

SAMMENDRAG

Tittel:	<i>Hvordan kan sykepleier gi kulturelt tilpasset veiledning til ikke-vestlige innvandrere med diabetes type 2?</i>	Dato : 21.05.21
Forfatter:	Nooria Babor	
Veileder(e):	Elin Stikbakke	
Stikkord/nøkk elord (3-5 stk)	Sykepleier, flerkulturell veiledning, ikke-vestlige innvandrere, diabetes type 2	
Antall sider 39/ord: 10446	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Flere sykepleiere kommer i møte med ikke-vestlige innvandrere i sin yrkesutøvelse på grunn av den økende flerkulturell samfunn i Norge. Tidligere forskning viser at sykepleiere har lite kompetanse i møte med ikke-vestlige innvandrere. Det utfordrer pasient tillit og sikkerhet til helsevesenet, og kan derfor utfordre til ikke vellykket veiledning i type 2 diabetes og lede til hurtig innleggelse.</p> <p>Hensikt: hvordan kan vi forbedre veiledning som er kulturelt tilpasset til ikke-vestlige Innvandrere med type 2 diabetes, fokusere på utfordringer de møter på atferd endring av livsstil.</p> <p>Metode: Metode som ble brukt er litteraturstudie. Det ble gjort et systematisk litteratursøk forskningsartikler som kan bidra til å belyse studiens tema. Det ble brukt fem forsknings artikler.</p> <p>Resultat: Basert på resultater fra de forskningsartiklene, som viser hvilke utfordringer Ikke-vestlige innvandrere har i livstilendringer, det ble også identifisert lite kompetanse, mangel tillit til helsepersonell, bedre kulturelt tilpasset veiledning trengs for å kunne hjelpe Ikke-vestlige innvandrere med diabetes type 2.</p> <p>Konklusjon: Forbedre kulturelt tilpasset veiledning vil hjelpe sykepleiere i møte med Ikke-vestlige innvandrere til å ha bedre kulturell forståelse, tillit til sykepleiere og at veiledning bli fulgt slik at de kan takle utfordringene med T2M bedre. For å kunne endre livsstil atferd endringer, så trengs det tilpasset veiledning.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses give culturally adjusted guidance to Non-western immigrants with diabetes type 2 ?	Date : 21.05.21
Author:	Nooria Babor	
Supervisor(s)	Elin Stikbakke	
Keywords (3-5)	Nursing, transcultural guidance, non-western immigrants, diabetes type 2	
Number of pages 39/words: 10446	Number of appendix: 0	
<p>Background: More nurses are coming in contact with non-western immigrants in their practice because of increasingly multicultural societies in Norway. Earlier research show that nurses lack in competence in contact/meeting with non-western immigrants. That might challenge patient trust and safety towards nurses and might challenge unsuccessful guidance in type 2 diabetes patients and can lead to increased hospitalization of these patients.</p> <p>Aim: The aim of this study is to see how we can improve guidance in culturally tailored in non-western immigrants with diabetes type 2, Challenges they meet in behavior modification of lifestyle.</p> <p>Method: Method used for this study was a literature review, which was conducted using systematic research for scientific research papers. There were five research articles included. In this review</p> <p>Results: Based on the results of the included research articles, that showed which challenges Non-western immigrants in lifestyle modification, also that they had little knowledge. Key findings were that they had little trust to healthcare personnel, a better culturally. Tailored guidance was needed to help non-western immigrants with diabetes type 2 adapt lifestyle modification.</p> <p>Conclusion: Improved culturally tailored coaching will help nursing in contact with non-western immigrants. They will have a better cultural understanding, better trust towards nurses and that the guidance will be heard and followed to tackle down the challenges with T2D, to be able to bring lifestyle behavior changes culturally tailored guidance is needed.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valgt tema.....	4
1.2 Sykepleiefaglig relevans	5
1.3 Avgrensning.....	6
2.0 Bakgrunn	6
2.1 Hva er Diabetes type 2.....	6
2.1.1 Forekomst, årsaker, og symptomer.....	6
2.1.2 Diagnosen, behandling og komplikasjoner	7
2.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	9
2.4 Hva er veiledning.....	10
2.5 Flerkulturell kompetanse	10
2.6 Hensikt.....	12
2.7 Problemstilling.....	12
3.0 Metode	12
3.0.1 Litteratursøk	12
3.0.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier.....	13
3.0.3 Kildekritikk.....	14
4.0 Resultatpresentasjon	15
4.1 Resultatsammenfatning	20
5.0 Drøfting	20
5.1 Utfordringer med livstilendringer hos ikke-vestlige pasienter.....	20
5.2 Flerkulturell kompetanse hos sykepleier	22
5.3 Kulturelt tilpasset veiledning for sykepleie.....	25
6.0 Konklusjon	31
7.0 Referanseliste:	33

1.0. Innledning

World Health Organization (WHO) estimerer at det i dag lever ca. 422 millioner mennesker med diabetes på verdensbasis, og 1,6 millioner mennesker dør følge av diabetes hvert år (WHO, 2020). Ifølge folkehelseinstituttet (2017) er omkring 245000 mennesker diagnostisert med diabetes i Norge og av disse har 216 000 (ca. 88%) har diabetes type 2. Personer med innvandrer bakgrunn fra Sør-Asia og Afrika har høyere risiko for å få diabetes type 2 (FHI, 2017). Det gjelder både personer som bor i disse områdene og de som har migrert til andre land.

I Nasjonal diabetesplan fra Helse- og omsorgsdepartementet (2017). legger stor vekt på økt mestring og bedre egenbehandling. Derfor er det viktig å fokusere på hvordan sykepleiere kan tilrettelegge veiledning for å forbedre helsen hos diabetespasienter. For å få til dette, så må sykepleieres pedagogiske funksjon være god. Det er viktig forebygge senkomplikasjoner hos innvandrerpatienter, ved å ha fokus på livsstilsendringer som endret kosthold og fysisk aktivitet. En sentral del av sykepleiepraksisen er å fremme helse og forbygge sykdom. Samtidig må sykepleiere hjelpe pasienter til å ta gode avgjørelser på egenhånd (Norsk sykepleierforbund, 2019). Temaet stiller relevans i dagens samfunn der vi opplever mye immigrasjon av ikke-vestlige.

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Tidligere studier viser at livsstil og migrasjon øker risikoen for diabetes type 2. Med økt globalisering, så har migrasjon også økt. Mange flykter/reiser på et søk om et bedre liv. På konsekvens av å adaptere seg til et nytt miljø, og de vanligvis starte lavest i det nye samfunnet. Mange av de som migrer har ofte som hoved mål å forsørge en familie. Dette utsetter til en sårbar sosioøkonomisk situasjon. Med fokus på arbeid og adaptoring til et nytt liv blir ofte fysisk aktivitet satt til side. Dette også bedrar til at de har usunne og tradisjonelle matvaner.

I en undersøkelse gjort i Malmø, Sverige, 70-83% av de som ble spurt beveget seg 150 min/uke. 39% er overvektig og viser en BMI > 30. Personer med Midøsten bakgrunn viser ulikt andel forekomst av diabetes type 2 basert på hvor

de kommer fra, de fra by område har 12% forekomst av diabetes type 2, mens de fra landlige har 7.4% (Bennet, 2018).

Sykepleiere som ikke har flerkulturell kompetanse kan møte på utfordringer som kommunikasjon, forståelse, og tilnærming av sykdom for pasienter. Det kan også være at de med etniskminoritetsbakgrunn har annen forståelse av sykdommen og alvorlighetsgrad. Når sykepleiere kommer i møtet med pasienter med ikke-vestlig bakgrunn, og føler behov for å lære om deres kultur, og bli bevisst på egne verdier og holdninger er det viktigste del av selverkjennelse (Rødal, 2012).

Formålet med å velge denne problemstillingen er å styrke kunnskapen vår om hvordan vi som sykepleiere bedre kan veilede diabetespasienter med innvandrerbakgrunn. Mange av pasienter fra minoritetsgruppene har dårlig kunnskap om sykdom, og ernæring. Bedre veiledning tidligere i sykdomsfasen vil kunne gi forbedret egenomsorg.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Madeleine Leininger satte teori om "Culture care theory" det snakker om omsorg forskjeller og likheter i ulike samfunn. Det er studie om kulturelle faktorer, språk, virkelighetsoppfatning, osv kan påvirke omsorgsresultatet. Leininger utviklet "sunrise" modellen som handler om at livsområder har innvirkning på individ, familie, grupper, og samfunn i forskjellige helse sammenhenger. Hun har delt denne modellen om transkulturell sykepleie inntil tre handlingsalternativer, opprettholde, tilpasse eller omskape sykepleien. Slik at omsorgen bidrar til helse, velvære og tilheling (Magelssen, 2004) Det finnes en del tidligere forskning hvor det har blitt undersøkt flerkulturell kompetanse hos sykepleiere. En studie gjort av Alpers og Hanssen (2014) i Norge. Studien ble gjort blant norske sykepleiere i Oslo, resultater fra studiet viser tydelig kompetanse mangel hos sykepleiere. Utfordringer de peker på er smerteuttrykk, samhandling og kommunikasjon med innvandrere. Det kommer frem i andre forskning at sykepleiere har utfordringer i møte med pasienter fra en annen kultur (Cioffi, 2007). Det er ikke bare sykepleiere som har utfordringer, pasientens perspektiv

viser at innvandrere også møter utfordringer i møte med helsepersonell (Suurmond, 2011). Det er begrenset forskning som viser positive resultater av flerkulturell kompetanse. Studier viser at flerkulturell kompetanse opplæring til helsepersonell har gitt positive resultater både på pasientens helse og pasientens fornøyelse (Govere, 2016) (Majumdar, 2004).

