



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Ikke-vestlige innvandreres opplevelse av å leve med diabetes type 2.**

**Non-western immigrants' experience of living with type 2 diabetes.**

**Gina Isabellé Frostad Olsen og Marthe Nilsen Bersås**

**Totalt antall sider inkludert forside: 54**

**Molde, 06.05.2011.**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Ikke-vestlige innvandreres opplevelse av å leve med diabetes type 2.**

**Tittel på engelsk: Non-western immigrants experience' of living with type 2 diabetes.**

**Forfatter(e): Gina Isabellé Frostad Olsen og Marthe Nilsen Bersås**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 15**

**Årstall: 2011**

**Veileder: Jeanette Varpen Unhjem**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 06.05.2011**

*Når jeg er hos norsktalende lege og  
jeg begynner å fortelle om sykdommen  
min, da oppdager jeg plutselig at jeg  
har to forskjellige sykdommer.  
(Kristoffersen 2005, 94)*

**Antall ord: 12 140**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Endrede kostvaner kombinert med mindre krav til fysisk aktivitet fører til overvekt og dermed økt risiko for diabetes type 2. Konsekvensene av dette sees klart i tilfeller der innvandrergupper i vestlige land raskt utvikler langt høyere prevalensrater av diabetes type 2, enn hva som er tilfelle blant befolkningen i området de kom fra (Skafjeld og Graue 2011). Som sykepleier er det stor sannsynlighet for å møte denne pasientgruppen både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Pasienterfaringer kan gi verdifull kunnskap om hvordan sykepleiere kan tilrettelegge informasjonen for å møte denne pasientgruppen på en tilpasset måte.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å belyse den ikke-vestlige innvandreres erfaringer med å leve med diabetes type 2.

**Metode:** Metoden som ble benyttet var litteraturstudium. Dette innebærer systematiske søk og kritisk vurdering av aktuell forskning innenfor et valgt tema. Søkene ble utført i databasene ScienceDirect og OVID- British Nursing Index og Medline. Våre funn baseres på 11 artikler, ni kvalitative og to kvantitative.

**Resultat:** Pasientene erfarte at det var vanskelig å møte kravet til å endre kosthold og å måtte gi opp mattradisjoner. Det kalde klimaet og mangel på tid var barrierer til fysisk aktivitet, i tillegg til at det var tydelige kjønnsforskjeller i forhold til aktivitetsnivået. Sykepleiere må tilpasse informasjonen på en mer kulturelt tilpasset måte for å nå frem til denne gruppen. Å gi samme informasjon til ikke-vestlige innvandrere som til vestlige vil ikke være tilstrekkelig da religion, språk og kulturelle normer og regler må tas hensyn til for at de skal lykkes i å ha god egenomsorg.

**Konklusjon:** Litteraturstudien viser at pasientene etterlyser diabetesinformasjon tilpasset sin religion, kultur og informasjonsmateriell på sitt eget språk for å oppnå god egenomsorg og forståelse for diabetes type 2.

**Nøkkelord:** Diabetes type 2, pasient opplevelse, ikke-vestlige innvandrere og sykepleie

## **Abstract**

**Background:** Changes in eating habits combined with less demands for physical activity leads to obesity and increased risk for type 2 diabetes. The consequences of this can be seen most clearly in cases in which immigrant groups in Western countries rapidly develop a much higher prevalence of type 2 diabetes than is the case among the population in the area they came from (Skafjeld and Graue 2011). As a nurse it is very likely to meet this group of patients in specialist health services and primary health care. Patient experiences can provide valuable knowledge about how nurses can prepare information to meet this group of patients in a customized way.

**Aim:** The aim of this study was to illuminate non-western immigrant patients' experiences in relation to living with type 2 diabetes.

**Method:** The method used for this research was a literature study. This approach involves systematic searches and critical reviews of current research within a chosen theme. The search for literature was conducted in the databases of ScienceDirect and OVID- British Nursing Index and Medline. The findings of this research are based on 11 articles, nine qualitative and two quantitative.

**Results:** Patients found that it was difficult to meet the demands to change ones diet and having to give up traditions. Cold climate and lack of time were barriers to physical activity. In addition to that there were obvious gender differences in relation to activity level. Nurses must adapt the diabetes information in a more culturally appropriate manner to reach out to this group. To provide the same information to non-western immigrants that we give western will not be sufficient as religion, language, cultural norms and rules must be taken into account to succeed in having good self-care among this group.

**Conclusion:** The literature study shows that non-western immigrants need diabetes information adapted to ones religion, culture and information material in their own language in order to achieve good self-care and understanding of type 2 diabetes.

**Keywords:** Type 2 diabetes, patient experience, non-western immigrants and nursing.

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Studiens hensikt.....	2
1.2	Problemstillinger .....	2
1.3	Avgrensing .....	2
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1	Kultur og sykdomssyn.....	4
2.2	Diabetes type 2 blant ikke-vestlige innvandrere .....	5
2.3	Kosttradisjon og ernæringskunnskap .....	6
2.4	Fysisk aktivitet ved diabetes type 2.....	7
2.5	Tverrkulturell kommunikasjon.....	7
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1	Datainnsamling.....	9
3.2	Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	12
3.3	Kritisk vurdering .....	12
3.4	Dataanalyse .....	13
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1	Kosthold .....	14
4.2	Fysisk aktivitet .....	16
4.3	Opplevelse av diabetesinformasjon.....	19
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>22</b>
5.1	Metodediskusjon .....	22
5.2	Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1	Pasienters opplevelse av at det er vanskelig å måtte gi opp mattradisjoner..	24
5.2.2	Pasienters opplevelse av fysisk aktivitet.....	27
5.2.3	Pasienters opplevelse av diabetesinformasjon .....	31
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>33</b>
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>36</b>

Vedlegg 1: Tabell over artiklenes innhold og kvalitet

Vedlegg 2: Fargekoder

Vedlegg 3: Sjekkliste for vurdering av kvalitativ og kvantitativ forskning

Vedlegg 4: PICO skjema

Vedlegg 5: Sjekkliste for kvalitetsvurdering av studie

## 1.0 Innledning

For helsepersonell er det viktig å øke forståelsen av hvordan ikke-vestlige innvandrere opplever å leve med diabetes type 2 og utfordringene dette fører med seg i et fremmed land og kultur, for selv å øke kvaliteten av undervisningen som gis. I følge Kumar og Viken (2010) forekommer diabetes type 2 ofte blant ikke-vestlige folkegrupper, og ofte når de immigrerer til vestlige land. Diabetes type 2 har særlig høy forekomst i urbefolkningen i Afrika, Australia og personer fra det Indiske subkontinent, men også en rekke andre grupper. Mange etniske minoritetsgrupper i Europa med opprinnelse fra Asia, Midt-Østen og Afrika har betydelig høyere diabetes type 2 forekomst enn majoritetsbefolkningen. Europeere og deres etterkommere har lavest risiko (Kumar og Viken 2010).

En undersøkelse fra 2000 studerer forekomsten av diabetes type 2 i bydelene Romsås og Furuset i Oslo, dette ble kalt MoRo-prosjektet (Mosjon på Romsås). Der kom det frem at forekomsten av diabetes type 2 var høyere blant alle etniske grupper enn det den var blant etnisk norske. Forekomsten var særlig stor blant innvandrere fra det indiske subkontinent, hvor 14% av mennene og hele 28% av kvinnene i aldersgruppen 30-59 år hadde diabetes type 2. Dette opp mot 6% av mennene og 3% av kvinnene med etnisk norsk bakgrunn (Jenum et al. 2005). Sykepleiere som skal arbeide med personer fra minoritetsgrupper, bør ha kunnskap om den enkeltes religion og om hvilke elementer fra den som vil få betydning for gjennomføringen av behandling av diabetes type 2. Samtidig må en være seg bevisst at det innen grupper fra samme geografiske områder er ulike religioner og ulik grad av etterlevelse av religionens lover og påbud. En må også være klar over at det er individuelle forskjeller, slik at en ikke tenker at alle fra samme land tilhører samme kultur (Skafjeld og Graue 2011). Fokuset i oppgaven skulle være pasientperspektivet - hvordan innvandrerne selv opplever det å leve med diabetes type 2. Disse pasienterfaringene vil belyse hva det er viktig sykepleieren har kjennskap til for å lette innvandreres tilpasning til livet med diabetes type 2. Ved å øke kunnskapen om hvordan ikke-vestlige innvandrere opplever det å leve med diabetes type 2 samt de utfordringene de opplever som størst, vil gjøre sykepleiere tryggere når de skal behandle og informere denne gruppen.

## **1.1 Studiens hensikt**

Hensikten med denne studien var å belyse ikke-vestlige innvandreres erfaringer med å leve med diabetes type 2.

## **1.2 Problemstillinger**

- *Hvilke erfaringer har pasientene med regulering av kosthold og fysisk aktivitet?*
- *Hvilke erfaringer har pasientene med informasjon diabetesinformasjon?*

## **1.3 Avgrensing**

Fokuset er lagt på ikke-vestlige innvandrere, bosatt i et vestlig land.

Utvalget er begrenset til voksne i alderen 18 år og utover og artiklene skulle ikke eldre enn 10 år. Dette fordi diabetes type 2 er vanligere blant voksne, og forekomsten øker med alderen. Antallet voksne på verdensbasis med diabetes type 2 er i 2010 beregnet til 285 millioner og halvparten er i alderen 40-59 år (Kumar og Viken 2010).

I denne oppgaven brukes begrepet ”ikke-vestlige innvandrere”. Selv om inndelingen ”vestlig og ikke-vestlig” nå er forlatt av Statistisk sentralbyrå ble det begrepet mest naturlig til oppgaven siden begrepet fortsatt eksisterer i nyere litteratur og forskning. På denne måten unngår leseren av oppgaven å blir forvirret av ulike begreper. Begrepet ”ikke-vestlig” omfatter personer fra følgende land; Asia inkludert Tyrkia, Afrika, Sør- og mellom Amerika og Øst-Europa. Øst-Europa er landene som tidligere lå bak jernteppet, inkludert tidligere Jugoslavia. Definisjonen av en innvandrere er hvis han eller hun er født utenlands og er fast bosatt i et land med utenlandsfødte foreldre (Arbeidsdepartementet, 2003-2004).



## 2.0 Teoribakgrunn

I følge Kumar og Viken (2010) har forekomsten av diabetes type 2 økt dramatisk over hele verden de siste 20-30 årene. De viktigste individuelle risikofaktorene for diabetes type 2 er fedme og fysisk inaktivitet, mens arvelige faktorer betyr mye for den enkeltes risiko for å utvikle diabetes type 2 i løpet av levetiden. Samfunnsendringer og miljøfaktorer påvirker også i stor grad, og har ført til en ”fedme og inaktivitetsepidemi”. I tillegg kan sosioøkonomiske faktorer som utdanning, inntekt og sosial status forklare noe av forskjellene i diabetesforekomst. Spesielt utsatt er personer med opprinnelse fra de ikke-vestlige landene (Kumar og Viken 2010).

Det er viktig at kulturkunnskap og fokus på kulturelle forskjeller ikke skaper handlingslammelse, usikkerhet og maktesløshet blant sykepleiere (Kumar og Viken 2010). Tilpasning til et nytt samfunn, nye forventninger, ny livsstil og forandret kosthold kan være med på å øke forekomsten av diabetes type 2 hos ikke-vestlige innvandrere. Undervisningen foregår i en fremmed kultur, hvor språk, religion, livssyn og sykdomssyn kan være veldig forskjellig fra det de er vant til (Hanssen 2009).

I følge Kumar og Viken (2010) kan det å ha en sykdom i et land hvor noen av disse aspektene er forskjellig fra det innvandrerne er vant til, kreve kunnskap og forståelse fra sykepleier for at dette skal lykkes og for at de skal klare å håndtere sykdommen på egenhånd.

Det er et overordnet mål i norsk helsevesen at alle befolkningsgrupper skal få likeverdig tilbud fra helsevesenet. Det vil si at helsetjenestene skal gis på en slik måte at ulike befolkningsgrupper har lik mulighet til å nyttiggjøre seg våre tjenester (Kumar og Viken 2010). Skafjeld og Graue (2011) mener en helhetlig tilnærming som sykepleier krever at en er trygg i sin egen rolle. Det vil være nødvendig å finne riktig forhold mellom nærhet og avstand til den som har diabetes type 2, kunne håndtere irrasjonelle faktorer og bidra til en rollefordeling der personens behov og rettigheter blir ivaretatt. Sykepleierens oppgaver i oppfølging og behandling av følelsesmessige reaksjoner hos personer med diabetes type 2 er omfattende. Det dreier seg om å kunne skape trygge rammer for kontakt, ha tid til å lytte seg fram til den enkeltes virkelighetsoppfatning, gi rom for følelsesmessige uttrykk og å stå i en prosess der også egne følelser kan bli vanskelig og håndtere. Når sykepleier gir råd, undervisning og veiledning, har de et sett av kunnskaper og forutsetninger om

hvordan det norske samfunnet og ellers vestlige land håndterer sykdom og helse, om sosiale forhold og kommunikasjonsformer. Når en skal yte sykepleie til personer med diabetes type 2 som ikke har etnisk norsk bakgrunn, står en ovenfor utfordringer som forskjellig kulturbakgrunn, forskjeller i oppfatning av sykdom og velvære, forskjeller i familierelasjoner og ikke minst språklige utfordringer. Dersom sykepleiere har mangelfull kunnskap og erfaring med disse utfordringene kan det medføre dårligere helsetjenester, og mottakerne av helsetjenestene kan bli oppfattet som ressurskrevende og lite motiverte (Skafjeld og Graue 2011).

