



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling Kongsvinger
4BACH

Rahel Hantal

Veileder: Åse Monica Leirvik

Svangerskapsdiabetes hos innvandrerkvinner

**Gestational Diabetes amongst Immigrant
women**

Antall ord: 11272

BASYK 2011, kull 123

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Som følge av innvandring er Norge blitt et kulturelt mer mangfoldig samfunn. Dette fører til noen utfordringer for helsepersonell som møter personer med en annen kulturell bakgrunn. Denne bacheloroppgavens tema er svangerskapsdiabetes hos kvinner med innvandrerbakgrunn. Den setter søkelys på veiledning til innvandrerkvinner, slik at de kan forebygge komplikasjoner under svangerskapet eller utvikling diabetes type 2 senere. Det er sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon som er sentralt i oppgaven. For å sikre at kvinnene opparbeider seg gode mestringsstrategier, må sykepleiere ta hensyn til deres kulturelle og religiøse bakgrunn. Sykepleiere må kartlegge innvandrerkvinnenes deltakerforutsetninger og rammefaktorer i forbindelse med veiledningen. Dette dreier seg om språkbakgrunn og pårørendes rolle knyttet til kvinnenes mestringsmuligheter av sin tilstand. Bacheloroppgaven tar utgangspunkt i Benner og Wrubels sykepleieteori om mestring av sykdom. Deres fokus på viktigheten av å vektlegge pasienters subjektive forutsetninger og kulturelle bakgrunn har vært retningsgivende for å belyse oppgavens problemstilling.

INNHOLDSFORTEGNELSE

<i>Sammendrag</i>	2
INNHOLDSFORTEGNELSE	3
1.0 INNLEDNING	5
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema og problemstilling</i>	5
1.2 <i>Begrepsavklaring og avgrensing</i>	6
1.3 <i>Oppbygning av oppgaven</i>	7
2.0 METODE	8
2.1 <i>Søkehistorie og presentasjon av forskningsartikler</i>	8
2.2 <i>Litteraturutvalg og kildekritikk</i>	11
3.0 SVANGERSKAPSDIABETS OG HELSEFREMMEDE- OG FOREBYGGNEDE ARBEID	14
3.1 <i>Diabetes i svangerskapet</i>	14
3.2 <i>Innvandrerkvinner og svangerskapsdiabetes</i>	16
3.3 <i>Helsefremmende og forebyggende arbeid</i>	17
4.0 SYKEPLEIETEORETISK FORANKRING	19
4.1 <i>Benner og Wrubels teori om omsorg og mestring</i>	19
4.2 <i>Veiledning i livsstilsendring ved sykdom</i>	21
4.3 <i>Helseveiledning i et flerkulturelt perspektiv</i>	24
5.0 DRØFTING	26
5.1 <i>Innvandrerkvinnenes forutsetninger og behov for helseveiledning</i>	26
5.2 <i>Veiledningens mål og innhold i forhold til kosthold</i>	28
5.3 <i>Veiledningens mål og innhold i forhold til fysisk aktivitet</i>	31
5.4 <i>Viktige rammefaktorer i veiledning av innvandrerkvinnene</i>	32
5.5 <i>Aktuelle arbeidsmetoder i den konkrete veiledningen</i>	35
6.0 KONKLUSJON	38
<i>Litteraturliste</i>	39
<i>Vedlegg 1: Pico skjema</i>	42
<i>Vedlegg 2: Artikkel: Gestational diabetes: prospective interview-study of the developing beliefs about health, illness and health care in migrant women, Hjelm mfl. (2012)</i>	42
<i>Vedlegg 3: Artikkel: Overcoming cultural barriers to diabetes control: A qualitative study of Southwestern New Mexico Hispanics, McCloskey og Flenniken (2010)</i>	42
<i>Vedlegg 4: Artikkel: Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway» av Garnweidner mfl. (2013)</i>	42

Vedlegg 5: Artikkel: Perceptions of the Host Country's Food Culture among Female Immigrants from Africa and Asia: Aspects Relevant for Cultural Sensitivity in Nutrition Communication, Garnweidner mfl. (2012) ... 42

Vedlegg 6: Artikkel: En norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse» av Finbråten og Pettersen (2012)..... 42

Vedlegg 7: Artikkel: Management of diabetes in South Asian communities in the UK, Hill (2006)..... 42

1.0 INNLEDNING

Hensikten med denne bacheloroppgaven er at jeg skal vise kunnskap om forskning og utviklingsarbeid i sykepleie, gjennomføre et metodisk og systematisk arbeid samt kombinere faglig kunnskap og relevante resultater fra forskning og utviklingsarbeid. Oppgaven er basert på litterære kilder, men bygger også i noen grad på erfaringer fra egen praksis (HiHM, 2014).