1.3 Avgrensning

Veiledning hos innvandrere er et bredt tema, derfor vil jeg avgrense oppgaven alderskategorien 40 år og over. Selv om DMT2 kan forekomme hos yngre personer. Jeg avgrenset oppgaven til innvandrere fra Nord-Afrika, Midtøsten og Sør-Asia, der de fleste muslimske land er. Grunnen til dette er muslimske land har lignende kultur og tradisjoner. Oppgaven skal fokusere på land i Europa, USA og Canada, men jeg vil prioriterer europeiske land og Canada siden det er mer likheter i helse systemet. Jeg skal ikke snakke om medisinsk behandling av personer med DMT2. Jeg skal snakke om utfordringer fysisk aktivitet og ernæring, familiens rolle, kultur og tradisjoner sammen med språk som barriere.

2.0 Bakgrunn

2.1 Hva er Diabetes type 2

Diabetes er definert som forhøyet plasmaglukose over grenseverdiensom > 7 mmol/l i fastende tilstand, eller at det er høyere enn > 11.1 mmol/l ved tilfeldig sjekk (Skafjeld og Graue, 2013). Diabetes type 2 i motsetning til type 1 skyldes at det er høyere behov for insulin på grunn av hyperglykemi, men insulinresistens foreligger før det blir utviklet til diabetes type 2 (Skafjeld og Graue, 2013).

2.1.1 Forekomst, årsaker, og symptomer

De fleste med diabetes type 2 får diagnosen etter 40 års alderen, så det er en progressiv sykdom. Årsakene til diabetes type 2 får skyldes både arv og livsstil, 70% av de som får diagnosen av diabetes er overvektig. Det er noe genetisk

forskning som viser at man kan være genetisk disponert. Hvis man har familie medlemmer med diabetes er det 40% høyere sjanse for å få diabetes type 2, men det mest avgjørende er livsstilforhold (NHI, 2020). Diabetes type 2 er ikke begrenset til karbohydratmetabolisme, men påvirker også protein- og lipidmetabolisme. Dermed diabetes type 2 bidrar til metabolske syndrom, det er en tilstand hvor samling av risikofaktorer for diabetes og hjerte -og karsykdommer. Andre risikofaktorer er hypertensjon, røyking, og etnisk bakgrunn fra ikke vestlige land (NHI, 2020).

Diabetes type 2 har et langt forløp hvor det i den tidlige fasen av sykdommen er få eller ingen symptomer. Det tar kan ta lang tid før symptomene på diabetes kan vises eller hyperglykemi blir målt. Vanlige symptomer på diabetes type 2 er, tørste, polyuri, vekttap, tretthet, og slapphet. Andre symptomer som kan indikere diabetes type 2, er hudinfeksjoner, synsforstyrrelser, autonom nevropati, katarakt, og urinveisinfeksjoner (Almås og Grønseth, 2011).

2.1.2 Diagnosen, behandling og komplikasjoner

Det er viktig med grundig anamnese om risikofaktorer for diabetes type 2 for å kunne sette tidlig diagnosen (Skafjeld og Graue, 2013).

Målet med behandling av diabetes type 2 er å få kontroll på blodsukkernivå og senke progresjonen av senkomplikasjoner. Samtidig bør en forsøke å unngå at episoder med hypoglykemi eller hyperglykemi oppstår. Diabetes behandling er delt i tre deler kost, fysisk aktivitet, og medisinsk behandling. I den tidlige fasen av sykdommen, behandles diabetes type 2 i form av både kostholds regulering og fysisk aktivitet. Ernæringsråd vil variere fra pasient til pasient, og type diabetes. Det vil også være forskjell på graden av hvor mye fysisk aktivitet de trenger. Om personen er normalvektig eller overvektig, eller har vaner fra andre kultur, tradisjoner har også mye å si. Det er viktig med regelmessig fysisk aktivitet, det bidrar til bedre metabolsk kontroll (Skafjeld og Graue, 2013).

Over tid vil personen trenge medisinsk behandling. Diabetes type 2 kjennetegnes av insulinresistens i begynnelsen, men over tid vil insulinfrigjøringen reduseres og pasienten vil dermed ha behov for insulin. Det er 3 typer insulininjeksjoner: hurtigvirkende insulin, middels langtidsvirkende insulin, og langtidsvirkende insulin (Skafjeld og Graue, 2013).

Over tid vil diabetes type 2 gi komplikasjoner, og kan i noen tilfeller lede til livstruende tilstander som non-ketotisk hyperosmolært koma, spesielt hos eldre. Non-ketotisk hyperosmolært koma er en livstruende tilstand hvor personer ved langvarig ukontrollert hyperglykemi. Det finnes både mikrovaskulære og makrovaskulære senkomplikasjoner med diabetes type 2. Med mikrovaskulære senkomplikasjoner så er det, retinopati, nefropati, nevropatier, og diabetisk fot. Makrovaskulære er når større blodkar er involvert som hjerte- og karsykdom (Skafjeld og Graue, 2013).

Senkomplikasjoner oppstår når blodsukker er forhøyet over lang tid, og dermed skader blodårer og nerver. Forhøyet blodsukker over lang tid er måles med langtidsblodsukker, kalt HbA1c. Det er også andre risikofaktorer som er med på forårsake senkomplikasjoner, for eksempel høyt blodtrykk, forhøyet kolesterol, fett og overvektig osv. Disse faktorene bidrar til aterosklerose. Det vil si at blodårer blir forsnevret (Skafjeld og Graue, 2013).

Senkomplikasjoner: Viktige senkomplikasjoner i diabetes er retinopati, nefropati og nevropati. Disse senkomplikasjonene oppstår når blodsukker er forhøyet over lang tid, og dermed skader blodårer og nerver. Høyt blodsukker over lang tid kan føre til dårlig sirkulasjon og små blødninger i netthinnen i øyet (retinopati). I nyrene kan det forårsake nefropati. Nevropati den meste vanlige senkomplikasjonen i diabetes pasienter, blir forårsaket av lav temperaturforandringer og smerte. Det er viktig at sykepleiere hindrer at pasienter får flere av disse senkomplikasjoner eller senke progresjon av senkomplikasjoner (diabetes, 2021).

2.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Pedagogisk funksjon handler om å hjelpe pasienten med å forstå riktig informasjon på en klarere og enklere måte. Definisjon på sykepleierens pedagogiske funksjon er:

«Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger» (Tveiten S, 2008, s.30-31).

Det kan dermed trygt sies at sykepleierens oppgave er meget sentral i veiledningen hos pasienter med DM-2. Sykepleieren har som formål å formidle sin kunnskap og nye ferdigheter slik at pasienten kan få hjelp med å endre sin levemåte og oppnå en sunnere livsstil. Målet med undervisning er at pasienten får læring og forståelse av en sunn livsstil ved å ta opp temaer som ernæring, fysisk aktivitet og forebygging av senkomplikasjoner (Christiansen, 2013).

I § 4 i helsepersonell loven understrekes det at sykepleieren skal utøve sitt arbeid i tråd med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (helsepersonelloven, 1999). Oppgaven til sykepleieren i pedagogisk sammenheng er for å utvide pasientens kompetanse om sykdommen/sykdommer. Dermed få pasienten til å delta aktivt i helbredelsesprosessen, forebygging av sykdom, også senke progresjon av senkomplikasjoner (Christiansen, 2013). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 skal pasienten ha nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsesituasjon og innholdet i helsehjelpen pasienten får. Pasienten har også rett på informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). En del av sykepleierens pedagogiske funksjon er å fokusere på at personen mestrer, får mestringmuligheter, eller mestringshjelp. Det er både sosiale faktorer og faktorer i mennesket selv som vil påvirke mestring og læring. Mestring er også å legge til rett for personer slik at de kan oppdage sine egne muligheter og tror på dem (Tveten, 2008).

2.4 Hva er veiledning

Målet med å veilede pasienter er; å hjelpe pasienter å finne «svaret» selv, det vil også bidra til opplevelse av mestring. Tilrettelegging av veiledningen for pasienten må være individuelt rettet mot pasienten (Tveiten, 2008). I veiledningen er ansvaret både hos pasienten og veileder, men det er veileder som har ansvaret for å sette i gang prosessen. Dermed er målet til veileder at pasienter naturlig kan oppdage, lære og mestre utfordringer selv. Det til tider kan være vanskelig å finne svar og løsninger selv. Det er derfor viktig å formidle forventinger og mulige anstrengelser til personen før veiledningen settes i gang. Det vil påvirke de kognitive, affektive og psykomotoriske aspektene i denne prosessen (Tveiten, 2008) *"veiledning forutsetter dialog mellom veileder og den som veiledes, og veilederen må ta utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse"* (Tveiten, 2008, s.65). For oppnå forståelse av personen så må vi se på utfordringer fra personens perspektiv. Hensikten med veiledning er hjelpe personen med selv mestring av sykdommen, men miljøet rundt personen spiller også en rolle (Tveiten, 2008).

2.5 Flerkulturell kompetanse

I alle samfunn vil man finne ulike kulturelle trekk som vil hindre diabetesforebyggende forstand. Et eksempel kan være i noen samfunn der kvinner får mindre fysisk aktivitet på grunn av normer som begrenser bevegelsesfriheten, som hjemmeværende kvinner. Økonomisk klasseskille i vestlige land henger parallelt med etnisk skillelinje, de med ikke-vestlig bakgrunn har tendens til å forhode seg et mer kaloririkt kosthold. I vestlig land der det er enklere å få tak i et slikt kaloririkt mat i forhold til et bedre, variert og mer organisk kosthold. I et system der sunne matvarer enklere stiger i pris enn usunn mat, kan det dermed påvirke med en mer langvarig endring i livsstil og diett for spesielt de i den økonomiske klasseskillen (Skafjeld og Graue, 2013).