## **2.1 Kultur og sykdomssyn**

I følge Hanssen (2009) er kultur en kompleks helhet bestående av kunnskap, trosformer, kunst, moral, lovverk og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn. Enklere sagt er kultur et sett av oppfatninger, verdier og normer som deles av flere.

En persons sykdomsattferd er gjerne påvirket av vedkommendes sykdomssyn, noe som igjen er påvirket av vedkommendes kulturbakgrunn, livssyn, utdanning og personlige erfaringer. Det er også et vanlig trekk ved mange ikke-vestlige medisinske systemer og tankemåter at helse og sykdom ofte forklares som et resultat av sosiale eller religiøse forhold. Dersom diabetes type 2 blir tolket som en straff fra Gud, eller som et resultat av onde handlinger fra andre mennesker, kan det innebære begrensninger på individuelt ansvar og handlekraft i behandling av sykdommen (Kristoffersen 2005).

I Skafjeld og Graue (2011) kommer det frem at i mange religioner er faste et ritual som er viktig å utføre, enten i form av bestemte fastedager eller som en lengre tidsperiode. Hva som tillates av inntak av mat og drikke under fasten varierer, og innen samme religion kan det være ulike regler for gjennomføringen av fasteperioden. Ramadan, som er muslimenes fasteperiode, er den niende måneden i den islamske kalenderen. I ramadan er det ikke tillatt å spise eller drikke mellom soloppgang og solnedgang. Det er heller ikke tillatt å ta legemidler som skal svelges. I følge Koranen, den islamske bibelen, er det visse grupper som er unntatt fra fasten. Det gjelder barn, personer som er syke, gravide og ammende

kvinner. Enkelte opplever det å følge religiøse ritualer som viktigere enn å bruke tid til behandling og oppfølging av sin diabetes type 2 (Skafjeld og Graue 2011).

## **2.2 Diabetes type 2 blant ikke-vestlige innvandrere**

Diabetes type 2 er særlig utbredt blant personer fra Asia og Nord-Afrika som bosetter seg i vestlige land. Sykdommen sees også svært hyppig i en del befolkningsgrupper som gjennomgår store forandringer i levestil i løpet av kort tid, med økt energiinntak og redusert fysisk aktivitet. Dette er grunnen til at diabetes type 2 ofte blir omtalt som livsstilssykdom (Jacobsen et al. 2010).

I alle samfunn vil det være mulig å finne ulike kulturelle trekk som åpenbart er ”uheldige” sett i en snever diabetesforebyggende forstand. Et eksempel på det er hvordan det å være overvektig i mange samfunn symboliserer god helse eller status og velstand. I andre samfunn kan det foreligge små muligheter til fysisk aktivitet på grunn av normer som begrenser bevegelsesfriheten for enkelte grupper, for eksempel hjemmeværende kvinner (Skafjeld og Graue 2011). Minoritetsgruppers kultur og tradisjoner forbindes ofte med en viss grad av rigiditet eller mangel på tilpasningsevne. Dette kan være misvisende i mange tilfeller og kan føre til at viktige løsninger blir oversett i forsøk på å gjøre diabetestiltak mest mulig vellykket. Ulike fastetradisjoner er eksempler på en kulturelt basert praksis med store implikasjoner for håndtering av diabetes type 2. I tilfeller der faste er problematisk eller direkte helsefarlig, er det viktig å være klar over at i all kulturell og religiøs praksis er det muligheter for endringer, justeringer og modifikasjoner som kan løse utfordringer som kan oppstå.

”Vestliggjøring” er et gjennomgangstema i mye av litteraturen om diabetes type 2, og forbindes med økt prevalens av sykdommen (Skafjeld og Graue 2011). Endrede kostvaner i retning av mat og drikke med høyt kaloriinnhold, kombinert med en livsstil med mindre krav til fysisk aktivitet, fører til overvekt og dermed økt risiko for diabetes type 2. Konsekvensene av en slik utvikling kan sees klart i tilfeller der innvandrergrupper i vestlige land raskt utvikler høyere diabetes type 2 forekomst enn hva som er tilfelle blant befolkningen de kom fra og ikke minst blant befolkningen de kommer til (Skafjeld og Graue 2011).

### **2.3 Kosttradisjon og ernæringskunnskap**

Kosten er en av de tre hjørnesteinene i egenbehandlingen ved diabetes type 2. De to andre er aktivitet og medisinerings (Knutstad 2008). For pasienter med diabetes type 2 er endring av kosthold og mosjon viktigst og vil være tilstrekkelig den første tiden. De fleste vil oppleve at blodsukkeret stiger etter hvert, og behandling med blodsukkersonkende medisin eller insulin blir nødvendig (Jacobsen et al. 2010).

I Skafjeld og Graue (2011) kommer det frem at i de norske retningslinjene for behandling av diabetes type 2 er riktig kosthold er en av grunnpilarene i behandlingen. Mat er i alle land en viktig del av kulturen, og noe av det som kan være vanskeligst å endre. Det gjelder både hverdagskosten og kost til fest og høytider. I behandlingen av diabetes type 2 er det først og fremst innholdet i hverdagskosten som er viktig. Det gjelder ingrediensene i maten, matmengden og tilberedningen. I noen kulturer er enkelte matretter et tegn på rikdom, ofte matretter som inneholder mye fett og sukker, og som i Norge er rimelige. Den enkeltes kosttradisjoner kan og bør opprettholdes så langt det er mulig, og det skal ikke være noe mål for veiledningen at minoritetsgruppene skal gå over til et norsk kosthold. Utgangspunktet må være den personen den enkelte bruker (Skafjeld og Graue 2011). Med dette utgangspunktet må en gi råd om endring i mengden av enkelte matvarer. Kostholdet i forbindelse med eventuell faste må også kartlegges. En utfordring i denne endringsprosessen kan være at flere generasjoner bor sammen, og da er det vanlig at den eldste bestemmer over matreglene. Autoriteten øker med alderen, og menn har ofte mer autoritet enn kvinnene. En person med diabetes type 2 kan ha vansker med å følge den behandlingen som er forordnet, dersom den kolliderer med vedkommendes religion eller kultur. Sykepleiere som skal veilede, bør skaffe seg god kunnskap og innsikt i matkulturen til den enkelte personen. Dette gjelder matsorter, tilberedning, måltidssammensetning og eventuelle religiøst betingede kostritualer (Skafjeld og Graue 2011). Selv om personen har kunnskap om alle de positive helsegevinstene ved å følge kostanbefalingene fra sykepleieren, hender det at de likevel ikke følger anbefalingene. Da blir det viktig for sykepleieren å kartlegge hvorfor (Knutstad 2008). Sykepleieren må sette av tid til den enkelte for å diskutere hvorfor det er vanskelig å leve slik det er anbefalt. Dette kan variere ut fra hvordan den enkelte ellers lever, hvilket arbeid de har, om de lever alene eller

sammen med noen, hvilke tidligere erfaringer de har og forståelsen av sykdom. Religion og kulturforskjeller kan også spille inn her (Skafjeld og Graue 2011).

## **2.4 Fysisk aktivitet ved diabetes type 2**

Mosjon sammen med kosthold spiller en viktig rolle i behandlingen av diabetes type 2. Mosjon vil senke blodglukosen, gi vektreduksjon, bedret insulinvirkning, forebygge hjerte og karsykdommer, ha en positiv effekt på blodlipidprofilen og øke den enkeltes velvære (Knutstad 2008). Tross all kunnskap om mosjon og hvor gunstig det er for de med diabetes type 2, er det mange som ikke bruker denne kunnskapen. Det er viktig at sykepleieren kartlegger den enkeltes situasjon og oppfatninger rundt dette problemet og finner tiltak som kan føre til at de kan komme i gang med en form for fysisk aktivitet. Tilrettelegging for mer fysisk aktivitet gjennom forskjellige strategier når de er inaktive, vil være viktig for å utjevne sosiale og etniske forskjeller i forekomsten av diabetes type 2 (Sosial og helsedirektoratet 2004).

Redusert fysisk aktivitet i befolkningen de siste årene kan være årsaken til den høye forekomsten av diabetes type 2. Noen innvandrergrepper som kommer til Norge, kommer til et samfunn som krever mindre fysisk aktivitet enn det de var vant til fra hjemlandet sitt. Mange er vant til å gå og være uten tilgang til bil og offentlig transport, dermed kan overgangen til det norske samfunnet føre til at aktivitetsnivået blir lavere. I noen vestlige kulturer kan det bli oppfattet som et signal om fattigdom dersom en ikke kjører bil, og noen har en bakgrunn der det ikke er tradisjon for å drive med fysisk aktivitet, der mosjon er noe som tilhører de lavere sosiale lag. Kvinner er ofte de som går lite ut, fordi forholdene krever at de er i hjemmet og utfører sine plikter der. Værforhold kan i tillegg hindre noen fra å gå ut, spesielt om vinteren når det er kaldt med snø og glatt is (Skafjeld og Graue 2011).

## **2.5 Tverrkulturell kommunikasjon**

Det er viktig å nevne at mange av de grunnleggende elementene i kommunikasjon er de samme, enten man har med kulturforskjeller å gjøre eller ikke. Det er allikevel ingen tvil

om at kommunikasjon på tvers av kultur og språkgrenser byr på store utfordringer når det gjelder gjensidig forståelse. Dette er spesielt viktig i helsevesenet. Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler til å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å gi bedre hjelp og støtte, til å ta gode beslutninger sammen og til å stimulere den andres utvikling på best mulig måte. Bedrede kommunikasjonsferdigheter bidrar også til bedre helse for pasientene. Selv om vi tror vi kjenner ordenes innhold, er det ikke gitt at vi forstår deres fulle betydning og mening i den sammenhengen de inngår i. For å kunne kommunisere klart omkring helseproblemer, er det derfor nødvendig å kjenne til hverandres kulturelle rammer. Mange misforståelser og kommunikasjonsproblemer oppstår nettopp på grunn av mangel på felles sosial og kulturell forståelse (Eide og Eide 2007).

Det er viktig å få et bilde av hvilken kunnskap den enkelte har, før en gir informasjon og opplæring om diabetes type 2 og behandlingstiltak, på den måten kan undervisningen tilpasses den enkeltes bakgrunnskunnskap. Sentralt i behandling av diabetes type 2 i vestlige kulturer – er at den som har fått sykdommen, skal være delaktig og bestemmende. I enkelte minoritetsgrupper kan slike tanker være fremmede, og det kan være vanskelig å pålegge personer med bakgrunn i disse gruppene å delta på samme måte som vi forventer av en person med vestlig bakgrunn. Medbestemmelse krever også en viss mengde kunnskap (Skafjeld og Graue 2011).

## 3.0 Metode

Metoden brukt i bacheloroppgaven er systematisk litteraturstudie. En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. Den systematiske litteraturstudien skal fokusere på aktuell forskning innen det valgte området og ha som mål å finne beslutningstøtte for videre klinisk virksomhet (Forsberg og Wengström 2008).

I det kommende kapittelet presenteres datainnsamlingen, litteratursøket, inklusjonskriterier, kritisk vurdering og dataanalysen som er brukt for å strukturere oppgaven.

### 3.1 *Datainnsamling*

Vi startet med å fylle ut et PICO skjema (P: population/problem, I: intervention, C: comparison og O: outcome), se vedlegg 4. PICO skjemaet ble presentert i Nortvedt et al. (2007) og representerer en måte å dele opp problemstillingen på slik at den kan struktureres på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al. 2007). Databasen SweMed+ ble kun brukt for å skrive inn de norske søkeordene, og under de relevante treffene dukket det opp engelske mesh-termer og aktuelle søkeord som ble brukt videre i søkene.

Databasene som ble brukt var ScienceDirect og OVID – British Nursing Index og Medline. Hovedsøkeordet var ”diabetes type 2”, videre ble det kombinert med immigrants, non-western immigrants, ethnic groups, education, patients og experiences med utvalgte synonymord og mesh-termer. Først ble det søkt på et og et ord som senere ble kombinert med OR. Ved å kombinere søkene med OR sikres det at det ble søkt etter artikler som inneholdt enten det ene eller det andre søkeordet (Nortvedt et al. 2007). Deretter anbefaler Nortvedt et al. (2007) å kombinere søkene med AND for å avgrense søket til artikler som inneholder alle ordene. Trunkeringstegn (\$) ble brukt bak stammen av noen ord i begge databasene. Dette sikrer at søket inneholder alle varianter av ordene. Et eksempel på dette er: diabetes\$, ved å skrive det inn i databasen på denne måten vil det dukke opp alt som inneholder diabetes, diabetes mellitus, diabetes type 2, non-insulin dependent diabetes osv.

