



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	13-05-2022 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	27-05-2022 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	462
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7754
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	14
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	431

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Egenmestring hos innvandrere med diabetes

Self-management among Immigrants with  
Diabetes

**Kandidatnummer: 431 & 462**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

27.mai 2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## **Abstract**

**Background:** Immigrants have an increased risk of, and incidence rate of Type 2 Diabetes Mellitus compared to the rest of the ethnic Norwegian population. As a result of increased immigration, there is a steadily more important requirement for nurses in the Norwegian health care system to interact with people from different cultures, with a specific need of diabetes education.

**Aim:** The aim of this study was to investigate in how nurses can help immigrants diagnosed with Type 2 Diabetes Mellitus to self-manage their disease. Patient education is one of the cornerstones in diabetes care, and one of the nurse's subject specific functions. The purpose of patient education is to contribute to self-manage illness. We hence to set out to investigate in how nurses through teaching and counseling, can help immigrants diagnosed with Type 2 Diabetes in self-managing their disease.

**Method:** A literature study was used as method to explore our thesis. Systematic literature searches have been made in the databases CINAHL, Cochrane Library, Medline and Epistemonikos, in addition to relevant academic literature and legislation.

**Results:** Immigrants had a challenge in following the advice for diabetes self-management given by their healthcare providers. The recommendations conflicted with the patients' cultural values, and differences in communication patterns and language challenged the communication. Group teaching was a preferred teaching method, because the patients' found motivation in managing the expected lifestyle changes through community support.

**Conclusions:** Patients with immigration background resemble a complex group. The development of cultural competence among nurses, is required to be able to meet the individual needs of this patient group, and to foster their self-management.

**Keywords:** Diabetes Mellitus type 2, Patient education, Diabetes education, Counseling, Self-management

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduksjon .....</b>	<b>1</b>
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Avgrensninger.....	2
<b>2.0 Bakgrunn.....</b>	<b>3</b>
2.1 Diabetes type 2.....	3
2.2 Veiledning og undervisning .....	4
2.3 Kommunikasjon .....	6
2.4 Egenmestring.....	6
2.5 Kultur .....	7
2.5.1 <i>Kulturell kompetanse hos sykepleieren</i> .....	8
2.6 Dorothea Orems' sykepleieteori .....	9
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>10</b>
3.1 Litteraturstudie.....	10
3.2 Søkeprosess .....	10
3.2.1 <i>PICO og søkeord</i> .....	10
3.2.2 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> .....	11
3.2.3 <i>Litteratursøk</i> .....	12
3.3 Analyse og syntese .....	13
3.4 Kildekritikk .....	13
3.5 Etske overveielser .....	14
<b>4.0 Resultat .....</b>	<b>15</b>
4.1 Kunnskap om diabetes .....	15
4.2 Kommunikasjon .....	16
4.3 Undervisningsmetoder .....	17
<b>5.0 Diskusjon .....</b>	<b>18</b>
5.1 Kunnskap om diabetes .....	18
5.2 Kulturens innvirkning på kosthold og fysisk aktivitet .....	20
5.3 Kommunikasjon i møte med innvandrere .....	21
5.4 Gruppeundervisning som metode.....	23
5.5 Metodediskusjon .....	24

<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>25</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>27</b>
<b>Vedlegg I – Søkehistorikk.....</b>	<b>32</b>
<b>Vedlegg II – Prisma-Flow skjema .....</b>	<b>35</b>
<b>Vedlegg III: Litteraturmatrise .....</b>	<b>36</b>
<b>Tabell 1 - PICO .....</b>	<b>10</b>
<b>Tabell 2 - Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....</b>	<b>11</b>

## 1.0 Introduksjon

Diabetes er en av de vanligste folkesykdommene i Norge. Det er vanskelig å si nøyaktig hvor mange som har sykdommen. Likevel anslås det at om lag 270 000 mennesker har kjent diabetes, hvorav 90% har diabetes type 2. Innvandrere har en økt risiko for og forekomst av diabetes type 2 sammenlignet med den øvrige norske befolkningen (Stene & Gulseth, 2021). Det norske samfunnet har de siste årene blitt mer flerkulturelt. I dag utgjør innvandrere ifølge statistisk sentralbyrå 15 % av den norske befolkning (Steinkellner, 2020). Antallet er antatt å øke med årene som kommer, fra 800 000 i dag til mellom 1 og 1,8 millioner innen 2060 (Christiansen, 2021). Som et resultat av økt innvandring, stilles det krav til at sykepleiere i større grad evner å møte mennesker fra forskjellige kulturer rundt om i helsevesenet.

Diabetes er en livslang prosess. Undervisning og veiledning er en av hjørnesteinene når det gjelder å lære og leve med sykdommen (Dunning, 2009, s. 436). Diabetes kan medføre flere utfordringer og den enkeltes evne til egenmestring avgjør opplevelsen av livskvalitet (Karlsen, 2011, s. 228–229). Undervisning er en av sykepleierens fagspesifikke funksjoner og har til hensikt å fremme trygghet og å hjelpe pasienten til å mestre konsekvenser som følge av sykdom og behandling. Dette gjøres gjennom informasjon, veiledning og undervisning (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 23). Å bidra til mestring av sykdom er også spesifisert i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer. Sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

I studietiden har vi fått klinisk erfaring gjennom praksis og jobb. Vi har møtt innvandrere med diabetes og sett utfordringer som kan oppstå i møte med pasientgruppen. Kulturmøter i forbindelse med utenlandsopphold har også gitt oss en innsikt i hvor utfordrende det kan være å gjøre seg forstått når språk og kultur blir en barriere. Bakgrunn for valg av problemstilling er basert på en økt interesse for fagfeltet og et ønske om å undersøke hvordan vi som kommende sykepleiere kan møte pasientgruppen i framtiden.

## 1.1 Problemstilling

I lys av temaet har vi kommet frem til følgende problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleiere gjennom undervisning og veiledning fremme egenmestring hos innvandrere med diabetes type 2?»*

## 1.2 Avgrensninger

Bacheloroppgaven avgrenses til innvandrere med diabetes type 2. En innvandrer defineres som en person født i utlandet av utenlandske foreldre, og har fire utenlandsfødte besteforeldre (Dzamarija, 2019). Vi har ikke spesifisert innvandrernes opprinnelsesland da vi ønsker å se på hvordan sykepleiere kan imøtekomme innvandrerne uavhengig av hvor de kommer fra. Undervisningen og veiledningen vil hovedsakelig dreie seg om kosthold og fysisk aktivitet. Medisinsk behandling i form av perorale antidiabetika og insulin blir ikke omtalt i oppgaven fordi diabetes type 2 primært behandles med livsstilbehandling i form av kostregulering og fysisk aktivitet (Sagen, 2011, s. 38).



## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Diabetes type 2

Diabetes mellitus er en kronisk, metabolsk sykdom som kjennetegnes ved kronisk hyperglykemi og forstyrrelser i karbohydrat, fett og protein-omsetningen. Sykdommen kan klassifiseres i følgende typer; diabetes type 1, diabetes type 2, svangerskapsdiabetes og spesielle diabetestyper (Mosand & Stubberud, 2017, s. 52). I denne oppgaven tar vi for oss diabetes type 2. «Diabetes type 2» og «diabetes» er begreper som blir brukt parallelt i oppgaven.

Diabetes type 2 kjennetegnes ved mangel på hormonet insulin eller dårlig insulinvirkning (Åsvold, 2021). Årsaken er redusert evne til rask utskillelse av hormonet insulin fra betacellene i bukspyttkjertelen (Mosand & Stubberud, 2017, s. 53). Sykdommen er arvelig, men usunn livsstil med lite fysisk aktivitet, ugunstig kosthold og røyking øker risikoen (Helsedirektoratet, 2020). Tidlig i sykdomsforløpet er symptomene fraværende eller svært vage. Et forhøyet blodsukker gir etter hvert symptomer som tørste, vekttap og polyuri (hyppig vannlating). Selve diagnosen stilles ved å måle langtidsblodsukker, fastende blodsukker og glukosebelastningstest (Åsvold, 2021). Dersom blodsukkeret forblir høyt over lengre tid, står pasienten i fare for å utvikle diabeteskomplikasjoner. Vedvarende høyt blodsukker og blodtrykk vil skade karsystemet og organfunksjonen. Retinopati, nevropati og nefropati er de vanligste komplikasjonene. Diabetes disponerer også for utvikling av aterosklerotiske sykdommer som angina pectoris, hjerteinfarkt og dårlig perifer sirkulasjon (Mosand & Stubberud, 2017, s. 55–58).

Behandling av diabetes type 2 går hovedsakelig ut på endring av livsstilsvaner. Gjennom god kostregulering og fysisk aktivitet oppnås metabolsk kontroll (Sagen, 2011, s. 38). God egenbehandling og mestringsevne er vesentlig for en vellykket behandling (Karlsen, 2011, s. 216). Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer til personer med diabetes. De oppgir anbefalinger når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2020).

