsidig helhet och jämförbara omvårdnads kulturella fenomen.
- ? Upprätthålla en öppen, upptäckande och lärande attityd till omvårdnad och andra kulturer.
- ? Sjuksköterskor behöver ta kreativa vägar för att tillgodose kulturella omvårdnadspraktiska lösningar.

När transkulturell omvårdnad och andra discipliner blir fullt kulturellt fokuserade skapas en ny kvalitet av omvårdnadsservicen och en avslappnad relation mellan människor av olika och lika kulturer uppstår över hela världen och med en mindre destruktiv relation (Leininger, 2002).

Kulturen påverkar individen, och dess livsstil, attityder och värderingar. Kultur utgör en grund för tankar och handlingar och ger oss en identitet. Människor som tillhör samma kultur har gemensamma värderingar, normer, tro och vanor (Giger & Davidhizar, 2004).

Kulturen bestämmer vad människors tro på hälsa och sjukdom är och kan bland annat påverka egenvård- utövande och typen av sökt sjukvård (Hjelm, 1998). Sättet att kommunicera skiljer sig även mellan olika kulturer. Det finns skillnader på verbal och icke verbal kommunikation. När en diabetespatient blir informerad får de muntlig upplysning. Detta kan vara svårt för människor från andra kulturer, inte bara på grund av olika språk utan till exempel tonläge, tystnad och annan icke verbal kommunikation (Giger & Davidhizar, 2004).

I olika kulturer finns det olika stor benägenhet att lita på auktoriteter. De flesta svenskar ifrågasätter och frågar ytterligare om råd som getts av vårdpersonal. De som kommer från eller bor i andra kulturer accepterar auktoritetens råd och tror sig inte själv kunna sköta sin egenvård. De tycker det känns skönt att vara passiv och låta någon annan ta aktiv del i hälsan (Hjelm, 1998).

Omvårdnadsriktlinjer för sjuksköterskan om diabetes

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus (1999) ska diabetessjuksköterskan eller den för diabetesvården ansvariga sjuksköterskans roll i omvårdnadsarbetet innebära bland annat att:

- ? Identifiera och bedöma patientens problem, behov och resurser utifrån noggrant insamlade data från patienten och eventuellt anhöriga.
- ? Precisera fokus för omvårdnadsarbetet och formulera en omvårdnadsdiagnos bland annat grundat på uppgifter om egenvårdskunskaper, copingkapacitet (att hantera sjukdomen), behandlingen och livskvalitet.

? Andra faktorer som är viktiga för sjuksköterskan vid omvårdnadsdiagnostik är:

- Etnisk och kulturell bakgrund, inklusive matvanor
- Social bakgrund
- Hållning till diabetessjukdomen
- Arbete och utbildning
- Socialt nätverk
- Fritidsaktiviteter
- Svårbemästrade situationer i det dagliga livet (Socialstyrelsen, 1999).

Vi vill förtydliga att det inte bara är diabetessjuksköterskan som ska följa dessa kriterier utan även allmänsjuksköterskan. I studien behandlas den kulturella problematiken och om det kan leda till några klagoranden i en strävan att öka förståelsen mellan olika uppfattningar.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att undersöka uppfattningar och kunskaper hos patienter från olika kulturer med diabetes mellitus typ 2, vad gäller sjukdomen och dess egenvård.

Frågeställningar

- ? Hur ser uppfattningar och kunskaper ut om diabetes typ 2 i olika kulturer?
- ? Hur ser egenvården gällande diabetes typ 2 ut i olika kulturer?

METOD

Frågeformulering

Föreliggande studie är en litteraturstudie.

Initialt diskuterades ämne och syfte, inklusion och exklusionskriterier. Artiklar som redogör för kvalitativa studier ansågs vara mest lämpade, av den orsaken att de studerar meningar, uppfattningar och erfarenheter (Willman & Stoltz, 2002). Efter det letade vi litteratur och utifrån valt ämne och frågeställningar sökte vi sedan vetenskapliga artiklar i nedan nämnda databaser.

Databassökning

För att svara på frågeställningarna har vi sökt och hittat artiklar i följande databaser: Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Elin, Medline, Libris och Pubmed. Medline är den största databasen inom medicin, omvårdnad, odontologi mm. Vetenskaplig litteratur kan sökas där genom sökmotor PubMed, som har referenser till abstrakts i samtliga tidskrifter i Medline (a a).

Cinahl är den viktigaste databasen i omvårdnad. Den innehåller material från 1982 till idag och har referenser till alla omvårdnadstidskrifter (Willman & Stoltz, 2002, Polit et al, 2001).

Databasen Libris har använts för att se i vilka bibliotek i Sverige det fanns tidskrifter som vi behövde. En artikel var beställd genom Libris fjärrlån. Artikeln har dock inte använts i arbetet.

I databasen Elin hittade vi vetenskapliga artiklar i fulltext. Vetenskapliga artiklar publicerade på svenska har inte hittats.

Datasökning var begränsad till: - artiklar publicerade 1990-2005
 - english language
 - peer-reviewed
 - humans

I tabell 1 presenteras databassökning i siffror.

Tabell 1. Datasökning

Databas	Sökord	Träffar	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Använda artiklar
PubMed Limits: English Human	Diabetes and Culture and Attitude and Nursing and self-management	15	4	1	0
	Diabetes 2 and Culture and Attitude and Self-management	55	14	3	2
	Diabetes and Culture and Attitudes and Factors and Self-management	30	7	1	1
Cinahl Limits: Peer-reviewed	Diabetes and Culture and Aspects and Nursing	116	25	3	2
	Diabetes and Culture Self-care	135	31	4	2
Elin Limits: Year 1990	Diabetes and Nursing and Ethnic	18	3	1	0
	Diabetes and Culture and Self-management	3	2	1	1
	Diabetes and Cultural	147	22	3	1
Total					9

Enskild bearbetning utfördes och sedan gemensam diskussion av artiklar avseende syfte, metod, analys och resultat. Ytterligare en datasökning med nya sökord skedde med följande enskilda bearbetning. Utskrivna artiklar återdiskuterades gemensamt och sedan valdes det material som ingår i arbetet.

Exklusions- och inklusionskriterier

I studien inkluderas endast vetenskapliga artiklar med kvalitativa studier. I dessa hittades relevant data för att svara på våra frågeställningar. Alla använda artiklar handlar om hur patienterna med olika kulturella bakgrund själva uppfattar sin sjukdom och hur de klarar av den i det dagliga livet, så kallad egenvård. Studien har exkluderat artiklar som handlar om vårdpersonalens uppfattningar om diabetes och patienternas egenvård. Dessutom har även artiklar tagits bort som handlar om diabetes typ1 eller graviditetsdiabetes. Genomläsning av två artiklar som bygger på kvantitativa studier har gjorts, men dessa har inte funnits relevanta på grund av studiernas resultat.

Kritisk artikelgranskning

I kritisk granskning av samtliga artiklar har vi använt oss av en mall introducerad i Polit et al (2001). Med vetenskapliga artiklar menar författarna redogörelse för undersökning publicerade i professionella tidskrifter. Artikeln ska innefatta högst 15 sidor och innehålla kortfattad information om studiernas syfte, metoder, resultat, diskussion samt slutsats.

Kriterier för att identifiera vetenskapliga artiklar presenteras i bilaga 1.

Kritisk granskning av nio utvalda artiklar sammanförs i bilaga 2.

Samtliga utvalda artiklar kvalitetgranskades enligt anvisningar i Polit et al (2002). Med kvalitetsgranskning menar författarna att artiklarna granskades med avseende till den skriftliga strukturen och tydlighet i beskrivning av metod, syfte, resultat och diskussion. Dessutom har granskning av hur studiernas begränsningar eller studiernas potentiella slutsatser inom omvårdnad i artiklarna diskuterats. Etiska aspekter anses vara viktiga att nämna i studiernas redovisning.

Författarna läste genom alla resultat i artiklarna och sedan diskuterade om resultatet kan vara trovärdig och stämmer överens med studiernas syfte, metod (urval, instrumenten, datainsamling samt dataanalys) och frågeställningar. Samtidigt var det viktigt att resultatet redovisas i förhållande till den teoretiska referensram, beskriven i bakgrunden. Sju artiklar som inte svarade på kriterierna uteslöts.

Efter har läst studiernas metod diskuterades den med avseende om urvalet är relevant, om antal deltagare var tillräckligt stort för att dra slutsatser, om metoden (intervju i de flesta studier) var lämplig för att undersöka fenomen och komma till djupet av förståelse och om en rätt metod användes i databearbetning. Nio studier med intressant resultat medföljd med relevant beskrivning inkluderades i arbetet.

RESULTAT

Litteraturstudie över patienter med diabetes typ 2. Deras uppfattningar och kunskap om sjukdomen diabetes typ 2 och dess egenvård.

De nio artiklarna redovisas artikelvis för att få spridning av olika uppfattningar. I varje artikel har underrubriker gjorts för att underlätta läsningen. Efter artikelredovisningen kommer som en sammanfattning av olika tema att presenteras. Under dessa teman kommer delar av de nio artiklarna som berör temat att presenteras. Genom det ska studiens syfte och frågeställningar kunna besvaras. De kulturer som tas upp i arbetet och belyses är i ordning: bangladeshisk, pakistansk, latinamerikansk, kinesisk, indisk, taiwanesisk, svensk-jugoslavisk- arabisk, svensk och afroamerikansk- nigeriansk kultur.

Presenterade populationer utgör stora minoritetsgrupper i länderna, som studierna gjorts i. Till exempel studerade engelska forskare populationer med ursprung från Pakistan, Bangladesh och Indien eller amerikanska forskare undersökte patienter med kinesisk och latinoamerikansk bakgrund. Vad det gäller Sverige, invandrare ursprungligen från arabländerna och förra Jugoslavien är de största minoritetsgrupper. Detta kan troligen vara en anledning till att svenska forskare studerade just de två populationer.

Bangladeshisk kultur

I den brittiska studien av Greenhalgh et al (1998) belyses Bangladeshisk muslimsk befolkning med diabetes i östra London. Syftet med studien var att utforska erfarenheter av diabetes i brittisk-bangladeshisk befolkning. Lyckad vård av diabetes behöver uppmärksamhet inte bara av de observerbara beteendena utan även de underliggande attityderna och trossystem som påverkar beteendet. Metod som användes var semi-strukturerade intervjuer. Gruppen bestod av 40 brittiskbangladeshiska patienter med diabetes och 10 icke bangladeshier. Samtliga var rekryterade från primärvården. Kontrollstudien utgjordes således av de 10 icke bangladesherna.

Resultatet visade att många modeller var funna i relation till kroppens storlek, orsak och form av diabetes, indelning av mat och kunskap om komplikationer. I några områden var likheten mellan Bangladeshier och icke-bangladeshier egnas upplevelser lika påfallande som deras skillnader. Det var lite bevis för fatalistisk eller deterministisk attityd till prognos och de flesta informanterna tycktes vara mycket motiverade att förändra sin diet och gå med på behandling. Strukturella och materiella hinder för beteendeförändringar var minst lika viktiga som de kulturella. Önskan från patienterna att förstå och få förklara sin erfarenhet av sjukdomen var ofta stark. Det tenderade dock inte att leda till en systematisk sökande efter professionella eller vetenskapliga förklaringar. Det ledde snarare till reflektioner av personliga erfarenheter och erfarenheter från vänner och släkt. Dessa källor för information var framförd mest som den stora influensen för beteende (Greenhalgh et al, 1998).

