



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.06.11

Kandidatnr.: 56

Antall ord: 7017

Sammendrag

I løpet av min praksisperiode i hjemmetjenesten hadde jeg ansvar for en kvinne med diabetes med ikke-vestlig bakgrunn. I møtet med henne kjente jeg på stor usikkerhet og jeg ønsket å se nærmere på møtet mellom pasienter med ikke-vestlig bakgrunn og helsepersonell. Til dette har jeg brukt et litteraturstudium og 4 artikler blir presentert.

Diabetesbehandling krever at pasienten tar ansvar for egen helse. Forskning har vist at noen innvandrergupper har mindre evne enn andre til å drive egenomsorg. Årsakene til dette er sammensatte, men de viktigste er begrenset kunnskap innen diabetes sammen med kulturelle omstendigheter og holdninger. For å øke innvandreteres medvirkning når det gjelder helse spørsmål er det vist at empowermentgrupper lykkes i større grad enn individuell veiledning.

Helsepersonell som ønsker å styrke pasientens ressurser og samtidig tar hensyn til personens bakgrunn vil få bedre resultat enn den som er lite opptatt av kultur. En bør bruke kultur som en ressurs og ikke som en hindring, ved å bruke kulturell omsorg oppnår man dette. Det er viktig for helsepersonell å arbeide med å heve sin kulturelle kompetanse for bedre å forstå andres kulturer.

Abstract

In the course of my internship at the home visits I had a lady patient with diabetes that was not from the western countries. During our meetings I was always unsure and I thought it would be interesting to know more about the experience of patients from developing countries meeting with health workers.

This is a literature study based on IMRAD method that included 4 main researched articles which have been presented.

Diabetes treatments require that patients take charge of their health. Research has shown that some foreigners have less ability than others when it comes to self care. The reasons for this can vary but less knowledge about diabetes together with cultural beliefs and attitudes are the

most important. To increase foreigner involvement when it comes to health matters use of empowerment groups is more successful than individual consultation.

Health workers who wish to strengthen patient resources and at the same time care about patient background will get better results than those who show no interest in culture. One should use culture as source of strength rather than hindrance. This is can be achieved through use of culture care.

It is important that health workers strive to get more knowledge about culture to better understand other cultures.

Innhold

Sammendrag	i
Abstract	i
1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling	2
1.3 Oppgavens hensikt	2
1.4 Begrepsavklaring	3
1.5 Oppgavens oppbygging	4
2.0 Metode	5
2.1 Litteraturstudie	5
2.2 Databasen og søkeord	6
2.3 Etikk	7
2.4 Presentasjon av forskningsartiklene	8
3.0 Teori	12
3.1 Diabetes	12
3.2 Opplæring	13
3.3 Kost	13
3.4 Fysisk aktivitet	14
3.5 Kultur	14
3.6 Madeleine Leiningers teori	15
3.7 Empowerment	16
4.0 Drøfting	18
4.1 Et kulturelt perspektiv på sykdom og sykdomsbehandling	18
4.2 Å ta vare på egen helse	19
4.3 Å være litt rund eller trinn	21
4.4 Helsepersonell og tverrkulturell kompetanse	22

5.0 Konklusjon..... 25

6.0 Litteraturliste I

1.0 Introduksjon

På verdensbasis har mer enn 220 millioner mennesker diabetes og i 2004 døde cirka 3,4 millioner av dette. Mer enn 80 % av de som døde av diabetes var fra ikke-vestlige land. WHO regner med at innen 2030 vil diabetesdødeligheten dobles (WHO 2011). Enkelte folkegrupper i verden har økt risiko for diabetes type 2 og med innvandring vil også Norge se en økning av denne pasientgruppen. Noen av innvandrerne til Norge kan være genetisk utsatt for diabetes og andre har en livsstil som gir høy risiko for diabetes (Folkehelseinstituttet 2011).

Innvandrere i Norge består av personer med bakgrunn fra 215 ulike land og selvstyrte regioner. De har kommet hit som flyktninger, arbeidsinnvandrere, for å ta utdanning eller gjennom familierelasjoner til noen i Norge (Statistiske sentralbyrå 2011).

I dag er det omlag 600 900 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør disse gruppene 12,2 prosent av befolkningen. Omlag 287 000 personer har bakgrunn fra Europa, 210 000 personer har bakgrunn fra Asia, 74 000 har bakgrunn fra Afrika og 19 000 har bakgrunn fra Sør- og Mellom-Amerika. I tillegg er det 11 000 personer med bakgrunn fra Nord-Amerika og Oseania (Statistiske sentralbyrå 2011).

Globalisering av helse og flerkulturelle samfunn er en økende trend og dette kan bidra til å øke forskjellene og ulikhetene mellom grupper og folk i et samfunn. Det betyr at kunnskap om ulike kulturer vil være viktig for å fremme helse i alle grupper (Leininger 2006).

I helsepersonells utfordring når det gjelder å hjelpe brukeren til å opprettholde sin livskvalitet trenger denne å ha nok kulturell kunnskap og tillit til brukerens medbestemmelse (Leininger 2006).

I et flerkulturelt samfunn vil kontakten mellom helsepersonell og pasienter med innvandrerbakgrunn og diabetes øke og dermed også behovet for kunnskap om pasientens tro, helse- og sykdomsoppfattelse (Leininger 2006).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av praksisperiode tre i hjemmetjenesten hadde jeg ansvar for en kvinnelig diabetespasient med ikke-vestlig bakgrunn. Pasienten var rundt 68 år gammel og bodde med familien sin, hun kunne ikke norsk og vi kommuniserte med tegn- og kroppsspråk. Siden denne pasienten hadde diabetes målte vi blodsukkeret hennes. Når målingene viste høye verdier pekte hun på munnen sin. Vi måtte tolke om tegnet hun gjorde betydde at hun nylig hadde spist eller om det var et spørsmål om hva hun burde spise.

I møtet med pasienten ble jeg spesielt berørt av at jeg følte på usikkerhet og hjelpeløshet i samhandlingen med henne. Jeg så klare begrensninger hos helsepersonell som skulle hjelpe og støtte innvandrepasienter. Den første hindringen var språket, men jeg hadde også for lite kunnskap om pasientens sykdomsoppfattelse, erfaringer med sykdom og evne til egenomsorg til å kunne hjelpe henne med å leve med diabetes. I tillegg til dette gjorde jeg meg noe tanker om hvordan pasienten kanskje opplevde møtet med oss og om hvordan denne kontakten kunne ha vært annerledes. Jeg ønsket å se nærmere på hvordan man som helsepersonell kan tilnærme seg dette temaet.

1.2 Problemstilling

Møtet mellom innvandrere med diabetes og helsepersonell sett i lys av kultur og *empowerment*.