Ernæringen ved diabetes anbefales å være mest mulig lik normal kost, men ha lavere sukker- og fettinnhold. Målet er å regulere blodsukkeret slik at nivået verken blir for høyt eller for lavt. Pasientgruppen trenger kunnskap om de enkelte matvarenes virkning på blodsukker verdien for å kunne tilpasse matinntaket (Mosand & Stubberud, 2017, s. 64). Kostanbefalingene kan følges av de ulike innvandringsgruppene, men sykepleieren må tilrettelegge for og ta hensyn til religion, tradisjon og kultur. Dette gjøres ved å ta utgangspunkt i pasientens kosthold og bygge videre på det (Helsedirektoratet, 2020).

Fysisk aktivitet må individualiseres på lik linje med kostanbefalinger. Form, varighet og hyppighet bestemmes av faktorer som kjønn, alder, senkomplikasjoner og kulturelle forhold (Sagen, 2011, s. 152). Det er anbefalt å være fysisk aktiv med moderat til høy intensitet i minimum 150 minutter per uke. En kombinasjon av styrke- og utholdenhetstrening er ønskelig (Helsedirektoratet, 2020).

Praktiske ferdigheter som måling av blodsukker benyttes også i behandlingen. Blodsukkermåling er et godt redskap som sikrer kontroll og en forståelse av sammenhengen mellom mat, fysisk aktivitet og blodsukker verdier. Hvor ofte pasienter med diabetes type 2 måler blodsukkeret sitt, varierer. Det er tilstrekkelig å gjøre det en gang iblant. Det viktigste er at pasienten har kunnskap og forståelse for bruken av blodsukkerapparatet og hvordan verdiene skal tolkes. Her har sykepleieren en viktig rolle i å gi praktisk og informativ opplæring (Måløy, 2011, s. 101–103).

## 2.2 Veiledning og undervisning

Tveiten definerer veiledning som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess. Hensikten er å styrke mestringskompetansen gjennom en dialog basert på humanistiske verdier og kunnskap (2016, s. 89). Hun argumenterer videre at veiledning først og fremst innebærer å hjelpe den enkelte til å trekke linjer mellom kunnskap, verdier og egne erfaringer for å bli i stand til å handle. Videre skal veiledning bidra til utvikling og sørge for at personen

tar gode fremtidige valg (Tveiten, 2016, s. 225). Innholdet i en veiledning baserer seg på pasientens behov som kommer frem i samtale (Kristoffersen, 2016, s. 383).

Undervisning handler om å formidle planlagt kunnskap om et bestemt tema i en gitt sammenheng. Hensikten er å legge til rette for forståelse, holdningsdannelse og ferdigheter som vil gi pasienten økt mestring av sykdommen. Undervisningen kan foregå i små og store grupper eller individuelt (Tveiten, 2016, s. 143–145). I en gruppeundervisning blir pasientene utfordret til å dele erfaringer og utfordringer knyttet til helse og sykdom. Deltagelse i gruppeundervisning kan bidra til bevisstgjøring av egne meninger, situasjon og opplevelser. Å sette ord på tanker, følelser og opplevelser gir mulighet for refleksjon og bearbeidelse. Felleskapet gir muligheten til å se sin egen situasjon i et nytt perspektiv og lære hvordan utfordringene kan mestres (Tveiten, 2016, s. 169).

Sykepleieren bør tenke på følgende for at pasienten skal kunne mestre situasjonen og bli mest mulig selvhjulpen; (1) hva trenger pasienten av informasjon og kunnskap, (2) tilegne/bistå vedkommende med informasjon, planlegge og identifisere mål gjennom dialog, og (3) formidle informasjonen på en god måte gjennom dialog og samhandling (Eide & Eide, 2017, s. 218). I henhold til §3-2 i Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999), har pasienten rett på nødvendig informasjon for å oppnå innsikt i egen helsetilstand. Informasjonen som skal inngå bør være vurdert sammen med pasienten for å imøtekomme individuelle behov (Kristoffersen, 2016, s. 370). Dessuten skal denne informasjonen være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Det finnes ulike midler som sykepleieren kan ta i bruk ved undervisning og veiledning. Bilder, film, brosjyrer og demonstrasjoner av utstyr er eksempler på dette. Økt læring kan oppnås ved å stimulere flere sanser samtidig (Tveiten, 2016, s. 148). Diabetesforbundet har utarbeidet brosjyrer på ulike språk og tegnefilmer uten ord som kan være nyttig dersom språk og kultur er til hindring for forståelse (Diabetesforbundet, 2022).

### 2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Vi skiller mellom non-verbal og verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon kommer til uttrykk gjennom det som blir sagt (Eide & Eide, 2017, s. 17). Nonverbal kommunikasjon kommer til uttrykk gjennom kroppsspråk, stemmebruk og ansiktsuttrykk. Det er viktig at helsepersonell lytter aktivt til pasientens nonverbale språk for å kunne oppfatte det som formidles. Samtidig er det viktig å innstille seg på at den andre også tolker vårt non-verbale språk. Det er viktig at den nonverbale kommunikasjonen er bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende (Eide & Eide, 2017, s. 136–137).

Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter benyttes når sykepleieren veileder, underviser og informerer pasienter (Kristoffersen, 2016, s. 373). Samspillet mellom en rekke forhold og ferdigheter kan ha betydning for hvorvidt kommunikasjonen oppleves, og fungerer som støttende og hjelpende for pasienten. Dette er blant annet: å lytte aktivt, observere nonverbal- og verbale signaler, forstå hva som oppleves som viktig for pasienten, formidle informasjon på en klar og forståelig måte og medvirke til gode beslutninger (Eide & Eide, 2017, s. 33). Evnen til å gi positiv respons på pasienten som person vil også kunne skape og opprettholde samarbeidsrelasjoner. Disse ferdighetene vil hjelpe sykepleieren med å motivere pasienten til å se sine egne ressurser (Karlsen, 2011, s. 222).

Helsevesenet har ansvar for at innvandrere mottar den samme informasjonen som resten av innbyggerne. Det skal derfor alltid benyttes tolk når norskkunnskapene ikke er tilstrekkelig (Karlsen, 2011, s. 335). Rett til bruk av tolk i offentlig sektor er lovpålagt (Tolkeloven, 2021, §1). Dette skal bidra rettssikkerhet og forsvarlig hjelp til personer som ikke kan kommunisere godt nok med offentlige organer uten tolk. Tolkeloven skal også bidra til å sikre at tolketjenesten holder en faglig forsvarlig standard.

### 2.4 Egenmestring

Egenmestring (self-management) defineres som en persons evne til å håndtere symptomer, behandling, psykiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer som følge av en

kronisk sykdom. Effektiv egenmestring vil gjøre personen i stand til å påvirke de kognitive, atferdsmessige og følelsesmessige reaksjonene, og bidra til å opprettholde tilfredsstillende livskvalitet (Barlow et al., 2002).

Motivasjon, læring og mestring henger tett sammen. Mestring starter med en motivasjon for ny læring. Selve motivasjonen stimuleres gjennom kommunikasjon og læringen fremmes gjennom veiledning (Karlsen, 2011, s. 231). Dette styrker evnen til problemløsning og troen på å lykkes (Karlsen, 2011, s. 228). Jo mer pasienten mestrer av emosjonelle-, kognitive- og atferdsmessige faktorer knyttet til sykdommen, desto mer motivert vil pasienten være for å opprettholde og tilegne seg ny kunnskap. Motivasjon anses som den utløsende faktoren for mestring (Karlsen, 2011, s. 230–231).

Håndtering av diabetes fordrer endring av livsstil og levevaner. For å mestre de endringer som forventes, utfordringer som kan oppstå og vedlikeholde atferdsendringer, må pasienten være motivert. I dette arbeidet spiller sykepleieren en sentral rolle når det gjelder støtte og hjelp (Karlsen, 2011, s. 218). Sykepleierens rolle er ikke å gjøre noe av mestringsarbeidet til pasienten, men å medvirke og fasilitere til at pasienten lykkes med eget mestringsarbeid. Dette kan gjøres ved å gi kunnskap eller informasjon, men først og fremst gjennom motivasjon (Eide & Eide, 2017, s. 48).

## 2.5 Kultur

Kultur er noe som overføres fra generasjon til generasjon, og kan forstås som trekk vi utvikler og dyrker frem. Kultur omhandler verdier, atferd og kommunikasjonsmønstre (Horntvedt, 2015, s. 40). Den kulturelle bakgrunnen vil være med på å bestemme matvalg, klesvalg, tanker og oppførsel, og påvirkes av kjønn, tidligere erfaringer og individuelle trekk (Hanssen, 2016, s. 82). Kulturen i det norske samfunnet er preget av vestlige verdier som uavhengighet og autonomi. Dette legger grunnlag for en mestringsstil preget av selvhjulpenhet og fremming av egne behov. Mange kulturer bærer derimot preg av kollektivism (Hanssen, 2016, s. 88–89). Kollektivism representerer en kulturell sammensetning hvor familien står sterkt, og gode relasjoner og harmoni mellom gruppemedlemmene er viktig (Rekdal, 2011, s. 322).

### 2.5.1 Kulturell kompetanse hos sykepleieren

Campinha-Bacote har utviklet en modell for utvikling av kulturell kompetanse. Modellen består av fem sammenhengende deler: kulturell bevissthet, kulturell kompetanse, kulturelle ferdigheter, kulturelle møter og kulturelt ønske. Alle delene må være inkludert til enhver tid for at sykepleieren skal bli kulturelt kompetent (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 236). I påfølgende avsnitt presenteres modellen.