Uppfattningar om hälsa

Uppfattning om balans skilde sig mellan olika kulturer. Många kulturer ser balans lika med hälsa och obalans med ohälsa. Bland bangladeshier fanns det en stark och nästan universal uppfattning att början och kontrollen av diabetes berodde på balansen av matintag i kroppen och balans av avgivande vätskor såsom svett, sädsvätska, urin, menstruationsblod etc. Omåttlig utsöndring var uppfattad att tömma det inre förrådet. Låg kvantitet av utsöndring visade en inre uppbyggnad och förruttelse, och låg kvalitet ett uppbyggande av de inre förråden. Svaghet var uppfattad att framträda som ett resultat av sådan förbrukning eller uppbyggande. Avsaknad av att kunna svettas ut på grund av klimatet var uppfattad som en faktor för att få diabetes och en anledning varför ens hälsa förbättrades eller kom tillbaka när de återvände till sitt hemland (a a).

Uppfattningar/kunskap om diabetes

Sjukdom var generellt placerad till händelser eller krafter utanför kroppen mer än att det skulle vara något fel med ett organ inuti kroppen. Denna modell kan visa den dominerande tron att en akut infektion orsakade sjukdomen i en ny kultur. Alla patienter trodde att den främsta orsaken till diabetes och dålig diabeteskontroll var för mycket socker och i en mindre utsträckning andra faktorer

av västerländsk mat. Andra orsaker var ärflighet. Många informanter menade att fysisk eller psykisk stress hade inverkan på orsaken av diabetes. Kontroll av diabetes kändes därför som en lögn för att man återställa kroppens inre balans med att äta särskild mat och angripa "bakterierna" med medicin och inte angripa krafter utanför kroppen (Greenhalgh et al, 1998).

Diagnosen av diabetes var generellt sett som förödande och uttrycket "Jag var förstörd" användes av många patienter. Alla visste att diabetes var en kronisk obotbar sjukdom och ett potentiellt hot mot livet, med komplikationer i hjärta, ögon och njurar (a a).

Egenvård: kost

Många hade svårt med att skaffa mat som både var acceptabla och välsmakliga. I fråga om dieten skilde det sig från västerländsk kemisk syn. Det talades istället i termer av styrka och smältbarhet. Stark mat uppfattades som energigivande, till exempel vitt socker, lamm, nötkött, olja, margarin och kryddor. Denna mat gav styrka och var passande för festliga sammankomster, men benägen att försämra och orsaka sjukdom för de äldre och svaga. Svag mat önskades att äta varje dag för de gamla eller svaga, till exempel ris och gröt. Rå mat eller det som blivit bakat eller grillat betraktades som svårsmält, liksom frukter som växte under jord. Mat av låg smältbarhet var setts som opassande för äldre, svaga eller unga människor. Trots det att det fanns rekommendationer för diabetespatienter att baka eller grilla mat äts friterad mat. Detta kan ses som en krock med den kulturella uppfattningen om smältbarhet och å andra sidan speciell diabeteskost. Vissa patienter trodde att samma mängd ris kunde tas som små mål för att skapa balans. En stor mängd vid ett tillfälle ansågs däremot skadligt. Det var vanligt med sociala sammankomster hos den bangladeshiska befolkningen som till exempel fester och festivaler. En beräknad kompromiss mellan diet och social plikt var vanligtvis gjord (a a).

Egenvård: Motion

Motion som en helhet av hälsa och styrka tycktes ha en liten kulturell mening för bangladeshier patienter, även om de ofta fick rådet från sin doktor. Träning ansågs som potentiellt förvärra sjukdom eller fysisk svaghet. Sport och lekar var generellt inte utförda av vuxna i Bangladesh eller de som bodde i Storbritannien.

Sambandet mellan att svettas och motionera på fritiden nämndes inte av någon av patienterna. Rituella muslimska böner var ofta sedda som en kraftfull och hälsogivande form av träning. Det fanns heller inget ord på syltheti språket för ordet fysisk aktivitet, som hade samma överensstämmelse som livskraft, förbättrande av kroppen kondition. Den närmaste översättningen av ordet träning/motion var "beyam" ett ord som har en negativ klang/betydelse som bokstavligen betyder "ingen bekvämhet". Vissa gav dock fysiska eller materiella restriktioner för att inte motionera. Många av kvinnorna lämnade sina hem sällan av rädsla för fysiska attacker. Andra patienter levde i höghus utan fungerande hiss, och några kommenterade saknaden av parker som hinder för motionen (a a).

Egenvård: glukosprovtagning

Patienter testade generellt sin urin regelbundet och alla förstod det viktiga i att se förändringen av färgen i teststickan. Många trodde att avsaknad av symtom innebar att deras diabetes var väl kontrollerad. En del tyckte att de inte skulle uppsöka doktor om de inte mätte direkt dåligt. Preventiv vård var inte väl förstådd (a a).

Uppfattning om sjukvårdspersonal

Doktorn var sedd som en upptagen auktoritet med stor kunskap. Han gjorde inte misstag. Många ansåg att doktors instruktioner alltid skulle följas och att doktorn visste allt om diabetes. En del ansåg också att det vore oförskämt att fråga doktorn något. Den brittiska och afrokaribiska kontrollgruppen var dock öppet tveksamma och kritiska till hälsovården. Av båda grupperna sågs sjuksköterskorna som de som hade en vårdande och teknisk roll, men uppfattades ibland som ett hinder för information och råd (Greenhalgh et al, 1998).

Religion

Starka muslimska föreställningar fanns bland de flesta i studien och förklaringar var ofta i termer som "Guds vilja". Sådan syn var ofta hållen, parallellt med acceptans för individuellt ansvar och resurser för förändring. Både självbehärskning och val av särskild diet uppfattades som en plikt av en sjuk person (a a).

Pakistansk kultur

I en engelsk studie av Hawthorne och Tomlinson (1999) ville forskarna undersöka vad för faktorer som kunde påverka patienters egenvård. Syftet var att studera faktorer som kön, utbildningsnivå och hälsovårdsplats och vad dessa hade för påverkan för patienters kunskap och egenvård av sin diabetes. Metod som användes var semi-strukturerade intervjuer med blodsockerprov. Gruppen bestod av 201 män och kvinnor med typ 2 diabetes. 54 % av deltagarna var helt analfabeter. Huvudparten av dessa var kvinnor med punjabi som språk. Av deltagarna stod 68 % på tablettmedicinering. 50 % hade fått diabeteskomplikationer och 75 % fick sjukhus/doktor vård (Hawthorne & Tomlinson 1999).

Egenvård: kost

Kvinnor följde eller trodde mer på traditionell mat. Båda könen tyckte det var svårt att neka mat vid sociala tillfällen och en stor del åt sött ris regelbundet. Båda könen hade samma kunskap om kosten (a a).

Egenvård: glukosprovtagning

Det visade sig att män och kvinnor hade liknande nivåer av sitt blodglukosvärde. Kvinnor hade dock sämre blodsocker kontroll än män. De visste mindre varför de skulle ta glukosprover eller hur de skulle göra om nivån var ihållande hög. Kunskapen om sambandet diabeteskomplikationer och sämre blodsockerkontroll var låg. Analfabetiska patienter kunde inte hantera ihållande, stigande glukosnivåer eller veta sambandet mellan regelbundna blodsockerkontroller som prevention av komplikationer. Få patienter i denna grupp kunde nämna någon diabetes komplikation (a a).

Uppfattningar om sjukvårdspersonal

90 % av alla patienterna vill träffa doktorn minst en gång i månaden och tyckte hon/han var den bästa personen att ta blodsockerkontroll. De ville komma dit för att bli tillsagda att deras nuvarande blodsocker var bra. Bara 15 % sa att de kom för att lära sig om diabetes och hur man själv kunde kontrollera det. Kunskap om olika service var dålig, till exempel kände många kvinnor och nästan lika många inte till fotvårdsservicen (a a).

Studien visade att kunskapen om diabetes generellt är låg i denna pakistanska muslimska befolkning i Storbritannien. Liknande resultat har upptäckts bland Indisk befolkning i Coventry och pakistansk befolkning i Nottingham. Det var även tydligt att det var få patienter som var insulinbehandlade, undantag några fall av mycket dålig diabeteskontroll (Hawthorne & Tomlinson 1999).

Latinamerikansk kultur

I en studie från USA undersöker Rivera Adams (2003) om hur kulturella faktorer kan påverka uppfattningen om diabetes. Data samlades in genom intervjuer med 13 latinamerikanska kvinnor. Alla kvinnor var i åldern 18-65 och diagnostiserade med diabetes typ 2. En fenomenologisk metod användes i studien. Syftet med studien var att undersöka attityder mot diabetes hos latinamerikanska kvinnor.

Uppfattningar/kunskap om diabetes

Patienterna berättade om en specifik stressande händelse som hände inom ett år före det diagnosen för diabetes typ 2 ställdes. Till exempel att ens son sköts till döds, att de själv tagit hand som sin diabetessjuka mor under hennes sista tid i livet etc. Reaktionen när besked och diagnos kom om deras diabetes var att de hade fått en dödlig och obotbar sjukdom. De upplevde ångest när de fick sin diagnos och ett antal kvinnor beskrev att det var det värsta som har hänt i deras liv. Många jämförde diabetes med cancer. Ingen av deltagare uttryckte att kronisk sjukdom kunde ha en positiv effekt på deras liv (a a).

Egenvård: kost

De intervjuade sa att de var "försiktiga" när de valde mat, men visste samtidigt inte alltid vad de skulle äta. Tvångstankar om mat var ett tema som kom fram i de flesta intervjuer i samband med sin diabetes och den mat som var rätt att äta. Det var svårt att sluta äta traditionell särskilt när familjen samlades. Alla deltagande beskrev hungerkänslor som kom emellanåt från att äta. Många beklagade sig av att inte ha viljestyrka nog att motstå frestelsen att fortsätta äta. Andra reagerade med begräsningar av deras kost eller genom att helt sluta äta.

Kvinnorna blev ofta påmindas av vänner och familj om att ha diabetes. De kände att de levde under någons slags bevakning, där de blev granskade och påpekade på vad de åt, "det är dåligt för dig", "du skall inte äta den"(a a) .

Egenvård: glukosprovtagning

Patienterna berättade om olika symtom som diabetes orsakade. Exempelvis kunde sjukdomen leda till djup sorg, trötthet och hungerkänslor. Detta ansågs som en känsla där de saknade kontroll. En del träffade psykolog eller tog antidepressiva mediciner. Många av deltagarna visste om sambandet mellan ärftlighet och diabetes. De undrade bara varför just de drabbats. Någon sa: "diabetes är inte slutet på denna värld, men det är rätt svårt". Tre patienter använde uttrycket "diabetes ilska" och syftade på att de nu fick sämre humör och vredesutbrott vilket även påverkade deras familj. Alla deltagarna beskrev även en stor trötthet varje morgon när de skulle stiga upp och en utmattning under den mesta tiden av dagen. Det var dock bara två stycken som förknippade sin trötthet med stigande blodsockervärden. Symtom var kopplade ihop med lågt eller högt glukosvärde, vilket togs med blodglukosprov. Deras lägre kunskap om diabetes var ett hinder dock och i de flesta fallen ägde de inte de nödvändiga redskapen att testa blodsockret regelbundet (a a).