Noen artikler ble også funnet ved hjelp av manuelt søk. Artikkel 2, 6 og 9 (vedlegg 1) ble funnet ved å se i relevante referanselister.

### Tabelloversikt over litteratursøk

<i>Dato</i>	<i>Database</i>	<i>#</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Antall treff</i>	<i>Leste abstrakt</i>	<i>Leste artikler</i>	<i>Inkluderte artikler</i>
23.01.11	OVID (British Nursing Index + Medline)	1	diabetes\$ or diabetes type 2\$ or diabetes mellitus\$	348 046	1	1	0
		2	adult-onset diabetes\$ or non-insulin dependent\$ or diabetes mellitus type 2\$	66 693	2	0	0
		3	immigrant\$ or ethnic\$ or non-western immigrants\$	102 484	0	0	0
		4	ethnic immigrant\$ or ethnic minority group\$	944	1	1	0
		5	education\$ or information\$ or patient education\$	1 273 457	0	0	0
		6	patient\$ information\$ or transcultural\$ nurs\$ or nurs\$ car\$	58 912	2	0	0
		7	health\$ car\$	515 195	0	0	0
		8	experienc\$ or patient\$ experienc\$ or point of view\$	592 185	0	0	0
		9	patient\$ view\$ or undergo\$ or sustain\$	336 177	0	0	0
		10	1 or 2	348 158	0	0	0
		11	3 or 4	102 484	1	0	0
		12	5 or 6 or 7	1 691 791	4	0	0
		13	8 or 9	900 799	1	0	0
		14	10 and 11 and 12 and 13	202	6	1	0
		15	limit 14 to (danish or english or norwegian or swedish)	200	2	1	0
		16	limit 15 to yr="2000 -Current"	174			0
		17	limit 16 to yr="2005 -Current"	126	21	9	5



<i>Dato</i>	<i>Database</i>	<i>#</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Antall Treff</i>	<i>Leste Abstract</i>	<i>Leste Artikler</i>	<i>Inklude rte artikler</i>
19/3-11	ScienceDirect	1	Diabetes \$ OR diabetes type 2	109 585	0	0	0
		2	Diabetes mellitus OR non-insulin dependent diabetes	81 158	0	0	0
		3	Non-western immigrants OR immigrants	15 224	1	1	0
		4	Patient experience\$ OR experience	532 667	2	0	0
		5	“quality of life”	78 293	0	0	0
		6	1 AND 2	62 423	0	0	0
		7	6 AND 3	579	2	1	0
		8	6 AND 4	17 408	1	0	0
		9	6 AND 5	7 193	1	0	0
		10	8 AND 9	4 072	1	0	0
		11	Cope OR coping	94 726	0	0	0
		12	7 AND 11	85	2	1	0
		13	Daily life OR daily living	194 969	3	0	0
		14	7 AND 13	243	11	4	3
		15	“to live with”	3 152	0	0	0
		16	Diabetes\$	148 166	0	0	0
		17	15 AND 16	333	9	2	0

### **3.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier**

Det ble inkludert både kvalitative og kvantitative forskningsartikler publisert fra 2001 – 2011. Med tanke på relevans for hensikten til oppgaven, altså pasienterfaringer, er kvalitativ forskning det mest hensiktsmessige. I følge Nortvedt et al. (2007) er kvalitativ forskning brukt for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser og holdninger, og bruker ikke-statistiske metoder for analyse. Artikkene skulle være skrevet på norsk, svensk, dansk og engelsk. Vi har valgt å inkludere artikler av høy eller middels grad, se vedlegg 5. Sjekklisten for samlet kvalitetsvurdering av studiene fant vi på Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

### **3.3 Kritisk vurdering**

Det ble brukt sjekkliste fra Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten for å kritisk vurdere artikkene. Etter å ha delt artikkene mellom forfatterne, ble de lest i sin helhet og kritisk vurdert. Når forfatterne møttes neste gang ble artikkene presenterte for hverandre for å sikre at det var enighet om vurderingen. Deretter ble det laget en oversiktstabell over artikkene som skulle brukes, presentert i vedlegg 1. Artikkene ble vurdert til høy, middels eller lav kvalitet, etter anbefalingene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestene, vedlegg 5. For å bli vurdert som høy skulle alle/nesten alle kriterier fra sjekklisten bli møtt. Hadde artikkelen kun en til to kriterier som var mangelfullt beskrevet ble den vurdert som høy. For å bli vurdert som middels var noen av kriteriene for sjekklisten ikke tilfredsstillende beskrevet eller ikke oppfylt i det hele tatt. Hvis tre til fire kriterier var mangelfullt beskrevet, ble den vurdert som middels. Var få kriterier fra sjekklisten mangelfullt eller ikke tilfredsstillende beskrevet ble artikkene vurdert til å være av lav kvalitet. Dersom flere enn fire kriterier var mangelfullt beskrevet ble den vurdert som lav.

Etiske hensyn ble også vurdert. Dette ble bedømt på vegne av hver artikkel hvor vi så om det ble beskrevet at de var godkjent av etisk komité. I 8 artikler ble det tydelig beskrevet at den var godkjent av etisk komité, mens i 3 artikler ble dette ikke beskrevet. Forskning vedrørende mennesker skal alltid ta hensyn til personvern, anonymisering og taushetsplikt.

Frivillig samtykke bør være innhentet av forskerne og deltakerne bør være informert om at de kan trekke seg underveis (Aadland 2004). Alle artiklene er refereebedømt.

### **3.4 Dataanalyse**

Etter databasesøkene forelå 8 artikler. Disse ble lest i sin helhet og ut fra problemstillingene bedømte vi graden av relevans. I denne prosessen ble det gjort klart at det totale antallet artikler for denne oppgaven er 11. Analyseprosessen ble gjennomført etter de fire trinnene fra Malterud (2003); Å få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene og å sammenfatte betydningen av dette.

På nytt ble artiklene delt mellom forfatterne for å finne aktuelle tema. Problemstillingene var hele tiden i fokus. I første trinn av analyseprosessen ble alle artiklene lest for å få et helhetsbilde og for å se etter temaer som representerer pasienterfaringene til de ikke-vestlige innvandrerne om å leve med diabetes type 2. I andre trinn av analyseprosessen ble funnene skrevet ned i et Word-dokument, som senere ble skrevet ut og hvert funn ble plassert under passende temaoverskrifter. Malterud (2003) beskrev dette som meningsbærende enheter, et utvalg av teksten som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om et eller flere av temaene fra helhetsinntrykket. Når dette var gjort forelå det 13 aktuelle temaer. For å få en god oversikt over disse ble hvert tema tilknyttet hver sin farge, disse er presentert i vedlegg 2. I tredje trinn av analyseprosessen ble funnene oversatt til norsk og plassert under sine tilhørende temaoverskrifter. Det ble oppdaget at det under enkelte temaer fantes svært få meningsbærende enheter som med fordel kunne slås sammen under andre temaer. De 13 temaene ble redusert til 3 resultattemaer. Ut fra disse ble resultatkapittelet skrevet med følgende temaer: ”Kosthold”, ”Fysisk aktivitet” og ”Opplevelse av diabetesinformasjon”. I analysens fjerde trinn, sammenfatningen, ble funnene sammenfattet og presenteres i det kommende kapittelet; resultatet.

## 4.0 Resultat

Resultatene bygger på 11 artikler, 9 kvalitative og 2 kvantitative artikler. Analysen resulterte i 3 temaer som vi presenterer hver for seg, med undertema. Noen blir også illustrert med sitater fra de analyserte artiklene.

### 4.1 *Kosthold*

#### **Sykdommen var ofte sett på som Gud eller Allahs vilje**

I Lawton et al. (2006) kom det frem at de pakistanske deltakerne tilskrev sin årsak av diabetes type 2 til ulike faktorer utenfor deres egen kontroll. Årsaken av diabetes type 2 ble ofte forklart som Gud eller Allah sin vilje. Denne oppfatningen kom også frem hos noen arabere i Hjelm et al. (2005), hos deltakerne fra Bangladesh i Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998), hos de ikke-svenske deltakerne i Hjelm et al. (2003) samt hos de somaliske deltakerne i Wallin og Ahlström (2010). En av deltakerne uttrykte dette på følgende måte;

God has given me this disease of sugar. Whatever happens, it happens because God wants it to happen (Lawton et al. 2006, 48).

Andre potensielle, men mindre fremtredende årsaker til diabetes type 2 som ble nevnt var genetiske, forandringer i klima og miljø (Lawton et al. 2006). Sistnevnte støttes også i studien til Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998). Hos de ikke-svenske deltakerne i studien til Hjelm et al. (2005) ble sorg og emosjonelt stress nevnt i forbindelse med krig, innflytelsen av onde mennesker eller ånder, hekser, det onde øyet og forstyrrede forhold med døde slektninger. Studien til Hjelm et al. (2003) støtter også dette.

#### **Vanskelig å måtte gi opp mattradisjoner**

Et felles problem uttrykt i studien av Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) var å gi opp tradisjonelle spisevaner og at sykdommen var en hindring til å feire ramadan. Mange

mente det var viktig å feire ramadan, men det var ulikt om deltakerne så på sin diabetes type 2 som et hinder for dette. Mange valgte å faste, selv om Koranen sier at det ikke er obligatorisk å utføre ramadan dersom det kan være farlig for egen helse. De ikke-svenske deltakerne i Hjelm et al. (2005) mente også at å feire tradisjoner og faste var viktig. Noen nevnte også at det var av stor betydning for egen helse og at dette hjalp deres diabetes type 2. For deltakerne i Hjelm et al. (2003) var derimot ramadan sett på som mindre viktig blant majoriteten av de ikke-svenske deltakerne. Da de ikke kunne følge tradisjoner som de gjorde i sitt hjemland følte de heller at ramadan kunne ha en mer negativ innflytelse enn positiv.

When the feast comes... and we are alone... it doesn't make us happy, on the contrary one becomes sad (Hjelm et al. 2003, 9).

I Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) følte deltagerne også en mangel på frihet knyttet til deres diabetes type 2, spesielt med at de måtte følge et foreskrevet kosthold. Det var vanskeligheter med hensyn til å tilpasse vanlige spiserutiner. I tillegg til usikkerhet med hensyn til hva som kunne bli spist av tradisjonell mat, da de hadde blitt anbefalt mat som de ikke var vant til. Dette støttes også i Fagerli, Lien og Wandel (2005) der de pakistanske deltakerne hadde blitt rådet til å følge et norsk kosthold (brødmatt). Deltakerne i denne studien følte dermed at maten de var vant med ble stemplet som "dårlig mat", mens det norske og anbefalte kostholdet ble stemplet som "bra mat". Det ble dermed gitt uttrykk for at for å håndtere sin diabetes type 2, måtte de gi opp sine tradisjonelle matvaner. Deltakerne i Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) som hadde fulgt det foreskrevne kostholdet hadde gjort en stor personlig ofring, da de hadde gitt opp sin tradisjonelle mat. En av deltakerne i studien som hadde gjort dette, lengtet etter å kunne spise sin tradisjonelle mat igjen:

She'd like to eat just about everything. She says she'd eat any somalian food (Wallin, Löfvander og Ahlström 2007, 309).

Hindre for å følge rådene gitt av sykepleiere om kosthold var knyttet til en fattig økonomisk situasjon og at den anbefalte maten var smakløs (Wallin, Löfvander og Ahlström 2007). Dette støttes i Hjelm et al. (2005), Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) og Hjelm et al. (2003). Videre hadde deltakerne i Wallin, Löfvander og Ahlström

(2007) blitt anbefalt å bruke platemodellen, noe de synes var vanskelig å følge og som støttes i Fagerli, Lien og Wallin (2005). I Fagerli, Lien og Wandel (2005) hadde alle mottatt kostholdsråd, men noen mente at de ikke hadde det, da de ikke hadde vurdert rådene til å være relevant. De hadde fått fortalt at de skulle redusere inntaket av fett og sukker, men de lurte på hva som egentlig var mindre fett og sukker. De som hadde fulgt rådene i denne studien, gjorde det med stor bekymring. Deltakerne i Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) strevde også med å endre kosthold, da de synes det var vanskelig å endre deres spisemønster. Dette støttes også hos de kvinnelige deltakerne i Wallin og Ahlström (2010). I Misra og Lager (2009) mente alle deltakerne at fysisk aktivitet og kostholdsforandringene var de vanskeligste egenomsorgsaspektene ved sykdommen.

I Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) uttrykte noen deltakere at det var vanskelig å håndtere hverdagslivet grunnet mangel på forståelse fra venner og familie, spesielt i forhold til det å følge et strengt kosthold. Det å måtte endre sitt kosthold grunnet sin diabetes type 2, var noe som forstyrret familielivet hos deltakerne i Fagerli, Lien og Wandel (2005) i den grad at islamske regler ble praktisert. Da de hadde blitt rådet av sykepleiere til å følge et ”vestlig” kosthold, hadde det blant annet ført til at en kvinne i studien hadde gitt opp sine mattradisjoner og vaner. Dette hadde ført til at hun måtte spise annen mat enn de i familien, og til andre tider.