Sykepleieren skal anerkjenne at mennesker er forskjellige og vise respekt for andres oppfatninger. Dette kan gjøres ved å være kulturelt bevisst. *Kulturell bevissthet* kan oppnås ved å reflektere over egne meninger, fordommer mot og oppfatninger av mennesker som er annerledes. Når sykepleieren blir mer bevisst på sine egne kulturelle verdier og holdninger, blir det enklere å forstå andre menneskers kultur (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 237). *Kulturell kunnskap* handler om å søke og oppnå innsikt om helseoppfatning, kulturelle verdier og tidligere erfaringer. Det er spesielt viktig å ha kunnskap om ulike oppfatninger av sykdom, god helse og behandling. For å tilegne seg kunnskap om pasientenes sykdomsrelaterte oppfatninger, anbefales helsepersonellet å stille pasienten spørsmål om deres opplevelse av sykdomssituasjonen (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 240). De *kulturelle ferdighetene* innebærer sykepleierens evne til å samle inn data om pasientens behov og ressurser for å ivareta deres grunnleggende behov. For å oppnå dette er det avgjørende at sykepleieren kan kommunisere med pasienten (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 242). Sykepleieren må ha interesse og engasjement for å møte pasienter med ulik kulturell bakgrunn, og et ønske om direkte kontakt og samhandling. Disse *kulturelle møtene* kan forebygge stereotypisering og bidra til at sykepleieren ser den enkelte pasienten. I møtene vurderer sykepleieren pasientens språk og behovet for tolk (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 252). For å utvikle en kulturell kompetanse er det viktig at sykepleieren har et *kulturelt ønske*. Det handler om at sykepleieren er motivert til å ønske og engasjere seg i prosessen om å tilegne seg kulturell kompetanse. Sykepleieren må være fleksibel og åpen, akseptere ulikheter og finne likhet (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 254).

## 2.6 Dorothea Orem's sykepleieteori

Dorothea Orem beskriver hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten med å ivareta egenomsorg gjennom undervisning og veiledning (Kristoffersen, 2016, s. 19). Hun definerer egenomsorg som aktiviteter mennesker tar initiativ til for å opprettholde liv, sunn funksjon og velvære. Hvis mennesket ivaretar disse aktivitetene, utøves egenomsorg (Cavanagh, 2010, s. 20–21). De nødvendige handlingene for å opprettholde sunn funksjon påvirkes av faktorer som alder, modenhet og kultur. Utøvelsen krever veloverveid og bevisst handling på bakgrunn av menneskets kunnskap og ferdigheter (Cavanagh, 2010, s. 22–23). Menneskets egenomsorgsbehov inntar en sentral posisjon i Orem's modell og anses som et viktig element i sykepleierens vurdering av pasienten (Cavanagh, 2010, s. 22). Orem deler behovene inn i universelle egenomsorgsbehov, utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov og helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov (Cavanagh, 2010, s. 22–23). Vi har tatt for oss de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene som finnes hos mennesker med funksjonstap, sykdom eller skade. Når omstendigheter som dette oppstår, stilles det ytterligere krav til egenomsorg: oppsøke hjelp ved behov, være oppmerksom på endringer, behandle og forebygge ytterligere sykdom, endre selvpålevelse ved å akseptere og leve med de endringer som forekommer (Cavanagh, 2010, s. 27).

I situasjoner er pasienten ikke i stand til å dekke egenomsorgsbehovene, vil han eller hun måtte trenge hjelp fra en sykepleier (Cavanagh, 2010, s. 29). Sykepleierens rolle er da å kompensere for pasientenes egenomsorgssvikt og om mulig utvikle pasientens evne til egenomsorg (Kristoffersen, 2016, s. 26). Orem beskriver fem «gyldige» hjelpemetoder som er å støtte, rettlede, sørge for et utviklende miljø og undervisning (Kirkevold, 1998, s. 135). Hjelpemetodene kan i følge Orem brukes i tre sykepleiesystemer: det helt kompenserende systemet, det delvis kompenserende systemet, og det støttende og undervisende systemet (Kirkevold, 1998, s. 134). Sistnevnte system anses som mest relevant for vår oppgave. Systemet benyttes i situasjoner der pasienten har tilstrekkelige ressurser eller har mulighet til å utvikle egenomsorgsressurser for å ivareta egenomsorg, men klarer ikke utføre handlinger uten hjelp (Cavanagh, 2010, s. 44).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode. Metoden systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder ved å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s. 77). Litteraturstudie er en beskrivelse av kunnskap og en analyse av utvalgte studier som allerede eksisterer innenfor et bestemt fagområde. Målet er å gi leseren en oppdatert forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør og beskrive framgangsmåten til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 77–80).

### 3.2 Søkeprosess

#### 3.2.1 PICO og søkeord

For å finne forskningslitteratur som kunne besvare problemstillingen vår, brukte vi PICO (Tabell I). PICO står for «Patient/problem», «Intervention», «Comparison» og «Outcome», og er et rammeverk som har til hensikt å gjøre problemstillingen mer presis og søkbar (Thidemann, 2019, s. 82).

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Innvandrer med diabetes type 2</b>	<b>Undervisning og veiledning</b>	<b>Ingen sammenligningsgruppe</b>	<b>Egenmestring</b>
Immigrants/Emigrant and Immigrant	Patient education/diabetes education		Self-management
Diabetes Mellitus type 2	Counseling		

Tabell 1 - PICO

Under de ulike elementene i PICO, ble det listet opp søkeord for å finne relevant litteratur knyttet til problemstillingen. Vi tok i bruk verktøyet MeSH-ordboken (Medical Subject Headings) som ligger på helsebibliotekets nettsider (Helsebiblioteket, 2020). MeSH bidrar til å



forstå medisinsk terminologi på norsk og engelsk, og gir mer presise søk etter litteratur i internasjonale databaser (Helsebiblioteket, 2020). Vi brukte søkeordene *immigrant* eller *immigrant and emigrant*, *patient education* og/eller *diabetes education* og *counseling*, og *self-management*. For tekstord har vi brukt *trunkering*, det vil si at ved å søke på et avkortet ord, vil man få opp ord i entall og flertall, og ulike varianter av ordet (Thidemann, 2019, s. 87). Dette ble blant annet gjort med *diabet* ved å bruke «\*» på slutten.

### 3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har utformet en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier som har blitt brukt som grunnlag for utvelgelse av våre artikler.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innvandrere over 18 år</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innvandrere under 18 år</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innvandrere diagnostisert med diabetes type 2.</li> <li>• Artikler som handlet om egenmestring og undervisning/veiledning.</li> <li>• Artikler som handlet om kultur, kunne inkluderes hvis det var knyttet opp mot undervisning /veiledning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personer diagnostisert med diabetes type 2, men som ikke var innvandrere.</li> <li>• Innvandrere diagnostisert med andre diabetestyper</li> <li>• Artikler som ikke handlet om egenmestring, undervisning, veiledning eller kultur.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engelsk språk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andre språk enn engelsk</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitenskapelige artikler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikke vitenskapelige artikler</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publiseringsdato 2017-2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler publisert før 2017</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forskningsetisk godkjent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler som ikke var forskningsetisk godkjent</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler som var tilgjengelig i fulltekst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst</li> </ul>

Tabell 2 - Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Diabetes type 2 debuterer vanligvis fra 40 årsalderen og oppover. Da det de siste årene har blitt registrert et økende antall i 20-30 års alderen (Mosand & Stubberud, 2017, s. 54), har vi

valgt en aldersbegrensning på over 18 år. For å kunne besvare problemstillingen var det viktig at artiklene presenterte erfaringer knyttet til undervisning og/eller veiledning fra pasientenes eller helsepersonellens perspektiv. Videre var det avgjørende at dette ble diskutert opp mot pasientene sin evne til egenmestring av diabetes.

I litteraturstudien valgte vi å inkludere kvalitativ og kvantitativ forskning. Vi ønsket å avdekke pasienter og helsepersonell sine erfaringer og opplevelser med undervisning, veiledning og egenmestring av diabetes. Ettersom kvalitativ forskningsmetode har til hensikt å avdekke kunnskap om menneskelige egenskaper i form av meninger, opplevelser og tanker (Thidemann, 2019, s. 76), anså vi forskningsmetoden som relevant. Kvantitativ forskningsmetode kjennetegnes av breddekunnskaper der vi får et lite antall opplysninger fra flere undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s. 76). Forskningsmetoden var relevant for å se på effekt av undervisning og veiledning gitt i en større gruppe innvandrere.

### *3.2.3 Litteratursøk*

Etter at PICO og tilhørende søkeord ble utarbeidet, startet selve søkingen etter artikler. Litteratursøket vårt startet med oversiktssøk i Google Scholar for å se hvilken forskning som fantes på området. Videre gjennomførte vi prøvesøk i de ulike databasene i perioden januar-mars 2022. Det endelige systematiske søket ble gjennomført i begynnelsen av april 2022. Søkehistorikk ligger vedlagt som eget vedlegg (Vedlegg I – Søkehistorikk).