Råd, undervisning og veiledning innebærer oppgavene som sykepleieren har. De gjøre dette på bakgrunn av kunnskap og forutsetninger om hvordan norske

samfunnet håndterer ulike aspekter av deres sykdom og generell oppfatning av helse. I tilfelle av diabetes pasienter står man overfor utfordringer som forskjellige kulturbakgrunn, familierelasjoner, oppfatninger av sykdom og velvære. I tillegg til dette, så møter man språklige utfordringer (Skafjeld og Graue, 2013).

Mat er en viktig del av kultur, både kostholds tradisjoner og kunnskap om ernæring er viktig i behandling av diabetes. For diabetikere er ikke bare hverdagskosten som er viktig, men også ingrediensene i maten, tilberedning og matmengden. I en endringsprosess hvor én forsøker å forbedre seg, kan det å bo med familien eller i husstand med flere generasjoner være en utfordring. Det kan være ulike ønsker til mat, og tilberedelsene skjer oftest av de eldre kvinnene i huset. I mange minoritetsgrupper er smerter i muskulatur og ledd et relevant problem. Det skyldes mangel på vitamin-D som flere undersøkelser viser. Dette kan relateres til billig mat som er lett tilgjengelig, og viser seg å være både kaloririkt og mindre variert. Slike vaner blir langvarige og stammer ofte fra ung alder. Rikelig med kunnskap angående deres matkultur er da en viktig forutsetning for å legge frem et behandlingsopplegg (Skafjeld og Graue, 2013)

Det er ofte opplevd å se individer fra ikke-vestlige land ha mangel på høyere utdanning enn utover grunnskole fra deres hjemland. Kvinner viser seg å være den dominerende kjønn i den kategorien. Det finnes til og med individer som har høyere utdanning, men som ikke nødvendigvis jobber innad sitt eget yrket, og motsatt. Mange av de med muslimsk bakgrunn har dårligere utdanning. Det er viktig å forstå hvilket kunnskapsnivå enkelte ligger i før sykepleieren skal gi informasjon og opplæring om diabetes type-2, og behandlingstiltak. Samtidig som man må forstå kunnskapsnivå til hver enkelt individ, er det viktig for sykepleieren å ha nok kunnskap om at visse opplæringstimer og opplegg i krasjer med pasientens religiøse ritualer. På lik linje er det også viktig å holde familieforhold og kjønnsroller i bakhodet. Dette vil være viktig når man tilrettelegger undervisning spesielt for separate grupper for kvinner og menn, for eksempel vil muslimske kvinner snakke mer åpent uten menn til stede (Skafjeld og Graue, 2013).

2.6 Hensikt

Jeg vil undersøke hvordan man bedre kan tilrettelegge for og øke kompetanse innen helse, kosthold og forebyggende tiltak for pasienter med diabetes type 2 med innvandrerbakgrunn. Hva slags forhold må en sykepleier må ta hensyn til ved veiledning av pasienter med diabetes og har innvandrerbakgrunn.

2.7 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gi kulturelt tilpasset veiledning til ikke-vestlige innvandrere med diabetes type 2?

3.0 Metode

I denne delen av oppgaven, så skal jeg presentere fremgangsmåten til søkestrategier eller litteratursøk. Deretter skal jeg beskrive inklusjons og eksklusjonskriterier. Etterpå skal jeg forklare hvordan jeg kvalitets vurderer kilder. For litteratur søk så brukte databasene Medline Cinhal, Pubmed, og google Scholar.

Jeg har valgt å bruke studier med både kvalitativ og kvantitativ metoder for undersøke rundt problemstillingen min. Uavhengig av metode bruk, så vil det hjelpe meg med bedre forståelse av diabetes type 2 miljøet blant utlendinger fra muslimske land (Thidemann, 2015).

3.0.1 Litteratursøk

Jeg søkte i databaser om diabetes type 2 hos innvandrere i forveien. Minoritets gruppen begynner å bli en stor del av Norge, dermed trenger oppmerksomhet. Innvandrere med diabetes type 2 er et stort tema, derfor måtte jeg avgrense temaet rundt problemstillingen. I følge (Thidemann, 2019) jo lengre opp i pyramiden en kommer, desto mer kvalitetsvurdert er forskningen. Derfor valgte jeg å søke i pyramidesøket fra helsebiblioteket. Etter det søkte jeg i Google Scholar for " diabetes type 2" "veiledning" "Norway" "education" "management"

Jeg startet med å søke den 14.02.2021 på Pubmed database, jeg brukte "MeSH Terms" og valgte nøkkelordene "Diabetes type 2" "AND" "Immigrants" "AND" "Diet" . Jeg fikk 35 resultater ved å bruke "AND", deretter justerte jeg søke fra og med året 2017 til og med 2021. Det er fordi jeg ville ha med ny og oppdatert studie. Jeg fikk da 10 artikler, jeg leste gjennom sammendrag av 10 artiklene og valgte artikkel nummer 2 "*experiences of kurdish immigrants with the management of type 2 diabetes: a qualitative study from norway*" denne artikkelen vil fortelle om erfaringer fra minoritets gruppen.

Andre artikkel jeg valgte var nummer 5" *Views and experiences of ethnic minority diabetes patients on dietetic care in the Netherlands – a qualitative study*" Meninger av minoritets grupper med diabetes, angående sunt diet og utfordringer med veiledning.

Tredje artikkel jeg valgte var nummer 7" *Living with diabetes: personal interviews with pakistani women in norway*" det var relevant fordi de får frem poenget av største minoritets grupper i Norge har dårlig kompetanse om sykdommen.

Jeg begynte å søke på nytt men denne gangen kombinerte jeg "MeSH Terms" av "Diabetes type 2" AND "immigrants" AND "lifestyle". Jeg fikk da 39 artikler og etter justering av år, ble det 15 artikler igjen. Jeg gikk gjennom, noen av samme artikler dukket men jeg valgte artikkel nummer 10 "*Perceptions, experiences and barriers to lifestyle modifications in first-generation middle eastern immigrants to sweden: a qualitative study*" artikkelen studerer om livstilendring er påvirket av familien eller familie støtte. For neste artikkel brukte jeg CINHL og søkte ordene "self-management" OR "diabetes mellitus type 2" AND "immigrants" søket fant 10 artikler og jeg valgte artikkel nummer 2 "*Self-management of type 2 diabetes in dult haitian immigrants: A qualitative study.*"

3.0.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Jeg har en bred spekteret problemstilling, hvor jeg bestemte for å drøfte forskjellige temaer. Mine forskningsartiklene skulle handle om diabetes type 2 hos innvandrere, kommunikasjonsproblemer, kompetanse om diabetes,

familiens rolle, ernæring, og barrieren. Jeg avgrenset publiserings året fra 2017 til og med 2021 fordi jeg ville ha mer oppdatert forskning rundt tema. Jeg har inkludert engelsk, grunnen er at de meste artiklene er på engelsk. Jeg inkluderte pasienter som er over 40 år, dermed ekskluderte pasienter som var under 30 år. Forskningsartiklene ble ekskludert som handlet om svangerskap diabetes hos innvandrere. Artiklene ble også ekskludert hvis det handlet om pasienter har diabetes type1

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Diabetes type 1
Fra 2017 til 2021	Personer yngre enn 40 år
Engelsk språk	Sør-Amerika og Øst Asia
Personer over 40 år	Land hvor forhold ikke er overførbare: USA
Nord-Afrika, Midtøsten, Sør-Øst-Asia	
IMRAD struktur	

3.0.3 Kildekritikk

Jeg begynte oppgaven med faglitteratur, noe av det er relevant til sykepleierutdanning. Det er pålitelig, og godkjent kvalitet. For å kunne velge riktig artikler så til mitt problemstilling så benyttet jeg ”helsebiblioteket sjekklister” og svarte på ja og nei spørsmål, også beskrev de svar man burde få. Hvis svaret var annerledes det som ble anbefalt, da skal man være kritisk og revurdere kvaliteten på artikkelen. Artiklene skal være fagfellevurdert, det vil si at forskning godkjennes av flere forskere før den blir publisert (utdanningsforskning, 2016) .

Artiklene jeg har brukt er bygget om ifølge IMRAD struktur, det er en mal på hvordan forskning artikler er bygget opp. De skal ha Introduksjon, metode, resultat And diskusjon.

4.0 Resultatpresentasjon

Artikkel 1: " Living with diabetes: personal interviews with pakistani women in Norway"	
Forfatter:	Walaa Abuelmagd, Helle Håkonsen, Khadija Qurrat-ul-Ain Mahmood, Najmeh Taghizadeh, Else-Lydia Toverud.
Årstall:	2018
Land:	Norge
Hensikt:	Målet med studie var hvordan de levde med type 2 diabetes, og deres respons til livstilendringer og medisinsk informasjon.
Metode:	Det er en kvantitativ studie. Det var 120 deltakere, som var med på intervjuet. Spørsmålene var laget i forveien, det ble utført både på norsk og Urdu.
Funn:	studien viser at 26% av deltakere var analfabetisk, 50% rapporterer at de har dårlig kunnskap om sykdommen deres. Hvor lenge de bosatt i Norge hadde ingen statistisk betydning hvor dårlig helse de hadde. 70.8% hadde hjertekarsykdommer, høy kolesterol, og hypertensjon. Noen av deltakerne hadde fått komplikasjoner som nevropati og retinopati. Det var vanlig for dem å ikke følge diet anbefalinger, spiste 1-3 store måltider om dagen(77.5%). De spise søte saker mellom måltider, 55% av mente at de var aktive og det ble tolket som sakte gå turer eller hjemmearbeid. 24.2% av deltakerne endret medisiner på grunn av ramadan (faste måned), 8 av 10 deltakerne mente de vil ikke ta medisiner hvis det inneholdt gelatin av gris på grunna av deres tro. 80.8% av deltakerne rapporterer at de trenger hjelp til å forstå medisinsk informasjon.
Relevans for tema:	Det er relevant for min tema, det viser at de med ikke-vestlig bakgrunn sliter livstilendringer, og har dårlig kunnskaper om kosthold, og sykdommen. De tar kontakt med fastlege for å bli veiledet.
Etikk	Studien var etisk godkjent av komiteen.