Temaet for denne oppgaven retter seg generelt mot helsetjenester for innvandrerbefolkningen. Innvandrerbefolkningen i Norge består av 600 000 personer. Av disse kommer en tredjedel fra Asia, Afrika og Latin-Amerika. Befolkningen i Norge har dermed blitt mer kulturelt sammensatt, særlig i de største byene. I Oslo er andelen innvandrere for eksempel på 30 % (SSB, 2013). Denne utviklingen vil ha betydning for måten de offentlige helsemyndighetene legger til rette for gode helse- og omsorgstjenester til denne brukergruppen (Likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012). I denne oppgaven retter jeg søkelyset mot en avgrenset del av helsetjenestetilbudet til én gruppe innvandrere, nemlig svangerskapsdiabetes blant kvinner med innvandrerbakgrunn i Norge.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I dette avsnittet skal jeg gi en faglig begrunnelse for valg av tema og problemstilling, samt gjøre rede for eget ståsted (Dalland, 2012).

I Folkehelseinstituttets rapport «Fra kunnskap til bedre folkehelse» stadfestes det at diabetes øker sterkt i Norge. Dette knyttes særlig til et kosthold med høyt inntak av sukker og mettet fett, samt overvekt. Samtidig påpekes det at siden Norge har fått flere innvandrere, skaper det kulturelle, sosiale og helsemessige utfordringer (Folkehelseinstituttet, 2004). Dette er for eksempel tydelig i forekomsten av diabetes som, blant enkelte innvandrergrupper, er betydelig høyere enn hos den øvrige befolkningen. Det er særlig innvandrere fra sørasiatiske land som India, Pakistan og Sri Lanka at diabetesforekomsten er størst, og den er høyere sammenlignet med både nordmenn og vestlige innvandrere. Blant disse er kvinner med sørasiatisk bakgrunn de mest utsatte (Helsedirektoratet, 2014a). Undersøkelser viser for eksempel at 27,5 % pakistanske kvinner har diabetes sammenlignet med kun 2,9 % hos norske kvinner (Spilker mfl, 2009).

Helsemyndighetene ønsker derfor et skarpere fokus på innvandrerbefolkningens helseproblemer, og det understrekes at det er et mål at helseopplysning og annet helsefremmende arbeid skal dekke alle etniske gruppers behov (Helsedepartementet 2003). I sykepleie er ivaretagelse av pasientens fysiske, sosiale og åndelige behov, samt bidra til mestring og livskvalitet sentrale mål (Kristoffersen mfl., 2005). Sykepleiere vil derfor ofte være de som kommer mest i kontakt med innvandrere som har behov for hjelp og veiledning i forhold til sin sykdom. Samtidig viser undersøkelser at møtet med minoriteter kan by på utfordringer (Høye og Severinsson, 2010).

Min interesse for temaet om helse og innvandrere kommer av at jeg skrev min prosjektoppgave i tilknytning til helse- og fremmende sykepleie. I den forbindelse besøkte jeg en helsestasjon der kvinner med innvandrerbakgrunn kom for å få veiledning av sykepleier knyttet til sin svangerskapsdiabetes. Sykepleierne på helsestasjonen deltok i et prosjekt som het Friske Liv (FL), som var del av en større satsing under det som kalles STORK Groruddalen. Kvinner som var gravide kom til helsestasjonen i forbindelse med sine månedlige kontroller, og de fikk tilbud om å måle blodsukkeret. Dersom glukosenivået var over 6mmol fastende etter den 25. uken, fikk de tilbud om å oppsøke FL prosjektet. Kvinnene som oppsøkte FL hadde ofte manglende kunnskap om diabetes, og at den kunne oppstå under et svangerskap. Personalet prøvde derfor å tilpasse veiledningen til kvinnenes kulturelle bakgrunn. Disse erfaringene ledet meg til å skrive denne oppgaven med problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning fremme helse og forbygge komplikasjoner hos kvinner med innvandrerbakgrunn som har fått svangerskapsdiabetes?