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan kultur kan ha betydning for helse. Oppgaven skal vise hvordan innvandrergrupper i Norge tar med seg sin kultur også når det kommer til helsespørsmål og hvordan dette kan være en utfordring for helsepersonell. For at helsepersonell skal hjelpe disse pasientene er det viktig at helsepersonell hever kunnskapsnivået rundt hvorfor og på hvilke bakgrunn disse gruppene foretar de valgene de gjør. Det er mange viktige aspekter med kultur, språket er ikke det eneste som gjør møtet med innvandrepasienter til en spesiell utfordring.

1.4 Begrepsavklaring

Kultur

Begrepet kultur har en rekke ulike meninger i ulike situasjoner. I en kontekst kan det bety å dyrke jord eller skog, begrepet brukes mye sammen med kunst og musikk eller ordet kultur kan være det en gruppe mennesker har til forskjell fra en annen gruppe mennesker.

Kultur innebærer at folk gjør hva de vet eller hva de er vant med. Kulturbegrepet i denne oppgaven er tilsvarende livsform eller handlingsskjemaer (Thorbjørnsrud 2009).

Når flere kulturer er samlet i et land vil folk leve på forskjellige måter med tanke på maten de spiser, aktiviteter, vaner, språk, oppfattelse av helse og sykdom, egenomsorg, tro osv (Thorbjørnsrud 2009).

Transcultural nursing

Transkulturell sykepleie bygger på Leiningers teori «Culture Care Theory», som belyser omsorgsforskjeller og -likheter i ulike samfunn. Culture Care-teorien anvendes for å studere hvordan sosiale og kulturelle faktorer, etno-historie, språk, virkelighetsoppfatning og miljø kan påvirke omsorgsresultatet.

Leininger presenterte transkulturell sykepleie som et formelt studie- og praksisfelt i 2006 hvor det fokuseres på kulturelt betingede omsorgsverdier, forestillinger og handlingsmønstre blant individer/grupper fra bestemte kulturer i den hensikt å kunne gi kulturelt tilpasset omsorg til folk (Leininger 2006).

Empowerment

WHO sier ”in health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health”(WHO 1998 s 6). Videre sier WHO at empowerment kan være både sosiale, kulturelle, psykologiske og politiske prosesser som skal fylle forskjellige behov. Prosessene kan skje både på individnivå, på gruppe- eller samfunnsnivå. Målet er at de involverte skal få større innflytelse og kontroll på faktorer som påvirker deres helse og livskvalitet (WHO 1998).

1.5 Oppgavens oppbygging

Når en skriver bacheloroppgave er det vanlig at man bruker litteraturstudie som metode. Som alle andre oppgaver skal oppgaven bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode. Litteraturen er informasjonskilden på lik linje som respondenten er informasjonskilden ved intervjuer. Litteraturdata for resultatredgjørelse er greiest å hente fra et antall vitenskapelige artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter. I drøftingsdelen setter man innsamlingsdata fra litteraturen i dialog med bakgrunns litteraturen og drøfter ut fra formål og spørsmålsstillinger (Olsson og Sørensen, 2003).

Oppgaven er bygd opp på en IMRAD metode.

2.0 Metode

En metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på, en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap. Auberts (1969) definisjon av metode er formulert slik:

”En metode er fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”
(Aubert 1969 s 196).

Metoden man velger gir rettleiding på hvordan en kan komme seg til mål. En velger en metode for å få ønsket data og svar på spørsmålene man har stilt seg (Aubert 1969).

2.1 Litteraturstudie

Ifølge Forsberg og Wengstöm (2008) innebærer litteraturstudie at en systematisk søker, kritisk gransker og sammenfatter litteraturen innenfor et emne eller et problemområde. Ved å bruke litteraturstudie som metode baseres oppgaven på aktuell kunnskap fra bøker, fag- og forskningsartikler. Det innhentes vanligvis data fra et vist antall vitenskapelige artikler og rapporter. For at en skal kunne gjøre en god og systematisk studie er det en forutsetning at det finnes nok studier av god kvalitet. Data fra studier utgjør grunnlaget for vurderinger og funn.

En av fordelene ved litteraturstudie er at materialet er lett tilgjengelig. En kan finne omfattende forskning på kort tid som er aktuell for temaet en er interessert i. Ved å bruke allerede publiserte artikler kan en spare ressurser ved at man ikke trenger utforske alle sider av et tema på nytt. Ny kunnskap kommer frem når en setter sammen ulikt forskningsmateriale (Dalland 2007).

Ulempen ved bruk av litteraturstudie er at en bruker sekundære kilder. En må være bevisst på at forskningsfunn gjort i en kontekst kan være vanskelig å flytte over i en annen kontekst. For eksempel kan resultatene fra forskning gjort i et land i en spesiell tidsperiode sjelden gi generelle svar på en problemstilling. Det kan også ha betydning at resultatene fra en forskning kan reflektere forskers eller eksperters perspektiv innen et tema (Dalland 2007).

2.2 Databasen og søkeord

Når en søker ”diabetes” på Bibsys er det enorme mengder artikler som kommer opp. Det betyr at det er forsket mye på diabetes. Ved søk på ”diabetes og minoritet” finnes det noen få artikler der flesteparten er britiske eller fra USA.

Databasen

CINAHL

Proquest

Svemed

Søkeord

Quality of life and diabetes.

1960 resultat.

Diabetes i Sverige

183 resultat.

Hjelm som forfatter

57 resultat.

Diabetes patients experience and coping,

15 resultat

Diabetes nurse patient experience

68 resultat

Følgende artikler skilte seg ut og er valgt for oppgaven:

- 1) Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden, av Hjelm, Bard, Nyberg og Apekqvist, (2003).
- 2) Diabetes: Cross-cultural interview study of immigrants from Somalia, av Wallin, Löfvander og Ahstrom, (2007).
- 3) Type 2 diabetic patient's experiences of two different educational approaches, av Adolfsson, Starrin, Smide og Wikblad, (2008).
- 4) What role do nurses play in type 2 diabetes care in the community? Av Peters, Hutchinson, Mackinnon, McIntosh, Cooke og Jones, (2001).

Disse 4 artiklene belyser oppgavespørsmålene på ulike måter. Den ene artikkelen beskriver hvordan innvandrere med ikke vestlige bakgrunn oppfater diabetes. Den andre belyser hvilke betydning kultur, tro og holdninger ulike pasienter har når det gjelder å søke helsehjelp. Den tredje artikkelen er en studie om hvordan kvinner med diabetes i Sverige opplever to forskjellige veiledningsmetoder og i den siste artikkelen viser forfatterne hvilken rolle kommunale sykepleiere har i møte med diabetespasienter som bor hjemme.

2.3 Etikk

Etikk betyr at en har gode vaner og en metode som ikke ødelegger andres verdier i livet. En forskers mål eller interesse for ny kunnskap og innsikt må ikke gå på bekostning av den enkeltes integritet eller velferd (Olsson og Sørensen, 2003).

Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden. I dag kan ingen som arbeider med forskningsetikk unngå å forholde seg til Helsinkideklarasjonen (Førde 2009). Deklarasjonen ble utformet av Verdens legeforening i 1964. Bruk av uavhengige etiske komiteer understrekes i nytt utkast til Verdens legeforenings etiske retningslinjer for forskning som involverer mennesker (Førde 2009).

To artikler jeg bruker i denne litteraturstudien var godkjent av universitets etiske komité, de to andre artiklene har ikke nevnt noe om dette. Av disse to siste artiklene er den ene publisert i Journal of Nursing og den andre i Journal of advanced nursing, begge disse tidsskriftene har anerkjente etiske retningslinjer for publikasjon (Graf, Wager, Bowman, Fiack, Lichter & Robinson 2007).

2.4 Presentasjon av forskningsartiklene

Her er de fire hovedartiklene som blir presentert i oppgaven:

Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden.

I forskningsstudien utført av Hjelm, et al. (2003) var målet og utforske hvordan kulturell oppfattelse av helse og sykdom påvirker egenomsorg og vaner for innvandrerkvinner med diabetes som bor i Sverige. Data var samlet inn ved bruk av gruppeintervju. Utvalget bestod av kvinner som hadde hatt diabetes i mer enn 1 år og som hadde mindre enn 9 års utdanning. 41 deltagere var involvert, 13 fra arabiske land, 13 fra tidligere Jugoslavia og 15 var svenske. Resultatet var at alle hadde søkt om helsehjelp fra fastlegen sin etter at de hadde fått diagnosen diabetes mellitus type 2. Arabiske kvinner hadde ikke tenkt at symptomer de hadde hatt, som for eksempel tretthet, tørste eller polyuri kunne være relatert til diabetes, mens svenske kvinner derimot hadde tenkt på diabetes og derfor søkt om legehjelp. Studiet konkluderte med at forskjellen mellom arabiske, jugoslaviske og svenske kvinner med diabetes sin oppfattelse av helse og sykdom er påvirket av kulturelle og religiøse forhold. Forfatterne viser at kultur har betydning for hvordan en oppfatter sykdom som igjen har betydning for egenomsorg og søking av helsehjelp. Dette viser at pasientens evne til egenomsorg er avhengig av personens sykdoms- og helseoppfatning som igjen påvirkes av kultur i stor grad.

Diabetes: Cross-cultural interview study of immigrants from Somalia.

I denne kvalitative intervjustudien fra Sverige utført av Wallin, et al. (2006) var målet å finne ut hvordan innvandrere fra Somalia med diabetes opplever hverdagen, hvordan pasientene taklet diabetesrelaterte problemer med inklusjon av et kjønnsperspektiv. Bakgrunnen for studiet var å vise at for at helsepersonell skal kunne bidra i best mulig grad til å bistå pasienter med ulik etnisk bakgrunn, må de ha en forståelse av sykdomsopplevelsen hos de forskjellige etniske gruppene. Det hadde ikke blitt gjennomført en studie vedrørende personer med somalisk bakgrunn med diabetes i Sverige før dette. Studien var designet som kvalitative intervju av 19 diabetespasienter født i Somalia med nåværende bosted i Sverige. Metoden var tverrkulturelt intervju ved hjelp av tolk. Resultatene etter intervjuene ble analysert i

kvalitativ metode etter tema. Resultatet av studien var at fire opplevelse som karakteriserer informantenes erfaringer med diabetes ble identifisert:

- Erfaringer med negativt stress i hverdagen.
- Livet forsetter som før.
- Sykdomsopplevelse med noe form for mestring.
- Noen klaget.

Studien fant at mange diabetespasienter hadde fullført flere behandlingsråd fra helsepersonell, men at de hadde problemer med kostendringer fordi det passet dårlig med somalisk kultur.

Type 2 diabetic patient's experiences of two different educational approaches.

I denne kvalitative studien utført av Adolfsson, et al. (2008) i Sverige var målet å utforske pasientene sine erfaringer etter å ha deltatt i en empowermentgruppesamling. Metoden gikk ut på at 28 pasienter fra syv forskjellige helsestasjoner ble intervjuet, av disse hadde 14 stykker fått individuell veiledning og resten hadde deltatt i 4-5 empowerment samlinger. Det ble funnet tre ting som skilte de to tilnærmingene, nemlig relasjon, læring og kontroll av sykdom. Relasjonen i den individuelle veiledningen var vertikal hvor veileder var den som gav informasjon og pasienten lyttet, mens i empowermentsamlingene var relasjonen horisontal mellom deltagerne noe som skapte tillit og en følelse av likhet. Studien konkluderte med at vertikal relasjon, læring ved samsvar og ytre kontroll begrenser pasientens evne til å ta ansvar for egen sykdom. På den andre siden vil horisontal relasjon, deltagende læring og egen kontroll kunne bidra til å styrke pasientens evne til egen omsorg og til å påvirke pasientene til å engasjere seg i eget sykdomsbilde.

What role do nurses play in type 2 diabetes care in the community?

I Delphi studiet utført av Peters et al. (2001) i Storbritannia, var målet å identifisere synspunkter på sykepleiers rolle nå og i fremtiden i kommunehelsetjenesten for diabetespasienter. En Delphi studie var brukt som metode for å belyse og vurdere ulike synspunkter fra et tilfeldig utvalg av sykepleiere og diabetessykepleiere. Begge grupper hadde mye erfaring med diabetes og jobbet i Storbritannia. 97 sykepleiere og 69 diabetessykepleiere deltok i undersøkelsen. Størst enighet var det rundt tema som klinisk

effektivitet, revisjon, kunnskap, utdanning, og erfaring. Det var uenighet både mellom individer og grupper om emner som ansvar, forskrivning, tjenesteavlevering, ressurser og pasientfakta. I konklusjonen har denne Delphi studien identifisert to nøkkelområder som er avgjørende for at diabetespasienten skal få god hjelp i kommunehelsetjenesten, kvalifiserte og oppdaterte sykepleiere og tilstrekkelig med ressurser. Det er også viktig at sykepleier bruker god tid med pasienten, spesielt til rådgiving.

2.5 Kildekritikk

De to første artiklene omhandler innvandrere i Sverige. Selv om Norge og Sverige er naboland betyr ikke det at forholdene er identiske. Somaliere som bor i Sverige kan være en annen gruppe enn de som bor i Norge og det norske og svenske helsevesenet er ulikt. Artiklene fokuserer mest på religion, men kulturelle forskjeller kan oppfattes som mer enn religion og språk ((Thorbjørnsrud 2009).

Utvalget i de to første artiklene representerer ikke alle innvandrere med ikke-vestlige bakgrunn i Norge. Innvandregrupper er selvsagt svært ulike og resultatene kan ikke generaliseres.