Artikkel 2: " Experiences of kurdish immigrants with the management of type 2 diabetes: a qualitative study from Norway"	
Forfatter:	Walaa Abuelmagd, Bavi Botan Osman, Helle Håkonsen, Anne Kare – Jenum, Else-Lydia Toverud.
Årstall:	2019
Land:	Norge
Hensikt:	Få innsikt i Kurdiske innvandreres erfaringer, og selv-mestring av T2M, håndtering av sykdommen, trengsel for informasjon.
Metode:	Studie var basert på en kvalitativ metode i form av fokusgruppeintervjuer. Studie hadde 18 deltakere, hvor av 60% deltok i intervjuer. De ble informert både skriftlig og muntlig om hensikten bak intervjuet. Hvordan det var å leve med type 2 diabetes, deres kunnskap om diabetes, følelser, erfaringer og atferd mot diabetes.
Funn:	Alle deltakerne mente at det var vanskelig emosjonelt, der følelser av redsel, tristhet, og nervøsitet ble beskrevet. Det var stress å leve med type 2 diabetes, når det gjelder å huske diet anbefalinger og glukose målinger alltid. Når de ble intervjuet 4 i grupper, de fortalte om høy kolesterol, og hypertensjon. De nevnte symptomer som tegn på senkomplikasjoner ved diabetes type 2. De fant det vanskelig å endre diet, og hadde vanskeligheter med å holde sunt kosthold på grunn på grunn av personlig foretrukket det og sosial kulturelle tradisjoner. Sosiale samlinger med andre kurdere, religiøse festivaler og reise var grunnene for å ikke følge sunt kosthold. Få av dem visste om fordeler med å være fysisk aktiv. Deltakerne hadde vanskeligheter med å skjønne medisinsk informasjon på grunn av vanskelig språk bruk.
Relevans for tema:	Det er relevant til mitt tema, få perspektiv av kurdiske innvandrere møte utfordringer med livstilendringer
Etikk	Studien var godkjent av etisk komiteen.

Artikkel 3: " Views and experiences of ethnic minority diabetes patients on dietetic care in the Netherlands – a qualitative study"	
Forfatter:	Mirjam J Jager, Rob van der Sande, Marie-Louise Essink-Bot, Maria E T C van den Muijsenbergh.
Årstall:	2019
Land:	Nederland
Hensikt:	målet med studiet er å undersøke meninger om sunt kosthold og diettisk ivaretagelse blant type 2 diabetes pasienter fra ikke-vestlig land.
Metode:	Det er en kvalitative studie i form av intervjuer. Det var 12 deltakere i undersøkelsen, med opprinnelse fra forskjellige land som Tyrkia, Marokko, og Irak osv. De ble spurt om holdning, sosial påvirkning og selv-mestring og Kleinman's modell for sykdommer.
Funn:	Deltakerne hadde generelt informasjon om mat og restriksjoner når det gjaldt diabetes type 2. De spiste sin tradisjonell mat, og spiste det de selv forstod var sunt. Mange deltakere mente at det var vanskelig å gjøre fysisk aktivitet og diet, men opplevde hinder på grunn av at gjestfrihet og familie tradisjoner. Nesten alle deltakerne spiste til de var fornøyde, og at det var viktig for dem. Alle deltakerne spiste mat sammen, det er et sosialt norm å spise sammen, men det hindret noen av deltakerne i å følge dietten. Gjestvennlighet og gjestfrihet er stor del av kulturen for alle deltakerne. Sosiale forhold gjorde at de ble presset til å spise mer. Mange av deltakerne hadde ikke tillit til dietetiker. Mange av deltakerne fastet under ramadan og tilpasset diett, selv om de ble fortalt om diett. Noen få deltakere mente at dietetiker råd ikke var strenge nok, og heller ikke basert på deres lab resultater.
Relevans for tema:	Studie er relevant for problemstillingen for å se erfaringer og opplevelser med andre helsepersonell.
Etikk	Studien var godkjent av etisk komiteen.

Artikkel 4: "Perceptions, experiences and barriers to lifestyle modifications in first-generation middle eastern immigrants to sweden: a qualitative study"	
Forfatter:	Patricia Olaya-Contreras, Katarina Balcker-Lundgren, Faiza Siddiqui, Louise Bennet.
Årstall:	2019
Land:	Sverige
Hensikt:	Målet med studiet var å utforske oppfatninger, erfaringer og utfordringer med livstil endringer i Irakiske innvandrere i Sverige.
Metode:	Det er en kvalitativ studie gjort i form av intervjuer fordelt på 7 oppmøter. 50 deltakere takket "ja" både men og damer, hvor av 33 stykker var med på undersøkelse. Hvor de ble spurt motivasjon til livstilendringer, atferd forandringer, sosiokulturelle utfordringer, og selv-Empowerment (livsmestring)
Funn:	86% av deltakerne ikke hadde høyere utdanning, annet hver deltaker var arbeidsledig. Funnene ble delt i tre hoved kategorier: motivasjon til livstilendringer (aA) Oppfatning, erfaring og utfordringer mot et sunnere livstil(B) Erfarte hindringer og tilrettelegging med å holde livstilendringer og følge tiltak (C) Deltakerne skjønnte hva det innebærer å leve sunt livstil. Deltakerne hadde det vanskelig å spise tre måltider, de erstattet med søtsaker eller at de spiste middag seint på kvelden. Fritert eller søt mat var betraktet som godt. Noen av deltakerne drakk brus eller juice i stedet for vann fordi det smakte bedre. Deltakerne spiste store porsjoner, hva og hvor barna ville spise, det gjorde det vanskelig for mødre å endre matvaner. Noen av deltakerne mente de ikke alltid fikk støtte fra familiemedlemmer til fysisk aktivitet. Deltakerne hadde vanskeligheter med å adaptere til kaldt og mørkt klima. Det påvirket deres fysisk aktivitet, deltakerne sa at de ikke hadde gjort aktivitet på noen år.
Relevans for tema:	Studie går inn ikke-vestlige innvandrere oppfatning, erfaringer og utfordringer for atferd endringer. Det gir oss perspektiv i hvilke utfordringer ikke-vestlige innvandrere
Etikk	Studien var godkjent av etisk komiteen.

Artikkel 5: Self-Management of Type 2 Diabetes in Adult Haitian immigrants: A Qualitative Study	
Forfatter:	Magny-Normilus Cherlie, Mawn Barbara, og Dalton Joanne
Årstall:	2020
Land:	USA
Hensikt:	Å se nærmere på erfaringer og opplevelser av Haiti innvandrere i USA. Hvordan Haiti innvandrere selvmestrer type 2 diabetes.
Metode :	Det er også en kvalitativ studie, Hvor de intervjuer de som har hatt type 2 diabetes diagnosen i minst 1 år. Det var 73 deltakere, og metning var nådd etter å ha intervjuet 16 deltakere. Intervjue varte i 45 min. De skrev under på samtykke skjema. Under intervjuet ble det stilt spørsmål, "can you tell me the story of when you were first diagnosed with T2D?" "what are your experiences after having and managing T2D"
Funn:	Mange av deltakerne viste seg selvstendighet i T2D selv mestring. 12 av deltakerne sa at de kjelden overvåket glukose målinger. De hadde store variasjoner i sunt kosthold, og fysisk aktivitet. Mange av deltakerne mente at de har ikke fått diabetes undervisning som kan ha virket på variasjoner i selv mestring av type 2 diabetes. Deltakerne relaterte sykdommen til sin tro/religion. De mente Gud hjelper dem veiledning eller selv mestring av type 2 diabetes, og trodde at Gud skulle fjerne sykdommen fra dem en dag. Gud er hoved støtte, selv de fikk hjelp fra familien eller slektning. Når de ble spurt om helsepersonell håndtering, mente de at helsepersonell viser lite forståelse for deres kulture. Mange av deltakerne mente at helsepersonell hadde manglet kultur sensitivitet
Relevans for tema:	Det ligger ikke mye nyere forskning fra Europeiske land om diabetes hos innvandrere, derfor måtte ha en unntak til avgrensing og ta Haiti migranter i USA. Studie fortsatt har fokus på selvmestring av T2D, og hindringer de møter på.
Etikk	Studien var godkjent av etisk komiteen.

4.1 Resultatsammenfatning

Utfordringer med livstilendringer hos ikke-vestlige pasienter; angående utfordringer kommer det frem at de har dårlig kunnskap om sykdommen deres (Abuelmagd og Toverud, 2018). Det kommer også frem at de spiser 1-3 store måltider, det var å ikke følge diet anbefalinger (Abuelmagd og Toverud, 2018). Andre studier viser at sosiale kulturelle tradisjoner sto som hinder for diet oppfølging (Abuelmagd og Osman). I studien til Jager og Sande (2019) kommer det frem at familie tradisjoner og sosiale normer var et hinder for diet og fysisk aktivitet.