## **4.2 Fysisk aktivitet**

### **Fysisk svekkelse – en unngåelig konsekvens av aldring?**

Hos de fleste deltakerne i Lawton et al. (2006) ble det beskrevet en oppfatning om at aldring, dårlig helse og kroppslig nedgang var unngåelig og ubønhørlig hånd-i-hånd. Respondentene forventet ikke bare at deres helse ville fortsette å forfalle etter som de ble eldre, men uttrykte også en tro om at de kunne gjøre lite, hvis noe som helst, til å reversere eller utsette denne prosessen. Denne oppfatningen blant deltakerne virket som å være delvis båret av sykелighet og død blant sine eldre slektninger, i tillegg til å være forsterket av deres tro om at helse, sykdom og død er pålagt av Gud eller Allah. En deltaker i studien uttrykte det på følgende måte:

With age, as you know, you become weaker, and there is not much you can do about it (Lawton et al. 2006, 49).

Hos deltakerne i Greenhalg, Helman og Chowdhury (1998) eksisterte en lignende oppfatning, hvor fysisk svekkelse og svakhet ble sett på som en uunngåelig konsekvens av aldring. I Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) skulle deltagerne velge ut den friskeste personen ut fra ulike bilder. Det viste seg at alle valgte den med stor kroppsstørrelse. Den tynneste personen ble derimot sett på som den som hadde dårligst helse.

### **Kaldt klima og mangel på tid – hindre til fysisk aktivitet**

I følge Lawton et al. (2006) rapporterte alle deltakerne en bevissthet om at de burde ta del i regelmessig fysisk aktivitet i deres diabetesomsorg, men kun syv av de 32 deltakerne hadde tatt et bevisst valg om å foreta seg fysisk aktivitet. Seks av disse syv var menn. Et hinder som ble nevnt til fysisk aktivitet av disse deltakerne var et kaldt klima, da deltakerne ikke ønsket å gå ut da det var dårlig vær. Denne oppfatningen støttes også av flere deltakere i Wallin Löfvander og Ahlström (2007), Fagerli, Lien og Wandel (2005) og Hjelm et al. (2005).

The doctor told me to walk, and I used to go out a little, but now the winter has come, I don't go now, I don't feel like going out. I feel very cold (Lawton et al. 2006, 48).

Mangel på tid og at de gjorde nok fra før var også uttrykt blant deltakerne i Lawton et al. (2006), da de arbeidet lange timer ofte i butikk eller restaurant. I samme studie ble det uttrykt at spesielt kvinnene ikke hadde tid eller mulighet til å foreta seg fysisk aktivitet da det ble sett på som en kulturell norm at med engang kvinnen var gift, var det forventet at hun holdt seg innendørs. Dette støttes i Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) og Parken og Sturt (2009). På grunn av kjønnsbestemte normer, sosiale regler og kulturelle forventninger var det flere hindre til fysisk aktivitet hos kvinner enn menn (Lawton et al. 2006). Studien til Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) kan også komme til uttrykk for en støtte av dette da kvinner understreket nødvendigheten av fysisk aktivitet og riktig matinntak, mens menn kun snakket om matinntak.

Women can't go out. You have to cook and provide meals at the right time, so because of that there is a restriction. He goes out when he feels like it, but it is different for women (Lawton et al. 2006, 47).

I Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) ble trening sett på som noe som potensielt kunne føre til forverring av sykdommen eller til fysisk svakhet. Mange av deltakerne mente at sykdommen hadde blitt bedre i deres hjemland. I studien til Misra og Lager (2009) kom det frem at de som hadde det mest positive fremtidssynet var de som best visste nødvendigheten av fysisk aktivitet, og i denne studien var det den hvite kontrollgruppen. Uavhengig av kjønn prøvde deltagerne å overholde rådene de hadde fått fra sykepleiere om kosthold, fysisk aktivitet og medisin (Wallin, Löfvander og Ahlstrom 2007).

### **Familien – en viktig medspiller**

Hos de pakistanske og indiske deltakerne i Lawton et al. (2006) var det en holdning om at familien kommer først, og at personer dermed skal prioritere sine forpliktelser til pårørende fremfor sine egne interesser og aktiviteter. Som en konsekvens av dette var det å ta tid til seg selv for å trene, noe som kunne tolkes som egoistisk og derav en kulturell upassende handling. Det å ha støtte fra familien kom også fram i Lin et al. (2006) som en viktig faktor for å kunne håndtere sin diabetes type 2 best mulig. Dette kom også til uttrykk hos deltakerne i Misra og Lager (2009), Parken og Sturt (2009) og Thabit et al. (2009). I Hjelm et al. (2003) ble derimot ikke støtte fra familien i håndteringen av deres diabetes type 2 sett på som viktig av de ikke-svenske deltakerne, da de mente at det var de selv som måtte beholde deres helse.

I Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) var 17 av de 18 deltakerne enige om at den beste måten å finne informasjon om diabetes type 2 var å spørre venner og slektninger. Dette støttes i Parken og Sturt (2009) der deltakerne også fortalte at man skulle søke etter kunnskap og læring hos familien, og ikke utenfor hjemmet. Det ble også beskrevet en frykt og misliking av å måtte injisere seg selv med insulin, noen hadde dermed aktivt gjort en innsats innen egenomsorg (Lawton et al. 2006). En deltaker fra studien beskrev dette slik;



In our culture, you're not wanting to show that you've got any kind of diseases, like diabetes type 2, which is why we don't want the injections (Lawton et al. 2006, 50).

### **4.3 *Opplevelse av diabetesinformasjon***

#### **Vanskelighet med språket skaper usikkerhet**

I følge Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) uttrykte deltagerne frustrasjon for at de ikke forstod hva som var nødvendig for å holde sykdommen under kontroll, dette inkluderte språkproblemer når de snakket med profesjonelle sykepleiere. Dette utsagnet ble støttet i den irske artikkelen av Thabit et al. (2009) hvor de så på forskjellen blant irske pasienter og innvandrerpasienter når det kom til egenomsorg av sin diabetes type 2. Hele 87 % av innvandrerne hadde mottatt informasjon og opplæring på engelsk. I senere spørsmål om de forstod hva de hadde blitt fortalt, fortalte de at de bare hadde forstått bruddstykker eller enkle ord mens sammenhengen og den fulle forståelsen hadde uteblitt. I flere studier kommer det frem at brosjyrer og annet informasjonsmateriale de får utdelt om diabetes type 2 ikke blir lest, dette fordi de oftest står på et språk de ikke behersker (Parken og Sturt 2009 og Greenhalgh, Helman og Chowdhury 1998). Deltagerne i Fagerli, Lien og Wandel (2005), til og med de med gode norskkunnskaper, opplevde at betydningen i kostholdsrådene de mottok lett kunne misforstås eller forsvinne. En av kvinnene som snakket flytende norsk, hadde hatt diabetes type 2 i 12 år før intervjuet og som hadde jobbet på utsiden av hjemmet i mange år, kom med dette utsagnet når hun så tilbake på tiden da hun fikk diabetesinformasjon som ny innvandrer i Norge;

They always told me to follow a 'dietry regimen'. But they did not explain to me what that involves. What do they mean with 'dietry regimen'? And, I speak better Norwegian than others. If you tell an ordinary Pakistani woman that she should follow a dietry regimen, or you use other terms such as 'regular' and 'diet', they don't understand what it means – what it involves in terms of what they can use or not use. One needs rather detailed explanations. How much is 'less fat' and does fat influence the blood-sugar level directly? I still don't know myself. Is it fat or carbohydrates I should look for on food labels? (Fagerli, Lien og Wandel 2005, 298).

En annen kvinne i samme studie hadde deltatt på diabeteskurs og fått informasjon om kosthold knyttet til diabetes type 2, hun kom med dette utsagnet;

What do they mean with 'eat everything – but little of it'? If I should eat half a banana, half an apple, half an orange and still half of another fruit, then it becomes very much – too much for my body – so therefore I really don't understand what they mean (Fagerli, Lien og Wandel 2005, 298).

### **Sykepleiere har ofte lite kulturell kunnskap**

I Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) kommer det frem ønske om at sykepleiere burde utvikle et spesielt program for hver kulturelt forskjellig gruppe, da bare dette kan gi en positiv effekt på diabeteskontrollen, for å forebygge komplikasjoner og for å bedre livet til innvandrere i et nytt land og med en annen kultur. Dette blir støttet i Wallin, Löfvander og Ahlström (2007), Fagerli, Lien og Wandel (2005), Hjelm et al. (2003), Lin et al. (2006) og Misra og Lager (2009). I Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) er et hovedfunn at sykepleiere burde tilrettelegge diabetesinformasjonen på en kulturelt tilpassende måte, slik at det er mulig for de som deltar på ramadan å gjøre dette på en forsvarlig måte isteden for at de gjør det uten å snakke med sykepleiere på forhånd og utfallet av ramadan blir uheldig for disse pasientene. Sykepleiere må være klar over at en persons religion kan være av høyest viktighet for han eller henne. Siden mange muslimske diabetikere ser ut til å faste, er det nødvendig med riktige retningslinjer for å hindre komplikasjoner og for å fremme egenomsorg. I Fagerli, Lien og Wandel (2005) kommer det frem at sykepleiere hadde hatt en fordel med å utvide deres kunnskap om de mange positive sidene med etniske minoriteters matkultur som er relevant til diabetes type 2, og å bruke denne kunnskapen i informasjonen de gir. Sykepleiere må også vite at innvandreres nåværende matvaner ikke bare er formet fra religion og deres hjemland, men også av at de prøver å tilpasse seg en ny livsstil i et nytt land.

I Misra og Lager (2009) og Thabit et al. (2009) er det ønskelig fra deltagerne at sykepleiere som gir informasjon til personer fra forskjellige etniske grupper må bruke oppmuntring og motivasjon i et støttende miljø for at deltagerne skal ha størst utbytte. De må også fokusere på familien rundt, da å inkludere familien i opplæringen vil kunne bidra til et mer tilrettelagt kosthold for familiemedlemmene med diabetes type 2.

I en studie av Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) blir doktoren oppfattet som en som aldri gjør feil og som har full kunnskap og forståelse om sykdommen han eller hun behandler. Mange mener at doktorens råd skal følges uansett hva. Sykepleiere ble sett på som tradisjonelle omsorgspersoner og som budbringere med informasjon og råd som kom fra doktoren.

### **Å være innvandrere oppleves som en ekstra utfordring**

Deltagerne i Fagerli, Lien og Wandel (2005) opplevde at livet i Norge var en ekstra påkjenning som forstyrret diabeteshåndteringen deres. En grunn til dette var at pakistanerne måtte håndtere tilleggsfaktorer relatert til å være innvandrere, som et annet sett religiøse og kulturelle normer enn det majoritetsbefolkningen har. En kvinne fra denne studien ga følgende utsagn;

We have a lot of worries. We support our parents, and we shall marry our children, and that is expensive too. If your children run away from home, it is OK for you, but not for us. Therefore we become ill, and therefore it is difficult to do as we have been told (Fagerli, Lien og Wandel 2005, 300).

Noen av de arabiske mennene i en studie gjort i Sverige beskrev deres situasjon slik;

To be alien, to be far from home, at the same time being forced to that, political and social circumstances, circumstances in this country, it is difficult for us to get a job. At the same time the language is the most important, it is essential for getting into the society, the language is also a mental problem, we suffer from it (Hjelm et al. 2005, 51).

I tillegg nevnte deltakerne sorg og emosjonelt stress som den største faktoren og det verste med å være innvandrere, og dette var en påkjenning for diabetes type 2 sykdommen deres. Dette ble også senere støttet i den svenske artikkelen av Hjelm et al. (2003).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 *Metodediskusjon*

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse ikke-vestlige innvandreres erfaringer med å leve med diabetes type 2. For å få et bedre innblikk i temaet ble det lest en del bakgrunnsteori som ga et lite innblikk i hva som kunne være deres utfordringer. Det kom også fram at diabetes type 2 er et stort problem blant ikke-vestlige innvandrere som kommer til et vestlig land med nye matvarer og nytt kosthold, samt nye levevaner og nye utfordringer i hverdagen. Ut fra dette ble problemstillingene dannet. Disse problemstillingene dannet utgangspunkt for litteratursøket og aktuelle søkeord. På grunn av noe endret problemstillinger underveis ble det behov for nye søkeord. Dette er grunnen til den store variasjonen søkeord som blir presentert i oversiktstabellen over litteratursøkene som er gjort.

Databasene som er benyttet er Ovid - British Nursing Index og Medline, samt ScienceDirect. Vi har hele tiden benyttet oss av advanced search. Tre av artiklene er funnet via manuelt søk, etter å ha sett i referanselisten fra en artikkel. Dette gjelder artikkel 2, 6 og 9, se vedlegg 1. Etter å ha sett i referanselistene gikk vi inn på Helsebiblioteket sine internettsider, valgte databasen PubMed og skrev inn tittelen på artikkelen. Derfra kom artiklene opp i fulltekst.