Forskningen presentert i denne oppgaven er gjennomført nylig i land som ligner Norge og jeg legger mer vekt på likhetene enn forskjellene. Det kan likevel være en svakhet med denne oppgaven at undersøkelsene ikke er gjort i Norge. Per dags dato er det enda ikke gjort slike undersøkelser i Norge. Kildekritikken viser dermed også en svakhet i min egen metode og i min egen oppgave.

I undersøkelsen av Hjelm et al.(2003) var deltagerne anonymiserte, men samtidig var det i enkelte tilfeller brukt tolk. Gjør dette noe med svarene pasientene gav og kan man ved bruk av tolk være sikker på at det er det man spør om det blir svart på?

Den tredje artikkelen hadde kun 28 deltagere, et antall som er for lite til å kunne trekke sikre konklusjoner. Artikkelen konkluderte selv med behov for mer studie og forskning innen temaet.

Den siste artikkelen er en Delphi-studie som gir et grupperesultat istedenfor individuelle resultater. Alle sykepleierne i undersøkelsen har sine individuelle perspektiv og ved å gi grupperesultat kan svarene blir for generaliserte.

3.0 Teori

3.1 Diabetes

”Sukkersyke” er, som navnet tilsier, en sykdom hvor kroppens regulering av sukkerbalansen ikke fungerer som den skal. Det finnes forskjellige typer og former for sukker, og det som er i blodet vårt kalles glukose (WHO 2011).

Nivået av glukose i blodet reguleres vanligvis nøye slik at det ikke forandrer seg vesentlig i løpet av døgnet. Denne reguleringen skjer ved hjelp av flere faktorer, men den viktigste er hormonet insulin som skilles ut fra bukspyttkjertelen (pankreas). Når dette ikke fungerer som det skal får man skjevheter i sukkerbalansen (WHO 2011).

Ved diabetes type 2 er årsakene til denne ubalansen i reguleringen av sukkernivået en blanding av for liten produksjon av insulin samt at det insulinet som produseres ikke virker som det skal. Uansett om det gjelder type 1 eller type 2 diabetes er hovedproblemet at sukkernivået i blodet vårt til tider blir for høyt. Dette kalles hyperglykemi og kan føre til en lang rekke komplikasjoner (WHO 2011).

3.1.1 Diabetesbehandling

Diabetesbehandlingen har fire hjørnesteiner:

- Kunnskap
- Kost
- Fysisk aktivitet
- Eventuelt medisiner

Disse fire punktene viser at en stor grad av behandlingen krever egenomsorg der pasienten selv har ansvaret for behandlingen av sin sykdom (Diabetesforbundet 2011).

3.2 Opplæring

Diabetes er en kronisk sykdom som kan ha alvorlige komplikasjoner når den ikke er behandlet tilstrekkelig. Det finnes en rekke medisiner mot diabetes, men pasientens kunnskap og forståelse kan i utstrakt grad påvirke forløpet og forebygge langtidsplager. Pasientens evne til egenomsorg er avhengig av personens sykdoms- og helseoppfatning som igjen påvirkes av kultur i stor grad. Det er derfor viktig at helsepersonell har kunnskap, interesse og forståelse av diabetespasientens bakgrunn for å hjelpe denne til å finne en best mulig måte å leve med sykdommen sin (WHO 2011).

For at pasienter skal kunne leve med sin sykdom og selv ha mulighet til å forstå og behandle denne må pasienten få kunnskap om den først. Opplæring og kunnskap om egen sykdom er en forutsetning for god egenomsorg. Å oppnå god diabeteskontroll kan ta tid, ikke alt kan læres på en gang (WHO 2011).

Personer med diabetes bør få opplæring i å måle blodsukkeret sitt selv. Dette vil gjøre hverdagen tryggere, fordi man da selv blir i stand til å regulere kost og aktivitetsnivå etter blodsukkeret og på den måten sikre at det verken blir for høyt eller for lavt (WHO 2011).

3.3 Kost

Uavhengig av hvilken type diabetes man har, har kostholdet innvirkning på blodsukkernivået, kolesterolverdiene og blodtrykket. Personer med diabetes må derfor, som en del av egenbehandlingen, spise ekstra sunt (Sortland2007).

Diabetespasienter bør velge fiberrik mat i form av grove kornprodukter, grønnsaker og litt frukt, mindre fett fra kjøtt og meieriprodukter og mer fett fra fisk og plantekilder samt langsomme karbohydrater fremfor raske karbohydrater. I tillegg bør de unngå rent sukker og hvitt hvetemel (Sortland2007).

For å få en god blodsukkerregulering, er det en fordel at maten fordeles på flere måltider utover dagen, slik at det ikke blir få og dermed store måltider (Sortland2007). En regelmessighet i hverdagskosten gjør det lettere å finne en god balanse mellom blodsukker og medikamenter.

Mange personer med diabetes må ta ekstra hensyn i kosten fordi de er overvektige, har høyt blodtrykk eller har for mye fettstoffer i blodet. Har man ikke disse problemene, er det stort sett matens effekt på blodsukkeret man trenger å tenke på (Sortland2007).

3.4 Fysisk aktivitet

Regelmessig fysisk aktivitet har stor innvirkning på reguleringen av blodsukkeret. Det beskytter også mot utvikling av hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk og fedme – i tillegg til å være viktig for muskel-, skjelett- og leddhelsen (Diabetesforbund 2010).

For personer som i utgangspunktet er fysisk inaktive anbefales generelt en halvtimes aktivitet med moderat intensitet hver dag. Klarer du å doble dette, får du ekstra gevinst.

Fysisk aktivitet øker glukoseopptaket i kroppen, uavhengig av både insulin og vektreduksjon. Sammentrekning av muskler øker i seg selv glukoseopptaket i muskulaturen og bedrer i tillegg insulinfølsomheten. Dette er en av de sterkeste effektene av fysisk aktivitet (Diabetesforbund 2010).

3.5 Kultur

For å forstå flerkulturelle samfunn må en først forstå definisjonen av kulturbegrepet. Roger Keesing definerer kultur på denne måten:

”Kultur er et system av kunnskap, ideer, verdier og regler som ligger bak hva vi gjør, og som uttrykkes gjennom det vi gjør” (Keesing og Strathern 1998 s.15).

Dette innebærer at folk gjør hva de vet eller hva de er vant med. Kulturbegrepet i denne oppgaven er tilsvarende livsform eller handlingsskjemaer (Thorbjørnsrud 2009).

Sykdomsoppfattelse er avhengig av kunnskap, kultur og tidligere erfaringer. Vi kan dele sykdomsoppfattelse inn i fire grupper: Den første gruppen er hva det enkelte individ tror, for eksempel kan en tenke at det er ens egen skyld at en er syk. Den neste gruppen finner årsaken i naturen, et eksempel kan være at et virus eller allergener er forklaringen. Tredje gruppen peker på sosiale årsaker, at andre mennesker kan gjøre en syk, det kan være voodoo eller sort

magi. Siste gruppen mener at årsaken til sykdom finnes i den overnaturlige verden, det er for eksempel Gud eller Allah som har med sykdom å gjøre (Eriksen og Sajjad 2011).