Flerkulturell kompetanse hos sykepleiere; Abuelmagd og Toverud (2018) kom frem til i sin studiet at deltakerne ikke hadde tillit til helsepersonell uten om lege. Jager og Sande (2019) videre viser at deltakerne ikke hadde tillit til helsepersonell. I studien til Cherlie og Joanne (2020) kom de frem til at helsepersonell hadde lite forståelse for deres kultur, og at de manglet kultur sensitivitet.

5.0 Drøfting

Drøfting er delt inn i tre hovedtemaer i tråd med analyseprosessen . Temaer er utfordringer med livstilendringer hos ikke-vestlige pasienter flerkulturell kompetanse hos sykepleiere, kulturell tilpasset veiledning

5.1 Utfordringer med livstilendringer hos ikke-vestlige pasienter

Det kan være vanskelig å tilpasse til nye levevilkår, spesielt når man flytter til et nytt sted. Jeg vil bruke begrepet Aktiv adaptiv kløft for å beskrive ikke-vestlige innvandreres som en del av utfordringer med livstilendringer. Aktiv adaptiv kløft (mellomrom) fra den tiden et individ fra en ikke vestlig kultur flytter til et nytt sted og tilpasser seg. Vi har sett fra flere forskninger at adaptasjonsprosessen bærer preg på ens kosthold, og deretter livstil. For å kunne forbedre veiledning

så må man kunne analysere utfordringene, og se hvilke utfordringer ikke-vestlige innvandrere møter.

Kunnskapsnivå hos ikke-vestlige innvandrere er lav, spesielt blant kvinner. Det påvirker dermed deres kunnskap om ernæring og viktigheten av fysisk aktivitet. Jager. M. J og Sande. R. (2019) hevder at ikke-vestlige innvandreres diet er påvirker mest av kulturell bestemte matvaner. Mange av ritualer og tradisjoner er bundet til gjestfrihet som involverer mye mat og ramadan for muslimer. Mangler motivasjon på grunn av tillit til dietetiker eller kan være sykepleiere eller at de har dårlig selv mestring. En bør være oppmerksom på å spørre om spesifikt kulturelle ritualer, og mats rolle. En av deltaker forklarer betydning av mat for personen ” **R05**: hvis jeg kan ikke spise og ha en full mage, hva er forskjell mellom liv og død?” eller ” **R07 and R10**: det å spise er å leve” (Jager. M. J og Sande. R, 2019) Ifølge Abuelmagd og Osman, (2019) sin studie viser at innvandrere har kunnskap om viktigheten av et sunt kosthold. Utfordringen er at de møter sosiokulturell hindringer som gjestfrihet, familie normer, tradisjonelt mat, og at de mangler sosial støtte fra familie, venner og deres miljø, også at deltakere hadde lite fokus på fysisk aktivitet.

I studien gjort av Olaya-Contreras. P og Backer-Lundgren. K(2019) viser det seg at deltakerne unngår faste måltidene og velger heller spiser søtsaker. Det var vanlig for dem å spise middag sent på kvelden eller fritert mat, og det ble betraktet som god mat. Deltakerne mente at det å takke nei til mat var uhøflig, og familie tradisjoner, dermed hadde de vanskeligheter med å endre matvaner. Når det gjaldt fysisk aktivitet, har de ikke alltid støtte fra familiemedlemmer.

I annen studie gjort av Nicolaou. M. Og Doak. C. M. (2009) fant de ut at kultur og mat er rotfestet hos ikke-vestlige innvandrere. Det betyr da tilrettelegging av veiledning for de med ikke-vestlige bakgrunn skal være kulturelt tilpasset, for å se livsstilsendringer i ernæring.

Fysisk aktivitet er også et stor hinder for mange ikke-vestlige innvandrere, den nasjonale diabetiske retningslinjer anbefalte fysisk aktivitet 150 min/uke(Helsedirektoratet, 2021). Det har vært vanskelig å oppnå dette målet for ikke-vestlige innvandrere, spesielt for kvinner som er hjemmeværende. Noen

av kvinner liker ikke å trene, som de sier ” *Vi vil gjerne gå til steder hvor det er bare for kvinner, der vi kan trene og gjøre fysisk aktivitet. Disse fasiliteter trenger å være nærme der hvor vi bor; eller, det er ikke mulig for oss å gå der*” (Olaya-contreras og Backer-lundgren, 2019). Dårlig psykisk helse henger sammen med angst og mangel på fysisk aktivitet. I denne studien så spilte et kaldt og mørkt klima en viktig rolle for dem (Olaya-Contreras og Backer-Lundgren, 2019). I studie gjort av Abuelmagd og Osman, (2019) hevder de at Ikke-vestlige innvandrere har lite fokus på fysisk aktivitet og har dårlig kompetanse om fordelene til fysisk aktivitet.

Hvis disse pasientene med ikke-vestlige bakgrunn skal få veiledning av sykepleiere med mangel på flerkulturell kompetanse eller kultursensitivitet, så kan det resulterer i pasienter og sykepleiere har annen forståelse av sykdom og dårlig kommunikasjon. Det er viktig å forstå og bli forstått på tvers av kulturelle forskjell. Dermed er det viktig at sykepleiere har flerkulturell kompetanse slik at de viser forståelse for denne utfordringen og kan motivere pasientene til livsstilsendring på deres premisser.

5.2 Flerkulturell kompetanse hos sykepleier

Norge er et flerkulturell samfunn og innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn hvor største andel er fra Midtøsten, Sørøst-Asia og en del fra Nord-Afrika (SSB, 2021). Et studiet gjort i England av Osman og Curzio (2012) kommer det frem at Sørøst-Asiatere (bengalere) blir kultur fremstilt som en “overstyrer”, og påvirker diabetes veiledning. Analyse av studiene viser at det var forskjell i forståelse. Sykepleiere som skal veilede eller gi rådgivning må ta til hensyn til kultursensitivitet. De hevder også kulturelle faktorer som kan påvirke forhold mellom pasient og helsepersonell. For å forbedre omsorg for pasienten, må den kulturelt tilpasset veiledning være tilstede.

Rødal, C (2012) deler sine erfaringer og viktigheten av flerkulturell kompetanse blant norsk sykepleiere. Hun påpeker at sykepleiere i møte med pasienter som har en annen kulturell bakgrunn, vil avstanden til pasienten øke enda mer. Det er ikke bare viktig å ha flerkulturell kompetanse men også evnen til å bruke det. Hun påpeker undervisning om kulturell kompetanse i sykepleierutdanningen, og behovet hos sykepleiere for økt kulturell kompetanse.

Det at minoritetsgruppers kultur og tradisjoner ofte forbindes med mangel på tilpasningsevne kan være misvisende. Det kan føre til at viktige løsninger blir oversett når en skal sette diabetes forebyggende tiltak, og mulig hindre vellykkethet. Det er viktig å merke seg at det er individuelt atferd som følge av kunnskap som er en stor faktor for hvor stor de vil være til diabetes komplikasjoner. Reelle sub faktorer er også hva de individuelt spiser og drikker, og hvor fysisk aktiv de er. På bakgrunn av sosiale og religiøse relasjoner som ligger i det store bildet, vil det ikke være nok med kunnskap om sykdomsfremmende faktorer til enkelte individer (Skafjeld og Graue, 2013).

I mange av Midtøsten eller Sørøst-Asiatisk kulturer, blir leger sett på som de med kunnskap. De har lite tillit til andre helsepersonell. I studien gjort av Jager. M. J og Sande. R (2019) kommenterer en deltaker " *R07: 'Ok, Sannheten er at jeg leste ikke det. Ja mine barn leste det.(...) Nei, det interesserer meg ikke, (...) Hvis du gjøre det måten du bør gjøre det på, du kommer til å dø av sult. Jeg er ikke enig med hva vi diskuterte hos dietetikker siste gang. Jeg kan ikke og vil ikke gjøre det og sånt av diet eksisterer ikke"* (Jager og Sande, 2019). I møte med pasienter fra ikke-vestlig bakgrunn, kan sykepleiere bruke kultursensitivitet. Det vil si å bruke både følelser og fornuft, også høre , se og fange opp intensjonen bak ordene for å skape forståelse. Kroniske sykdommer, egenomsorg, forebyggende helsetiltak og myndiggjøring er begreper som kan være ukjent hos pasienter med minoritetsbakgrunn. I noen kulturer kan medbestemmelse oppfattes som helsepersonell er uvitende og har manglende kunnskap(Skafjeld og Graue, 2013).

I litteraturstudiet til Vik, J(2017) utfordringer for sykepleiere i møte med pasienter med kulturell bakgrunn. Utfordringer sykepleiere møter er kommunikasjon, forståelse og ulik forståelse av helse og sykdom. Hovedutfordringen med pasienter med ikke-vestlige innvandrere at sykepleiere kan være opptatt av forskjeller, det vil da legge ensidig vekt på forskjeller og særegenheter. Det kan bygge opp for at sykepleiere får stereotypiske oppfatninger og fordommer mot pasienter med annen kulturell bakgrunn (Christiansen, 2013). Andre utfordring i møte med flerkulturelle pårørende er at

de vil delta i ulike former for pleie av pasienten, da sykepleier må bytte fokus fra en mer tradisjonelt pedagogisk veiledningsfokus til en mer utpreget forhandlingsposisjon.