Vi benyttet databaser som var tilgjengelig på nettsiden til biblioteket på HVL (Høgskulen på Vestlandet, 2022). Søkene ble gjennomført i MEDLINE, Cinahl, Cochrane Library og Epistemonikos. MEDLINE ble tatt i bruk da dette er den fremste databasen innen medisin. Videre søkte vi i Cinahl som inneholder forskningsartikler med kvalitativ forskningsdesign. Cochrane Library inneholder randomiserte kontrollerte studier og systematiske oversiktsartikler innen effekt av tiltak og behandling. Epistemonikos ble brukt da denne databasen inneholder systematiske oversikter om diagnose, prognose og behandling (Høgskulen på Vestlandet, 2022).

Artikler som passet med inklusjonskriteriene og ansett som relevante for vår problemstilling ble valgt ut. Selve utvelgelsesprosessen startet med at vi leste gjennom alle titler og nøkkelord i trefflisten, og forkastet irrelevante artikler. Deretter leste vi gjennom artiklenes sammendrag og tok en ny vurdering om vi skulle inkludere artiklene til videre fulltekst lesing. En oversikt over utvelgelsen ligger som Prisma-Flow skjema i vedlegg (Vedlegg II – Prisma-Flow skjema).

### 3.3 Analyse og syntese

Å analysere betyr å granske hva teksten forteller, og tolking handler om å forstå den (Thidemann, 2019, s. 92). Etter utvelgelse av artikler, satte vi resultatene inn i en litteraturmatrise (Vedlegg III - Litteraturmatrise) og gjennomførte en tematisk analyse. Under selve analyseringen hadde vi problemstillingen foran oss for å forsikre oss om at resultatene var relevante. Vi identifiserte gjennomgående temaer i de utvalgte artiklene ved å benytte fargekoder, og ga temaene en tittel som passet meningsinnholdet (Thidemann, 2019, s. 94). Basert på analysen, ble det fremstilt en syntese for å sette sammen bruddstykker av vitenskapen vi hadde lest og derved komme frem til en ny erkjennelse (Thidemann, 2019, s. 92).

### 3.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å kritisk vurdere kildene som benyttes i litteraturen for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2012, s. 67). Hensikten er å reflektere rundt litteraturens holdbarhet, relevans og gyldighet opp mot en gitt problemstilling (Dalland, 2012, s. 72). Vi har kritisk vurdert litteraturen som er inkludert i vår bacheloroppgave. Dette er gjort ved å analysere, tolke og kritisk vurdere innholdet og argumentene som blir fremstilt i artiklene (Thidemann, 2019, s. 33).

Til vår kritiske vurdering av artiklene brukte vi sjekklister fra Helsebibliotekets nettsider (Helsebiblioteket, 2016a). Sjekklisene er laget som et pedagogisk verktøy for å kritisk vurdere vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 91), og er utarbeidet individuelt til vurdering av hver enkelt forskningsmetode. Vi brukte henholdsvis en sjekklisse for kvalitative studier og en

for oversiktsartikler. Sjekklistene stilte spørsmål om kvaliteten var tilstrekkelig vurdert, nøyaktighet av resultatene og overføringsverdien. I de kvalitative studiene var det viktig å vurdere om utvelgesstrategien var hensiktsmessig til å besvare problemstillingen (Helsebiblioteket, 2016b). Til vurdering av den systematiske oversiktsartikkelen var det viktig å vurdere om forfatteren hadde søkt etter relevante studier og om det var sannsynlig at alle relevante studier ble inkludert, samt om kvaliteten av studiene ble tilstrekkelig vurdert (Helsebiblioteket, 2016c). Vi har også vurdert hvem som står som forfatter på de ulike artiklene, årstall for publisering og hensikt med artikkelen. Utvalgte artikler er skrevet av fagfolk som arbeider innenfor fagfeltet.

### 3.5 Etiske overveielser

Bacheloroppgaven baseres på litteraturstudie som metode, der allerede eksisterende forskning brukes (Thidemann, 2019, s. 77). Forskning skal i henhold til Helseforskningsloven (2008, §1) fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. Vi har tatt hensyn til generelle forskningsetiske retningslinjer i arbeidet vårt. Prinsippene i retningslinjene er respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet. For å ivareta dette har vi ekskludert artikler som ikke var forskningsetisk godkjent og inkludert de som er fagfellevurdert. Vi har etter beste evne referert og henvist til gjeldende forfatter for å ivareta respekten for deres tankegods og unngå plagiering. Videre er dette viktig for at leser skal kunne finne tilbake til kildene vi har brukt, kontrollere fakta og eventuelt kunne etterprøve resultat (Søk & Skriv, 2022).

## 4.0 Resultat

Litteratursøket ga et treff på 1652 studier etter at duplikater ble fjernet (Vedlegg II – Prisma-Flow skjema). Noen artikler ble ekskludert fordi de ikke var tilgjengelig i fulltekst. Andre artikler ble ekskludert fordi pasientene var under 18 år, ikke ble definert som innvandrere eller inneholdt ikke undervisning/veiledning. Til slutt satt vi igjen med fem studier som både innfridde inklusjonskriteriene og var relevante for problemstillingen. Vi har inkludert fire kvalitative studier og en systematisk oversiktsartikkel. To av de kvalitative studiene er fra USA (Brunk et al., 2017; Mitchell-Brown et al., 2017) og en er fra England (Alzubaidi et al., 2017). En siste kvalitativ studie beskrev utviklingen av et kultursensitivt støtteprogram for egenmestring av diabetes type 2 i England (Moore et al., 2019). Den systematiske oversiktsartikkelen er fra USA (Li-Geng et al., 2020). Alle de inkluderte artiklene er satt inn i en litteraturmatrise (Vedlegg III – Litteraturmatrise).

En tematisk analyse viste at det var særlig tre gjennomgående temaer: innvandreres kunnskap om diabetes, kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og undervisningsmetoder. Resultatene i de inkluderte artiklene blir presentert i ulike kategorier for å gjøre det mer oversiktlig for leser.

### 4.1 Kunnskap om diabetes

Alle studiene belyste manglende kunnskap om diabetes som en utfordring for pasientene (Alzubaidi et al., 2017; Brunk et al., 2017; Li-Geng et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). I en studie forsto ikke pasientene årsaken til diabetes (Mitchell-Brown et al., 2017). Flere pasienter i Mitchell-Brown et al. (2017) og Alzubaidi et al. (2017) sine studier hadde mottatt undervisning tidligere, men informasjonen ble glemt over tid. Pasientene ønsket undervisning. Brunk et al. (2017) presenterer at pasientene ønsket å lære hvordan de kunne regulere blodsukkeret sitt på egenhånd. Pasienter i studien til Moore et al. (2019) visste at grønnsaker, mindre mettet fett og økt fiber var viktig, men ikke hvordan aktivitet og matvarer påvirker blodsukkeret.

Helsepersonellens kostanbefalinger kom i konflikt med pasientgruppens kosthold i fire studier (Alzubaidi et al., 2017; Li-Geng et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). Pasientenes kulturelle identitet var sterkt assosiert med inntak av tradisjonell mat med norm for store porsjoner og olje som sentral del av kosten (Moore et al., 2019). I den systematiske oversiktsartikkelen ble kostanbefalinger misforstått. Pasientene forstod begrensningene i kosten som at de måtte kutte ut de de oppfattet som god og tradisjonell mat (Li-Geng et al., 2020). I Brunk et al. (2017) sin studie hadde pasientenes kosthold allerede et lavt glykemisk nivå. I tre studier opplevde pasientene en økt distanse til familie og venner fordi mat var sterkt tilknyttet sosiale sammenkomster (Alzubaidi et al., 2017; Li-Geng et al., 2020; Moore et al., 2019).

Anbefalinger om fysisk aktivitet var utfordrende å følge for pasientene i to studier (Alzubaidi et al., 2017; Moore et al., 2019). Ifølge pasientene i studien til Moore et al. (2019) hadde de redusert motivasjon for helsepersonellet sine anbefalinger om bruk av treningsstudio. De fant heller motivasjon i turgåing og dans med venner. For pasientene i Alzubaidi et al. (2017) var ikke regelmessig trening kjent.

#### 4.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon på pasientenes eget språk var et tema i alle studiene (Alzubaidi et al., 2017; Brunk et al., 2017; Li-Geng et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). For pasientene i Mitchell-Brown et al. (2017) og Brunk et al. (2017) var det lettere å forklare og uttrykke seg når helsepersonellet snakket deres språk. Gruppeundervisning ledet på pasientenes eget språk var ønskelig hos pasientene i Alzubaidi et al., (2017) og Brunk et al., (2017) sine studier. Flerspråklig og flerkulturelt helsepersonell var avgjørende for pasientenes egenmestring av kosthold og informasjon om håndtering av diagnosen (Li-Geng et al., 2020). Kun en studie presenterer bruk av tolk (Mitchell-Brown et al., 2017). Her erfarte helsepersonellet risiko for tap av kunnskap da yngre pårørende ofte ble brukt og ikke hadde tilstrekkelig forståelse av medisinsk terminologi.