Hvordan sykdommer forstås og behandles i hjemlandet der en kommer fra kan ha stor betydning for hvordan en opplever sykdom. En sykdom kan være både prestige og skam avhengig av hvilken bakgrunn man har. Et eksempel på dette er sykdommer som i enkelte kulturer kalles livsstilssykdommer som generer lite empati, mens det i andre kulturer kan være et tegn på rikdom å være overvektig, samtidig som det kan være et tegn på grådighet (Eriksen og Sajjad2011).

Et annet eksempel er røyking der de som fortsatt røyker i dagens norske samfunn, i motsetning til tidligere, både opplever en betydelig grad av egen skyld for dårlig helse og eventuell sykdom og blir tillagt dette av helsepersonell og andre (Eriksen og Sajjad 2011).

3.6 Madeleine Leiningers teori

Madeleine Leininger (2006) presenterte i sin bok, *Culture care diversity and universality*, kulturell omsorgsteori. Leininger definerer sin teori på følgende måte:

” Culture care repatterning and –or restructuring referred to those assistive, supportive, facilitative, or enabling professional actions and mutual decisions that would help people to reorder, change, modify, or restructure their lifeways and institutions for better (or beneficial) health care patterns, practices, or outcomes.” (Leininger 2006 s 8).

Med andre ord betyr dette at i begrepet kulturell omsorg ligger det at de som skal hjelpe eller støtte pasienten til å tilpasse eller endre et levesett for å bedre en helsetilstand må bruke en kulturelt tilpasset omsorg og tilnærming.

Leininger mente at begrepet omsorg ikke tok hensyn til det tverrkulturelle i det samfunnet en sykepleier befinner seg i. Helsepersonell som skal bidra med ideer eller praktiske tilnærminger for at pasienten skal utvikle et bedre liv bør forstå hva som ligger i begrepet et bedre liv i ulike kulturer. Forståelse av kultur har betydning for hvorfor mennesker gjør som de gjør, også når det kommer til helse (Leininger 2006).

Leininger og andre som forsker på *transcultural nursing* bruker begrepene *emic* omsorg og *generic* omsorg. *Emic* omsorg forekommer når et helsepersonell fokuserer kun på den somatiske og patologisk årsaken. *Generic* omsorg vil si at en ser på pasienten i helhet og tar hensyn til pasientens egen sykdomsoppfattelse. Begge disse formene for omsorg må være tilstede for å unngå ufordelaktige og kanskje skadelige resultater.

I dag viser *transcultural nurse* forskning betydningen av *emic* omsorg og hvordan denne står i konflikt med profesjonell omsorg i enkelte kulturer. Resultatet av forskningen er en ny måte å lære, å forstå og å hjelpe folk. Når kulturell omsorg og profesjonell omsorg er på plass vil bedring av helsetilstanden skje raskere og oftere. Pasienten eller brukeren av helsetjenesten blir mer involvert i egen behandling og dette fører til økt egenomsorg. Brukerens compliance, evne til å følge opp behandling, blir bedre og terskelen for å søke hjelp reduseres (Leininger 2006).

Leininger mener at i fremtiden vil vesentlige forandringer i helseomsorgen inntreffe når forskning rundt pleie og omsorg dreier til å fokusere mer på *generic* omsorg, en annen type omsorg enn den vi kjenner til i dag. utfordringen blir å blande *generic* og profesjonelle omsorg (Leininger 2006).

3.7 Empowerment

Det finnes ingen norske ord som eksakt dekker betydningen av *empowerment*, men betydningen er noen lunde samsvarende med Stang (2001) sin definisjon av bemyndigelse:

”Bemyndigelse betyr maktoverføring og kan sammenfattes i tre hovedelementer. Det første er å stimulere den hjelpetrengendes ressurser og muligheter. Den neste innebærer å fremme den hjelpetrengendes krefter og energi. Det tredje elementet er å redusere forekomsten av stress hos den hjelpetrengende.” (Stang 1995 s 20)

Begrepet *empowerment* betyr derfor å gi makt eller autoritet til, gjøre i stand til og å tillate (WHO 2011).

Empowerment er abstrakt. Det kan konkretiseres eller brukes i en gitt kontekst slik at empowermentbegrepet får forskjellig utforming avhengig av sammenhengen den settes inn i. Empowerment er en utviklingsprosess som gir en følelse av å være sterkere og mer positiv

(Stang 2001). Dette vil si at når makten er overført fra helsepersonell til pasienten vil pasienten ta mer ansvar for egen helse. Gjennom empowerment får pasienten kunnskap om sykdom og opplæring om hvilke behandlingstiltak sykdom, for eksempel diabetes, krever. En blir i stand til å påvirke eget liv, endring av rutiner osv (Stang 1998).

Gjennom empowerment får pasienter innblikk i de komplekse sosiale, politiske og økonomiske krefter som former menneskers liv, de blir systemorienterte. Empowerment bedrer samehandlingen og bryter ned barrierer mellom individ og samfunn. Empowerment handler ikke om å få mer makt for egen del, men å overføre makt til en gruppe som er mindre mektig enn en selv (Stang 1998). Ved systemorientering vil pasienten få kunnskap om sine rettigheter, hvordan systemet fungerer og følelsen av avmakt vil avta. I tillegg får pasienter informasjon om for eksempel blå resept, skatteordninger, bidragsordninger osv (Stang 1998).

Når en fokuserer på løsninger og ikke problemer blir individet sterkere. En kan si at empowerment vektlegger det positive framfor det negative og bidrar til aktivitet istedenfor passivitet (Stang 1998). Det er noen problemer som ikke kan løses, men empowerment hjelper en til å akseptere problemene og til å finne en mening. Når en finner mening med sykdom vil dette øke mestringsfølelsen av sykdom (Stang 1998). Når pasienten fokuserer på hva en har og hva en kan gjøre selv vil dette fremme positiv tenkning og utvikling sammenlignet med om det kun er fokus på sykdom. Ved empowerment vil det være mulig å finne noe positivt i enhver situasjon en befinner seg i, en vet og forstår at en er i stand til å gjøre noe (Stang 1998).

Empowerment som strategi i folkehelsearbeidet betyr at folk ut fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og til å finne sine egne løsninger i fellesskap med andre.

Overføringen av makt og autoritet i helsepersonells relasjoner til pasienter innebærer at helsepersonell må støtte pasienten på en slik måte at pasienten oppnår større innflytelse over egen situasjon, både i forhold til autonomi og omgivelser. Dette vil hjelpe pasienten eller gruppen til å nyttiggjøre sine potensielle evner og ressurser (Stang 1998).