Familiemedlemmer til pasienter vil ha behov for informasjon og veiledning fra helsepersonell. For å forstå pasientens muligheter og utfordringer, er det viktig å holde åpen dialog. (Christiansen, 2013) . “En god dialog kjennetegnes av likeverdighet mellom partene, selv om veilederen har mer kunnskap enn veisøkeren.” Bakthin (1986) (Tveiten, 2008. s, 80). I studien til Contreras, O. P (2019) kommer det frem at familie tradisjoner og normer kan være til hinder for vellykket livsstilsendring og samtidig familie støtte er viktig for en vellykket livsstilsendring. Det viser seg at familie spiller en kjerne rolle for livsstil. Samtidig som pasienten må være samarbeidsvillig så må sykepleier også verdsette og respektere kulturelle forskjeller på individ og gruppenivå. Det er sykepleierens plikt å ha flerkulturell perspektiv ovenfor pasient og pårørende (Tveiten, 2008). En studie gjort i Kina skulle sjekke hypotesen om sammenheng mellom Flerkulturell kompetanse av sykepleiere henger sammen med pasient tillit. De kom frem til tre aspekter av studiet, flerkulturell kompetanse, kommunikasjon positive atferd, tillit bygging atferd, og pasient medvirkning var faktorer som hadde innvirkning på pasient fornøyelse. De mener at kulturell kompetanse av sykepleiere og pasient fornøyelse henger sammen med pasient tillit. Kommunikasjon var kjernen til tillit, pasient medvirkning kan redusere konflikter (Wang. H, 2018).

I en studie gjort av Caballero(2018) kommer frem til viktigheten av kulturell kompetanse hos helsepersonell. Det har positive innvirkning på pasient og helsepersonell forhold, flerkulturell kompetanse er essensielt for å ha produktiv kommunikasjon. Kulturell forståelse er ikke streng tatt at du må snakke samme språk som pasienten men heller kompetanse om være oppmerksom, og bli interessert i pasientens helse, tro, vaner, helse og sykdom forståelse og kunne kommunisere på en respektable måte. Annen studien gjort av McEwen. M.M (2019) kommer det frem at diabetes selvmestring undervisning og familie støtte, viser seg å ha langsiktig positive resultater, for at det skal tre i kraft så må helsepersonell aktivt og kontinuerlig samarbeid med familiemedlemmer.

Det er viktig at sykepleiere som skal jobbe med minoritetsgruppen har kunnskap om den enkeltes religion og elementer som kan betydning for veiledningen. For noen det å følge religiøse ritualer være viktigere veiledningen eller behandling, det er viktig å kartlegge dette og ta hensyn til det (Skafjeld og Graue, 2013).

5.3 Kulturelt tilpasset veiledning for sykepleie

For å utføre en god veiledning, så er det viktige å følge veiledning faser som er i følgende rekkefølge: Planleggings fase, bli kjent/bli trygg-fase, Arbeidsfase, Avslutningsfase og bearbeiding (Tveiten, 2008). Det er viktig for veilederen å beholde sin observatørrollen, dersom det skal handle om personens behov. Utfordringen for observatør rollen er at hun/han får ikke delt personlige erfaringer og opplevelser. Slik kan det blir vanskelig å gjenkjenne erfaringer til veilederen hvis personen ikke har gått gjennom lignende. For å øke tillit og trygghet til å dele og reflektere sine egne erfaringer, må veilederen benytte seg av gode kommunikasjonsferdigheter (Tveiten, 2008). Veiledningen blir sterkere hvis fokuset flyttes fra instruksjon og undervisning til læring og mestring. For å kunne hjelpe diabetes pasienter med endringsprosesser, så er det viktig å individualisere og tilpasse informasjon og veiledning til bruker (Christiansen, 2013).

For å kunne utforme gode mål, samarbeidet mellom sykepleien og pasienten er avgjørende faktor. Det at pasienter er med på medbestemmelse av mål vil forsterke pasientens bevissthet, ansvarlighet og motivasjon for å lære. Det er viktig å planlegge både delmål og langsiktige mål, også at sykepleiere har åpen og lydhør til både kort og langsiktige mål. Det er også viktige at disse målene støttes opp under pasientens egne mestringsprosesser. Målene kan bli satt opp i klassifikasjonssystem ranger, slik at målene er delt i kunnskapsmål, ferdighetsmål og holdningsmål og det er sykepleierens oppgave å vurdere disse målene underveis(Christiansen, 2013). I veiledningen er det viktig for veisøkeren å forstå veiledningens "hva". Spørsmål kan virke som et godt virkemiddel for å få veisøkeren med på dialogen. Det kan være vanskeligere for pasienten å ytre seg selv ved hvorfor-spørsmål. Da er det greit å stille spørsmål som kan være direkte rettet mot følelser som pasienten kjenner ved ulike tider,

hvordan pasienten opplevde noe, om pasienten hadde behov for det eller hvordan noe kunne bli gjort annerledes (Tveiten, 2008). Sykepleieren kan benytte seg av kontrakter både i enkle individuelle veiledninger og i gruppeveiledninger (Tveiten, 2008). Sykepleiere kan også benytte seg av dagbok der en veileder kan skrive dagboksnotater, der alt av ny lærdom, spørsmål og egne opplevelser kan dokumenteres. Ved å skrive ned dagboksnotater kan dette gagne både veileder med å forstå veisøkerens kontekst bedre (Tveiten, 2008).

Kontekstuelt særpreg – menneskelige og materielle ressurser av didaktiske relasjonsmodellen handler om kontekst og situasjon som igjen går ut på når og hvor veiledningen skal skje. Det er tre situasjonstyper som blir beskrevet, problematiske situasjoner, ikke-problematiske situasjoner, problemidentifiserende situasjoner. I diabetisk sammenheng er de problemidentifiserende situasjoner sentrale, der fokuset ligger i forebyggende aspekter. Hvor sykepleiere jobber med helse relaterte utfordringer, og dermed hjelpe pasientene med å unngå senkomplikasjoner med diabetes og samtidig gi bedre livskvaliteten (Christiansen, 2013).

Bruk av didaktiske relasjonsmodellen til å finne de problemidentifiserende situasjoner for å kunne forebygge senkomplikasjoner (Christiansen, 2013). En studiet gjort i Norge så hvordan ikke-vestlige innvandrere håndterte type 2 diabetes, det å leve med diabetes var både fysisk og psykisk byrde. De kom frem til at helse relaterte utfordringer disse pasientene hadde var mat adferd og fysisk aktivitet, overvekt var på bekymrings nivå. Noen av deltakerne skjønnte ikke at diet var en viktig del av forebygging, og de som skjønnte det innrømte ikke at de har startet sunt kosthold. Det hadde dårlig fysisk aktivitet som anbefalt av Nasjonal faglig retningslinje for diabetes type 2, minimum 150 minutter i uken med moderat til intensiv aktivitet (2021) Kompetanse hos ikke-vestlige innvandrere er varierende fra gruppe til gruppe, både kompetanse og språk er utfordringen (Abuelmagd. W, 2019). Selv noen individuelle i en minoritetsgruppe kan ha mer eller mindre kunnskap om mat og hva som er sunt og usunt. Det er viktig å merke seg at det er individuelt atferd som følge av kunnskap som er en stor faktor for hvor stor de vil være til diabetes

komplikasjoner. En alternativ til kostholdsveiledningen vil dermed være å inkludere en hel familie, og ikke bare en enkeltperson. Det er fordi enkeltpersoners identitet ofte er knyttet til gruppetilhørighet (Skafjeld og Graue, 2013).

Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid inngår i veiledningen. Sykepleier har ansvaret for å informere, lytte, motivere, støtte, spørre, undervise og prosessvurdere. Uansett hvilke metode man bruker så har pasienten en aktiv rolle i veiledningen. Det er viktig at sykepleiere gir rom til pasienten slik at han/hun har rom kunnskap, tid, ro, og for pasientens medvirkning i avgjørelsen om oppfølging og behandling. Det er også viktig å ta hensyn til pasienten sin opplevelse av situasjon, sørge for at han/hun blir respektert og sett, og at pasienten ikke føler seg presset til å lære (Christiansen, 2013).

Ifølge Christiansen (2013) så vil en kombinasjon av skriftlig og muntlig informasjon øke kunnskapen hos pasienten. I Iran gjorde de en klinisk undersøkelse basert på diabetes selvmestring undervisning/veiledning (DSME) det var en kontroll gruppe hvor de fikk vanlig undervisning og andre gruppe hvor de fikk i tillegg til vanlig undervisning, veiledning av sykepleiere i 24 uker ved å følge Albert Bandura's teoretisk rammeverk for mestringsevne og motivasjon intervjuer. Mestringsevne ble tolket som dømming av deres kapasitet til organisere og klare å fullføre mål, Motivasjon intervjuer var undervisningsmetode for å endre atferd. Deltakerne fikk brosjyrer og måtte se 10 minutters film hver uke i 4 uker. I tillegg til dette så hadde de gruppe diskusjoner hver uke, målet var øke kunnskap, mestringsevne og lære nye ferdigheter, samtidig som få støtte og høre andres erfaringer. Etter 2 måneder disse gruppe diskusjoner var endt, fikk de oppfølging med telefonsamtaler en gang i uken. Målinger ble også gjort, blodsukker, HDL, LDL, HbA1c, og BMI. Etter 24 uker fant de ut at deltakerne hadde redusert HbA1c, vekt reduksjon, diet atferd forandringer. De mente at sosial støtte hadde positive innvirkninger og ble delt som viktig faktor. Mål om atferdsendring kan oppnås med motivasjon og forbedre mestringsevne (Soh. K. L, 2018).

Gruppeveiledning kan brukes som en læringsressurs, hvor pasienter kan lære av hverandre. Konseptet ved gruppeveiledning er selvhjelpsgrupper. Det at man hjelper seg selv gjennom å hjelpe andre som er i samme situasjon, ikke minst de med samme kulturetnisk- bakgrunn. Det pasienten lærer på sykehus/poliklinikk/helsehus skal anvendes på hjemme arena, selv om pasienten kan mestrer noe på disse arenaene så har ikke pasienter anledning til å spørre når pasienter først er hjemme og skal aktualisere det han/hun har lært (Christiansen, 2013). Kanskje vi som sykepleiere skal ha bedre oppfølging? eller bruke smarttelefoner til veiledning?