Uppfattningar om sjukvård/personal

Av de 13 deltagarna var det bara en som fick en grundutbildning om sin sjukdom vid diagnostillfället. Specialistvård var ovanligt och kunde ha ett direkt samband på bristen av försäkringar. Latinamerikanskornas främsta informationskälla om sin sjukdom var genom vänner, släktingar, myter och skräckhistorier. Det framgick av patienterna att diabetesutbildningen tenderade att uppfattas positiv eller negativ beroende på sjukvårdspersonalens skrämsel eller icke-skrämselinformation, ”inte vad de sa utan hur de sa det”. Det var en fördel att träffa vårdpersonal som pratade samma språk, men viktigare var attityden, att bli visad respekt och omsorg (Rivera Adams, 2003).

Religion

Religionen sågs som ett stöd för patienterna. De flesta hoppades på ett botemedel för diabetes under deras livstid. Styrka och hopp kom från deras tro, vilket hjälpte dem i deras liv med sin kroniska sjukdom (a a).

Kinesisk kultur

I den amerikanska studien undersökte Chun och Chesla (2004) kinesiska invandrarfamiljer och deras erfarenheter av diabetes. Syftet med studien var att belysa unika kulturella erfarenheter hos kinesiska invandrarfamiljer med diabetes typ 2. Alla patienter var kinesiska amerikaner, som hade bott i landet i minst ett år. I studien ingick patienter i åldrar 25-72, diagnostiserade med diabetes typ 2 sedan mer än ett år tillbaka och som inte haft större komplikationer (njur- och ögonskador eller amputationer). Datainsamling skedde genom gruppintervju, med två till fem deltagande. I studien ingick sammanlagt 20 patienter.

Uppfattningar/kunskap om diabetes

Resultatet visade att patienter uppfattade sin sjukdom utifrån deras kulturella koncepter om hälsa, sjukdom och diabetes, relaterat till traditionell kinesisk medicin. Kineser har en holistisk syn på hälsa, där det är svårt att särskilja mellan det fysiska och psykiska hälsan. Patienter trodde att diabetes uppkom som ett resultat av rubbning i balansen mellan ”varmt och kallt”, vilket reglerar kroppens inre temperatur. Högt nivå av blodglukos orsakar ”värme”, som i sin tur leder till diabetes.

Förutom obalans i kroppen nämndes andra orsaker till diabetes som ärftlighet, generell nedsättning i organismens funktion och dåliga matvanor. En del patienter kopplade sin sjukdom till svag vilja, problem med självdisciplin eller självbestämmande (Chun & Chesla, 2004).

Egenvård: kost

I kinesisk kultur uppfattades kost inte bara som ett näringsämne, utan som ett väsentligt element av livskvalitet. Patienter kände sig nedstämda, eftersom restriktioner i födointag förhindrat dem från att leva ett bra liv. Vissa patienter tyckte att de sjuka (bland annat diabetiker) även skulle få tillägg från ”vanlig mat” för att stärka sin hälsa.

Gruppmåltider hade en viktig symbolisk och social mening i kinesisk kultur. Därför påpekade patienter att deras sjukdom kunde skapa en stor konflikt mellan deras uppförande och kollektiva normer vid måltidsritualen.

Patienterna trodde att mat påverkade kroppens energi. De tyckte att man skulle konsumera olika traditionella födoämne, eftersom de innehåller hälsobringande ämnen som hjälper kroppen att behålla balansen. Samtidigt uttryckte patienter

vilja att konsumera vissa ”okända” produkter, trots att de var skeptiska om dess hälsoeffekter (Chun & Chesla, 2004).

Egenvård: motion

Patienter belyste en specifik kulturell syn på motion och fysiska aktiviteter, vilka var anpassade till åldern. Vissa former av fysiska aktiviteter kunde vara skadliga för ens hälsa ifall man ansträngde sig för mycket. Motion med måttliga kontrollerade rörelse troddes vara bättre för äldre människor än en fysisk krävande aktivitet. Vårdgivare skulle räkna med att en del patienter fortfarande utför mycket hushållsarbete hemma och då rör på sig väldigt mycket (a a).

Egenvård: mediciner

I frågan om medicin fokuserade patienter på att jämföra traditionella kinesiska örter med västerländska läkemedel. De var eniga om att kinesiska örter inte hade något specifik effekt och var mer effektiva att behandla orsaker som ligger bakom diabetes. Medan västerländska läkemedel verkade direkt mot sjukdomens symptom. Beslut om vilken behandling som skulle användas baserades också på patienternas uppfattning om kostnader och nytta. Kinesiska örter uppfattas generellt som potentiellt nyttiga. Farmakologiska läkemedel sågs mer förankrade till vetenskapen, men var mer toxiska (a a).

Taiwanesisk kultur

I en asiatisk studie från Taiwan om kinesisk kultur studerar Lai et al (2004) uppfattningar om diabetes hos en grupp kinesiska patienter i Taiwan. Syftet med den kvalitativa studien var att undersöka diabetikernas attityder mot sjukdomen och dess behandling utifrån kulturella perspektiv. Forskare intervjuade 22 patienter (12 män, 10 kvinnor) som har haft diabetes typ 2 i mer än ett år.

Egenvård: kost

Alla deltagarna var överens om att dieten var ett viktigt element i skötseln av sin diabetes. 16 patienter tyckte att man skulle minska framförallt på socker och kolhydrater. De flesta patienter trodde att diabetes orsakades av överkonsumtion av socker, därför fokuserade de behandlingen endast på sockerkontroll. Denna uppfattning hade sitt ursprung i själva namnet på diabetes, som på kinesiska betyder ”socker i urinen” (Lai et al, 2004).

Egenvård: motion

Mer än hälften av patienterna menade att träning hade fler positiva effekter än negativa. Att motionera har en stor betydelse i kinesisk kultur och i kinesiska betydde motion ”överleva och röra sig”. Många patienter menade att motion reducerade glukosnivån i blodet, förhindrade funktions försämringar och avlägsnade toxiner från kroppen. De två sista faktorerna, hade ursprung i traditionell medicin, vilket kunde påverka patienternas beteende av egenvård (a a).

Egenvård: mediciner

Deltagarna hade en ambivalent attityd mot farmakologiska läkemedel. Vissa patienter tyckte att den västerländska farmakologiska behandlingen var mycket viktig och följde läkarnas instruktioner, medan de andra visade oro om starka biverkningar. Hälften av deltagarna nämnde njurskador som den mest allvariga konsekvensen av farmakologiska läkemedel. Njurskador uppfattades som allvarliga. I kinesisk kultur ses njurarna som ett väsentligt organ som innehåller en ”vital essens” (a a).

Patienter försökte reducera biverkningarna av läkemedel genom att svettas eller dricka stora mängder vatten. Detta utan att ha kunskap om att det är för hög glukosnivå som ökar risken att utveckla mikrovaskulära komplikationer, bland annat nefropati. Studien visade att det var svårt att övertyga patienter att blodsockersänkande farmakologiska medel var ofarliga. Detta berodde på att kinesiska patienter såg västerländsk konstgjorda kemiska mediciner som toxiska, medan traditionella örter, medel som var naturliga, mer passade till kroppens fysiologiska funktioner (Lai et al, 2004).

Pakistansk och Indisk kultur

I en engelsk undersökning av Lawton et al (2005) ville man studera olika uppfattningar bland pakistanter och indier, om deras tablettbehandlade diabetes. Syftet med studien var att utforska hur uppfattningen var bland brittiska patienter med pakistansk och Indisk ursprung, angående deras tablettbehandlade diabetes. Metoden de använde var en kors-regional studie, med djupintervjuer i engelska eller på Punjabi. 15 män och 17 kvinnor med diabetes typ 2 intervjuades. Av dessa var nio stycken från Indien och 23 från Pakistan, alla var över 18 år.

Egenvård: mediciner

Resultatet visade att patienterna hade en komplex och motstridig syn på tablettbehandlingen. Denna uppfattning reflekterade den generella misstron mot västerländsk medicin från Indien och Pakistan. Dock ansåg de att tabletter var viktig faktor för sin diabetes. De ansåg brittisk hälsovård vara mer kompetent och trovärdig än sin egen och att de västerländska medicinerna var överlägsna de på den Indiska kontinenten. Trots detta gjorde några av de intervjuande avsiktliga ansträngningarna för att minska tablettförbrukningen på egen hand. Anledningen till detta var åsikten att mediciner förhindrade lindring av olika symtom och oron att tabletterna kunde vara skadliga för hälsan om de togs under en längre tid, tillsammans med andra mediciner eller utan traditionell mat. Hälften av de intervjuade justerade själva mängden tabletter de tog och alla av dem sa att de aldrig översteg rekommenderad dos. Istället minskade de dosen. Detta berodde på att de trodde att för mycket tabletter/mediciner förhindrade snabb upptäckt av symtom (Lawton et al, 2005).

De tyckte det var onödigt att ta tabletter när de kände sig bra. Andra tog inte sin medicin för att undvika obehagliga korta biverkningar t ex värmekänsla, torrhet i mun och yrsel, utan att rådgeva med någon från vårdsektorn. Andra minskade sina tablettintag vid fasta eller hoppade över ett mål mat utan medicinska råd. De var även motvilliga att ta sin medicin utan att äta traditionell mat. Deras hemlands mat tyckte de hade stärkande effekter som återställde balansen, eller att den tog bort biverkningarna av medicinen. Ett fåtal sa att de fått professionellt råd att minska på sina tabletter under Ramadan. De trodde därför att man kunde minska sin medicinering även i andra sammanhang utan professionellt råd. Det vanligaste var att patienterna tog sin blodglukos själva. De tog alla tabletterna när de ansåg värdet vara högt, om värdet var bra tog de inte full dos. I vissa fall var patienten inte medveten om den lämpliga nivån för blodsockret, utan tog sin medicin som det var förevisat endast när det gick utom kontroll. Andra strategier för att minska tablettintaget var att minska intaget av mat eller hoppa över mål mat (a a).

Uppfattningar om sjukvårdspersonal

Många från studien var första generationens invandrare. De jämförde vården "hemma" mot den i England. De tyckte det var olika attityder från läkarna i de olika länderna. Läkarna i Indien var inte pålitliga, de ville tjäna pengar utan att

vilja hjälpa eller ge några råd. I hemlandet behandlas patienter olika på grund av deras ekonomiska situation. Läkarna i England behandlade alla patienter mer likvärdigt för de var betalade av staten och inte direkt av patienterna.

Tidigare studier om patienter som tog mediciner visade att icke-anhängare är ett problem i alla patientgrupper, och speciellt vanligt bland folk som inte har några symtom eller har obehagliga bieffekter, så det är kanske inte helt typiskt för denna grupp av kultur. Forskare vet att det är vanligt på den indiska kontinenten att folk självmedicinerar, väljer mediciner, och överger dem som inte förhindrar snabb lätnad från symtom (Lawton et al, 2005).