I søkeprosessen ble det tydelig at det ble ganske mange treff i noen av søkene, og derav ble kun titlene lest. På denne måten kan det hende relevante artikler har blitt oversett. Det kan også stilles spørsmål til hvorfor det ikke ble valgt å bruke flere databaser i litteratursøket og om forfatterne dermed har gått glipp av relevante artikler. Dette begrunnes med at tilstrekkelig forskningsmateriale ble funnet for å besvare de aktuelle problemstillingene.

Nortvedt et al. (2007) betegner kvalitativ forskning som riktig bruk for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser og holdninger. Problemstillinger dreier seg om pasienterfaringer og det ble derfor valgt å benytte i hovedsak kvalitativ forskning i oppgaven. Kun to kvantitative artikler ble inkludert. Dette kan utgjøre en svakhet for oppgaven, siden det ikke er så mye kvantitativ forskning for å underbygge funnene fra de

kvalitative artiklene. Likevel falt valget på å benytte i hovedsak kvalitativ forskning, noe forfatterne mener har belyst problemstillingene på en god måte.

Artiklene som er inkludert er fra Norge, Sverige, England, Irland, USA og Taiwan. Dette ser vi på som en styrke, da dette gir oss mulighet til å finne ut om forskjellene varierer fra land til land. I artiklene blir det bekreftet at innvandrerne stort sett erfarer de samme utfordringene, uavhengig av land. Utvalget består av både kvinner og menn. Dette for å ikke gå glipp av viktige pasienterfaringer, noe som viser seg i artikkelen av Hjelm et al. 2005 og Hjelm et al. 2003. Deltagerne fra forskningen vi har benyttet er alle ikke-vestlige innvandrere, bortsett fra i en artikkel (Lin et al. 2006) som er gjort i Taiwan, der deltagerne er ikke-vestlige, men ikke innvandrere. Artikkelen ble inkludert siden siden forfatterne anså viktigheten av å adaptere disse resultatene i forhold til den andre problemstillingen. Fire av artiklene har også samme forfattere, dette gjelder Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) og Wallin og Ahlström (2010) samt Hjelm et al. (2005) og Hjelm et al. (2003). Disse ble inkludert grunnet forskjeller i det de ønsker å finne ut av og at det var av stor relevans for oppgaven. Dette kan sees på som en svakhet for oppgaven, men har i hovedsak styrket funnene i oppgaven mener forfatterne.

Desto nyere forskning artiklene er basert på, jo sikrere vil det være at det speiler et riktig bilde av det forfatterne ønsker å finne ut av. Syv av de inkluderte artiklene er fra to til fem år gamle, mens tre er fra seks til ni år gamle. En artikkel (Greenhalgh et al. 1998) er noe eldre enn inkluderingskriteriene vi har for alder på artikler, men siden resultatene som blir presentert var veldig relevant for oppgaven ble den inkludert uavhengig av dette.

Den kritiske vurderingen av artiklene ble delt mellom forfatterne og vi benyttet sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Relevant til oppgaven ble "Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning", "Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie" og "Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie". Valget falt på disse sjekklisterne ettersom de var kjent fra tidligere undervisning og siden de var skrevet på norsk med tilhørende forklaring og hjelpespørsmål. Det at artiklene ble kritisk vurdert hver for oss kan ha åpnet for personlige tolkninger, men siden de senere ble presenterte for medforfatter ble det til slutt enighet der det tidligere hadde vært tvil. Grunnet liten erfaring fra kritisk vurdering er det åpenhet for at feil kan ha blitt gjort. Etter kvalitetsbedømmingen forelå det ni artikler av høy kvalitet og to av middels kvalitet, noe som danner et godt grunnlag for resultatet i oppgaven. Det ble også vurdert om etiske hensyn var ivaretatt i artiklene. I to av artiklene

var dette mangelfullt beskrevet, og det er en av grunnene til at disse ble vurdert til middels kvalitet. Disse er likevel inkludert i oppgaven siden funnene i artiklene var av god kvalitet og relevante for oppgaven. Artiklene var alle skrevet på engelsk, derfor ble det nødvendig å oversette artiklene helt eller delvis til norsk. Dette ble ikke sett på som et problem, men det er forfatterne bevisst at dette kan ha åpnet for feiltolkninger som kan være en mulig svakhet for oppgaven. Det videre arbeidet med fargekoder for å plassere funnene i artiklene under riktig tema, sikret at alle relevante funn ble inkludert i oppgaven.

Å være to om å skrive en slik oppgave kan by på både utfordringer og styrker. Forfatterne ser på det som en styrke for oppgaven at de hadde muligheten til å dele arbeidet mellom hverandre, men har også arbeidet tett sammen for å sikre at oppgaven ikke har fått et individuelt preg. Forfatterne ser på det som en styrke at det var to sterke personligheter med hver sine svakheter som har utfylt hverandre på en god måte underveis.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Pasienters opplevelse av at det er vanskelig å måtte gi opp mattradisjoner**

I mange religioner er faste et rituale som er viktig å utføre, enten i form av bestemte fastedager eller som en lengre tidsperiode. Hva som tillates av inntak av mat og drikke under fasten, varierer, og innen samme religion kan det dessuten være ulike regler for gjennomføringen av fasteperioden (Skafjeld og Graue 2011).

She said it's for Allah's sake you're fasting. When she sees others fasting and she can't do it herself she feels bad (Wallin, Löfvander og Ahlström 2007, 308).

I følge Skafjeld og Graue (2011) kan enkelte oppleve det å følge religiøse ritualer som viktigere enn å bruke tid til behandling og oppfølging av sin diabetes type 2. Dette bør så langt det er mulig bli kartlagt og tatt hensyn til når det gjelder de læringsprosessene som skal gjennomføres. I England har det blant annet vært holdt egne kurs før fastemåneden om hvordan det er mulig å faste selv med legemiddelbehandlet diabetes type 2. Kursene omfatter råd om endring av legemidler og kostendring (Skafjeld og Graue 2011).

I studien til Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) var det et problem blant mange deltakerne at diabetes type 2 var en hindring til å feire ramadan, men det eksisterte ulike oppfatninger om diabetes type 2 var en hindring for dette. Som sitatet ovenfor uttrykker var det veldig viktig for noen av deltakerne å utføre ramadan, og dette støttes også i studien til Hjelm et al. (2005), hos de ikke-svenske deltakerne. For deltakerne i Hjelm et al. (2003) var derimot ikke ramadan sett på som viktig.

I følge Skafjeld og Graue (2011) må sykepleiere være forsiktig med å stille direkte spørsmål om religion, men kanskje heller bruke en litt annen tilnærming og for eksempel spørre om personen følger noen fasteperioder. For innvandrere med diabetes type 2 bør det vurderes å finne et behandlingsopplegg som kan forenes med faste dersom de ønsker det. Sykepleierens oppgave blir å innhente opplysninger om hvordan personen vil gjennomføre fasteperioden (Skafjeld og Graue 2011).

Ifølge Koranen er visse grupper unntatt fra fasten, blant annet syke. Et alternativ da er å yte offergaver til de fattige (Skafjeld og Graue 2007). Det er derimot store ulikheter i om deltakerne i de benyttede studiene opplevde seg selv som syk eller ikke.

En kvinnelig deltaker i en studie hadde gjort følgende;

She's been to the mosque and asked the Imam what she could do insted of fasting. He said she has to give food to the poor. So she sent money to Somalia, where there are a lot of poor people (Wallin, Löfvander og Ahlström 2007, 309).

I tilfeller der faste er problematisk eller regelrett helsefarlig, er det viktig å være klar over at i all kulturell og religiøs praksis er det muligheter for endringer, justeringer og modifikasjoner som kan løse utfordringer som kan oppstå. Hvis strenge fasteregler er et problem når det gjelder håndteringen av diabetes type 2, kan løsningen på problemet i enkelte tilfeller være så enkel som å ta en telefon til pasientens Imam (Skafjeld og Graue 2011).

Mat er i alle land en viktig del av kulturen, og noe av det som kan være vanskeligst å endre (Skafjeld og Graue 2011). Dette kommer tydelig frem i flere studiene til Wallin, Löfvander og Ahlström (2007), Fagerli, Lien og Wandel (2005), Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998), Lin et al. (2007), Misra og Lager (2009) og Wallin og Ahlström (2010).

Deltakerne i studien til Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) som hadde fulgt det foreskrevne kostholdet, følte de hadde gjort en stor personlig ofring. Deltakerne i Fagerlie, Lien og Wandel (2005) snakket om rådene de hadde fått om kosthold, med stor bekymring. De pakistanske deltakerne i sistnevnte studie hadde blitt rådet til å følge et norsk kosthold (brødmatt).

Our diet, she says, is mostly made up of sweet and fat food and when you can't eat that you can't really eat at all (Wallin, Löfvander og Ahlström 2007, 305)

Skafjeld og Graue (2011) sier at den enkeltes kosttradisjoner kan og bør opprettholdes så langt det er mulig. Både oppfatningene om norsk mat og graden av endring i forhold til tidligere kosttradisjoner, er svært forskjellig hos innvandrere. Mat er ikke bare ernæring, men også en viktig del av det sosiale livet og identiteten.

I følge Eriksen og Sørheim (1999) trenger kostveiledere kunnskap om pasientenes kosttradisjoner og kostmønstre, samt trenger pasienter kunnskap om hvordan kostveiledere tenker omkring mat og hvorfor eksperter har disse meningene. I et samfunn der tilbudene i butikkene er enorme og reklamen har stor betydning, kan nyankomne innvandrere trenge veiledning. Samtidig er det viktig å gi innvandrere bekreftelser på at den kunnskapen de alt har også er verdifull. (Eriksen og Sørheim 1999).

I Norge lever en del av innvandrerbefolkningen under dårlige sosioøkonomiske forhold. Dette kan avgjøre hvilke matvarer mange innvandrere har råd til å velge. Det hender derfor at ernæringsmessig uheldig mat velges av økonomiske grunner (Kumar og Viken, 2010). Det kommer frem i flere studier at et av hindrene til å følge rådene om kosthold gitt fra sykepleiere, var en fattig økonomisk situasjon og at maten var for kostbar (Wallin, Löfvander og Ahlström 2007, Hjelm et al. 2005, Greenhalgh, Helman og Chowdhury 1998 og Hjelm et al. 2003). Matretter i noen kulturer er tegn på rikdom, og det er ofte da matretter som inneholder mye fett og sukker, og som er rimelige i Norge (Skafjeld og Graue 2011).

En utfordring i denne endringsprosessen kan være at flere generasjoner bor sammen, da er det ofte de eldre som bestemmer over matreglene (Skafjeld og Graue 2011). Blant mange innvandrere tilpasses kostholdet til familie, kjernefamilie eller storfamilie. I noen



innvandrerfamilier bor ofte flere generasjoner sammen. Matlaging er oftest en oppgave som tilhører kvinnene (Kumar og Viken 2010). I Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) kom det frem at mangel på forståelse fra venner og familie, spesielt i forhold til det med å følge et strengt kosthold, gjorde det vanskelig å håndtere hverdagslivet. Deltakerne i Fagerli, Lien og Wandel (2005) uttrykte at det å måtte endre sitt kosthold grunnet sin diabetes type 2 var noe som forstyrret familielivet. En kvinne i studien hadde gitt opp sine mattradisjoner og vaner, noe som resulterte i at hun spiste annen mat enn de i familien sin og til andre tider. Skafjeld og Graue (2011) sier at kostholdsveiledningen må rettes mot en hel familie, ikke bare mot et enkelt familiemedlem som har fått diagnosen diabetes type 2. Det samme sier Kumar og Viken (2010), samt at hvordan informasjonen skal tilpasses den enkelte finner man ved å bli kjent med ham/henne.

Sosial og helsedirektoratet publiserte i 2005 en brosjyre kalt ”Mat, bevegelse og trivsel – et bedre liv med diabetes”. Denne brosjyren inneholder råd og oppskrifter på sunn og god mat, og tips om hvordan man kan være mer i bevegelse. Brosjyren er på norsk og urdu. I flere av de største innvandrerguppene i Norge er sykdommer og plager som henger sammen med kosthold og levevaner svært utbredt. Dette gjelder særlig diabetes og hjerte-karsykdommer, men også overvekt. Målet med denne brosjyren er å bidra til bedre forståelse blant innvandrere av hvordan kosthold og fysisk aktivitet henger sammen med diabetes, hjerte-karsykdommer og overvekt (Sosial og helsedirektoratet 2005).

## **5.2.2 Pasienters opplevelse av fysisk aktivitet**

### **Fysisk svekkelse – en uunngåelig konsekvens aldring?**

Fysisk sykdom omtales bare i en begrenset grad i Koranen, men Muhammed skal ha uttalt at ”det finnes en kur for enhver sykdom utenom èn – alderdommen” (Hanssen 2009). Som det tidligere har kommet uttrykk for i oppgaven, hadde deltakerne i flere av studiene en sykdomstro med stor religiøs innflytelse. Med dette i betraktning er det dermed grunnlag for å tro at Muhammed sin uttalelse er noe som kommer til uttrykk hos deltakerne i Lawton et al. (2006) og Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998), hvor de ga uttrykk for at fysisk svekkelse var en uunngåelig konsekvens av aldring.