1.2 Begrepsavklaring og avgrensing

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder kan deles inn i flere delfunksjoner, avhengig av «hvilken hensikt sykepleieren har med å utføre dem». Oppgavens problemstilling er slik forankret i sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon. Denne delfunksjonen innebærer at sykepleieren har til hensikt å forebygge sykdom eller hindre utvikling av komplikasjoner (Kristoffersen mfl., 2005, s.16). I følge Mæland (2012) kalles den forebyggende hjelpen *sekundær sykdomsforebygging* når den er rettet mot å hindre at

sykdommen kommer tilbake eller utvikler seg. I min oppgave tar jeg utgangspunkt i denne sykepleierfunksjonen, nemlig det at sykepleiere fremmer helse i forhold til innvandrerkvinner som har fått diabetes i forbindelse med svangerskapet, og forebygger ytterligere utvikling av sykdommen eller komplikasjoner. Begrepet «Innvandrer» er i denne oppgaven definert som personer «bosatt i Norge som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre.» (SSB, 2013).

Fokuset for oppgaven er å se på de kvinnene som søker hjelp og veiledning av sykepleier på poliklinikken. I tillegg har oppgaven særlig fokus på kvinner med muslimsk tro, og store deler av diskusjonen i oppgaven vil dreie seg om sørasiatiske kvinners tradisjoner. Begrunnelsen for disse avgrensningene er at litteraturen om diabetes og minoriteter i stor grad handler om kulturelle forskjeller relatert til muslimsk tro, samtidig som diabetes blant kvinner med innvandrerbakgrunn er mest uttalt hos de som kommer fra Sør Asia. Mange av de utfordrende situasjonene i møte med helsepersonell virker likevel de samme for flere innvandrergrupper.

I oppgaven kommer jeg til å benevne pasienten som «bruker», altså tjenestebroker, i de tilfeller der kildene selv omtaler dem på denne måten. Det samme gjelder omtalen av innvandrerbegrepet. Der kildeforfatteren bruker ordene «flerkulturell» eller «etnisk minoritet» vil jeg også benytte de samme uttrykkene for å unngå misforståelser.

1.3 Oppbygning av oppgaven

Denne oppgaven er bygget opp slik at jeg i kapittel 2.0 redegjør for fremgangsmåten jeg har brukt for å innhente forskningsbasert kunnskap som er relevant for min problemstilling. I kapittel 3.0, gjør jeg rede for viktige teorier og perspektiver som kan belyse min problemstilling. Kapitlet handler om relevant kunnskap om svangerskapsdiabetes og innvandrerkvinner, samt helsefremmende- og forebyggende arbeid. I det fjerde kapitlet presenterer jeg det sykepleieteoretiske bakteppet som problemstillingen skal drøftes i lys av. Dette innbefatter sykepleieteorien til Benner og Wrubel, veiledning generelt og helseveiledning i et flerkulturelt lys. Kapittel fem er viet til drøfting av oppgavens problemstilling med bakgrunn i forskningskunnskap, tidligere presentert teori og egne erfaringer.

2.0 METODE

I følge Dalland (2012, s.112) er metode «redskapet vårt i møte med det vi vil undersøke». Metode er derfor et verktøy eller en fremgangsmåte for å fremskaffe kunnskap. I denne oppgaven er metoden jeg anvender en litteraturstudie, og kildene er hovedsakelig skriftlige kilder. Metoden består derfor i å vurdere disse kildenes egnethet, det vil si hvilken litteratur som er brukt og på hvilken måte dette er relevant for problemstillingen som er valgt (Dalland, 2012). For å gjennomføre denne litteraturstudien, og besvare problemstillingen, har jeg brukt forskjellig type litteratur, både pensum- og selvvalgt litteratur. Jeg skal først presentere aktuelle forskningsartikler og måten jeg har innhentet disse. Deretter redegjør jeg for valg av de øvrige kildene jeg har brukt, samt vurdere kritisk kildenes egnethet.

2.1 Søkehistorie og presentasjon av forskningsartikler

Forskningsartikler er en sentral del av denne litteraturen. Kirkevold og Nortvedt (2005) påpeker at sykepleiere må være i stand til å utnytte oppdatert forskning for å kunne arbeide kunnskapsbasert. Dette stiller krav til måten forskningsartikler blir vurdert og anvendt i den kliniske hverdagen. Her skal jeg vise til fremgangsmåten for å innhente relevante forskningsartikler og presentere innholdet i det jeg har valgt ut.