Pasientene i to studier fortalte at de ikke opplevde å bli møtt med forståelse rundt deres bekymringer om kosthold (Alzubaidi et al., 2017; Li-Geng et al., 2020). De holdt tilbake spørsmål og bekymringer i frykt for å kaste bort helsepersonellens tid, oppfattes som ignorant eller en byrde. Mitchell-Brown et al. (2017) sin studie viste at pasientene uttrykte misnøye overfor helsepersonellet som ikke innfridde deres forventninger om behandling. Pasientene mente at helsepersonellet kun hadde til hensikt å gjøre sykdommen akseptabel, mens pasientene hadde en forventning om bedring.

#### 4.3 Undervisningsmetoder

Et ønske om fysisk tilstedeværelse i undervisningen var gjennomgående i alle studiene (Alzubaidi et al., 2017; Brunk et al., 2017; Li-Geng et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). Fire studier belyser gruppeundervisning som hensiktsmessig undervisningsmetode (Alzubaidi et al., 2017; Brunk et al., 2017; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). Pasientene delte positive og negative erfaringer med hverandre og fant støtte i felleskapet (Brunk et al., 2017; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). Pasientene i Alzubaidi et al. (2017) sin studie ønsket kjønnsinndelt gruppeundervisning ledet av helsepersonell med språklig- og kulturell kompetanse. Helsepersonell opplevde at turgåing og dans motiverte til fysisk aktivitet fordi det appellerte til pasientenes kultur (Moore et al., 2019).

Mediebruk i form av foto og video ble trukket frem som gode virkemidler i undervisningen til Mitchell-Brown et al. (2017) og Brunk et al. (2017) sine studier. Videre foretrakk pasientene i studien til Brunk et al. (2017) muntlig kommunikasjon da de var vant til historiefortelling som kunnskapsformidling. I Mitchell-Brown et al. (2017) sin studie fikk pasientene økt kunnskap om diabeteskomplikasjoner ved at helsepersonellet brukte bilder til å demonstrere.

## 5.0 Diskusjon

Funn fra de inkluderte studiene viste at innvandreren hadde mangel på kunnskap. Spørsmål om årsak til diabetes og livsstilsendringer dukket opp. Videre ønsket pasientene å lære og måle blodsukkeret sitt. Kultur og kommunikasjon viste seg å komme i konflikt mellom pasient og sykepleier, og gruppeundervisning var en vellykket undervisningsmetode. I diskusjonsdelen vil vi drøfte hvordan sykepleieren gjennom undervisning og veiledning kan møte pasientenes utfordringer på best mulig måte og fremme egenmestring. Ut fra resultatsyntesen, har vi kommet frem til følgende temaer som skal diskuteres: kunnskap om diabetes, kulturens innvirkning på kosthold og fysisk aktivitet, kommunikasjon i møte med innvandrere og gruppeundervisning.

### 5.1 Kunnskap om diabetes

Pasientene i de utvalgte studiene manglet kunnskap om diabetes (Alzubaidi et al., 2017; Brunk et al., 2017; Li-Geng et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). Kunnskap om egen sykdom er viktig for å kunne håndtere den. Diabetes er en sykdom som krever egenmestring av livsstilsendringer (Karlsen, 2011, s. 216). Manglende kunnskap om sykdommen kan ha negativ innvirkning på pasientens liv da ubehandlet diabetes kan medføre uønskede komplikasjoner (Mosand & Stubberud, 2017, s. 55–58). For å unngå komplikasjoner, så langt det lar seg gjøre, må sykepleieren legge til rette for at pasienten tilegner seg nok kunnskap. Ikke bare er sykepleieren oppfordret til dette, men det er en lovfestet rett. Pasienten har ifølge Pasient- og Brukerrettighetsloven (1999, §3-2) rett på den informasjon som er nødvendig for innsikt i egen helsetilstand. I forkant av en undervisning eller veiledning vil det være viktig å kartlegge hvilken kunnskap og informasjon pasienten trenger (Eide & Eide, 2017, s. 218). Pasientene i studien til Mitchell-Brown et al. (2017) visste ikke årsaken til diabetes. I Alzubaidi et al. (2017) sin studie kom det frem at pasientene hadde mottatt undervisning tidligere, men glemt informasjonen over tid. Informasjonen som skal inngå i undervisningen eller veiledningen bør være vurdert i samråd med pasienten for å møte pasientens behov (Kristoffersen, 2016, s. 370). Det kan tenkes at pasientene i de nevnte studiene over vil ha ulikt behov for kunnskap. Eksempelvis kan enkelte ha behov for



grunnleggende kunnskap om diabetes, mens andre kun vil trenge en kort oppfriskning i praktisk kunnskap eller sunt kosthold.

Pasientene i Li Geng et al. (2020) sin studie forstod begrensningene i kostholdet som at de var nødt til å kutte ut tradisjonell kost. Kostanbefalingene har ikke til hensikt å kutte ut matvarer. Det er heller ønskelig at et stabilt blodsukker skal oppnås ved at mengden mat reguleres eller at enkelte matvarer erstattes (Helsedirektoratet, 2020). I dette arbeidet bør sykepleieren ta utgangspunkt i pasientens kosthold for så å gradvis tilpasse det sammen med pasienten (Mosand & Stubberud, 2017, s. 64). Det kan ha forkomme misforståelser mellom helsepersonellet og pasienten. Slike misforståelser kan få uheldige konsekvenser for pasientens evne til kostregulering. Dette kan forstås som egenomsorgssvikt ifølge Orem (Kristoffersen, 2016, s. 26). Pasienten klarer ikke å ta vare på egenomsorgsbehovene sine når det gjelder kostregulering og vil derfor kunne trenge hjelp fra en sykepleier (Cavanagh, 2010, s. 29). Orem mente at sykepleieren om mulig skulle utvikle pasientens evne til egenomsorg (Kristoffersen, 2016, s. 26). Å møte pasientene med en veiledning knyttet til kostanbefalinger vil kunne bidra med å utvikle egenomsorgen. Sykepleieren skal ifølge de yrkesetiske retningslinjene understøtte mestring hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I arbeidet er det viktig å huske at sykepleieren ikke skal gjøre mestringsarbeidet for pasienten. Oppgaven er å medvirke i pasientens eget mestringsprosjekt ved å gi råd, kunnskap eller informasjon (Eide & Eide, 2017, s. 48). Hva veiledningen innebærer vil være opp til hver enkelt. Det viktigste er at pasienten mottar nødvendig kunnskap og at det settes realistiske mål, slik at vedkommende kan ivareta et stabilt blodsukker og ta gode matvalg (Tveiten, 2016, s. 225). Evner pasienten å foreta gode valg knyttet til mat, vil egenmestring kunne oppnås da dette ifølge Barlow et al. (2002) forstås som en persons evne til å gjøre livsstilsendringer.

Brunk et al. (2017) presenterer at pasientene ønsket å lære hvordan de kunne regulere blodsukkeret sitt på egenhånd. Blodsuktermåling er et godt redskap for å sikre kontroll over eget blodsukker. For pasienter med diabetes type 2 er det ofte tilstrekkelig å måle en gang iblant. Her har sykepleieren en viktig rolle i å gi praktisk og informativ opplæring (Måløy, 2011, s. 101–103). Det kan tenkes at en pasient som er nylig er diagnostisert vil ha behov for å måle

hyppigere enn en person som har hatt sykdommen lenge. Dette muligens for å bli kjent med enkelte matvarer og fysisk aktivitet sin innvirkning på blodsukkeret. Pasienter som begynte å måle blodsukker etter måltider og aktiviteter, opplevde bedre kontroll og egenmestring av diagnosen (Mitchell-Brown et al., 2017). Blodsuktermåling er en praktisk prosedyre som blir gitt til flere pasienter uavhengig av kulturell bakgrunn. Å lære og måle blodsukker før og etter matinntak eller fysisk aktivitet, kan hjelpe pasienten å forstå effekten dette har på blodsukkersvingninger.

## 5.2 Kulturens innvirkning på kosthold og fysisk aktivitet

Helsepersonellens kostanbefalinger kom i konflikt med pasientenes kosthold i flere av studiene (Alzubaidi et al., 2017; Li-Geng et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). Innvandrere bærer med seg kulturer som kan oppleves ulik fra vår egen. Det er derfor viktig at sykepleieren er oppmerksom på at matvalg kan bli påvirket av vedkommende sin kulturell bakgrunn (Hanssen, 2016, s. 82). Pasientene i Moore et. Al. (2019) sin studie fortalte at deres kulturelle identitet var sterkt assosiert med norm for store porsjoner og hyppig bruk av olje. Den rådende tanken i norske kostanbefalinger er at det skal være sunt og mest mulig likt pasientens normalkost, men inneholde mindre sukker og fett (Mosand & Stubberud, 2017, s. 64). Olje er en kilde til fett og hyppig bruk kan komme i konflikt kostanbefalingene. Oljen var tett forbundet med pasientens kulturelle identitet. For enkelte innvandrere vil det kunne oppleves som sårbart når en norsk sykepleier oppfordrer til endringer i deres tradisjonelle kosthold. Selv om kostanbefalingene så ut til å komme i konflikt hos et stort antall av pasientene, kom det frem i Brunk et al. (2017) sin studie at pasientenes tradisjonelle kost allerede hadde et lavt glykemisk nivå. Dette fremhever viktigheten av å kartlegge pasientens individuelle kunnskapsbehov for å tilpasse kostanbefalingene. Ifølge Campinha-Bacote vil utvikling av en kulturell kompetanse hjelpe sykepleieren å bedre forstå pasienter fra andre kulturer. Campinha-Bacote skriver at dette kan oppnås dersom sykepleieren bli mer bevisst over egne kulturelle verdier og viser interesse og engasjement i pasientmøtet (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 237). Utvikling av en kulturell kompetanse vil gjøre det enklere å forstå pasientens matkultur, og tilpasse de nødvendige kostanbefalingene på en hensiktsmessig måte. Dette er viktig å oppnå fordi kostholdsendingene er en av de viktigste

livsstilsendringene som iverksettes for å oppnå god blodsukkerkontroll ved diabetes (Sagen, 2011, s. 38).