I studien til Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) kom det også frem at deltakerne så på stor kroppsstørrelse som ”god helse”, mens mindre kroppsstørrelse ble sett på som

”dårlig helse”. Skafjeld og Graue (2011) sier at det å være overvektig i mange samfunn symboliserer god helse eller status og velstand. Hovedsakelig står denne oppfatningen i stor motsetning til hovedoppfatningen hos de fleste som er oppvokst i et vestlig land – hvor overvekt er assosiert med langt mindre positive verdier.

Hanssen (2009) sier at det er viktig å ha en viss forståelse for den religiøse tenkningen som knytter seg til helse og sykdom, da dette vil kunne hjelpe sykepleieren til å utøve omsorg på en kulturell tilpasset måte. I alle samfunn vil det være mulig å finne ulike kulturelle trekk som åpenbart er ”uheldige” sett i en snever diabetesforebyggende forstand (Skafjeld og Graue 2011).

### **Kaldt klima, kjønn og mangel på tid er hindre til fysisk aktivitet**

En av årsakene til den store økningen i forekomsten av diabetes type 2 i de senere årene er redusert fysisk aktivitet i befolkningen (Skafjeld og Graue 2011). Fysisk inaktivitet er kanskje den største folkehelseutfordringen i vår tid (Kumar og Viken 2010). Skafjeld og Graue (2010) sier at flere innvandrergupper som kommer til Norge, kommer til et samfunn som krever mindre fysisk aktivitet av dem enn mange hadde i hjemlandet. Dette, blant annet, blir dermed en stor omveltning fra det de er vant til.

Til tross for at mange har kunnskap om hvor gunstig mosjon er for personer som har diabetes type 2, er det likevel en god del som ikke anvender denne kunnskapen (Knutstad 2008). Et hinder til å foreta seg fysisk aktivitet, som ble nevnt blant deltakere i flere studier, var et kaldt klima (Lawton et al. 2006, Wallin, Löfvander og Ahlström 2007, Fagerli, Lien og Wandel 2005 og Hjelm et al. 2005). Flere av deltakerne i studiene var kjent med at fysisk aktivitet var gunstig for deres diabetes type 2 behandling. I studiene Lawton et al. (2006) og Lin et al. (2007) var alle deltakerne bevisst på dette. I Lawton et al. (2006) var det derimot kun syv av 32 deltakere som hadde tatt denne kunnskapen ut i praksis. Både Skafjeld og Graue (2011) og Kumar og Viken (2010) sier at kaldt klima ofte er et hinder for ikke-vestlige innvandrere til å foreta seg fysisk aktivitet utendørs.

Forskning om hvordan sykepleier kan motvirke inaktivitetsepidemien i den generelle befolkningen, er kommet til kort. Enda vet sykepleiere og annet helsepersonell for lite om hvordan en skal lykkes i å fremme fysisk aktivitet hos etniske minoriteter i vestlige land (Kumar og Viken 2010). Noen av deltakerne i Lawton et al. (2006) kom med forslag om at kulturelt sensitive anlegg med innendørs utstyr, som sykler og tredemøller, kunne være en

levedyktig løsning. Fysisk aktivitet er viktig i behandlingen av diabetes, og vil blant annet senke blodglukosen, gi vektreduksjon og bedret insulinvirkning (Knutstad 2008). I arbeidet for økt fysisk aktivitet i denne gruppen bør sykepleieren undersøke hvilke tilbud som finnes i nærmiljøet og opplyse om disse tilbudene i samtalene (Skafjeld og Graue 2011). Studiene til Lawton et al. (2006), Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) og Parken og Sturt (2009) pekte alle på en kulturell norm om at med en gang kvinnen var gift, var det forventet at hun holdt seg innendørs. Det var dermed flere hindre for fysisk aktivitet hos kvinner, enn hos menn. I andre samfunn kan det foreligge små muligheter til fysisk aktivitet på grunn av normer som begrenser bevegelsesfriheten for enkelte grupper (Skafjeld og Graue 2011). Når sykepleieren sammen med innvandreren har kartlagt årsaken til manglende fysisk aktivitet, blir det viktig å finne tiltak som kan føre til at den enkelte kommer i gang med en eller annen aktivitet (Knutstad 2008). Videre sier Knustad (2008) at det har mye å si at en kommer frem til noe som den enkelte virkelig kan tenke seg å gjøre, og at den fysiske aktiviteten er individuelt tilpasset.

I studien til Misra og Lager (2009) kom det frem at de som hadde et mest positivt fremtidssyn var de som visste best forståelsen av fysisk aktivitet. Dette viser dermed at informasjon og opplæring om diabetes type 2 og dens behandling er viktige faktorer, for at innvandrere med diabetes type 2 skal føle forståelse for den behandlingen som blir anbefalt. Dette er en utfordring, spesielt når sykepleier og pasient kommer fra vidt forskjellige kulturer. I Lawton et al. (2006) uttrykte deltakerne, som nevnt tidligere, at de hadde fått motivasjon av sykepleier til å foreta seg fysisk aktivitet. Nødvendigheten av å gjøre dette var derimot lite sannsynlig forstått, og i studien til Wallin, Löfvander og Ahlström (2007) beskrev deltakerne at forståelse ga en følelse av kontroll. MoRo-prosjektet (Mosjon på Romsås), en studie som er utført i Norge, har vist at det er mulig å øke aktivitetsnivået i en befolkning- også hos innvandrere fra ikke-vestlige land. Dette ble gjort ved å ta i bruk kunnskap om hvilke faktorer som påvirker aktivitetsnivået.

### **Familien - en viktig medspiller**

Opplevd sosial støtte til å være fysisk aktiv fra personer i ens nærmeste omgivelser, som familie, venner og kolleger, er positivt relatert til aktivitetsnivå og øker sannsynligheten for å bli mer fysisk aktiv (Kumar og Viken 2010). Dette støttes i studiene til Lin et al. (2006), Misra og Lager (2009), Parken og Sturt (2009) og Thabit et al. (2009), hvor deltakerne sa at støtte fra familien var viktig for å kunne håndtere sin diabetes type 2 best

mulig. I andre medisinske system, enn det vestlige biomedisinske, mener man ofte at en persons sykdom eller skade kan true hele familiens velbefinnende (Hanssen 2009).

Deltakerne i Hjelm et al. (2003) mente ikke at støtte fra familien var viktig for å håndtere deres diabetes type 2, da de mente at det var de selv som måtte beholde deres helse. Dette kan tyde på at deltakerne i denne studien muligens var bedre integrert i det nye samfunnet, og hadde tilegnet og tilpasset seg mer til en vestlig oppfatning enn deltakerne fra de andre studiene.

To av studiene beskrev at man skulle søke kunnskap og læring hos familien, og at dette var den beste måten å finne ut om diabetes type 2 (Greenhalgh, Helman og Chowdhury 1998 og Parken og Sturt 2009). Familien står ofte veldig sentralt hos innvandrere, og det at familien betyr noe annet og langt mer grunnleggende for dem enn det vi er vant til, blir blant annet tydelig når de står overfor noe alvorlig, som sykdom.

Hvis familien tilhører en mer kollektivistisk samfunnskultur, som ikke-vestlige ofte gjør, kan medlemmene oppleve at de ofte må tilfredsstille storfamiliens ønsker og behov, og ikke bare sine egne (Kumar og Viken 2010). Dette kommer til uttrykk i Lawton et al. (2006), der deltakerne hadde en sterk holdning om at familien kommer først, og at det å ta tid til seg selv for å trene kunne tolkes som egoistisk, og derav en kulturelt upassende handling. Gjennom respektfulle og undrende spørsmål vil det være mulig for sykepleier å få en bedre og dypere forståelse av hvordan man best kan arbeide helsefremmende i forhold til familier fra etniske minoriteter (Kumar og Viken 2010). Å inkludere familien i informasjon, veiledning og behandling om diabetes type 2 vil skape mer forståelse hos flere, noe som igjen vil videreføres til andre. Dette vil være meget gunstig, da familie og venner kan bli sett på som de man skal søke kunnskap og læring hos (Greenhalgh, Helman og Chowdhury 1998 og Parken og Sturt 2009). Sykepleieren må involvere pårørende i veiledningen, i den grad personen selv ønsker det (Knutstad 2008). Dette er viktig fordi det er vanskelig å gjøre endringer hvis de pasienten lever sammen med, ikke gjør de samme endringene eller ikke støtter opp om forsøkene på endring. Videre viser erfaring at pårørende ofte kan ha behov for å gjøre de samme endringene, selv om de ikke har diabetes type 2 (Knutstad 2008). Dette vil dermed være både et behandlende og forebyggende tiltak som treffer flere.

### 5.2.3 Pasienters opplevelse av diabetesinformasjon

En viktig innfallsvinkel for å forstå hva ulike mennesker legger i omsorg, er å spørre personer som nettopp har mottatt omsorg, om hvordan de opplevde det. Dette blir verdifull informasjon for sykepleiere å ta med seg videre. Å lære av erfaringer kan gi verdifull kunnskap. Det er viktig for sykepleieren å forstå hvilke forventninger innvandrere fra etniske minoritetsgrupper og ikke vestlige innvandrere møter helsevesenet med (Hanssen 2009). Flere av deltagerne i Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) mener sykepleiere burde utvikle et spesielt program for hver kulturelt forskjellig gruppe og at bare dette kan gi en positiv effekt på diabeteskontrollen til den enkelte, for å forebygge komplikasjoner og for å bedre livet til en gruppe innvandrere i et nytt land med en annen kultur. Senere støttes dette av deltagerne i flere studier, Wallin, Löfvander og Ahlström (2007), Fagerli, Lien og Wandel (2005), Hjelm et al. (2003), Lin et al. (2006) og Misra og Lager (2009). I følge Skafjeld og Graue (2011) retter vanligvis vestlige helseintervensjoner seg mot individer og bygger i stor grad på en antakelse om at kunnskap om sykdomsfremmede faktorer vil kunne legge grunnlag for rasjonelle individuelle valg som kan forebygge sykdom. En slik fokusering på individet vil være fremmed for mange minoritetsgrupper der temaer om helse og sykdom er tettere innvevd i sosiale eller religiøse relasjoner. Det kommer også fram i Hanssen (2009) at de forventningene ulike pasienter har til de vestlige behandlingsmetodene har nær sammenheng med vedkommendes syn på sykdom. Selv om ikke-vestlige innvandrere har de samme grunnleggende behov som vestlige og kan ha samme behov for behandling og pleie, kan de forholde seg til én og samme sykdom på vidt forskjellige måter, både fysisk og psykisk (Hanssen 2009).

Det kommer frem i Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) og Thabit et al. (2009) at språkproblemer oftest er grunnen til at de ikke har tilstrekkelig kunnskap til å holde sykdommen under kontroll. Dette skaper frustrasjon og forvirring blant de ikke-vestlige pasientene som skal motta informasjon og opplæring om sin sykdom. I følge Kristoffersen et al. (2005) utgjør språkproblemene de vesentligste problemene en sykepleier må overvinne ved interkulturell kommunikasjon (Skafjeld og Graue 2011). Utfordringen for sykepleiere ligger i å ha opplæringstilbud for alle kunnskapsnivåer. I mange tilfeller er det behov for en basisopplæring i anatomi, fysiologi og ernæring. Planlegging og tilrettelegging er nødvendig for personer med minoritetsbakgrunn. Kurs eller samtaler bør ikke legges på tidspunkter som kolliderer med religiøse hendelser som faste eller bønnedager. Det er også viktig å ha kunnskap om familieforhold og kjønnsroller i ulike

grupper, og det kan være nødvendig å tilrettelegge undervisningen og opplæringen i separate grupper for kvinner og menn (Skafjeld og Graue 2011).

Kumar og Viken (2010) viser til at eksisterende opplysningsmateriell er ofte direkte oversettelser fra norske brosjyrer, og at mange innvandrere opplever at det ikke er relevant for deres liv. Det er derfor viktig at brukerne inkluderes ved utvikling av informasjonsmateriell, slik at målgruppen kan identifisere seg med det (Kumar og Viken 2010). I studien til Parken og Sturt (2009) og Greenhalgh, Helman og Chowdhury (1998) kom det frem at når de fikk utdelt brosjyrer og annet informasjonsmateriale om diabetes type 2 ble disse stort sett ikke lest grunnet språkvansker. De har ikke noe utbytte av å lese brosjyrer de ikke forstår. Dette er viktig for sykepleiere å vite for å best mulig kunne tilrettelegge diabetesinformasjon på en mer tilpasset måte. Skafjeld og Graue (2011) belyser at det er utarbeidet informasjonsbrosjyrer om diabetes type 2 på flere språk. Som sykepleier har en ansvar for at dette blir undersøkt og tilrettelagt de som skal få informasjonen. Når det skal gis opplæring og veiledning om behandling av sykdom, er det nødvendig med god kommunikasjon mellom sykepleier og personen med diabetes type 2. I pasientrettighetsloven §3-5 står det ” Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn”. I følge Lin et al. (2006) må sykepleiere se på hver enkelt person individuelt for å lettere utarbeide en plan for riktig informasjon og undervisning. Hvis hver person får forklare hva han/hun har behov for og hva han/hun mestrer på egenhånd, vil sykepleiere lettere kunne hjelpe, i motsetning til hvis alle diabetes type 2 pasienter skal motta den samme informasjonen og undervisningen (Lin et al. 2006).