4.0 Drøfting

I Oslo har Norsk Diabetesforbund utført kurs for somaliske, pakistanske og tyrkiske innvandrere med diabetes. Per telefon fikk jeg opplyst av Norsk Diabetesforbund gir ut blader fire ganger hvert år og at disse er kun på norsk. Det finnes fakta ark på urdu, punjabi, somalisk, engelsk, arabisk og tyrkisk på Diabetesforbundets sine nettsider og de har også en telefontjeneste, Diabeteslinjen, som kan være behjelpelig med spørsmål om diabetes på urdu, punjabi, somali og tyrkisk. Et av Diabetesforbundets satsningsområder fra 2010 er ”diabetes og personer med innvandrerbakgrunn”. Målet er å utvikle tilpassede læringstilbud og aktiviteter for personer med diabetes, eller som har høy risiko for å få det og arbeidet vil starte med personer som har bakgrunn fra Sørøst Asia og Afrika (Diabetesforbund 2011).

Startkurs er en opplæring som alle nyoppdagede diabetespasienter får for å forstå og mestre sin sykdom (Diabetesforbund 2011). Ifølge sykepleier ved Lærings og mestringssentret ved Haugesund sykehus er det få ikke-vestlige innvandre som kommer på startkurs, kurset holdes kun på norsk, men brosjyrer og fakta ark om diabetes finnes på ulike språk. En svakhet er allikevel at informasjonen er blitt oversatt direkte fra norsk uten at det er tatt hensyn til andre kulturelle forskjeller enn akkurat språket.

4.1 Et kulturelt perspektiv på sykdom og sykdomsbehandling

For at en person skal kunne være i stand til å mestre sin sykdom, må en først skape seg noen tanker rundt sykdommen. Hva betyr det for pasienten at han har blitt syk? Pasientens sykdomsforståelse vil være preget av pasientens livssyn, som er preget av kunnskap, tidligere livserfaringer og kultur (Lazarus og Folkman 1984).

Hvilken kunnskap og informasjon pasienten har om egen sykdom vil være preget av dens sykdomsbilde, tidligere erfaringer i livet og kultur som religion, livssyn, levemåte og språk.

Ifølge Thorbjørnsrud (2007) og Keesing (2003) har innvandrere fra enkelte land en annen holdning til helsepersonell og helsevesenet på grunn av det politiske systemet de har vokst opp i. En diktators politiske system vil forhindre selvstendighet i motsetning til demokrati hvor det blir oppmuntret til selvstendighet. Innvandrere kan også komme fra land hvor legen er autoritær. Andre igjen har aldri fått muligheten til å ha medbestemmelse eller til å velge blant behandlingstypene helsevesenet tilbyr (Walsh et al.2007).

Innvandrere fra enkelte land kan ha en helt annet holding til informasjonsformidling enn det som er vanlig i vestlige land. For eksempel i mitt hjemland, skal informasjon som er viktig gis til en person enkeltvis eller i en liten gruppe. Informasjon som gis i en større gruppe blir ofte ikke tatt like alvorlig. Andre igjen tror at skriftlig informasjon er bedre en muntlig osv.

4.2 Å ta vare på egen helse

Det har lenge vært kjent at diabetespasientens egen innsats i forhold til å ta vare på seg selv har en avgjørende betydning for sykdomsforløpet. Opplæring av pasienten har derfor vært en sentral del av behandlingen av diabetes (Diabetesforbund 2011). En forskningsstudie (Adolfsson et al. 2008) har vist at personer som ikke hadde fått noen form for opplæring hadde høyere risiko for å utvikle seinkomplikasjoner enn pasienter som hadde fått opplæring.

Flere av innvandrerne i Hjelm et al. (2003) artikkel viste begrenset kunnskap om sykdom, symptomer og komplikasjoner. Flere trodde at de ville bli bedre når Gud bestemte dette.

I mange år har opplæringen av pasienter vært ved bruk av den tradisjonelle modellen hvor helsepersonellet er ekspert og veiledningen er vertikal, men i de siste årene har det vært mer fokus på empowerment hvor modellen er horisontal (Adlfosson et al.2008).

I følge Hjelm et al (2003) hadde innvandrerkvinner i Sverige lite egenomsorg og de viste liten evne til å forstå symptomene eller å gjøre noe med disse. Noen gav klar beskjed om at det var lite de kunne gjøre. Det var også en del som ikke forstod virkningene eller bivirkningene av medikamentene de brukte. Innvandrerpasienter søkte lite ny kunnskap om diabetes i motsetning til de svenske pasientene i studien de reduserte ikke matinntaket eller økte aktivitetsnivået etter at de hadde spist. Flere innvandrere ville helst at et helsepersonell skulle måle blodsukker verdien deres, mens svenske pasienter ville måle eget blodsukker og justere mat, aktivitetsnivå og medisiner etter dette.

God diabetesbehandling krever mye egenomsorg. Ifølge Hjelm et al. (2003) er oppfattelsen av helse og sykdom viktig for å oppnå en tilfredsstillende egenomsorg. Diabetespasienter med ikke-vestlig bakgrunn viste en tendens til å være passive i motsetning til vestlige pasienter som var aktive i overvåkning av blodsukker og med forebygging av fotsår relatert til diabetes. Diabetes er en komplisert sykdom som det kan være vanskelig for mange å forstå selv om det har vært mye forskning på diabetes og det foreligger mye kunnskap om emnet.

Det er fremdeles mange diabetespasienter som forstår lite av sammenhengen mellom insulin, mat og fysiske aktiviteter. Denne type informasjon er vanskelig å gjøre nytte av for mange pasienter spesielt når de får den fra en informasjonsbrosjyre (Adolfsson et al. 2008). Det er også vist at i en veiledningssituasjon hvor helsepersonellet er eksperten vil initiativet pasienten har bli mindre. Pasienten blir passiv og avhengig av helsepersonell (Adolfsson et al. 2008). Diabetespasienter trenger kunnskap, forståelse av sykdom og forståelse av hvor viktig egenomsorg er. Kontinuerlig opplæring, oppfølging og kontroll er en utfordring for helsepersonell og diabetespasienter.

I praksisperioden ved medisinsk avdeling i sykehus opplevde jeg at en pasient som hadde begrenset medisinsk kunnskap og var lavt utdannet fikk en brosjyre om hvordan han skulle leve fremover med medisinen Marevan. Pasienten viste ingen interesse for informasjonen og uttrykte ikke at han forstod alvoret i situasjonen. Det vil si at helsepersonell ikke kan forvente at alle pasienter skal kunne lese og forstå informasjon fra et papir om hvordan viktig behandling, sett fra helsevesenets side, vil påvirke ens liv.