Svensk, Jugoslavisk och arabisk kultur

I Hjelm et al (2005) svenska studie undersöktes vad för uppfattning män från tre olika kulturer boende i Sverige hade angående diabetes. Syftet med studien var att utforska hälso-sjukdomstro av män från olika kulturer med diabetes och dess samband av dessa mäns egenvård och vård sökande beteende. Studiemetoden var ett ändamålsenligt frågeformulär. Detta kompletterades med individuella intervjuer och bandinspelade gruppintervjuer. Studien omfattade 35 män i åldern 39-78 år. 14 var från arabiska länder, 10 från forna Jugoslavien och 11 var från Sverige. Kriterier för att ingå i studien var att ha diagnostiserats för diabetes typ 2, haft det i över ett år, en ålder högre än 20 år, personen skulle vara man och utan att ha någon psykisk förvirring.

Uppfattningar om hälsa

Resultatet i studien visar att uppfattningar om hälsa hos svenskar och araber var lika, det vill säga "frihet från sjukdom", svenskar tyckte även att "lära sig leva med sjukdomen" var viktig. Araber hade en religiös tro i form av att "hälsa kommer från Gud". Männerna från forna Jugoslavien såg hälsa som "riktighet som det mest viktigaste i livet" och att ha "tillräckligt med styrka". Mest utländsk födda tyckte att deras ekonomiska situation var en begränsande faktor som påverkade deras hälsa. Två huvudfaktorer influerade hälsan: Förmågan att vara eller inte vara en aktiv människa, att ha jobb eller vara arbetslös, vilket var särskilt stressande för de utländsk födda. Den andra huvudfaktorn var sexuella funktioner. Detta påverkade relationen med sin partner.

Generellt hade män i studien mindre kunskap om diabetes och visade en lägre medvetenhet om hälsa. De uttryckte även en mindre uppfattad allvarighet av sjukdomen och begränsad användning av natur och alternativ mediciner. Det informationssökande beteendet kom främst från arabiska män, vilket kunde förklaras med kulturella och religiösa influenser från den islamska läran, vilken manar på ett aktivt sökande av kunskap och hälsofrämjande aktiviteter (Hjelm et al, 2005).

Uppfattningar/kunskap om diabetes

En del svenskar hade fått sin diabetesdiagnos under behandling av annan sjukdom. De upplevde diagnosen av diabetes som oroande och förnekade att de hade en sjukdom. En del ansåg att diabetes inte var en sjukdom. De från Jugoslavien sa att de inte reagerade alls när beskedet kom eller att de blev mycket överraskade.

Araber reagerade med att de måste acceptera det, de blev chockad, svimmade eller blev ledsna. Dock trodde alla att deras diabetes var orsakad av faktorer som var relaterade till individen. Araber tog även upp kombinationen av sociala faktorer, arbetslöshet, saknad av sitt hemland släktingar och att vädret spelade en roll i form av ingen sol och att inte kunna svettas ut. Svenskarna fokuserade mer på

ärflighet och livsstil. Utländsk födda menade främst att sorg och känslomässig stress kopplad till krig och in och utvandring påverkade. I alla grupper fanns det människor som inte visste sig veta varför de fått diabetes (Hjelm et al, 2005).

Utländsk födda män visade brist på kunskap när det diskuterades konsekvenser av diabetes och effekten av insulin. Kunskap om vilken verkan mediciner hade var begränsade i alla grupper. De flesta såg diabetes som kronisk, några såg att det fanns chans att bota sjukdomen genom nya forskningsrön, ett par arabiska män uttryckte sig med ”att Gud vet”. Svenskar uppfattade inga särskilda problem eller konsekvenser av sjukdom och dess egenvård, araber relaterade till mentala problem och förändringar i deras humör. Jugoslaver pratade om diabetes komplikationer. Vissa män i varje etnisk grupp tog upp impotens och barnlöshet som en följd av sjukdomen. En del svenskar tog även upp rädsla för komplikationer till diabetes, särskilt försämrad syn. Generellt diskuterade inte de utländska männen rädsla för komplikationer. Egenvård var utförd av alla svarande. Utländskt födda och då särskilt araber hade mer aktivt sökt hjälp i större utsträckning än svenskar och hade mer erfarenhet av ovanskrivna problem, speciellt fötter, leder och muskler (a a).

Svensk kultur

I en svensk studie av Holmström och Rosenqvist (2005) belyste forskarna diabetespatienters missuppfattningar om sin sjukdom och dess behandling. Syftet med studien var att beskriva missförståelser hos patienter med diabetes typ 2, gällande sin sjukdom och dess behandling. Forskarnas metod var kvalitativ, där inga förutbestämda kategorier var gjorda. Urvalet bestod av 18 patienter varav nio var män och nio var kvinnor. Åldern varierade mellan 40-80 år. De hade blivit diagnostiserade med diabetes typ 2 i medelsnitt 4-5 år före studien och var alla födda i Sverige och hade svenska som sitt första språk. Patienterna videofilmades med sin läkare eller sjuksköterska under rådgivningen. De fick sedan se videon och blev intervjuade över vad som skedde under rådgivningen (Holmström & Rosenqvist 2005).

Uppfattningar/kunskap om diabetes

Resultatet i studien visade att endast fyra av de 18 deltagarna till fullo förstod rådgivningen. Det fanns bland annat missuppfattningen att diabetes typ 2 inte var riktig diabetes. I informationen om komplikationer visste inte heller alla om sambandet, diabetes- fot och ögonkomplikationer. En stor del av deltagarna visste att lägre glukosnivå gav färre komplikationer. Patienterna visste inte att det fanns ärftligt samband i diabetessjukdomen och att övervikt var en riskfaktor (a a).

Egenvård: motion

Alla patienter visste att motion var särskild bra för deras hälsa. Sambandet mellan blodglukosvärdet, födointag och motion var inte klart för en del. (a a).

Egenvård: glukosprovtagning

Nästan alla tog glukosvärdet hemma, men de visste inte varför. Några till och med slutade ta testet då deras värden var höga och de blev nervösa av provtagningarna. De som hade höga värden ändrade inte heller på insulinmängden efter glukosnivån. De kände inte heller till sambandet irritation-hypoglykemi. Många var rädda för att ta injektioner och funderade på att sluta med dem. De hade också misstro mot tablettorna. Det var många av patienterna som var informerade om att

gå ner i vikt. Dock hade de svårt att förstå skillnad mellan margarin, smör och olja. Många var rädda för att äta socker överhuvudtaget. Resultatet visade att även om patienter hade haft sin kroniska sjukdom under lång tid, betydde det inte att de hade god kunskap om sin sjukdom och egenvård. Missförstånd om diabetes och dess behandling var stor, trots regelbundna kontroller och god tillgång till vård. I denna grupp fanns endast svenskar. Orsaken till resultat berodde på ålder, kön, personliga egenskaper och kognitiva färdigheter (Holmström & Rosenqvist 2005).

Nigeriansk och afroamerikansk kultur

I en amerikansk studie av Popoola (2005) belyses den holistiska upplevelsen av diabetes bland nigerianer och afroamerikaner. Syftet var att förstå den holistiska och transkulturella upplevelsen att bli diabetiker bland nigerianer och afroamerikaner i USA. 35 deltagare intervjuades, av dessa var 20 nigerianer och 15 afroamerikaner, 22 kvinnor och 13 män. De var i åldrarna 60-82, diagnostiserade igenomsnitt sedan 14 år tillbaka. Intervjuperioden varade i två år. En etnografisk metod användes och man ville få resultatet från ett emic-perspektiv.

Uppfattningar/kunskap om diabetes

Resultatet kom fram till två huvudämnen som alla deltagande hade nämnt i sina berättelser: ångest och livet. Oavsett vilket land deltagarna kommer ifrån levde de i en ständig ångest på grund av diabetes och dess möjliga komplikationer. Samtidigt uttrycker de en stark vilja att leva, ”jag vill verkligen leva och inte låta diabetes bestämma över mitt liv”. Patienter hade en holistisk attityd mot diabetes, det vill säga de berättade inte bara om hur sjukdomen påverkar deras fysiska tillstånd utan också ekonomiskt, socialt, politiskt och andligt liv. Religionen hade ett stort inflytande på patienternas förmåga att klara av sjukdomen, ”om jag inte hade min tro till Gud, skulle mitt liv vara slut sedan längre”. De flesta deltagarna hade bekymmer med sin ekonomiska situation. Nigerianer hade inte någon form av medicinsk försäkring och kallade diabetes ”den dyra sjukdomen” och sade även att ”diabetes är rika mäns sjukdom”. Alla afroamerikaner hade medicin försäkringar, men visade trots det oro över framtid att de kunde förlora sina förmåner (Popoola, 2005).

Egenvård: alternativ medicin

Alla deltagare berättade att de brukar använda minst en form av alternativ medicin. Vitlök, ingefära, kokos, lök, honung och antal örter var mycket populära. Nigerianska patienter sa att de ofta gick till traditionella helare, vilka använde ”folk medicin” samt specifika rötter och växter. Patienterna visste när de skulle besöka traditionella helare och att ”folk medicin” kunde hjälpa dem att klara av sin diabetes (a a).

Sammanfattning av resultat

Studiens syfte var att se vad patienter från olika kulturer med diabetes typ 2 hade för uppfattningar och kunskaper om sin sjukdom och dess egenvård. Dessutom var avsikt att försöka att öka förståelsen och kunskapen hos sjuksköterskor i mötestillfällena med personer med diabetes typ 2 från olika kulturer. Som sammanfattning presenteras olika teman där delar av artiklarna som berör nedanstående teman presenteras. Teman är:

- ? Uppfattningar och kunskaper av diabetes typ 2
- ? Religion och tro

- ? Kost och motion
- ? Provtagning, medicinering och sjukvårdspersonal

Tema 1: Uppfattningar och kunskaper om diabetes typ 2

Studien av Greenhalgh et al (1998) visade att bangladeshiers uppfattningar/kunskap om sjukdomen var att orsaken låg utanför kroppen, som någon form av infektion, för mycket sockerintag och fysisk-psykisk stress. Dock fanns inga uppfattningar av att sjukdomen berodde på någon sorts inre organisk skada. Deras främsta informationskälla av sjukdomen var genom sina släktingar och vänner.

Den engelska studien av Hawthorne och Tomlinson (1999) av pakistanska män och kvinnor visade att kunskapen var låg om sjukdomen, särskilt bland analfabeter och speciellt hos kvinnorna där analfabetismen var högst. Ingen oro förekom hos dem som ännu inte fått komplikationer dock fanns oro hos dem som hade komplikationer. Hälften hade diabeteskomplikationer, dock saknades kunskap om preventiva åtgärder.

I artikeln av Rivera Adams (2003) med latinamerikanskor boendes i USA belyses att kvinnorna hade en upplevelse av att sjukdomen kom utifrån vid en särskild stressfull händelse, liknande den bangladeshiska gruppen. De likställde eller tyckte att diabetes var en värre sjukdom än cancer. Även här var släktingar och vänner den största informationskällan om sjukdomen. De hade en kunskap om diabeteskomplikationer kunde uppstå men inte hur det kunde förebyggas.