På lik linje med kostholdsendringer, står fysisk aktivitet sentralt i behandlingen av diabetes. Pasientene i studiene til Moore et al. (2019) og Alzubaidi et al. (2017) rapporterte at det var utfordrende å følge de anbefalinger som helsepersonellet kom med. Fysisk aktivitet kan for mange innebære en endring av deres normale livsstilsvaner og vil kreve motivasjon fra pasientens side. Motivasjon er den utløsende faktoren for mestring. Det er derfor viktig at kunnskapen om fysisk aktivitet oppleves som meningsfylt for pasienten for å fremme motivasjon (Karlsen, 2011, s. 230–231). Å være i fysisk aktivitet gir god blodsukkerregulering (Sagen, 2011, s. 152). Pasientene i studien til Moore et al. (2019) hadde redusert motivasjon, særlig rundt anbefalinger om å benytte treningsstudio. Selv om Helsedirektoratet anbefaler 150 minutter fysisk aktivitet i uken med moderat til høy intensitet (Helsedirektoratet, 2020), vil ikke dette bare måtte innebære å bruke treningsstudio. På samme måte som kosthold, er fysisk aktivitet kulturelt betinget. Som et tiltak for å motivere til fysisk aktivitet, benyttet Moore et al., (2019) turgåing og dans i undervisningen da dette var aktiviteter som de trivdes med. Dette viser viktigheten av å bli kjent med og tilby aktiviteter den enkelte pasienten trives med. Det kan tenkes at motivasjonen for fysisk aktivitet øker når det knyttes til noe de er kjent med fra deres kultur. I en undervisning eller veiledningssituasjon må sykepleieren vise interesse og engasjement til den enkelte. Dette er viktig for å oppnå kontakt og samhandling med pasienten (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 252).

### 5.3 Kommunikasjon i møte med innvandrere

Kommunikasjon på pasientenes eget språk var et tema som gikk igjen i alle studiene (Alzubaidi et al., 2017; Brunk et al., 2017; Li-Geng et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). I en undervisning eller veiledningssituasjon er kommunikasjon sykepleierens viktigste redskap og har til hensikt å sikre at kunnskapen overføres til pasienten. Pasientenes behov kommer til uttrykk gjennom dialog (Kristoffersen, 2016, s. 382). Mellom en sykepleier og fremmedspråklige pasienter kan språk bli en utfordring eller barriere. Språk vil kunne anses som en viktig forutsetning for å tilegne seg kunnskap fra sykepleieren og for å kunne uttrykke

seg. I situasjoner der språket blir en barriere for tilstrekkelig kommunikasjonen, må sykepleieren kjenne til tiltak som kan iverksettes for å nettopp sikre at informasjonen overføres. Dessuten har pasienten i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5) rett til å få informasjonen tilpasset individuelle forutsetninger som språk og kultur. I to studier kom det frem at bilder og film var nyttige hjelpemidler i undervisningen (Brunk et al., 2017; Mitchell-Brown et al., 2017). Sykepleieren kan ta i bruk Diabetesforbundets undervisningsmaterieell derav tegnefilmer uten ord eller brosjyrer på pasientens språk (Diabetesforbundet, 2022). Samtidig som dette bidrar til at informasjon formidles, er det dokumentert at det å bruke flere sanser samtidig kan fremme læring (Tveiten, 2016, s. 148). Dessuten vil det neppe være mulig å forvente at alle norske sykepleiere alene skal ha tilstrekkelige språkkunnskaper. Derfor er det viktig at sykepleieren vet at pasienten har rett til bruk av tolk. Tolketjenesten er et tiltak som har til hensikt å bidra til rettsikkerhet og forsvarlig hjelp til pasienter som ikke har tilstrekkelig med norskkunnskaper (2021, §1).

For at pasientene i Li-Geng et al. (2020) sin studie skulle forstå informasjonen om diabetes, var det avgjørende at helsepersonellet hadde flerkulturell og flerspråklig kompetanse. Det kan derfor være interessant å stille spørsmål ved om det er tilstrekkelig med kun bruk av tolk for å oppnå god kommunikasjon med innvandrere. I tillegg til å prege forholdet til mat og fysisk aktivitet, er vår kulturelle bakgrunn med på å forme atferd og kommunikasjonsmønstre (Horntvedt, 2015, s.40). Pasientene i to studier holdt tilbake spørsmål og bekymringer i frykt for å kaste bort helsepersonellens tid, oppfattes som ignorant eller en byrde (Alzubaidi et al., 2017; Li-Geng et al., 2020). Det er i pasientsituasjoner som dette at kulturen kan komme til syne i hvordan vi uttrykker oss. Dette kan bli en utfordring sykepleieren må ta hensyn til. Fra pasientenes side ønsket de kanskje å ivareta en respekt overfor helsepersonellet, mens sykepleieren kan tenke at pasienten har forstått informasjonen. Dette fordi det ikke stilles spørsmål eller ytres bekymringer. Fortløpende er det viktig at sykepleieren er bevisst på pasientens nonverbale språk kommer til uttrykk gjennom blant annet kroppsspråk og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2017, s. 136–137). Sykepleieren kan også velge å åpne for dialog knyttet til spørsmål. Vi kan velge å presisere at vi i et norsk helsevesen verdsetter at pasienten deler følelser, spørsmål og bekymringer som gjelder egen helse. Campinha-Bacote

understøtter dette med kulturell kunnskap og oppfordrer sykepleieren til å stille pasienten spørsmål om deres opplevelse av sykdomssituasjonen (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 240). Videre kan vi forklare at dette er med hensikt å tilpasse undervisningen til deres behov for at de selv kan lære å mestre livet med diabetes. Det norske helsevesenet bygger på vestlige verdier som legger grunnlag for en mestringsstil der det å fremme egne behov står sterkt (Hanssen, 2016, s. 88–89). I enkelte kulturer kan det å ytre følelser overfor helsepersonell oppleves ubehagelig. Dette kan sykepleieren ta hensyn til ved å eksempelvis ha et bekræftende og oppmuntrende kroppsspråk (Eide & Eide, 2017, s. 136–137).

#### 5.4 Gruppeundervisning som metode

Gruppeundervisning kom frem som hensiktsmessig undervisningsmetode i fire av studiene (Alzubaidi et al., 2017; Brunk et al., 2017; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). Selve hensikten med en undervisning er å legge til rette for holdningsdannelse, forståelse og gi økt mestring av sykdom (Tveiten, 2016, s. 143–145). I møte med innvandrere som har en annen kulturell bakgrunn, kan sykepleieren erfare utfordringer med å møte pasientens individuelle behov. Pasientene i tre studier delte positive og negative erfaringer med hverandre og opplevde en støtte i dette felleskapet (Brunk et al., 2017; Mitchell-Brown et al., 2017; Moore et al., 2019). Gruppeundervisning åpner for nettopp denne muligheten (Tveiten, 2016, s. 143–145). Egenmestring av diabetes stiller forventninger til at pasienten aksepterer og håndterer de livsendringene som er nødvendige for seg selv. Orem beskriver dette som økt krav til egenomsorg fra pasienten sin side (Cavanagh, 2010, s. 27). I en gruppeundervisning blir pasientene utfordret til å sette ord på tanker og følelser knyttet til sin sykdomsopplevelse. Dette gir en mulighet for refleksjon, bearbeidelse og en bevisstgjøring av sin egen situasjon (Tveiten, 2016, s. 169). Ifølge Orem skal sykepleieren gjennom et støttende og undervisende sykepleiesystem hjelpe pasienten med å utvikle sin evne til egenomsorg (Cavanagh, 2010, s. 44). I lys av pasientene sin erfaring i forskningslitteraturen og Orem's sykepleieteori, kan gruppeundervisning ansees som en svært hensiktsmessig undervisningsmetode for innvandrere med diabetes. Sykepleieren avgjør selv hvordan han eller hun velger å legge opp gruppeundervisningen. Kanskje vil det være hensiktsmessig å dele opp ut fra kunnskapsnivå, kjønn, alder, etnisitet eller språk. Flere kulturer har en kollektivistisk tankegang med

felleskapet i fokus (Hanssen, 2016, s. 89). Ved å sette innvanderne i kontakt med andre pasienter gjennom gruppeundervisning vil pasientene få se hvordan et godt liv med diabetes kan se ut og de vil kunne se at de ikke er alene. Dessuten ivaretas det sterke behovet for tilhørighet og fellesskap.