I studien som ble gjort i England, prøvde to gruppeveiledning med tilbakemeldinger for å finne atferden endringer, og forbedre selvmestring til type 2 diabetes pasienter. De brukte COM-B som står for (capability, opportunity, motivation and behaviour) som er en del av BCW (behaviour Change Wheel) de kom frem til at ved bruk av gruppeveiledning for selvmestring undervisning og veiledning. Hvor pasienter fikk informasjon om konsekvenser av helse og atferd som kunne forbygge, de fikk sosial støtte og sosial sammenligning hvor de utvekslet sine meninger og erfaringer i samme kulturetnisk gruppe. Pasienter fikk instruksjoner hvordan gjøre fysiske aktiviteter og hvordan lage sunt kosthold. De brukte også videoer laget av helsepersonell/de med vellykket selvmestring for å kunne motivivere eller tips til pasienter for selvmestring, og fikk tilbake meldinger på deres atferdsendring resultater i form av målinger som blodresultater. De satte mål som var spesifikke, målbare og mulig å oppnå, realistiske, og tidsbasert. Ved å bruke sunt kosthold og aktiv livstil for diabetikere (HEAL-D) tiltak i samsvar med teoretiske modeller for adferd endringer vil gi positive resultater som bevisbasert praksis (Goff. M. L, 2019). Fordelen med gruppeveiledning er at det vil utvikle fellesforståelse blant ikke-vestlige innvandrere samtidig som det vil forsterke veiledningseffekt og innlæring hos de med samme etnisk bakgrunn og pårørende. Det vil også motvirke de sosiokulturelle utfordringer (Christiansen, 2013).

I en klinisk undersøkelse hvor de sammenlignet individuelt veiledning med hjemmebesøk gruppe og veiledning med gruppeundervisning gruppe, kom de frem til ved bruk av "Empowerment" myndiggjøring av pasienter om diabetes

type 2. De fant ut at gruppeveiledning viste bedre resultat av mål oppnåelse og glukosehemoglobin nivå (Torres. H. C, 2017)

Pasientens og pårørendes forutsetninger for læring og mestring: ifølge pasientrettighetsloven § 3-5 skal helsepersonell ta hensyn til pasienters forutsetninger, for eksempel alder, modenhet, erfaring, og kultur –og språkbakgrunn. Det gjelder også sykdomsfase og tilstand, det vil påvirke evne til læring og mestring. Sykepleiere skal kartlegge ønsker, behov, verdier, og hvordan pasienten oppfatter sin situasjon før de gjennomfører et veiledningsopplegg. For å kunne kartlegge det godt og gjennomføre det, så er det viktig at sykepleiere er lydhør og etterspør. Pasienter kan ha angst av forskjellige grunner; nye betingelser i tilværelser, nye ferdigheter som skal tilegnes. Det kan være at det er ulikheter i kulturetnisk bakgrunn som gjør at de har en annen forståelse enn det som blir antatt av sykepleiere. Andre faktorer som kan innvirke på mestring og læring er konsentrasjon og ulikt syn på bedring. Motivasjonen til livstilendringer vil være der, på grunn av helse relaterte årsaker, men det vil variere etter hvilke vaner/ livstil endringer de må gjøre. Ettersom vaner kan være på lik linje med avhengighet, blir det krevende for pasienter å ende disse vanene. Sykepleiere må passe på å ikke demoralisere pasienter slik at pasienter ikke føler seg krenket eller skambelagt (Christiansen, 2013).

Det kan være utfordrende å møte personer som har andre verdier, normer og egenskaper. Det kan også være utfordrende at personen bevisst unngår å endre atferd eller unnlater å ta ansvar (Tveiten, 2008). Det at sykepleiere får tak i innsikt i sentrale verdier, livssyn og ritualer som er av betydning i møte med pasienter og familien med ikke-vestlige innvandrere vil være avgjørende for å tilpasse veiledning. På den andre siden hvis sykepleiere som gir informasjon og veiledning ikke tar hensyn til pasientens verdier og egne forutsetninger, kan pasienten oppleve det som mangel på respekt for den enkeltes (Christiansen, 2013).

Sykehus/helsehus er et nytt miljø for pasienter, og dermed vil de påvirke deres evne til å uttrykke seg og motta informasjon. Grunnen til dette kan også være at de er på samme rom med flere andre. For at pasienten skal være medbestemmende og deltakende så forutsettes det at pasient og/eller pårørende er velinformerte (Christiansen, 2013). I dagens vestlige samfunn så har mange av pasienter enn høyere inngang av " Health literacy " enn de med ikke-vestlige bakgrunn. Selv om spørsmålet om tilgjengelighet av helsepersonell fremstår, så er det viktig å understreke at mange av ikke-vestlige bakgrunn ikke har bra språkkunnskaper som igjen vil hindre pasienter fra å stille spørsmål eller uttrykke seg (Christiansen, 2013).

Angående kommunikasjon med pasienter og pårørende med ikke-vestlige bakgrunn, handler det om at sykepleiere skal ha egenskapen til å adaptere seg til deres kulturetnisk bakgrunn. Verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter er sentralt i sammen handling med minoritetespasienter. Hvor verbale kommunikasjon er artikulert språk og nonverbale kommunikasjon er tegnspråk, billedkunst, enkelt og kroppsspråk og mimikk. Hvis språkforkjeller er åpenbart så kan profesjonell tolk bli brukt, kan også bruke familietolking men skal være varsom ved bruk av familiemedlemmer. (Christiansen, 2013).

Ved bruk av tolk bør som familiemedlemmer kan informasjon ofte bli korrumpert. Enten om noen ord mangler, eller om andre beskrivelser blir lagt til. Det er derfor en forutsetning at det blir tatt i bruk en fagperson eller profesjonell i dette fagfeltet (Skafjeld og Graue, 2013). Sykepleiere med samme kulturetniske og språkbakgrunn kan gi veiledning eller undervisning (Christiansen, 2013).

Innhold i informasjon og helseveiledning. For å kunne gi god pedagogisk praksis, kreves det at sykepleiere har god kompetanse i det de skal undervise/veiledet. Både pasienter og pårørende bør være med deltakende i planleggingen av innholdet (Christiansen, 2013). I Finland gjorde de en studiet hvor de ville se nærmere på flerkulturell kompetanse opplæring hos sykepleiere for enklere samhandling i møte med kulturer. Sykepleiere før opplæring forventning om

flerkulturell kompetanse opplæring var noe kjapp løsning eller veiledning om flerkulturell kompetanse undervisning. Svake side med undervisning om fakta om kulturer kan øke risiko for stereotypen, ignorere individuelle forskjeller. Etter undervisning om flerkulturell kompetanse fikk de et bedre forståelse av deres kultur og kommunikasjonsferdigheter som kan hjelpe med utfordringer som oppstår i tverrkulturell kommunikasjon. Deltakerne mente at flerkulturell kompetanse var viktig og engasjere til diskusjon om tverrkulturell. Fremtidig studier burde se inn mot lang-tid flerkulturell opplæring (Kaihlanen. A, M. 2019).

6.0 Konklusjon

Norge blir mer av flerkulturell samfunn, på likt linje med resten av verden. Denne utviklingen bringer på utfordringer for sykepleiere i møte med ikke-vestlige innvandrere med type 2 diabetes. For å kunne forebygge senkomplikasjoner hos ikke-vestlige innvandrere og gi dem bedre selvmestring med et sunt og aktivt liv. Fokuset med litteraturstudiet var å finne utfordringer ikke-vestlige innvandrere møter. Problemstillingen er *“Hvordan kan sykepleier gi kulturelt tilpasset veiledning til ikke-vestlige innvandrere med DM-2?”*.

Forskning viser: Mangel på flerkulturell kompetanse som sykepleiere må bevisst på øke kompetanse for å kunne veilede ikke-vestlige innvandrere på en god måte. Sykepleiere må ha kunnskap om ikke-vestlige innvandrere på en god måte. Sykepleiere må ha kunnskap om ikke-vestlige pasienter med diabetes type 2, hadde hindringer med sosiokulturell faktorer, ernæring og kommunikasjon for å endre livstil atferd.

Ikke-vestlige innvandrere har dårlig tillit til helsepersonell. Sykepleiere mangler flerkulturell kompetanse. Det forårsaker at sykepleiere og pasienter ulik forståelse av informasjon. Det har innvirkning på pasientens trygghet og

fornøyelse som henger sammen med pasientens tillit, og samtidig som pasienten ikke oppnår sine mål med veiledningen.

Det at det er mangel på flerkulturell kompetanse hos sykepleiere er viktig for å kunne bedre veiledet ikke-vestlige innvandrere. Sykepleiere kan benytte seg av problemidentifiserende situasjoner for å kunne forebygge senkomplikasjoner hos T2M pasienter. Sykepleiere må ha god kompetanse i det de skal undervise/veiledet for pedagogisk praksis. For at sykepleier skal utforme gode mål, så er det viktig at det er samarbeid mellom sykepleien og pasient, samtidig er det viktig at det planlegges delmål og langsiktige mål. Sykepleieren kan ta i bruk kontrakter og dagbok for å bevisstgjøre pasienten og forstå pasientens kontekst bedre. Det er viktig at sykepleiere er lydhør og etterspør for å kunne bedre kartlegge. Sykepleiere som skal veilede eller gi rådgivning må ta til hensyn til kultursensitivitet, følelser og fornuft, også høre, se og fange opp intensjonen bak ordene. Det er også en del av kvalitet i sykepleieutøvelsen. Det at sykepleiere må kunne kommunisere med ikke-vestlige innvandrere, holde åpen dialog for å forstå pasientens muligheter og utfordringer. Bli bedre kjent med pasienten, så er det viktig at sykepleiere har kunnskap om den enkeltes religion, religiøse ritualer, individuell verdier, ønsker, behov, livssyn, og oppfatning av egen tilstand. Sykepleiere må bli flinkere til å bruke profesjonelle tolketjenesten under veiledning, det er viktig at det er en fagperson eller profesjonell i dette fagfeltet. Sykepleiere som har samme etniskbakgrunn kan også gjøre veiledningen. Sykepleiere kan bruke gruppeveiledning til å motivere, utvikle fellesforståelse, sette mål som er spesifikke, målbare og mulig å oppnå.