I studien av Chun och Chesla (2004) med en kinesisk befolkning från USA visade att deras kunskap av diabetes typ 2 uppfattades utifrån deras traditionella kinesiska medicin. En mera holistisk syn, där den fysiska och psykiska hälsan var sammanlänkade och svår att särskilja. Patienter trodde att deras sjukdom kom från en rubning i balansen mellan "varmt" och "kallt". Hög blodglukosnivå orsakades av "värme" vilket i sin tur ledde till diabetes. Dock fanns uppfattningar som ärftlighet, nedsättning av organismens funktioner och dåliga matvanor (Chun & Chesla 2004).

Lai et al (2004) studie om kinesiska diabetes typ 2 patienter i Taiwan visade att många patienter trodde att diabetes orsakades av överkonsumtion av socker, därför fokuserade de behandlingen endast på glukoskontroll. Grunden för uppfattningen fanns i själva namnet på diabetes, som på kinesiska betyder "socker i urinen".

I Hjelms et al (2005) studie från Sverige om svensk, jugoslavisk och arabiska män visades generellt en låg kunskap om diabetes. Alla tog upp följdkomplikationer som en del av sjukdomen, dock visade de utländska männen en lägre kunskap om det. Impotens var en komplikation som togs upp av män i varje kultur.

I den svenska studien av Holmström och Rosenqvist (2005) med "svenskar" visade bland annat uppfattningen att diabetes typ 2 inte var en riktig diabetes. Patienter visste inte att det fanns ärftliga samband i diabetessjukdomen och att övervikt var en riskfaktor. Alla visste inte om sambandet, diabetes- fot och ögonkomplikationer. En stor del av deltagarna visste att lägre glukosnivå gav färre komplikationer.

Tema 2: Religion och tro

I Greenhalgh et al (1998) studie av bangladeshier var muslimsk religion och tro påtaglig i form av en fatalistisk syn "Guds vilja". Dock var denna ödesbestämda tro ofta hållen parallellt med acceptans för individuellt ansvar och resurser för

förändring. Både självbehärskning och val av särskild diet uppfattades som en plikt av en sjuk person (Greenhalgh et al, 1998).

I Rivera Adams (2003) studie om latinamerikanskor i USA visade att religionen och tron var ett starkt stöd för patienterna i deras sjukdom.

I Hjelm et al (2005) svenska studie av svensk, jugoslavisk och arabisk kultur visade främst arabiska män en fatalistisk tro genom uttryck som "hälsa kommer från Gud". Män från främst från arabiska länder hade ett större informationssökande beteendet, vilket kunde förklaras med kulturella och religiösa influenser från den islamska läran, vilken manar på ett aktivt sökande av kunskap och hälsofrämjande aktiviteter.

I den amerikanska studien av Popoola (2005) av nigerianer och afroamerikaner visade att religionen hade ett stort inflytande på patienternas förmåga att klara av sjukdomen. Patienterna hade en holistisk attityd mot sin diabetes, det vill säga de berättade inte bara om hur sjukdomen påverkar deras fysiska tillstånd utan också ekonomiskt, socialt, politiskt och andligt liv. Religionen hade ett stort inflytande på patienternas förmåga att klara av sjukdomen.

Tema 3: Kost och motion

Greenhalgh et al (1998) studie om bangladeshisk kultur i Storbritannien visade att det fanns svårigheter att skaffa mat som både var acceptabla och välsmakande.

Deras syn på maten var i termer som styrka och smältbarhet. Stark mat uppfattades som energigivande, till exempel lamm, nötkött, vitt socker, margarin, olja och kryddor. Dock passade denna kost inte äldre och sjuka, där denna kost kunde försämra hälsa och sjukdom. I stället rekommenderades svag mat som ris och gröt.

Låg smältbarhet kunde appliceras på föda som var rå eller blivit bakad och grillat. Frukt som växer under jord hade en även en låg smältbarhet. Dessa typer av tillagande och föda var opassande för både yngre, äldre och svaga människor. I stället för att baka och grilla ansågs friterad mat mer passande. Detta är inte rekommenderat ur diabetes synpunkt men dock ur kulturell synpunkt (Greenhalgh et al, 1998).

I fråga om motion visade studien att bangladeshier inte motionerade ofta. En förbättring av hälsan genom motion sågs inte, snarare som något som kunde försämra hälsan. I språket fanns inget ord för motion, vilken kunde associeras till något positivt (a a).

I Hawthorne och Tomlinson (1999) studie om pakistansk kultur i Storbritannien visade resultatet att både män och kvinnor hade ungefär liknande kunskaper om kosten. Kvinnor följde och trodde dock mer på den traditionella maten och en stor del åt sött ris regelbundet. Både kvinnor och män hade svårt att neka traditionell mat vid olika sociala tillfällen.

Rivera Adams (2003) studie av latinamerikansk kultur i USA visade att kvinnorna var försiktiga vad de åt men inte hade tillräckligt med kunskap alltid av vad som var bra diabeteskost. Tvångstankar om mat var något som kom fram när kosten togs upp. Traditionell mat var svår att sluta med särskilt vid firande eller när familjen samlades.

Chun och Cheslas (2004) studie av kinesisk kultur i USA visade att kosten i denna kultur var mer än bara ett näringsämne, den påverkade även hela livskvaliteten. En särskild rekommenderad diabeteskost gjorde att vissa kände sig nedstämda när de inte fick äta sin traditionella mat. En del patienter kunde tänka sig att äta alternativ kost men var skeptiska om dess hälsoeffekter.

Angående motionen och fysisk rörelse visade det sig att olika sorters fysiska aktiviteter var mer lämpade för olika åldrar. För ansträngande fysiska aktiviteter såg som skadliga för hälsan. Dock skulle vårdgivare räkna med att en del patienter rörde mycket på sig hemma i samband med hushållsarbete (Chun & Chelsa, 2004).

Lai et al (2004) studie av kineser i Taiwan visade att alla deltagande patienter hade uppfattningen att kosten var en viktig del av skötseln av sin diabetes. Framförallt menade de att minska på socker och kolhydrater. Fler än hälften av patienterna uppfattade motionen som en viktig del av diabetesbehandlingen. En del av de deltagande hade bland annat kunskap om att motion reducerade glukosnivån i blodet, förhindrade funktions försämringar och avlägsnande av toxiner i kroppen.

Holmström och Rosenqvist (2005) studie om svensk kultur med patienter födda i Sverige och med svenska som modersmål visade att alla deltagarna förstod att motion var bra för deras hälsa. Hur motionen påverkade kroppen hade de dock en lägre kunskap om. Sambandet mellan motion, födointag och blodglukosvärde var även inte klart för en del. En del hade svårt att förstå skillnad mellan margarin, smör och olja. Många var även rädda för att äta socker överhuvudtaget.

Tema 4: Provtagning, medicinering och sjukvårdspersonal

Greenhalgh et al 1998 studie om bangladeshisk kultur i Storbritannien visade att patienterna testade sin glukos i urinen och förstod betydelsen av färgförändringen på färgstickan. I synen av vårdpersonal var doktorn sedd som en auktoritet med stor kunskap. Många såg doktors instruktioner som något de alltid skulle följa. Andra tyckte att det var oförskämt att fråga doktorn något. Synen på sjuksköterskan var att den hade en vårdande och teknisk roll, men uppfattades ibland som ett hinder för information och råd.

I Hawthorne och Tomlinson (1999) studie om pakistansk kultur i Storbritannien visade att analfabetiska kvinnor var sämre på att hantera ihållande stigande glukosvärden och att veta sambandet mellan regelbundna blodsockerkontroller och förebyggandet av komplikationer. Huvuddelen av patienterna ville träffa doktorn minst en gång i månaden och tyckte doktorn var den bästa på att ta deras blodsocker. Många blev lugnare då vårdpersonal sa att blodsockret var bra. Dock var det endast få tal som sa sig vilja lära något om sin sjukdom och hur de själva kunde kontrollera sitt glukosvärde.

Rivera Adams (2003) studie av latinamerikanska kvinnor i USA visade att de sällan tog blodglukosvärden och att många av dem inte ägde de nödvändiga redskapen för att testa sitt glukosvärde regelbundet. Av de kvinnor som ingick i studien hade alla utom en inte fått någon grundutbildning om sjukdomen vid sin diagnos.

Specialistvård var ovanligt, vilket berodde på brist på försäkringar. Det var en fördel att träffa vårdpersonal som pratade samma språk, men viktigare var attityden det vill säga att de blev visade respekt och omsorg av vårdpersonalen (a a).

Chun och Cheslas (2004) studie av kinesisk kultur i USA visade att i fråga om medicinering försökte kineserna jämföra traditionella kinesiska örter med västerländska läkemedel. Dock var de eniga om att de kinesiska örterna inte hade någon specifik effekt mot diabetes symtom utan var mer effektiva att behandla orsaker som låg bakom sjukdomen. Västerländska mediciner såg mer förankrade till vetenskapen men samtidigt mer toxiska.

Lai et al (2004) studie om kinesisk befolkning i Taiwan visade att patienterna hade en tveksam inställning till västerländska läkemedel, vissa uttryckte oro för biverkningar och ansåg västerländska läkemedel som toxiska. Vissa patienter tyckte dock att den västerländska läkemedelsbehandlingen var mycket viktig och följde läkarens ordination. Studien visade också att patienterna försökte häva biverkningar genom att svettas eller dricka mycket vatten, dock hade de inte kunskapen om att det var den höga glukosnivån i kroppen som ökade risken att få komplikationer. Det var svårt att övertyga patienterna att blodtryckssänkande läkemedel var ofarliga och skyddade njurarna snarare än att skada dem.

Lawton et al (2005) studie om pakistanier och indier i Storbritannien visade att de deltagande patienterna i mycket motsatte sig tablettbehandling. Alla ansåg emellertid att tablettbehandling var en viktig faktor i behandlingen av diabetes. De tyckte även att den brittiska hälsovården var mer kompetent och trovärdig än sin egen och att de västerländska medicinerna var överlägsna de som de hade i Indien och Pakistan. Trots det gjorde hälften av patienterna avsiktliga ändringar för att minska sin tablettbehandling på egen hand.

De var motvilliga att ta sin medicin när de kände sig bra, utan att äta traditionell mat, eller för att undvika obehagliga biverkningar som värmekänsla, torrhet i mun och yrsel. Andra minskade sitt tablettintag under fastan eller hoppade över ett mål mat utan medicinska råd från vårdpersonal (a a).

Det var vanligt att patienterna tog blodglukos själva. Om blodglukosen ansågs för hög tog de full dos annars inte. I vissa fall hade patienten inte kunskap om den lämpliga nivån för blodsockret utan tog sin medicin endast om situationen gick utom kontroll. Patienterna talade om andra tilltag som att minska intaget av mat eller hoppa över mattillfällen för att på så sätt kunna minska sitt tablettintag. Studien visade att respekten var större för de brittiska läkarna, vilka behandlade patienterna lika. Läkarna i Indien och Pakistan såg som att de endast ville tjäna pengar än att bry sig. Studien visade även att det var vanligt att människor i Indien och Pakistan självmedicinerar mycket själv, det vill säga de valde mediciner och övergav dem som inte förhindrade snabb lätnad av symtom (a a) .