### 5.5 Metodediskusjon

I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. Vi utarbeidet en PICO med søkeord som vi anså som relevante opp mot problemstillingen. Inklusjon- og eksklusjonskriterier ble utarbeidet for å avgrense søket. MeSH-ordboken ble brukt for å oversette medisinsk terminologi slik at søket kunne gjennomføres i internasjonale databaser (Helsebiblioteket, 2020). Det er likevel viktig å være oppmerksom på at vi kan ha oversett aktuelle søkeord og eventuelle synonymer som kunne gitt flere relevante artikler. Et eksempel på dette er valget vårt om å benytte «self-management» og ikke «coping» om egenmestring. Vi så likhetstrekk mellom definisjonen på egenmestring og den egenbehandling som diabetes type 2 krever. I etterkant ser vi at «mestring» og «coping» kunne hatt overføringsverdi til oppgaven, og erkjenner at vi kan ha gått glipp av ytterligere aktuell forskning på området. Artikkene vi har inkludert i litteraturstudien er skrevet på avansert engelsk fagspråk. Vi har etter beste evne forsøkt å ivareta ordlyden i vår oversettelse.

En styrke med litteraturstudiet vi har gjennomført, er at resultatene i stor grad baserer seg på resultater fra kvalitativ forskning. Dette gir et godt innblikk i opplevelser innvandrere med diabetes har knyttet til undervisning og veiledning. De inkluderte studiene er gjennomført i England og USA. Ved å velge studier fra land som også betraktes som vestlige, slik som Norge, vil kunne styrke overføringsverdien. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at helsesystemene kan være ulike fra Norge. Dette har vi tatt i betraktning når vi har diskutert resultatene.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har vi ved hjelp av relevant bakgrunnskunnskap og forskning forsøkt å besvare problemstillingen om hvordan sykepleiere gjennom undervisning og veiledning kan fremme egenmestring hos innvandrere med diabetes. Vi har drøftet temaer som omhandler kunnskap om diabetes, kommunikasjon i møte med innvandrere, kulturens innflytelse på kosthold og fysisk aktivitet og gruppeundervisning som metode.

Forskning viste at innvandrere med diabetes manglet eller hadde ulik kunnskap om sykdommen. Dette gjaldt både kosthold og fysisk aktivitet. Kunnskap er viktig for å kunne ivareta egen helse og sykdom. Dersom pasienten klarer dette, kan det forstås som en persons evne til egenmestring. Siden livsstilsendringer står så sentralt i behandlingen av diabetes type 2, må sykepleiere i forkant av en undervisning/veiledning kartlegge pasientenes kunnskapsbehov. Dette er viktig for å sikre at målet om økt mestringskompetanse oppnås. Videre kom det frem i forskningen at kultur hadde stor innvirkning på valg av kost, fysisk aktivitet og kommunikasjon. Språk så også ut til å utfordre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjon på eget språk var ønskelig hos flertallet av innvandrerne. Gruppeundervisning ble dessuten ansett som en ønskelig undervisningsmetode hos mange pasienter. Dette kan sees i sammenheng med muligheten de har får ved å kunne dele erfaringer med hverandre og være en del av et fellesskap.

For at sykepleiere skal klare å fremme egenmestring hos innvandrere med diabetes, er det viktig å forstå hvordan kunnskap, kultur og kommunikasjon påvirker pasientens livssituasjon. Antall innvandrere i Norge er antatt å øke de kommende årene og dette vil stille økte krav hos norske sykepleiere. Sykepleiere kan velge å utvikle en kulturell kompetanse, en egenskap som er konstant utvikling. Denne kompetansen dyrkes gjennom nysgjerrighet, interesse og engasjement overfor den enkelte innvandrer med diabetes. Samtidig anser vi det som relevant å understreke at språket er vel så viktig for å sikre at kunnskapen som undervises eller veiledes blir forstått. Den enkeltes språkkunnskaper skal tas hensyn til og tolk skal benyttes i situasjoner der norskkunnskaper ikke er tilstrekkelig. Dette er en rett pasient har og en plikt

## Kandidatnummer 431 & 462

vi som fremtidige sykepleiere skal etterfølge. Som et forslag for å oppnå disse kravene som stilles til pasientgruppen, bør særlig kulturforståelse få en større plass i sykepleieutdanningen. Som sykepleiere i det norske helsevesenet er vi ansvarlige for at hver enkelt oppnår tilstrekkelig kunnskap for å evne egenmestring av et liv med diabetes.



## Referanseliste

- Alzubaidi, H., Mc Namara, K. & Browning, C. (2017). Time to question diabetes self-management support for Arabic-speaking migrants: Exploring a new model of care. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, 34(3), 348–355. <https://doi.org/10.1111/dme.13286>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Brunk, D. R., Taylor, A. G., Williams, I. C., Cox, D. J. & Clark, M. L. (2017). A Culturally Appropriate Self-Management Program for Hispanic Adults with Type 2 Diabetes and Low Health Literacy Skills. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(2), 187–194. <https://doi.org/10.1177/1043659615613418>
- Cavanagh, S. (2010). *Orems model i praksis* (2. utg.). Munksgaard Danmark.
- Christiansen, S. T. G. (2021). Befolkningen i Norge. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/>
- Diabetesforbundet. (2022). *Innvandrere og diabetes*. <https://www.diabetes.no/mer/pa-flere-sprak/innvandrere/>
- Dunning, T. (2009). *Care of people with Diabetes*. Wiley-Blackwell.
- Dzamarija, M. T. (2019). Slik definerer SSB innvandrere. *Statistisk Sentralbyrå*. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I *Grunnleggende sykepleie bind 3- Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 81–103). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016a). *Sjekkliste*. <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

Helsebiblioteket. (2016b). *Sjekkliste kvalitativ studie*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

Helsebiblioteket. (2016c). *Sjekkliste oversiktsartikkel*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

Helsebiblioteket. (2020). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*.

Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Helsedirektoratet. (2020). *Diabetes type 2—Symptomer, årsak og behandling*.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/diabetes-type-2/>

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>

Horntvedt, T. (2015). *Interkulturelt helsearbeid*. Forlaget Vett & Viten.

Høgskulen på Vestlandet. (2022). *Søk etter fagressursar*.

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veilednings samtalen—Nøkkel til bedret mestring? I *Diabetes—Forebygging, oppfølging og behandling* (s. 216–236). Akribe.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier* (2. utg.). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling—En historisk reise. I *Grunnleggende sykepleie bind 3 -Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15–80). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Å styrke pasientens ressurser. I *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (3. utg., s. 349–406). Gyldendal Akademisk.
- Li-Geng, T., Kilham, J. & McLeod, K. M. (2020). Cultural Influences on Dietary Self-Management of Type 2 Diabetes in East Asian Americans: A Mixed-Methods Systematic Review. *Health equity*, 4(1), 31–42.  
<https://doi.org/10.1089/heq.2019.0087>
- Mitchell-Brown, F., Nemeth, L., Cartmell, K., Newman, S. & Goto, K. (2017). A Study of Hmong Immigrants' Experience with Diabetes Education: A Community-Engaged Qualitative Study. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 28(6), 540–549. <https://doi.org/10.1177/1043659616661393>
- Moore, A. P., Rivas, C. A., Stanton-Fay, S., Harding, S. & Goff, L. M. (2019). Designing the Healthy Eating and Active Lifestyles for Diabetes (HEAL-D) self-management and support program for UK African and Caribbean communities: A culturally tailored, complex intervention under-pinned by behavior change theory. *BMC public health*, 19(1), 1146. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7411-z>
- Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2017). Sykepleie ved diabetes mellitus. I *Klinisk sykepleie, bind 2* (5. utg., s. 51–82). Gyldendal Akademisk.

Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I *Diabetes—Forebygging, oppfølging og behandling* (s. 101–122). Akribe.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer* (3. utg.).

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie—Funksjon, ansvar og kompetanse. I *Klinisk sykepleie, bind 1* (5. utg., s. 17–39). Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Rekdal, O. B. (2011). Type 2-diabetes i et globalt og kulturelt perspektiv. I *Diabetes—Forebygging, oppfølging og behandling* (s. 316–326). Akribe.

Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I *Diabetes—Forebygging, oppfølging og behandling* (s. 19–73). Akribe.

Steinkellner, A. (2020). Nesten 15 % innvandrere. *Statistisk Sentralbyrå*.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nesten-15-prosent-er-innvandrere>

Stene, L. C. M. & Gulseth, H. L. (2021). *Diabetes*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>

Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2019). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 233–257). Gyldendal.

Søk & Skriv. (2022, 5. april). *Kjeldebruk*.

<https://sokogskriv.no/kjeldebruk/#kvifor-skal-ein-referere-til-andre-sitt-arbeid>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.).

Universitetsforlaget.

Tolkeloven. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk* (LOV-2021-06-11-

79). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2021-06-11-79>

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk pasient-og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.

Åsvold, B. O. (2021). *Diabetes type 2*. NEL – Norsk Elektronisk Legehåndbok.