Flere av pasientene i artikkelen til Hjelm et al.(2003) ville helst at helsepersonell skulle måle blodsukker og sette insulin (Hjelm et al. 2003). Den type situasjon kan endres ved bruk av empowerment læremetode. Gjennom en empowermentgruppe kan pasienten lære å sette insulin og måle blodsukker selv. Når pasienten har medbestemmelse øker selvtilliten og en stoler mer på seg selv (Adolfsson et al.2007).

Ifølge WHO (2011) skal helsepersonell ved hver veiledning presisere ovenfor pasienten hvor viktig egenomsorg er og lære pasienten opp til å forebygge og observere med tanke på diabetesrelaterte sykdommer som for eksempel fotsår og øyekomplikasjoner.

Helsepersonell bør i løpet av en inkomstsamtale spørre konkrete spørsmål om innvandrerpasienten, for eksempel om hvilke forventning en har til helsepersonell, for å kartlegge pasientens evne til egenomsorg. Mange innvandrere har med seg traumatiske erfaringer fra hjemlandet og føler seg ansvarlige for familie og slekt i hjemlandet. Egen sykdom blir ikke prioritert. I dette møtet kan en som helsepersonell være i en god posisjon til å informere pasienten om hvor viktig det er for ham eller henne å sette diabeteskontroll høyt opp på prioriteringslisten (Adolfsson et al. 2007).

4.3 Å være litt rund eller trinn

Mange innvandrere har en KMI på 25 og over, men flere av disse ser ikke på seg selv som overvektige (Sortland 2007, Khanam og Costarelli 2008). Det er derfor viktig at helsepersonell som skal følge opp pasienter fra andre kulturer gir informasjon som er forståelig og at man gjerne spør spørsmål for å få en bekreftelse på at en forstår hverandre.

4.3.1 Kost og mosjon som behandling av diabetes

En kan ikke skille kosthold fra identitet og tradisjon. I følge Aarkervik (2000) er kvinner ofte den som bærer tradisjon, kultur og religion. Det er ofte kvinnene som sitter hjemme med barn i et nytt land da det hyppigst er menn som går ut enten på grunn av arbeid eller for sosialisering og nettverksbygging i innvandrergupper. Identitet er knyttet til mat, tradisjon og kosthold og endringer i kost i relasjon til sykdom blir derfor et vanskelig tema å veilede pasienten i.

På den andre siden er diabetesbehandlingen bygget opp rundt livsstilsendringer. Dette kan bety at en må endre kost som er knyttet til tradisjon for unngå seinkomplikasjoner. Pasientene kommer gjerne fra land hvor lege og helsepersonell kan alt og vaner for egenomsorg er minimum (Hjelm et al. 2003).

Livsstil er det samme som kultur. Når en snakker om livsstilsendring snakker en om en kulturendring, endring av vaner, kosthold og rutiner som kan begrense sykdomsutviklingen.

Fysisk aktivitet kan være en utfordring for innvandrerkvinner fordi mange ikke har tradisjon fra hjemlandet for regelmessig trening. Mange kjenner ingen andre som trener og er derfor skeptiske til å gå alene. Kanskje ønsker ikke ektemannen at kona skal gå på trening, kanskje kjenner de ikke til trimtilbudene eller har for lite kunnskap om helsegevinsten ved trening. Treningsklær og enkelte treningsaktiviteter kan være en hindring (Aakervik 2000).

Ifølge Hjelm et al. (2003) viste forskning at noen innvandrerpasienter med diabetes var usikre på om husarbeid regnes som fysisk aktivitet. Det er derfor viktig at helsepersonell setter seg inn i pasientens livsførsel og at man sammen finner frem til hvordan fysisk aktivitet kan komme inn i pasientens dagligliv. Ifølge Khanam og Costarelli (2008) kan kultur og holdninger begrense mulighetene til fysisk aktivitet. De viser i sin studie at kvinner fra Bangladesh viste lite interesse for fysisk aktivitet og de hadde begrensede interesser når det gjaldt hvilke form for trening de kunne delta i. Flere ville ikke delta i fysiske aktiviteter frivillig og krevde egne tilrettelagte kvinnetreningsplasser. Noen av kvinnene gav uttrykk for

at enkelte fysiske bevegelser var for dramatiske, upassende eller smertefulle, for eksempel gjaldt dette dans og trening på stepp. Studien konkluderte med at kunnskapsmangel sammen med kulturelle omstendigheter og holdninger blant innvandrerkvinnene var av betydning når det gjaldt mangel på fysisk aktivitet. Kvinnene i studien kom med forslag til å senke terskelen for fysisk aktivitet:

- Egne treningsfasiliteter for kvinner.
- Egne treningstimer for kvinner.
- Svømmebasseng for kvinner.
- Mer gangtrening.
- Mindre aerobic-trening.
- Mulighet for å få hjelp av morsmålsnakkende assistenter.
- Bedre transport- og barnepassmuligheter.
- Mindre høy musikk.
- Ingen upassende TV program eller provoserende musikkvideoer.
- Flere lokale treningsmuligheter (Khanam og Costarelli 2008).

I følge Sortland (2007) er det avgjørende at når en skal gi kostveiledning til personer med innvandrerbakgrunn at man har bakgrunnskunnskap om de kulturelle tradisjonene og eventuelt de religiøse føringene som påvirker de valgene som personen foretar. Når et helsepersonell gjør seg kjent med kostvanene til den pasienten en vil hjelpe vil en kunne finne noe positivt med eksisterende kosthold og bygge videre på dette. Når pasienten ser at det er behov for kostendringer vil oppfølgingen bekrefte at endringene faktisk blir gjennomført (Sortland 2007).

4.4 Helsepersonell og tverrkulturell kompetanse

I følge Peters, et al.(2000) forskningstudie fra Storbritannia er sykepleierens kunnskap om diabetes nøkkelen til veiledning. Flere av diabetespasienter får informasjon og oppfølging av

sin sykdom fra hjemmesykepleier. At helsepersonell er spesielt utdannet til å gi veiledning og støtte til diabetespasienter er av betydning (WHO 2011).

Norge beskrives i dag som et flerkulturelt samfunn og det stilles krav til at flere yrkesgrupper utvikler flerkulturell kompetanse. Det er mye diskusjon om hva slags innhold denne typen kompetanse bør ha. Leininger (2006) forklarer i sin teori at det å være åpen for andre kulturer gir helsepersonell en bedre forståelse for pasienten en kommer i møte med.

For at helsepersonell best skal kunne hjelpe pasienter til å forstå og mestre sin sykdom, er det viktig at sykepleier møter hver pasient individuelt og med respekt for pasientens kultur og sykdomsforståelse. På den andre siden har Norge innvandrere fra 215 forskjellige land og alle med sin unike kultur, skal man da ha en forventning til at helsepersonell skal ha kompetanse om alle disse? I følge Hjelm et al.(2003) finnes det større likheter mellom kulturer enn det finnes forskjeller. For eksempel kan helsepersonell samle pasienter fra en demografisk region og ha felles diskusjoner i gruppe noe som kan gi bedre resultat enn individuell veiledning (Adolfsson et al. 2007).