I Hjelm et al (2005) svenska studie om svensk, jugoslavisk och arabisk kultur visade sig att araber hade en högre tendens att mer aktivt söka sjukvård än övriga kulturer. Detta förklarades genom den uppmuntran det fanns inom islam till att söka information om hälsofrämjande aktiviteter.

Holmström och Rosenqvist (2005) studie om svensk kultur i Sverige visade att alla hade tillgång till vård och att nästan alla regelbundet tog glukosvärdet hemma. Deras kunskap var dock lägre om varför de tog glukosprover, de visste inte varför. Några slutade att ta prover för att deras värden alltid var höga och det gjorde dem nervösa. Många var rädda för att ta injektioner och funderade på att sluta med dem och även med tabletterna.

Popoolas (2005) studie av nigeriansk kultur och afroamerikansk kultur visade att alla deltagarna brukade använda minst en form av alternativ medicin. Vitlök, ingefära, kokos lök, honung var populära. Nigerianska patienter sa att de ofta besökte traditionella helare som använde ”folkmedicin” och till exempel vissa rötter och växter. Det ansåg kunna hjälpa mot deras diabetes.

DISKUSSION

I följande kapitel presenteras metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

I projektplanen formulerades syfte och frågeställningar för den blivande litteraturstudien. Författarna hade en ganska tydligt syn på ämne redan från början. Dock efter att ha sökt genom olika databaser och fått fram ett antal artiklar ändrade studien sin fokus. Istället för att fokusera på hur faktorer som till exempel religion eller migration generellt påverkade patienternas uppfattning om diabetes, lades studiens vikt vid deras dagliga upplevelse av sin sjukdom. Med andra ord, försökte studien att identifiera gemensamma eller skilda drag om sjukdomens omhändertagande hos diabetiker med olika kulturella bakgrunder.

Samtliga utvalda artiklar kvalitetgranskades enligt anvisningar i Polit et al (2002). Med kvalitetsgranskning menar författarna att artiklarna granskades med avseende till den skriftliga strukturen och tydlighet i beskrivning av metod, syfte, resultat och diskussion. Resultatens validitet diskuterades, d v s att forskare har fått ”rätt” resultat genom att använda den metod de har använt sig av i sina studier. Författarna anser att samtliga artiklar förutom en håller en god kvalitet (se ”vår bedömning”, bilaga 2). Hawthore och Tomlinson (1999) studieresultat om pakistanska muslimer innehåller en del icke-relevant data samt svårtläst resultatbeskrivning.

Litteraturstudiens författare har inte upplevt några stora svårigheter att hitta nio artiklar som handlade om hur patienterna själva upplever sin sjukdom. Dock märktes det att samma artiklar ofta återkom vid genomsökande databaser. De relevanta artiklar som är publicerade inom 15 år och berör studiens ämne uppfattas som tagna med i denna litteraturstudie. Därför drogs slutsatsen att det förmodligen är för lite forskning gjort inom detta område.

Studien begränsade sitt sökande till artiklar publicerade 1990 och framåt, det vill säga inom 15 år. Detta i en strävan att tillföra ny fakta till studien. Den äldsta artikel som har använts är från 1998 och den nyaste är från 2005. I metoddelen beskrivs hur artikelsökning processen har gått till.

Under litteratursökning upptäcktes att en större del av artiklarna bygger på kvalitativa studier. Detta styrker ett påstående att kvalitativa metoder lämpar sig bäst när man studerar fenomen eller mänskliga upplevelser (Willman & Stoltz, 2002).

Ett par kvantitativa studier i ämnet hittades, men då var deras resultat inte relevanta för studiens frågeställningar.

I litteraturstudien fokuserade författarna på diabetesuppfattningar av patienter från olika kulturella bakgrunder. Av den orsaken var ett av de centrala sökorden *culture* (kultur). Sökordet *immigrants* (invandrare) uteslöts. I samtliga artiklar utom en (Hjelm, 2005) berörde forskare inte invandrare-diabetes som ett tema, det vill säga de utelämnade frågor om hur invandring påverkade patienternas uppfattning om sjukdomen.

Enbart i två av de nio valda artiklarna fanns information om att patienter var invandrare. I övriga nämndes enbart deltagarnas etniska tillhörighet.

Författarna anser att information om att patienter var invandrare inte sänker studiernas kvalitet eller på något sätt påverkar resultatens trovärdighet.

Litteraturstudien försökte få med så många variationer på kulturella grupper som möjligt. Dock var det svårt att hitta några kvalitativa studier om

diabetesuppfattningar som gjordes från ett västerländskt perspektiv, det vill säga som undersöker européer eller vita amerikaner. En artikel om hur svenska patienter (i Norrland, med svenskar med svenska som modersmål) upplevde sin sjukdom exkluderades på grund av orelevant resultat för vår studie. Dock håller författarna med Hörnsten (2004) att en möjlig förklaring till varför så lite studier är gjorda av västerländskt perspektiv, kan vara att västerländska forskare uppfattar "västerperspektiv" som "normalt". De tror att de förstår patienternas uppfattningar och därför inte behöver undersöka dessa grupper av "normala populationer". Författarna har inte begränsat sig till en viss åldersgrupp i litteraturstudien, eftersom fokuserandet var på diabetes typ 2 – själva sjukdomen och dess uppfattning. Därför ansågs ålder som en mindre viktig kriterium i valet av artiklar.

Beskrivningar av olika kriterier för att ingå i studien, till exempel populationen varierar i de olika artiklarna. Vissa forskare (Popoola, 2005, Lai, 2004, Rivera Adams, 2003) ger anvisningar om patienternas ålder, andra (Chun, 2004, Lai 2004) fokuserar på hur lång tid patienter har sin diagnos. Författarna ser inte detta som en större brist, med anledning att det ändå är klart beskriven vilken population som ingick i studie. Därför håller sig kvaliteten på nämnda artiklar hög.

I alla artiklar förutom två står tydligt att den handlar specifikt om diabetes typ 2. Författarna av de två artiklarna (Popoola, 2005, Greenhalgh, 1998) nämner inte vilken typ av diabetes patienterna har, vilket sänker de artiklarnas kvalitet. Vi kom fram till att det ändå handlar om diabetes typ 2. Eftersom diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som vanligtvis debuterar i vuxen ålder, detta överensstämde med beskrivning av patienternas ålder (60 och äldre) och den tid som de hade haft sjukdomen.

Resultatdiskussion

I de nio utvalda artiklarna har forskarna beskrivit tolv olika kulturer. Dessa är bangladeshisk, pakistansk, latinamerikansk, kinesisk, indisk, taiwanesisk, jugoslavisk, arabisk, svensk afroamerikansk och nigeriansk kultur. Vi valde dem efter kriterier (se metoddel) som kunde besvara studiens frågeställningar. Författarna anser att de resultat som presenteras inte ska generaliseras och appliceras helt och hållet på de presenterade kulturerna. Detta med anledning att det fanns en eller högst två artiklar av samma kultur. Dock kan resultatet ändå ge en ökad förståelse av skillnader eller likheter mellan olika kulturer gällande uppfattningar om diabetes typ 2 och dess egenvård. Författarna hoppas även att det ökar viljan och strävan att söka mer kunskap om transkulturell omvårdnad av patienter med diabetes typ 2.

I studiens resultat redovisas hur olika kulturella gruppers uppfattning om sjukdomen skilde sig. Studiens avsikt var inte att jämföra dem med varandra. I så fall hade resultatet sett annorlunda ut.

Vi är även övertygade att det inte finns någon möjlighet att en sjuksköterska kan studera alla världens kulturer, men samtidigt är det angeläget att vara medveten om att det finns kulturella skillnader. Detta för att kunna utföra en kompetent omvårdnad.

Författarna tycker att det är viktigt inom diabetesbehandling att ta hänsyn till Dorotea Orems egenvårdsmodell, som beskriver olika system i egenvård och patienternas roll i den. Orem menar att vårdpersonal ska kunna hjälpa patienten att utföra egenvård för att ta hand om sin sjukdom (Kirkevold, 2000). Samtliga artiklar innehåller information om patienternas kunskap om egenvård eller dess

utförande. Studiens resultat stöder Orems modell genom att belysa de aspekterna av egenvård (grupperade under teman i resultatdelen) som patienterna nämnde i sina berättelser.

Resultatdiskussionen presenteras i de teman som kom fram i resultatdelen:

Tema 1: Uppfattningar och kunskaper om diabetes typ 2

I bangladeshiska kultur uppfattades sjukdomens orsaker ligga utanför kroppen. Deras största informationskälla till sin sjukdom var genom släktingar och vänner (Greenhalgh et al, 1998).

I pakistanska patienters kultur fanns en lägre kunskap om sjukdomen och dess egenvård (Hanwthorne & Tomlinson, 1999).

Från patienter i den latinamerikanska kulturen uppfattades sjukdomen komma från en stressfull händelse i deras liv. Deras största informationskälla till sin sjukdom kom genom deras släktingar och vänner (Rivera Adams, 2003).

Hos patienter från kinesisk kultur utgick deras kunskap om diabetes typ 2 utifrån deras traditionella kinesiska medicin lära (Chun & Chesla, 2004).

Från patienter i den taiwanesiska kulturen visade deras kunskap om sjukdomen att orsaken låg i överkonsumtion av socker (Lai et al, 2004).

I artikeln med patienter från svensk, jugoslavisk och arabisk kultur fanns generellt en lägre kunskap om sjukdom (Hjelm et al, 2005).

Patienter från den svenska kulturen visade att de inte uppfattade diabetes typ 2 som en riktig diabetes. Att övervikt och ärftlighet var riskfaktorer hade få patienter kunskap om (Holmström & Rosenqvist, 2005).

Generellt var kunskapen låg i samtliga kulturer. Informationskällan var ofta vänner och släktingar. Orsaken ansågs komma ofta från yttre faktorer, eller någon yttre specifik händelse. Patienterna sökte i första hand information inom sin omgivning, vilket ofta var stora familjer och bekantskap. Professionell informationssökande kanske då prioriteras lägre i dessa kulturer.

Idag uppfattas internet som en viktig informationskälla vad det gäller medicinska och omvårdnads frågor. Majoriteten av patienter som har diabetes typ 2 är äldre och antagligen inte har vanan av att använda internet.

Resultatet just i det temat kunde ha påverkats av urval i två studier. Hjälms (2005) och Rivera Adams (2003) studerade enbart män respektive kvinnor i sin forskning. Resultatet påverkas eftersom kvinnor kan uppfatta sjukdom och dess orsak på ett annat sätt än män gör. Också kunskap om diabetes kan variera. Det är svårt att säga hur genuskillnaderna påverkar uppfattningar, men författarna kanske kunde ha fått ett annat resultat ifall motsatt kön var inkluderat i respektive studierna.

För att sammanfoga resultatet till Orems modell, kan sägas att sjuksköterska i sin stödjande och undervisande roll skulle vara medveten om att patienter kan ha en annan uppfattning om sjukdomens natur och om egenvård. Viljan att ta till sig information och följa givna råd kan också variera. Det är viktigt att veta att patienten även kan ha en annan hälsoupplevelse.