<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/endokrinologi/pasientinformasjon/diabetes-type-2/diabetes-type-2-oversikt>

## Vedlegg I – Søkehistorikk

Database og dato	Søk	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Begrensninger	Leste artikler	Artikler inkludert
<b>Cinahl</b> <b>02.04.22</b>	#1	Immigrants OR immigrant*	25 748			
	#2	Diabetes Mellitus type 2 OR diabet*	266 274			
	#3	#1 OR #2	290 976			
	#4	Counseling OR counseling*	67 188			
	#5	Diabetes Education OR Diabetes education*	7 757			
	#6	#4 OR #5	74 673			
	#7	Self-Management OR self-manage*	17 973			
	#8	#3 AND #6 AND #7	<b>423</b>	Engelsk språk, 2017-2022	6	<b>Brunk et al. (2017)</b> <b>Mitchell-Brown et al. (2017)</b>
<b>Medline</b> <b>31.03.22</b>	#1	Emigrants and immigrants OR immigrant*	33 476			
	#2	Diabetes Mellitus type 2 OR diabet*	783 377			
	#3	#1 OR #2	815 542			
	#4	Counseling* OR Counseling	112 544			
	#5	Diabetes education*	2 724			

Kandidatnummer 431 & 462

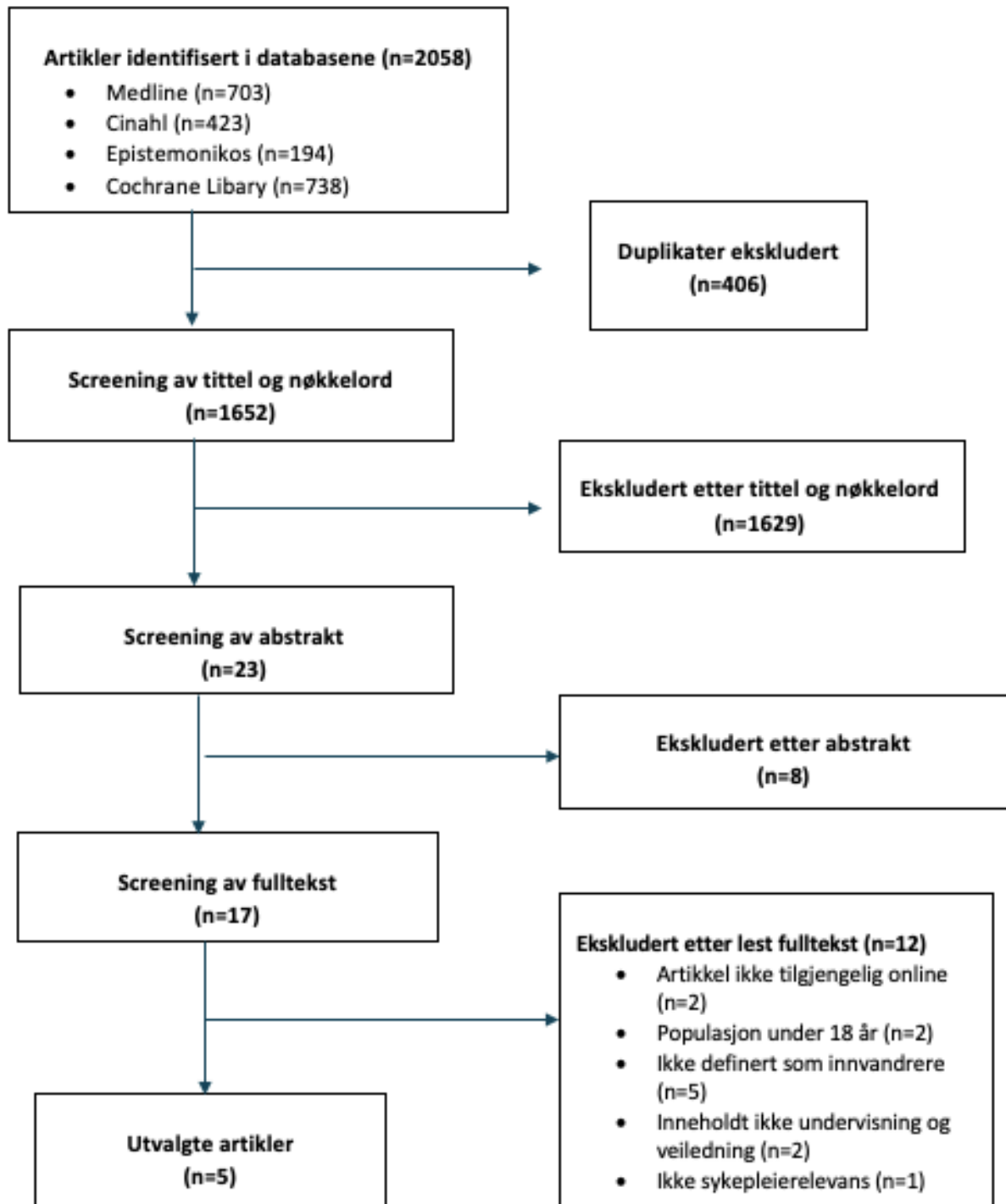
	#6	Patient education* OR Patient Education as Topic	106 223			
	#7	#4 OR #5 OR #6	213 009			
	#8	Self-manage* OR Self-Management	25 714			
	#9	#3 AND #7 AND #8	<b>711</b>	Engelsk språk, 2017-2022	10	<b>Alzubaidi et al. (2017) Moore et al. (2019)</b>
<b>Epistemonikos 31.03.2022</b>	#1	Immigrants				
	#2	Diabetes Mellitus Type 2				
	#3	Diabet*				
	#4	#1 OR #2 OR #3				
	#5	Counseling				
	#6	Diabetes Education				
	#7	#5 OR #6				
	#8	Self-Management				
	#9	#4 AND #7 AND #8	<b>194</b>	2017-2022	1	<b>Li-Geng et al. (2017)</b>
<b>Cochrane Library 31.03.2022</b>	#1	Immigrants				
	#2	Diabetes mellitus type 2				
	#3	#1 OR #2				

Kandidatnummer 431 & 462

	#4	Counseling				
	#5	Patient education				
	#6	#4 OR #5				
	#7	self management				
	#8	#3 AND #6 AND #7	<b>739</b>	2017-2022	1	



## Vedlegg II – Prisma-Flow skjema



## Vedlegg III: Litteraturmatrise

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikt med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Resultater
Brunk, D.R., Taylor, A.G., Clark, M.L., Williams, I.C. & Cox, D.J. 2017 Journal of Transcultural Nursing USA	Vurdere muligheten for å tilpasse en pasientsentrert pedagogisk intervensjon for type 2 diabetes (T2D) egenmestring for en latinamerikansk befolkning med lav helsekompetanse.	Kvalitativ studie	9 deltakere	Deltakernes tilbakemeldinger var gruppert rundt fire temaer: informasjon og kunnskap, motivasjon og barrierer for endring, erfaringer med ny atferd og personlig ansvar.
Li-Geng, T., Kilham, J. & McLeod, K.M. 2020 Health Equality USA	Undersøke kulturell innflytelse på diett egenmestring ved T2DM øst-asiatiske-amerikanere, og identifisere utdanningsintervensjoner og deres tilnærming fra kvantitative studier	Systematisk oversikt	16 artikler; 10 kvalitative og 6 kvantitative	Kulturell oppfatning om mat påvirket bruk av kostanbefalinger. Tospråklig opplæring og kulturspesifikk kostanbefalinger gav reduksjon i HbA1C og økning i diabeteskunnskap.
Alzubaidi, H., Namara, K.Mc. & Browning C. 2017 Diabetic Medicine England	Å utforske en ny modell for støtte til egenmestring av diabetes hos arabisktalende migranter	Kvalitativ studie	60 arabisktalende migranter	Kulturelt- og arabisktalende tilpasset støtte til egenmestring ble ansett som avgjørende. Foretrukket struktur var historiefortellende ansikt-til-ansikt, og kjønnsspesifikk gruppeundervisning.

Kandidatnummer 431 & 462

<p>Moore, A.P., Rivas, C.A., Stanton-Fay, S., Harding, S. &amp; Goff L.M. 2019 BMC Public Health England</p>	<p>Å bruke BCW i utforming av et kultursensitivt støtteprogram for egenmestring av T2D i britiske afrikansk og/ eller karibisk samfunn.  BCW = Behavior Change Wheel, et rammeverk for å forstå støtte av individuell atferdsendring</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>41 deltakere; 23 Black African og 18 Black Caribbean</p>	<p>Barrierer for sunn atferd var manglende kunnskap om kosthold, fysisk aktivitet og veiledning for vektkontroll. Eks. mangel på sosial mulighet til å utføre moderat fysisk aktivitet, og aksept for større kroppsstørrelser.</p>
<p>Mitchell-Brown, F., Nemeth, L., Cartmel, K., Newman, S. &amp; Goto, K. 2017 Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society USA</p>	<p>Å identifisere Hmong-s' erfaringer med diabetesutdanning når det gjelder barrierer og helsepersonell.</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>16 deltagere</p>	<p>Identifiserte barrierer var blant annet språk og egenmestring. Ikke-Hmong-personell skapte kommunikasjonsvansker. Kulturspesifikk utdanning var nødvendig for diabetesopplæringen, og visuell og muntlig tilnærming var nyttig i opplæringen. Støttegrupper ble sett på som positivt.</p>