Kommunikasjon der det er en horisontal relasjon hvor pasienten kan snakke om sine opplevelse og bli lyttet til er viktig. For eksempel vil det i noen kulturer være et tegn på at en ikke er interessert om en ikke spør om hjemmesituasjonen og utveksler hilsninger til familien, samarbeidet kan da bli vanskelig. Dette kan en unngå dersom helsepersonell vet litt om pasienten helsekultur.

Ifølge Eriksen og Sajjad (2006) skal mennesker fra andre kulturer behandles som enkeltpersoner, de er forskjellige. Noen har utdanning og andre har ikke, noen er vestlig orientert, mens andre er mer tradisjonelle i sin måte å se verden på. Det er derfor lurt å møte alle med et åpent syn, en kan ofte få seg en overraskelse.

En helsearbeider kommer til å treffe mange pasienter med "min verden" samtidig som helsearbeideren selv har "min verden" (Røkenes 2002). "Min verden" betyr hvordan "vi gjør ting der jeg kommer fra, hva som er viktig der" osv. Noen har mistet alt og det eneste de har å identifisere seg med er kultur, språk, religion, mat osv (Walsh et al. 2007). Mennesker føler sterk tilhørighet til "min verden" og innvandrere kan være sensitive når det kommer til egen bakgrunn og helsearbeidere må derfor tilnærme seg pasientene på en forsvarlig måte med dette i bakhodet. Den beste måten å kommunisere på i en slik situasjon er hvis man tenker "vår verden", med dette perspektivet får man et godt samhandlingsinstrument i møtet med

innvandrere (Røkenes 2002). På den andre siden har enkelte helsepersonell kjørt seg fast i et tankemønster om innvandrere som også er fordomsfullt og kunnskapsløst. De forestiller seg for eksempel at innvandrere ikke vet noe om norske matvaner osv (Sortland 2007).

En skal møte mennesker som subjekt og lytte til hva de har å si, det betyr mye å føle seg lyttet til og hørt. På denne måten vil man bekrefte den andres selvbestemmelse (Røkenes 2002). I perspektivtenkning handler det om å se at verden oppleves forskjellig sett fra ulike perspektiv og å se forskjeller som konstruktive. Et helsepersonell som evner å bruke perspektivtenkning kan også hjelpe pasienten til å se at verden oppleves ulikt. Det er viktig å anerkjenne den andres perspektiv og synspunkt og ikke fordømme disse (Røkenes 2002).

5.0 Konklusjon

Diabetesbehandling krever at pasienten tar ansvar for egen helse. Forskning har vist at noen innvandrergupper har mindre evne enn andre til å drive egenomsorg. Årsakene til dette er sammensatte, men de viktigste er kunnskapsmangel sammen med kulturelle omstendigheter og holdninger (Khanam og Costarelli 2008). For å øke innvandreres medvirkning når det gjelder helsespørsmål er det vist at empowermentgrupper lykkes i større grad enn individuell veiledning.

Helsepersonell som ønsker å styrke pasientens ressurser og samtidig tar hensyn til personens bakgrunn vil få bedre resultat enn den som er lite opptatt av kultur. Kultur er en stor og viktig del av pasienten som helsepersonell må være sensitiv til (Brodtkorb2007). En bør bruke kultur som en ressurs og ikke som en hindring, ved å bruke kulturell omsorg oppnår man dette (Leininger 2006). Det er viktig for helsepersonell å arbeide med å heve sin kulturelle kompetanse for bedre å forstå andres kultur, dette vil fremme kommunikasjon og dermed skape bedre forutsetning for samarbeid.

6.0 Litteraturliste

- Aakervik, G. (2000). *Innvandring Helse og mat*. Oslo: Almater Forlag AS.
- Adolfsson E.T., Starrin B., Smide B. & Wikblad K. (2008). Type 2 diabetic patient's experiences of two different educational approaches – A qualitative study. *International journal of nursing studies* 45, 986-994.
- Aubert, V. (1969). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Pax
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4.utg.) Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Diabetesforbund.(2011). Diabetes behandling. Hentet 1.06.11 fra <http://www.diabetes.no/Behandling.9UFRjQ5M.ips>
- Diabetesforbund.(2010). Fysiske aktivitet. Hentet 1.06.11 fra <http://www.diabetes.no/Fysisk+aktivitet.9UFRLSZR.ips>
- Folkehelse Institutt.(2011). Diabetes hentet 2. juni 2011 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=70814>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur Forlaget.
- Førde R.. (2009). Hentet 1 juni 2011 fra <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Graf C., Wager E., Bowman A., Fiack S., Lichter D.S., & Robinson A.(2007). Best practice guidelines on publication ethics: a publishers perspective. *International journal of clinical practice*. 61 (152) 1-26.
- Hjelm K., Bard K., Nyberg P. & Apelqvist J. (2003). Religious and cultural distance in beliefs about health illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International journal of nursing studies*, 40 627-643.

- Khanam S. & Costarelli S. (2008). Attitudes towards health and exercise of overweight women. *Journal of the royal society for promotion of health*, 1(128), 26-30
- Keesing, R. M & Strathern, A.J. (1998). *Cultural anthropology* (3. utg.). Harcourt Brace & co
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lininger M.M (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of ethn nursing. I: Leininger, M. M. & McFarland, M.R. (Red.). *Culture care diversity and universality*. (s1-39) Jones and Bartlett publishers
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Peters J., Hutchinson A., Mackinnon M., McIntosh A., Cooke J., & Jones R. (2001). What roles do nurses play in type 2 diabetes care in the community: a Delphi study. *Journal of advanced nursing* 34(2), 179-188.
- Røkenes, H.O. & Hansen, H.P. (2006). *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sortland, K. (2007). *Ernæring: Mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Stang, I. (1995). *Bemyndigelse og makt* Oslo: Universitetet.
- Stang, I. (1998). *Makt og Bemyndigelse* Oslo: Universitetet.
- Statistisk Sentralbyrå. (2011). *Innvandring og innvandrere*. Hentet 2. juni 2011 fra <http://www.ssb.no/innvandring/>
- Thorbjørnsrud B. (2009). Kultur Helse og Sykdom. I: Brodtkorb, E., Norvoll, R. & Rugkåsa, M. (Red.). *Mellom mennesker og samfunn*.(s241-269). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wallin A-M., Löfvander M. & Ahlström G. (2007). Diabetes: a cross cultural interview study of immigrants from Somalia. *Journal of nursing and healthcare of chronic illness in association with journal of clinical nursing* 16, 11c, 305-314.

World Health Organization.(1998). *Health Promotion Glossary*. Hentet 2. juni 2011 fra
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

World Health Organization. (2011). *Fact Sheet*. Hentet 2. juni 2011 fra
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>