Tema 2: Religion och tro

Hos patienter från bangladeshisk kultur visade att deras muslimska religion och tro visades i en fatalistisk syn "Guds vilja" jämsides med individuellt ansvar och resurser för förändringar (Greenhalgh et al, 1998).

Patienter från latinamerikansk kultur uppfattade sin religion och tro som ett stöd i deras sjukdom (Rivera Adams, 2003).

Patienter med svensk, jugoslavisk och arabisk kultur visade att främst arabsiska män hade en fatalistisk tro, ”hälsa kommer från Gud” (Hjelm, 2005). Patienter från afroamerikansk och nigeriansk kultur visade att religionen hade en stor del i hur patienter klarade sin sjukdom (Popoola, 2005).

Ämnet religion och tro tas inte upp i alla studier. Patienterna som talade om religion i sina intervjuer såg den som en viktig resurs och uppfattade religionen bara på ett positivt sätt. I stort sätt var religionen var ett betydligt stöd för individen att klara av sin sjukdom. Den var även en källa till att patienten själv hade ett individuellt ansvar för att ta hand om sin diabetes i det vardagliga livet. Det märks även skillnader i betydelsen som religionen har för patienter med olika kulturella bakgrunder. De muslimska patienterna uttryckte en fatalistisk syn på hälsan som är ”Guds vilja” samtidigt visade de ett individuellt ansvar och aktiv informationsökande beteende (Hjelm, 2005, Greenhalgh et al, 1998). Patienter med latinoamerikansk och afrikansk bakgrund visade mer holistisk syn på sjukdomen och agerade mer passiv i sin egen vård (Rivera Adams, 2003, Popoola, 2005).

I ett sekulariserat land som Sverige spelar religionen mindre roll i individernas dagliga liv. Dock måste sjukstötterska alltid tänka på att patienter som har andra bakgrunder kan uppfatta sjukdomen som t ex Guds vilja och att egenvårds åtgärder kan ses som motsatta till religionens normer.

Tema 3: Kost och motion

Från patienter av bangladeshisk kultur visade att de delade in maten i termer som styrka och smältbarhet. Det fanns inget ord i bangladeshisk kultur för ordet motion som hade en positiv innebörd, det som fanns hade en negativ betydelse (Greenhalgh et al, 1998).

Både män och kvinnor hade svårt att neka traditionell mat vid sociala tillfällen (Hawthorne & Tomlinson, 1999).

I den latinamerikanska kulturen visades att kvinnorna var försiktiga med vad de åt, dock hade de inte tillräckligt med kunskap om vad som var bra diabeteskost (Rivera Adams, 2003).

I den kinesiska kulturen visade patienterna att kosten påverkade hela livskvaliteten. Olika sorters fysisk motion ansågs vara lämpade för olika åldrar (Chun & Chesla, 2004).

Patienter från Taiwanesisk kultur visade att alla patienter uppfattade kostens som en viktig del av sin skötsel av diabetes (Lai et al, 2004).

Svenska patienter visade att de alla förstod att motion var bra för deras hälsa. Sambandet mellan motion, födointag och blodglukosvärde var inte klart för en del (Holmström & Rosenqvist, 2005).

I några av ovanbeskrivna kulturer visade det sig att motionen var en viktig del av behandlingen av diabetes typ 2. I de muslimska kulturerna var denna uppfattning inte lika stor, beroende på en annan kulturell syn på vad fysisk motion och hälsofrämjande aktivitet associerades med.

Kosten visade sig alla ha en viss svårighet med, att äta rätt och hitta en välsmakande kost. En stor skillnad sågs i den bangladeshiska och kinesiska kulturen där styrka, smältbarhet och en uppfattning att kosten påverkade hela livskvaliteten visades.

Maten är ett väsentligt element av kulturen (Leininger, 2002). Alla patienter med olika kulturella bakgrunder, förutom den svenska lade en stor vikt vid betydelsen av gemensamma måltider där många familjemedlemmar och släktingar deltog.

Uppfattning om måltider som sociala tillfällen visade sig i att ett stort antal patienter berättade om svårigheter att delta i gemensamma måltider just på grund av diabetes (Chun & Chesla, 2004, Rivera Adams, 2003, Hawthorne & Tomlinson, 1999). Detta resultat kom fram från intervjuer (stora öppna frågor), då patienterna hade möjlighet att berätta om deras matvanor.

Holmström och Rosenqvist (2005) studerade missförståelsen som diabetespatienter har bland annat i frågan om kost. Det som framkom från studie var att svenska patienter hade problem med att förstå skillnad mellan olika produkter, t.ex. margarin, smör och olja. Patienterna talade dock inte om uppfattningar av själva måltidens sociala värde, gemenskap och samhörighet. Om patienterna hade tillfrågats, kanske skulle forskare kanske ha fått ett annat resultat.

Leininger (2002) menar att sjuksköterska behöver hitta kreativa vägar för att tillgodose kulturella lösningar i praktisk omvårdnad. Författarna anser att i frågan om kost och motion det kan vara oerhört aktuellt, eftersom rätt kost och regelbunden motion i hög grad kan förbättra patienternas tillstånd. Det kan vara en svår uppgift för en sjuksköterska på en diabetesmottagning att ge råd till patienter som är vana vid att äta ”ohälsosam” mat under hela sitt liv eller som aldrig har motionerat, men ur deras perspektiv ser denna kost som hälsosam och stärkande. Här krävs kreativitet, annars finns det risken att patienter inte kommer att följa givande rekommendationer.

Tema 4: Provtagning, medicinering och sjukvårdspersonal

Patienter från bangladeshisk kultur visade att de testade sin glukos i urinen och förstod betydelsen av färgförändringen på färgstickan. Sjuksköterskan hade en vårdande och teknisk roll, men sågs ibland som ett hinder för information (Greenhalgh et al, 1998).

I den pakistanska kulturen visades att den analfabetiska delen av gruppen var sämre på att hantera ihållande stigande glukosvärden och att veta sambandet mellan regelbundna blodsockerkontroller och förebyggandet av komplikationer (Hawthorne & Tomlinson, 1999).

I den latinamerikanska kulturen visades att kvinnorna sällan tog blodglukosvärden och att många av dem inte ens ägde de nödvändiga redskapen för att testa sitt glukosvärde regelbundet (Rivera Adams, 2003).

I kinesisk kultur visade patienterna att de i deras medicinering försökte jämföra traditionella kinesiska örter med västerländska läkemedel (Chun & Cheslas, 2004).

I Taiwanesisk kultur visade patienterna en tveksam inställning till västerländska läkemedel (Lai et al, 2004).

I de pakistanska och indiska kulturerna visades att patienterna i hög grad motsatte sig tablettbehandling. Alla ansåg emellertid att tablettbehandling var en viktig faktor i behandlingen av diabetes (Lawton et al, 2005).

Patienter från svensk, jugoslavisk och arabisk kultur visade att araber hade en högre tendens att mer aktivt söka sjukvård än övriga kulturer (Hjelm et al, 2005).

Patienter från svensk kultur visade att alla hade tillgång till vård och att nästan alla regelbundet tog glukosvärdet hemma. Kunskapen om vad en bra kroppsvikt var och varför det tog blodglukosprov fanns dock inte (Holmström & Rosenqvist, 2005)

Patienter från nigeriansk och afroamerikansk kultur visade att alla deltagarna brukade använda minst en form av alternativ medicin (Popoola, 2005).

Resultatet visar att kunskapen hos deltagarna var mycket varierande. Vad som gör studiens resultat mer intressant var att det fanns till och med en grupp analfabeter. Att ta ett glukosprov, avläsa det och sedan ta rätt medicinmängd var en svår uppgift. Det ger en bredare bild i frågan. En misstro mot västerländska mediciner visades i de asiatiska kulturerna. De ansåg dessa starka och effektiva men även toxiska. I några kulturer kombinerades den västerländska medicinen med egna naturmediciner (Popoola, 2005, Lai et al, 2004).

En av de använda artiklarna handlar specifikt om läkemedel. Lawton et al, 2005 studerade uppfattningar om läkemedelsbehandling bland pakistanska och indiska patienter. I studie ingick ett stort antal deltagare (32 patienter intervjuades). Då kunde forskare få en djupare insikt i ämnet. Därför anser författarna att just i den fråga har resultat en hög trovärdighet.

Enligt Orems teori, ska sjukskoterska hjälpa patienter att förstå betydelse av att mäta blodglukoshalten regelbundet och att ta mediciner efter läkarens ordinationer. Det kan medföra svårigheter för sjukskoterska, därför att en del patienter ser läkaren som den enda auktoritet i sjukvården. En uppfattning som kan förhindra eller motverka utförandet av sjuksköterskans undervisande funktion.

Slutsats

Efter att ha avslutat forskning har vi kommit fram till att uppfattningar om diabetes typ 2 och genomförande av dess egenvård är ett mycket omfattande område. Problematiken i den innebär att diabetes inte bara behandlas medicinskt, utan det handlar snarare mycket om livsstilsförändringar.

Vi ser behandlingen av diabetes typ 2 som ett pedagogiskt problem. Inom sjukvården behöver inte alla mötas på samma sätt. Olika patienter har olika behov, beroende bland annat på deras sjukdomstillstånd, tillgängliga resurser och individuell förmåga att ta till sig information från sjukvårdspersonal. Det sista handlar ofta om hur patienten ser på sin diabetes och egenvård. Här spelar kulturella faktorer en avgörande roll.

I tidigare forskning har mycket skrivits om att det finns stora problem med diabetes egenvården, inte minst bland patienter med olika kulturella bakgrunder. Även svenskar med vår utbyggda skola har dock svårt att ta åt sig kunskapen om sjukdomen.

Vi tycker att trots alla reella insatser från sjukvården att närheten till vårdpersonalen behöver bli större. Det är de som har kunskapen. Ju mer kunskap patienten har desto bättre egenvård, färre komplikationer och mindre kostsam sjukhusvård och sjukskrivning blir det.

Vårt samhälle är hela tiden under utveckling, nya kulturer möter andra kulturer, både inom och utom det egna landet. Vi måste alltid vara lyhörda, förändra och förbättra bemötandet av denna patientgrupp. Sjukvårdspersonal behöver ytterligare lära sig att förmedla kunskap transkulturellt.

REFERENSER

- Agardh, C-D et al (2002) *Diabetes*. Falköping: Elandes Gummessons.
- Chun, K M & Chelsa, C A (2004) Culture issues in disease management for chinese american with type 2 diabetes. *Psychology in Health, 19*, 767-785.
- Giger, J & Davidhizar, R (2004) *Transcultural nursing* (4th edition). Missouri: Mosby.
- Greenhalgh, T et al (1998) Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study. *Brittish Medical Journal, 316*, 978-983.
- Hawthorne, K & Tomlinson, S (1999) Pakistani Moslems with type 2 diabetes mellitus: effect of sex, literacy skills, known diabetic complications and place of care on diabetic knowledge, reported self-monitoring management and glycaemic control. *Diabetic Medicin, 16*, 591-597.
- Hedner, L P (2003) *Invärtesmedicin*. (7:e uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Helman, C (2001) *Culture, health and illness* (4th edition). London: Arnold.
- Hjelm, K (1998) *Migration, health and diabetes mellitus*. Lund University. (Akad. avhandling).
- Hjelm, K (2003) Preparing nurses to face the pandemicog diabetes mellitus: a literature review. *Journal of Advanced Nursing, 42*, 424-434.
- Hjelm, K et al (2005) Beliefs about health and diabetes in m en of different ethnic origin. *Journal of Advanced Nursing, 50*, 47-59.
- Holmström, I M & Rosenqvist, U (2005) Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing, 49*, 146-154.
- Hörnsten, Å et al (2004) Personal understanding of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing 47*, 174-182.
- Janzon, E (2002) *Kompendium till undervisning i tobaksprevention*. Hälsa och samhälle, Malmö Högskola.
- Kirkevold, M (2000) *Omvårdnadsteorier, analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Lai, W A et al (2004) How diabetic patients think about and manage their illness in Taiwan. *Diabetic Medicin, 22*, 286-292.
- Lawton, J et al (2005) Perception and experiences of talking oral hypoglycaemic agents among people of Pakistani an Indian origin: qualitative study. *Brittish Medical Journal, 330*, 1245-1250.