7.0 Referanseliste:

Almås, H., Stubberud, D, Gl, og Grønseth, R. (red.), (2011) *Klinisk sykepleie 1*. 4 utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Alpers, L.M., og Hanssen, I., (2014) Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses self-assessment of cultural competency, *Nurse education today*, 34(6), tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24393288/> (hentet: 13.05.2021)

Abuelmagd, W., (2019) *Management of type 2 diabetes in Non-Western Patient Groups*. University of Oslo, Norway. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/72354> (hentet: 2.05.2021)

Abuelmagd, W., Håkonsen, H., Mahmood, K., Q-ul-A., Toverud, E. L., og Taghizadeh, N., (2017) Living with diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway *J immigrant Minority Health*, 20, s. 848-853 tilgjengelig fra: DOI 10.1007/s10903-017-0622-4 (hentet: 11.04.2021)

Abuelmagd, W., Osman, B. B., Håkonsen, H., Jenum, A. K., & Toverud, E. L. (2019) Experiences of Kurdish immigrants with the management of type 2 diabetes: a qualitative study from Norway, *Scandinavian journal of primary health care*, 37(3), s. 345–352. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639911> (hentet: 01.03.2021)

Christiansen, B. (red) (2013) *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Cioffi, J.M., (2007) Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards, *international journal of nursing practice*, 12(6) s. 319-325 tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/publication/6624449_Culturally_diverse_patient-nurse_interactions_on_acute_care_wards (hentet: 13.05.2021)

Christine, Rødal. (2012) Sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse, *Sykepleien.no* 100(4):(76-79). [10.4220/sykepleiens.2012.0028](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0028)
<https://sykepleien.no/forskning/2012/03/sykepleiere-trenger-flerkulturell-kompetanse> (hentet: 14.04.2021)

Cortez, D. N., Macedo, M.M. L., Souza, D. A. S., Santo, J. C. D., Afonso, G. S., Reis, I A., og Torres, H. de. C. (2017) Evaluating the effectiveness of an empowerment program for self-care in type 2 diabetes: a cluster randomized trial *BMC Public Health*, 17(41) tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3937-5>
(hentet: 04.05.2021)

Diabetesforbundet (2021) *komplikasjoner ved diabetes*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/felles/komplikasjoner/> (Hentet: 25.02.2021)

Fagfellesvurderte artikler (2016) tilgjengelig fra: <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/>
(hentet: 14.03.2021)

Folke Helse Instituttet(2017) *Diabetes*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/> (Hentet: 18.02.2021)

Goff, L, Moore, A, Stanton-Fay, S og Rivas, C (2019) Designing the Healthy Eating and Active Lifestyles for Diabetes (HEAL-D) self-management and support programme for UK African and Caribbean communities: a culturally tailored, complex intervention under-pinned by behaviour change theory, *BMC Public Health* 19 (1146) tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7411-z>
(Hentet: 11.05.2021)

Goff, M. L., Moore, A., Rivas, C., og Harding, S., (2019), Healthy eating and active lifestyles for diabetes (Heal-D): study protocol for the design and feasibility trial, with process evaluation, of a culturally tailored diabetes self-management

programme for African-Caribbean communities, *BMJ journal*, 9(2), tilgjengelig fra: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/2/e023733> (hentet 10.05.2021)

Govere, L., og Govere, E. M., (2016) Providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature, *Sigma global nursing excellence*, 13(6) s. 402-410, tilgjengelig fra:

<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12176> (hentet: 15.05.2021)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#%C2%A740 (Hentet: 27.02.2021)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017) *Nasjonal diabetesplan 2017-2021*.

Tilgjengelig fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal_diabetesplan_171213.pdf (Hentet: 19.02.2021)

Helsedirektoratet (2021). Nasjonale faglig retningslinje for diabetes. Oslo:

helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes#referere> (hentet: 8.05.2021)

Jager, M. J., Sande, R. V. D., Essink-Bot, M-L., og van den Muijsenbergh, M.E T C., (2019) Views and experiences of ethnic minority diabetes patients on dietetic care in the Netherlands – a qualitative study, *European Journal of Public Health*, Volume 29(2), s. 208–213 tilgjengelig fra:

<https://academic.oup.com/eurpub/article/29/2/208/5094950?fbclid=IwAR0R0bJINHBERozpIM7QUXkPF6bmyPuYwoYWClmfmlOvoYaSpdxbeZc6rvq> (hentet: 04.03.2021)

Kaihlanen, A. M., Hietapakka, L., og Heponiemi, T., (2019) Increasing cultural awareness: qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence

training, *BMC nursing*, 18(38) tilgjengelig fra:

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0363-x>

(hentet: 24.04.2021)

Magelssen, R., (2004) Generell sykepleie: hva sier begrepet “transkulturell sykepleie” om vår virkelighetsoppfatning?, *Sykepleie.no*, 92(1) s. 43-47

tilgjengelig fra: [10.4220/sykepleiens.2004.0015](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0015) (14.05.2021)

McEwen, M. M., Pasvogel, A., Murdaugh, C., og Hepworth, J. (2017) Effects of a Family-based Diabetes Intervention on Behavioral and Biological Outcomes for Mexican American Adults, *The Diabetes Educator*, 43(3), s. 272-285 tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145721717706031> (hentet: 8.05.2021)

Magny-Normilus, C., Mawn, B., og Dalton, J. (2020) Self-Management of Type 2 Diabetes in Adult Haitian Immigrants: A Qualitative Study, *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 31(1), s. 51–58, tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1177/1043659619841586> (hentet: 24.04.2021)

Nicolaou, M., Doak, M. C., Brug, J., Stronks, K., van Dam, R.M., og Seidell, J. C. (2009) Cultural and social influences on food consumption in dutch residents of turkish and moroccan origin: a qualitative study, *Journal of nutrition education and behavior*, 14(4), s. 232-241, tilgjengelig fra: [https://www.jneb.org/article/S1499-4046\(08\)00701-X/fulltext](https://www.jneb.org/article/S1499-4046(08)00701-X/fulltext) (hentet: 8. 05. 2021)

Norsk Helseinformatikk (2021) *Diabetes type 2*. Tilgjengelig fra:

<https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-type-2/type-2-diabetes-oversikt/> (Hentet: 22.02.2021)

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 19.02.2021)

Olaya-Contreras, P., Balcker-Lungren, K., Siddiqui, F., og Bennet, L., (2019) Perception, experiences and barriers to lifestyle modifications in first-generation middle eastern immigrants to Sweden: a qualitative study, *BMJ Journals*, 9(10) tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028076> (hentet: 2.03.2021)

Osman, A., Curzio, J., (2012) South Asian cultural concepts in diabetes, *Nursing Times*, 108(10) s. 28-32 tilgjengelig fra: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/diabetes-clinical-archive/south-asian-cultural-concepts-in-diabetes-02-03-2012/> (hentet: 6.05.2021)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 (Hentet: 1.03.2021)

Santos, J., Cortez, D. N., Macedo, M., Reis, E. A., Reis, I. A., og Torres, H. C (2017), Comparison of education group strategies and home visits in type 2 diabetes mellitus: clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25 (e2979), tilgjengelig fra: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100409&lng=en&tlng=en (hentet: 9.05.2021)

Skafjeld, A., og Graue, M.,(red), (2013) *Forebygging, oppfølging, behandling Diabetes*. Oslo: Akribe (Wrap design)

Soh, K. L., Azami, G., Sazlina, S. G., Salmiah, S., Aazami, S., Mozafari, M., og Taghinejad, H., (2018) Effect of a nurse-led diabetes self-management education

program on glycosylated hemoglobin among adults with type 2 diabetes, *Journal of diabetes research*, doi: <https://doi.org/10.1155/2018/4930157> (hentet: 5.05.2021)

Statistisk sentralbyrå (2021) *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Tilgjengelig fra:

<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre> (hentet: 13.05.2021)

Suurmond, J., Uiters, E., Bruijne, M.C., Stronks, K., og Bot, M. L. E., (2011) Negative health care experiences of immigrant patients: a qualitative study *BMC health service research*, 11(10) tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-10> (hentet: 14.05.2021)

Thidemann, I. J. (2015) *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S., (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2 utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Utdanningsforskning.no (2021) *Hva er en fagfelleverdert artikkel?*. Tilgjengelig fra: <https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/> (Hentet 15.03.2021)

Vik, J., (2017) *å forstå og bli forstått*. Bachelor oppgave. Høgskulen på Vestlandet. Tilgjengelig fra: <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2447764> (hentet: 21.04.2021)

Wang, H., Tang, Ch., Tian, B., Zhang, Xi., Zhang, K., Xiao, X., og Simoni, J. M., (2018) The influence of cultural competence of nurses on patient satisfaction and the mediating effect of patient trust, *Journal of advanced nursing*, 75(4) s. 749-759 tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13854> (hentet: 29.04.2021)

World Health Organization(2020) *Diabetes*. Tilgjengelig fra:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (Hentet:

18.02.2021)