For å lykkes med veiledningen er det viktig å tenke på ulike hjelpemidler. Det er viktig at målgruppen forstår budskapet. Det kan være nyttig å bruke illustrasjoner, fortellinger og eksempler fra dagliglivet. Hvis utdanningsnivået er lavt og deltagerne har dårlige norskkunnskaper, må budskapet gjøres enkelt og forståelig. Da gjelder det å ta et skritt om gangen, og rådene må være gjennomførbare (Kumar og Viken 2010). Misforståelse og effektløs informasjon kan være konsekvensen av at sykepleiere ikke har kulturell kunnskap når de skal informere personer fra en annen kultur (Fagerli, Lien og Wandel 2005). Hvis pasientens oppfatninger og forventninger kolliderer med sykepleieren, er det viktig at sykepleieren aksepterer slike ulikheter. Respekt for pasienten og det han eller hun står for, er en forutsetning for å oppnå god sykepleie (Hanssen 2009).

I Kristoffersen et al. (2005) beskrives immigrasjon som en stressende begivenhet i et menneske sitt liv. Innvandrerer er skilt fra alt som er kjent og kjært – fra hjemlandets kultur og natur, farger og lukter, fra familie og venner og kjente ansikter, og fra eiendom, sosial status og innarbeidede roller. Oppbruddet fører til en rekke store sosiale, kulturelle og psykologiske tap. Han eller hun taper sin fysiske, intellektuelle og følelsesmessige verden, noe som innebærer tap av, eller lengsel etter personer, hjemlandet og kulturen. Slike tap kan føre til sterke sorgreaksjoner, og immigrasjonsprosessen kan derfor beskrives som et kriseforløp (Kristoffersen et al. 2005). I Fagerli, Lien og Wandel (2005) opplevde deltagerne at livet i Norge, et nytt land, var en ekstra påkjenning som forstyrret diabeteshåndteringen deres. En grunn til dette var at de måtte håndtere tilleggsfaktorer relatert til å være innvandrer, som et annet sett religiøse og kulturelle normer enn det majoritetsbefolkningen har. I Hjelm et al. (2005) ble sorg og emosjonelt stress sett på som den største faktoren og det verste med å være innvandrer, dette var også en påkjenning for diabetes type 2 sykdommen deres. Dette ble også senere støttet i den svenske artikkelen av Hjelm et al. (2003). Selv om de fleste innvandrere kommer seg gjennom innvandringsprosessen uten at krisetilstanden verken blir alvorlig eller vedvarende, er den en stressfaktor som gjør en person generelt utsatt for sykdom (Kristoffersen et.al 2005).

## 6.0 Konklusjon

Pasientene etterlyser diabetesinformasjon tilpasset sin religion, kultur og informasjonsmateriell på sitt eget språk. Å være ikke-vestlig innvandrer i et vestlig land er en stor påkjenning i seg selv. Når de i tillegg har diabetes type 2 og får informasjon tilpasset en annen kultur blir dette ofte for mye å håndtere for den enkelte.

Kostholdsveiledningen er tilpasset vestlig matkultur og tar lite hensyn til at kostholdet til disse pasientene består i hovedsak av andre matvarer, oftere og større måltider i tillegg til religiøse årlige faster. Hvis ikke informasjonen og veiledningen til disse pasientene tar hensyn til dette blir følelsen av å måtte gi opp for store deler av seg selv en påkjenning som fører til at de ikke følger rådene sykepleier gir, eller at de gir opp og lever som før. For de fleste var fysisk aktivitet vanskelig å utføre fordi det kalde klimaet førte til mer inaktivitet og ønsket om å gå ut ble mindre. Kvinneres oppgaver var i hovedsak matlaging og husarbeid, noe som førte til at fysisk aktivitet ble nedprioritert. Språket var også et hinder som førte til at rådene gitt av sykepleier ikke alltid ble forstått i sin helhet eller noen ganger misforstått.

For at sykepleiere skal kunne bidra til å øke forståelsen og egenomsorgen til diabetes type 2 hos denne gruppen er det viktig å tilegne seg kunnskap om forskjellige kulturer før diabetesinformasjonen blir gitt. I tillegg bør det om nødvendig brukes tolk for å sikre at informasjonen blir forstått og brosjyrer eller annet informasjonsmateriell bør være på et språk pasientene forstår for at det skal ha noen hensikt. Sykepleieren har en viktig rolle i å se enkeltindividets behov slik at de kan individuelt tilpasset veiledning. På denne måten får sykepleieren informasjon om hva slags informasjon som fungerer for den enkelte og utfallet av veiledningen blir positivt.

Det fantes lite forskning rettet mot pasienterfaringer av diabetesinformasjon. Siden dette er noe som er nødvendig for at sykepleiere skal kunne gi riktig tilpasset informasjon og veiledning til den enkelte på, anbefaler vi at det forskes videre på dette. En kvinne utalte sine problemer slik;



Når jeg er hos norsktalende lege og jeg begynner å fortelle om sykdommen min, da oppdager jeg plutselig at jeg har to forskjellige sykdommer. Først den som jeg gikk til legen med, og så den som jeg får mens jeg sitter der, jeg mister selvtilliten og jeg er redd. Jeg kan ikke forklare på norsk det som feiler meg, og jeg frykter at han vil misforstå meg (Kristoffersen 2005, 94).

Dette sitatet forsterker at jo større forskjell det er mellom de kommuniserende parters kultur, ideologi, bakgrunnskunnskaper og personlige formuleringssett, desto vanskeligere blir kommunikasjonen og misforståelser vil lett kunne oppstå.

## Litteraturliste

- Aadland, Einar. 2004. "Og eg ser på deg" *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Arbeidsdepartementet. Stortingsmelding nr 49, 2003-2004. Tema: Mangfold gjennom inkludering og deltakelse.  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/2003-2004/stmeld-nr-49-2003-2004-/2.html?id=405182/> (Lest 19.03.2011).
- Eriksen, Thomas H. og Sørheim, Torunn A. 1999. *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: AD Notam Gyldendal.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Fagerli, Rønnaug Aa., Marianne E. Lien og Margareta Wandel. 2005. Experience of dietary advice among Pakistani-born persons with type 2 diabetes type 2 in Oslo. *Appetite* 45: 295-304.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Greenhalgh, Trisha, Cecil Helman og A Mu'min Chowdhury. 1998. Health beliefs and folk models of diabetes type 2 in British Bangladeshis: a qualitative study. *British Medical Journal* 316: 978-83.
- Hanssen, Ingrid. 2009. *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hjelm, Katarina, Karin Baard, Per Nyberg og Jan Apelqvist. 2003. Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes type 2 mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies* 40: 627-643.
- Hjelm, Katarina G., Karin Baard, Per Nyberg og Jan Apelqvist. 2005. Beliefs about health and diabetes type 2 in men of different origin. *Journal of advanced Nursing* 50(1): 47-59.

- Jacobsen, Dag, Sverre E. Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Kristin Lund og Kaare Solheim. 2001. *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jenum, A.K., I. Holme, S. Graff-Iversen og K. Birkeland. 2005. Ethnicity and Sex are Strong Determinants of Diabetes type 2 in an Urban Western Society: Implications for Prevention. *Diabetologia* 48:435-439.
- Knutstad, Unni. 2008. Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus type 2. I *Sykepleieboken 3- Klinisk sykepleie*. Lis Ribu, 471-520. Oslo: Akribe AS.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2005. Interkulturell sykepleie. I *Grunnleggende sykepleie 1*. Ingrid Hanssen, 78-105. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Kumar, Bernadette N. og Berit Viken, red. 2010. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kunnskapssenteret. 2011. Tema: Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> (Lest 15.02.2011).
- Lin, Chiu-Chu, Robert M. Anderson, Bonnie M. Hagerty og Bih-O Lee. 2006. Diabetes type 2 self-management experience: a focus group study of Taiwanese patient with type 2 diabetes type 2. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing* 17, 5a: 34-42.
- Lawton, J, N. Ahmed, L. Hanna, M. Douglas og N. Hallowell. 2006. 'I can't do any serious exercise': barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with Type 2 diabetes type 2. *Health Education Research* 21: 43-54.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Misra, Ranjita og Julie Lager. 2009. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. *Journal of Diabetes type 2 and Its Complications* 23: 54-64.
- Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverhol og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.
- Parken, Helen og Jackie Sturt. 2009. Ongoing education in type 2 diabetes type 2: the attitudes of hard-to-reach participants. *Primary Health Care Research & Development* 10: 38- 48.
- Pasientrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 nr.63 om pasientrettigheter. <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-5> (Lest 21.04.2011).

- Skafjeld, Anita og Marit Graue, red. 2011. *Diabetes type 2. Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe AS.
- Sosial og Helsedirektoratet. 2004. Tema: Global strategi for kosthold, fysisk aktivitet og helse.  
[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1213\\_1658a.pdf/](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1213_1658a.pdf/)  
(Lest 19.03.2011).
- Sosial og Helsedirektoratet. 2005. Tema: Mat, bevegelse, trivsel - et bedre liv med diabetes type 2.  
[http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/faktahefter/mat\\_bevegelse\\_trivsel\\_et\\_bedre\\_liv\\_med\\_diabetes\\_type\\_2\\_15754](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/faktahefter/mat_bevegelse_trivsel_et_bedre_liv_med_diabetes_type_2_15754) (Lest 27.04.2011).
- Statistisk sentralbyrå. 2008. Tema: Innvandrerebegreper i statistikken,  
<http://www.ssb.no/ssp/utg/200804/15> (Lest 19.03.2011).
- Thabit, H., S. Shan, M. Nash, I. Brema, J.J.Nolan og G.Martin. 2009. Globalization, immigration and diabetes type 2 self-management: an empirical study amongst immigrants with type 2 diabetes mellitus in Ireland. *Q J Med – An international journal of medicine* 102: 713-720.
- Wallin, Anne-Marie, Monica Löfvander og Gerd Ahlström. 2007. Diabetes type 2: a cross cultural study of immigrants from Somalia. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing* 16, 11c: 305-314.
- Wallin, Anne-Marie og Gerd Ahlström. 2010. From diagnosis to health: a cross-cultural interview study with immigrants from Somalia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24: 357-365.

## Vedlegg 1 - Artikkeltabell

#	Forfattere, År, Land, Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
1	Fagerli, Rønnaug Aa., Marianne E. Lien, og Margareta Wandel.  2005. Norge.  Appetite.	Experience of dietary advice among Pakistani-born persons with type 2 diabetes in Oslo.	A utforske hvordan diabetiske personer, av etnisk minoritet, opplever kostholdsråd gitt av norsk helsepersonell, hvilke strategier de har i respons til rådene og hvordan de forklarer sine handlinger.	Kvalitativ.  Dybdeintervju.	15 pakistanske diabetes pasienter, bosatt i Oslo.  4 menn og 11 kvinner  38 – 66 år	Deltakerne uttrykte stor bekymring til å følge rådene. Fortellinger om begrensninger var tallrike. Disse omfattet ulike livssituasjons faktorer, men var mer viktig knyttet til kommunikasjonsproblemer som oppstod fra mangel på kontinuitet mellom universell medisinsk kunnskap og lav kunnskap, så vell som mellom ulike typer av kulturelt definert lav kunnskap. Som en konsekvens var råd generelt opplevd som utilstrekkelig basert på deltakernes mat- kulturelle bakgrunn.	Høy*  Godkjent av etisk komitè.
2	Greenhalgh, Trisha, Cecil Helman og A Mu'min Chowdhury.  1998. London, Storbritania.  British Medical Journal.	Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study.	Å utforske opplevelsen av diabetes hos Britiske Bangladeshere, siden en suksessfull håndtering av diabetes krever oppmerksomhet også til underliggende system av holdninger og tro, som driver atferd.	Kvalitativ.  Bruk av flere ulike kvalitative metoder	40 Britiske Bangladeshere med diabetes  10 ikke-Bangladeshere (kontrollgruppe)  21-80 år	Flere forhold ble oppdaget i forbindelse med kroppsbilde, årsaker og natur av diabetes, klassifikasjoner av mat og kunnskap om komplikasjoner. Strukturelle og materielle barrierer til å endre atferd er minst like viktig som kulturelle	Høy*  Godkjent av etisk komitè
3	Hjelm, Katarina G., Karin Bard, Per Nyberg og Jan Apelqvist  2005. Sverige.  Journal of Advanced Nursing.	Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin.	Å sammenligne troer om helse og sykdom, som kan påvirke egenomsorg praksis og omsørgssøkende oppførsel hos menn, med diabetes, født i tidligere Jugoslavia og Arabiske land og bosatt i Sverige.	Kvalitativ.  Fokus-gruppe intervjuer.	35 menn med diabetes 39-78 år  Deltakerne besto av; 14 født i Arabiske land, 10 født i tidligere Jugoslavia 11 født i Sverige. (kontrollgruppe)	Viktige faktorer for helse var muligheten til å være opptatt/ansatt, økonomisk uavhengig og spesielt blant Arabere og tidligere Jugoslavere; seksuell funksjon. Ikke-svenske påsto at innflytelsen av overnaturlige faktorer og emosjonelt stress, knyttet til rollen av å være en innvanderer som faktorer til utvikling av diabetes. De søkte også mer helsehjelp, i kontrast med svenskene som benyttet seg mer av egenomsorg.	Høy*  Godkjent av etisk komitè.