- Leininger, M & McFarland, M R (2002) *Transcultural Nursing* (3ed.). McGraw-Hill, Inc.
- Lindskog, B (2004) *Medicinsk terminologi*. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag.
- Polit, D F et al (2001) *Essentials of nursing research. Methods, appraisals and utilizations* (5ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polonsky, W (2002) *Diabetes hela livet*. Lund: Studentlitteratur.
- Popoola, M M (2005) Living with diabetes: the holistic experience of Nigerians and African Americans. *Holistic Nursing Practice*, 19, 10-16.
- Socialstyrelsen (1999) *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus*. Linköping: LTAB Linköpings tryckeri AB.
- Typ 2 diabetes(2005)> <http://www.diabetes.se/start.asp?sida=1490> <2005-12-05
- Rivera Adams, C (2003) Lessons learned from urban Latinas with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Transcultural Nursing*, 14, 255-265.
- WHO.Fact sheet nr.138 (2002)>www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/index.html<2005-11-30
- Willam-Olsson, L (1986) *Diabetikers livsvilkor*. Stockholms universitet. (Akad. avhandling).
- Willman, A & Stoltz, P (2002) *Evidensbaserad omvårdnad*. Studentlitteratur: Lund.

BILAGOR

Bilaga 1. Mall för artikelgranskning enligt Polit et al (2001).

Bilaga 2. Sammanställning av artiklar.

Mall för artikelgranskning enligt Polit et al (2001)

Titel

Titeln ska bestå av mindre än 15 ord och upplysa vad studien handlar om. I kvantitativa studier bör undersökningsgrupp eller fenomen finnas med i titel.

Abstrakt

Abstrakt är en kort sammanfattning av studie placerad i inledning av artikel. Abstrakt ska bestå av 100-200 ord och innehålla information om forskningsfrågor, använda metoder, upptäckta resultat och praktiska slutsatser i omvårdnad. Efter att ha läst abstrakt skulle läsare avgöra om artikel är intressant eller inte.

Introduktion

Följer direkt efter abstrakten, dock står det inte alltid under rubriken ”introduktion”. Läsaren ska bli insatt i forskningsproblematiken och sammanhanget. I introduktionen bör det framkomma de centrala fenomenen eller variabler som ska undersökas, tydligt syfte, forskningsfrågor eller prövande antagande. Författaren ska redovisa för aktuell litteratur publicerad i ämnet. I teoretiska studier beskrivs vilken struktur som använts. Slutligen ska forskare ange studiens betydelse och behov.

Metod

I metoden belyser forskare använda metoder för att besvara forskningsfrågor. Läsaren blir bekant med forskarens fastställande om vilka metodologiska moment som använts och anledningar till detta. För kvalitativa studier anges population, undersöknings struktur, mätinstrument och dess kvalitet, datainsamlings metod, sätt att gå tillväga samt etiska aspekter.

Resultat

I resultatet presenterar forskare sina forskningsfynd. Analyserad data kan föreställas med hjälp av tabeller eller figurer. I kvalitativa studier sammanställs resultat i form av teman eller kategorier, som blev identifierade från insamlad data.

Diskussion

I diskussionen lägger forskaren fram sina egna slutsatser om vad forskningsresultat betyder och varför ett visst resultat uppnått. I det avsnittet inkluderas forskarens tolkning av resultat, förslag om hur fynden praktisk kan tillämpas i omvårdnad samt beskrivning av studiens begränsningar.

Referenser

Artikeln avslutas med förteckning över litteratur, rapporter och artiklar som författaren angett.

Sammanställning av artiklar.

Bilaga 2.

Författare/ År	Titel	Syfte	Metod/ population	Resultat	Vår bedömning
Greenhalg, T (1998)	Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study.	Att studera patienternas erfarenheter av att ha diabetes.	Kvalitativ. Datasamling: Berättelser, semi-strukturerade intervjuer, fokusgrupp, pile sorting övningar. Ny metod strukturerad karaktärisering utvecklades. 40 British Bangladeshi diabetiker 10 non- Bangladeshi kontrolls.	Resultat indelas i följande teman: uppfattning om diabetes och dess orsaker, kostvanor, kroppens funktioner och kunskap om komplikationer. I vissa frågor fanns lika stora skillnaden som likheter mellan Bangladeshier och icke Bangladeshier.	Fattas information om diabetestyp. Annars, välskrivna artiklar, svarar på Polit et al kriterier. Intressanta och relevanta fynden för litteraturstudie.
Hawthorne, K Tomlinson, S (1999)	Pakistani moslems with type 2 diabetes mellitus: effect of sex, literacy skills, known diabetic complication and place of care on diabetic knowledge, reported self-monitoring management and glycaemic control.	Att undersöka påverkan av faktorer som kön, utbildningsnivå och behandlingsställe på patienternas egenvård och kunskap av diabetes.	Kvalitativ. Datasamling genom semi-strukturerade intervjuer med 200 patienter med diabetes typ 2.	Deltagande visade en bra kunskap om diet och kontrollerar glukosnivå regelbundet, men de kunde i svag grad applicera den kunskapen i dagliga livet. Analfabetiska kvinnor hade sämre kunskap om betydelse av glukoskontroll och har det svårast att lära sig att tillämpa kunskap i det dagliga livet.	Titel är för lång enl Polit et al, innehåller mer än 15 ord. Studiens resultat innehåller också mindre relevant data för vårt arbete.
Rivera Adams, C (2003)	Lessons learned from urban Latinas with type 2 diabetes mellitus.	Att undersöka hur latinamerikanska kvinnor upplever sin sjukdom.	Kvalitativ. Datasamling: intervju med 13 kvinnor med diabetes typ 2. Dataanalys: deskriptiv fenomenologisk metod.	Resultatet presenteras i form av genererade teman: - Stress som orsak, effekt - För lite, för sent - Sorg, diabetisk ilska och mistande kontroll - Tvångstankar om diet - Livet under glas - Religion som stöd	Intressant, lättläst artikel, relevanta resultat. Uppfyller Polit et al kriterier.

Chun, K M Chelsa, C A (2004)	Cultural issues in disease management for chinese americans with type 2 diabetes	Att studera den unika kulturella erfarenheten av att ha diabetes bland kinesiska patienter och deras familjer.	Kvalitativ. Datainsamling: grupp intervju med 16 familjer. Dataanalys: interpretiv fenomenologi.	Fem kategorier definierades från respondenternas berättelsen: - Uppfattning om diabetes, sjukdom och hälsa - Kostbetydelse - Traditionella och västerländska mediciner - Fysiska aktiviteter - Sjukdomens påverkan på familjens dynamik.	Artikeln är för lång (19 sidor), annars Följer den Polit, et al kriterier.
Lai, W.A (2004)	How diabetic patients think about and manage their illness in Taiwan.	Att undersöka diabetikernas insikt om deras sjukdom och behandlings metoder utifrån det kulturella perspektivet.	Kvalitativ. Datainsamling: djupintervjuer med 22 patienter från ett landsbyggt Taiwanesisk samhälle.	Patienterna hade varierande uppfattningar om olika vårdalternativ. Alla kom överens om att diet var den viktigaste delen inom egenvård. Motion var viktig för att avlägsna toxiner från kroppen. Det visades en ambivalent attityd mot läkemedel.	Lättläst artikel, är förenlig med Polit et al kriterier.
Lawton, J et al (2005)	Perceptions and experiences of taking oral hypoglycaemic agents among people of Pakistani and Indian origin: qualitative study.	Att utforska patienternas uppfattning och erfarenheter av att ta glukossänkande tabletter.	Kvalitativ. Datainsamling: enskilda in-depth intervjuer med 32 patienter med diabetes typ 2.	Patienterna visade komplicerad ambivalent attityd mot tabletter, vilket reflekterar deras attityd mot västerländska mediciner generellt. Patienterna var överens om att tabletter var viktiga i diabetes behandlingen, men av olika anledningar minskade de intaget utan att rådfråga vårdpersonal.	Artikel är väl skriven. Relevanta fynden används i studiens resultat. Följer kriterier för vetenskapliga artiklar.

Hjelm, K G et al (2005)	Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin	Att studera sjukdoms- och hälsotro bland män med olika kulturella bakgrunder, bosatta i Sverige.	Kvalitativ. Databaserade intervjuer med 35 män. 14 är födda i Arab länderna, 10 i före detta Jugoslavien och 11 i Sverige.	Viktiga faktorer för hälsa var ekonomisk oberoende och ett aktivt sexuellt liv (speciellt för araber och jugoslaver). Männen nämnde olika faktorer som tros ha orsakat diabetes. Kunskap om sjukdomen var begränsad, men araber uttryckte mest behov av information. Svenskarna hade mer egenvård än icke svenskar. Utländskt födda sökte oftare hjälp hos vårdpersonalen.	Artikeln innehåller mycket betydelsefull data för studien. Överensstämmer med Polit et al kriterier.
Holmström, I M Rosenqvist, U (2005)	Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes.	Att beskriva missförståelser om sjukdomen och dess behandling bland svenska patienter med diabetes typ 2.	Kvalitativ. Databaserade intervjuer: 18 läkar- eller sjuksköterskebesök spelades in. Patienterna har därefter tittat på inspelningar och reflekterat över mötet.	Resultat presenteras i fem teman: - Diabetes typ 2 är "inte riktig diabetes" - Komplikationsfuktan - Glukoskontroll och mediciner - Diet- reducera fett - Motion Av patienter fyra stycken ingen missförståelse.	Relevant artikel för studiens resultat. Bra strukturerad artikel. Följer Polit et al kriterier.
Mammah Popoola, M (2005)	Living with diabetes. The holistic experiences of Nigerians and African Americans.	Att få förståelse för patienternas holistisk och transkulturell erfarenhet av att leva med diabetes.	Kvalitativ etnografisk studie. Databaserade intervjuer pågick under fyra månader. Population: 35 patienter med diabetes (15 nigerianer och 15 afro-amerikaner).	Resultat visade att patienter från både Nigeria och USA uttryckte oro över sin sjukdom, men samtidigt tvekade de aldrig att deras vilja var att leva vidare.	Metodbeskrivning fattas i abstract. Oklart vilken typ diabetes studerades. Annars finns övriga element av ganskningsmall enligt Polit et al.