## Vedlegg 1 - Artikkeltabell

4	Katarina Hjelm, Karin Bard, Per Nyberg og Jan Apleqvist.  2003. Sverige.  International Journal of Nursing Studies.	Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden.	Å utforske innflytelsen av kulturell avstand på troer om helse og sykdom, og egenomsorgspraksis hos kvinner med diabetes fra ulike kulturelle bakgrunner, bosatt i Sverige.	Kvalitativ  Fokusgruppe intervju	41 kvinner med diabetes  13 fra Arabiske land 13 fra eks-Jugoslavia 15 født i Sverige (kontrollgruppe)  22-73 år	Svenskene viste en mer aktiv egenomsorgsattferd. Eks-Jugoslaviske understreket livsglede og en passiv egenomsorgsattferd, mindre tilbøyelighet til selv-overvåking av blodglukose og forebyggende fotpleie. Arabere undertrekte tilpasning til diabetes og mange "MÅ" med hensyn til kosthold. Understrekte også det å være en troende muslim, og forklarte selv årsaken til diabetes til "Guds vilje"	Høy*  Godkjent av etisk komité.
5	Lawton, J., N.Ahmad, L.Hanna, M.Douglas og N.Hallowell.  2006. United Kingdom.  Health Education Research.	'I can't do any serious exercise: barriers to physical activity amongst people of Pakistani and Indian origin with type 2 diabetes`.	Å utforske diabetiske pakistanske og indiske pasienter sin innsikt og erfaring med å foreta seg fysisk aktivitet som en del av deres diabetesomsorg, samt barrierer til å gjøre dette.	Kvalitativ  Single dybdeintervju.	Pakistanske eller indiske, diagnostisert med diabetes type 2, over 18 år.  Indiske: 9 Pakistanske: 23  Kvinner: 17 Menn: 15	Selv om respondentene rapporterte en bevissthet om nødvendigheten av å foreta seg fysisk aktivitet, hadde få tatt dette rådet inn i praksis. For mange praktiske hensyn, som mangel på tid, var sammenflettet med kulturelle normer og sosiale forventninger.	Høy*  Godkjent av etisk komité.
6	Lin, Chiu-Chu, Robert M. Anderson, Bonnie M. Hagerty og Bih-O Lee.  2006. Taiwan.  Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness – in association with Journal of Clinical Nursing.	Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes.	Hensikten med denne studien er å undersøke og dokumentere perspektivene til diabetes type 2 pasienter fra Taiwan, når det kommer til deres strategier for å oppnå god egenomsorg når de lever med en kronisk sykdom.	Kvalitativ.	41 voksne diabetes type 2 pasienter tilhørende tre undervisningssykehus i Taiwan.	Tre tema og 10 undertema dukket opp. Det første temaet var: Effekten sykdommen har. Det andre temaet var: Selvreguleringsprosessen. Det tredje temaet var: Forandringsprosessen.	Høy  Godkjent av etisk komité.

## Vedlegg 1 - Artikkeltabell

7	Misra, Ranjita og Julie Lager.  2009. Texas, USA.  Journal of Diabetes and Its Complications.	Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients.	Å undersøke etniske og kjønnsforskjeller når det kommer til psykososiale forhold som sosial støtte, aksept av å ha fått sykdommen diabetes type 2, kunnskapsnivå angående diagnosen, oppfattede vanskeligheter med egenomsorg og utfallet dette har for sykdommen.	Kvalitativ.	180 diabetes type 2 pasienter. 34% var Latinamerikanere, 27% var ikke-latiamerikanske hvite, 18% var Afrikanske-Amerikanere og 20% var Asiatisk.  52% var kvinner.	Signifikante etniske og kjønnsforskjeller eksisterer når det kommer til akseptet av sykdommen, i det å motta sosial støtte, sykdomskunnskap, oppfattet vanskeligheter med egenomsorg, blodsukkerkontroll og livskvalitet blant diabetes type 2 pasienter; forskjellene kom mer tydelig fram som kjønnsforskjeller enn etniske forskjeller, selv om de er til stede begge plasser.	Middels.
8	Parken, Helen og Jackie Sturt.  2009. United Kingdom.  Primary Health Care Research & Developmentt.	Ongoing education in type 2 diabetes: the attitudes of hard to reach participants.	Å undersøke spesifikke holdninger rettet mot dagens diabetesundervisning blandt de fra forskjellige kulturelle bakgrunner og de fra etniske minoritetsgrupper.	Kvantitativ.  Tversnittstudie.	8 deltagere med diabetes type 2 fra forskjellige kulturelle og etniske minoritetsgrupper.	Diabetesundervisning er sterkt ønsket, og det trengs for at mennesker med diabetes type 2 skal føle seg vel. Det er viktig at det blir gjort på en respektfull måte og at det innebærer å høre på og å bli hørt. Det er viktig sånn at undervisningen blir personlig. Kvaliteten er veldig viktig for deltagerne. Stress og depresjon er hindringer for læringsutbyttet og viktig å forandre til det bedre.	Høy.  Godkjent av etisk komitè.
9	Thabit, H., S.Shan, M. Nash, I.Brema, J.J.Nolan og G.Martin.  2009. Irland.  Q.J.Med – An international journal of medicine - Oxford Journals.	Globalization, immigration and diabetes self-management: an empirical study amongst immigrants with type 2 diabetes in Ireland.	Å studere forskjellene i diabetes-egenomsorgen blandt ikke-Irske pasienter / innvandrere og Irske pasienter som deltar på en diabetesklinik ved et sykehus i Irland.	Kvantitativ.	52 ikke-Irske invandrerpasienter med diabetes type 2 og 48 Irske pasienter med diabetes type 2.	Hos disse er støtte fra familien viktig når det kommer til å måle blodsukker, det å ta diabetesmedisin og når det kommer til å følge et diabeteskosthold. Språket er et stort problem i tillegg til lavere helsekunnskap og diabetesforståelse. Involvering av familien for å styrke egenomsorgen for diabetesen er veldig viktig. Språkbarrierer er også viktig å ta hensyn til for å kunne gi riktig informasjon og undervisning som kan styrke denne pasientgruppens mestring av diabetes type 2.	Middels.

## Vedlegg 1 - Artikkeltabell

<p><b>10</b></p>	<p>Wallin, Anne-Marie, Monica Löfvander og Gerd Ahlström.</p> <p>2007 Sverige</p> <p>Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Diabetes: A cross cultural interview study of immigrants from Somalia</p>	<p>Å beskrive hvordan innvandrere fra Somalia opplever hverdagen I Sverige og hvordan de mestrer diabetesrelaterte problemer – med inkludering av et kjønnsperspektiv</p>	<p>Kvalitativ.</p> <p>Tverrkulturelle og beskrivende intervjuer, som resulterte i sub-termer og temaer etter analyse.</p>	<p>19 diabetiske (type 2) voksne som er født i Somalia, men nå lever i Sverige.</p> <p>Menn: 8 Kvinner: 11 Alder: 30 – 83.</p>	<p>Fire temaer fremkom: - Opplevelse av lidelse i hverdagen - Hverdagen fortsetter som tidligere - Forståelighet gir en følelse av kontroll - Å være kompetent. Et stort funn var variasjonen i hvordan deltakerne mestret den fastende måneden Ramadan. Ulike syn på om diabetes var et hinder for Ramadan eller ikke.</p>	<p>Høy*</p> <p>Godkjent av etisk komitè.</p>
<p><b>11</b></p>	<p>Wallin, Anne-Marie og Gerd Ahlström.</p> <p>2010. Sverige.</p> <p>Scandinavian Journal of Clinical Science.</p>	<p>From diagnosis to health: a cross-cultural interview study with immigrants from Somalia.</p>	<p>Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan innvandrere fra Somalia, bosatt i Sverige opplevde å få diabetes type 2 diagnosen og deres tro om helse.</p>	<p>Kvalitativ.</p>	<p>Somaliske deltagere over 18 år, diagnostisert med diabetes for 6mnd siden eller mer.</p> <p>19 deltagere 11 kvinner 8 menn</p>	<p>Studien gir helsearbeidere kunnskap I forhold til minoritetsgruppers opplevelse av å ha blitt diagnostisert med diabetes og deres tro om helse. 6 tema kom fram: Eksistensiell grubling, Unngå diagnosen, Akseptere hva som er bestemt, Helse som fravær av sykdom, Bestemt av høyere makter.</p>	<p>Høy*</p> <p>Godkjent av etisk komit'e.</p>



## Vedlegg 2 - Fargekoder

- **Rød** - Fysisk aktivitet
- **Mørk blå** - Kosthold
- **Orange** - Opplevelse av diabetes og diabetes egenomsorg
- **Lys blå** - Sykepleiers rolle – implikasjon, veiledning, informasjon
- **Mørk lilla** - Tro om helse
- **Turkis** - Tro om sykdom
- **Lys lilla** - Kommunikasjon / språk
- **Mørk grønn** - Psykososial konsekvens / opplevelse
- **Brun** - Endring av hverdagen etter sykdomsdebut
- **Lys rosa** - Ulikheter / likheter blant kvinner og menn
- **Lys grønn** - Betydningen av tilleggs lidelser og symptomer
- **Mørk rosa** - Familie
- **Gul** - Religion / normer

## Vedlegg 3 - Sjekkliste

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

#### INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien tydelig?
2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?

#### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?
4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?
5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?
6. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkning av data forståelig, tydelig og rimelig?
7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?
8. Er etiske forhold vurdert?

#### HVA ER RESULTATENE?

8. Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

#### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

9. Hvor nyttig er funnene fra denne studien?

NB! Vi gjør oppmerksomme på at vi her presenterer kun sjekklistens spørsmål. For fullstendig versjon henviser vi til [www.kunnskapsenteret.no](http://www.kunnskapsenteret.no)

## Vedlegg 3 - Sjekklistor

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERING AV EN KOHORTSTUDIE

#### INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien tydelig?
2. Er en kohortstudie et velegnet design for å besvare problemstillingen/spørsmålet?

#### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?
4. Ble eksposisjonen presist målt?
  - a) Foreligger det måleskjevhet?
  - b) Foreligger det klassifiseringskjevhet:
5. Ble utfallet presist målt?
  - a) Foreligger det måleskjevhet?
  - b) Foreligger det klassifiseringskjevhet?
6. Har forfatteren tatt hensyn til kjente, mulige konfundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/eller analyse?
7. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?
8. Ble personene fulgt opp lenge nok?

#### HVA FORTELLER RESULTATENE?

9. Hva er resultatet i denne studien?

#### KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra andre tilgjengelige studier?

NB! Vi gjør oppmerksomme på at vi her presenterer kun sjekklistens spørsmål. For fullstendig versjon henviser vi til [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

## Vedlegg 3 - Sjekklister

### **SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE**

**(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)**

#### INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingene/spørsmålet?

#### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?
4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?
5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?
6. Er svarprosenten høy nok?
7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?
8. Er datainnsamlingen standardisert?
9. Er dataanalysen standardisert?

#### HVA ER RESULTATENE?

10. Hva er resultatet i denne studien?

#### KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?

NB! Vi gjør oppmerksomme på at vi her presenterer kun sjekklistens spørsmål. For fullstendig versjon henviser vi til [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

## Vedlegg 4 – PICO Skjema

HVA ER DET JEG ØNSKER Å VITE NOE (MER) OM:

PROBLEMSTILLINGER:

- *Hvilke erfaringer har pasientene med regulering av kosthold og fysisk aktivitet?*
- *Hvilke erfaringer har pasientene med diabetesinformasjon?*

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Ikke-vestlige pasienter med diabetes type 2			Patient experience, informasjon, undervisning
Non-western immigrant, type 2 diabetes			Patient experience, information, education

## Vedlegg 5 – Sjekkliste for kvalitetsvurdering av studien

### Samlet kvalitetsvurdering av studiene (intern validitet) – Kan anvendes for alle sjekklister

Kriterier møtt	Studiens kvalitet
Alle/ nesten alle kriterier møtt. Eventuelle svakheter kan ikke endre studiens konklusjon.	Høy kvalitet (lav risiko for systematiske feil)
Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklister ikke er oppfylt eller hvis kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Det antas likevel at det er liten sjanse for at svakheter faktisk kunne ha endret studiens konklusjon.	Middels kvalitet
Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklister er oppfylt eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Svakheter kan innebære at studiens konklusjon er gal.	Lav kvalitet
Ingen kriterier møtt	Ekskluderes

Den samlede vurderingen omfatter også skjønn. Hva som er «nesten alle», «noen» og «få», kan variere noe fra oppsummering til oppsummering, men skal dokumenteres i rapporten.