Søket etter tidsskriftsartikler har vært basert på viktige begreper fra min problemstilling. Jeg satte inn de norske søkeordene i MeSH-termene (medical subject headings) i SveMed+ som er en nordisk database, og slik fikk jeg opp relevante engelske ord for videre søk i databaser. Deretter brukte jeg PICO skjema (se vedlegg 1) for å strukturere søket og identifisere viktige begreper fra min problemstilling. PICO er et godt verktøy som er til hjelp i å tydeliggjøre brukergruppen vi er interessert i (Helsedirektoratet, 2014b). Søkeordene som ble brukt var «ethnic minority» (etnisk minoritet), «immigrant women» (innvandrerkvinner), «gestational diabetes» (svangerskapsdiabetes), «counselling» (veiledning), «diabetes prevention» (diabetes forebygging), «health promotion» (helsefremming), «coping» (mestring) og «self-management» og «self-care» (egenomsorg). Jeg søkte først med søkeordene enkeltvis og så i kombinasjon med hverandre. Søkemotoren jeg brukte var EBSCO, hvor jeg krysset av for de viktigste tidsskriftsartikkeldatabasene for helsefag: CINAHL, MEDLINE og SocINDEX. Søkene var begrenset til «peer reviewed» og «research article». I tillegg har jeg fått anbefalt

artikler som omhandlet «health literacy», og som jeg har brukt sammen med de som det er søkt på databasene. De følgende 6 artiklene som presenteres her er de mest aktuelle:

- 1) Artikkelen «Gestational diabetes: prospective interview-study of the developing beliefs about health, illness and health care in migrant women» av Hjelm mfl (2012), er en undersøkelse av holdninger til svangerskapsdiabetes i et fler-etnisk utvalg. Fjorten kvinner i alderen 28-44 år født i land i Midtøsten (ti fra Irak, to fra Iran og to fra Libanon) deltok. Inklusjonskriteriene var 16 år eller eldre, og deltakerne måtte ha diagnosen svangerskapsdiabetes. Intervjuene ble gjennomført ved tre anledninger: i svangerskapsukene 34-38, og tre og 14 måneder etter fødsel. Målet med studien var å undersøke utviklingen av oppfatninger om sykdom og helse over tid. I tillegg ønsket forskerne å studere slike oppfatningers innflytelse på egenomsorg og etterlysning av hjelp hos innvandrerkvinnene som bodde i Sverige. Kvinner i studien ble screenet for svangerskapsdiabetes av en jordmor på et legesenter i 28. svangerskapsuke, og ble henvist til poliklinikk dersom de testet positivt.
- 2) Artikkelen «Overcoming cultural barriers to diabetes control: A qualitative study of Southwestern New Mexico Hispanics» av McCloskey og Flenniken (2010), er en kvalitativ studie av 50 spansktalende innvandrere i USA. De fikk spørsmål om deres erfaringer med diabetes og deltakelse i et intervensjonsprogram. Informantene i utvalget inkluderte personer som ble vurdert for enten å være i faresonen for å utvikle diabetes eller som hadde fått diagnosen. I tillegg besto utvalget av ektefeller som selv ikke hadde diabetes. Blant de 50 informantene hadde 37 personer diabetes, en hadde svangerskapsdiabetes da hun var gravid med sin sønn. Tretten var menn og 37 var kvinner.
- 3) Artikkelen «Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway» av Garnweidner mfl. (2013), tar utgangspunkt i individuelle intervjuer med 17 førstegangsgravide kvinner med ulik etnisk bakgrunn, og som mottar svangerskapsveiledning. Kriterier for inkludering i denne studien var at kvinnen skulle være i alderen 16 år eller eldre, være førstegangsfødende og ha normal graviditet. I

tillegg måtte de ha en kroppsmasseindeks over 25. Deltakerne ble spurt om ernæringsinformasjon som de mottok under svangerskapet, sine erfaringer med disse samtaler under svangerskapsveiledningen og om deres motivasjon og mulige hindringer for å forholde seg til mottatt informasjon.

- 4) Artikkelen «Perceptions of the Host Country's Food Culture among Female Immigrants from Africa and Asia: Aspects Relevant for Cultural Sensitivity in Nutrition Communication» av Garnweidner mfl. (2012), er basert på en undersøkelse om afrikanske og asiatiske kvinners kosthold og deres mulighet for å opprettholde tradisjonene. Undersøkelsen besto i intervju med 21 kvinner med innvandrerbakgrunn fra 11 afrikanske og asiatiske land, og som bor i Oslo. Studiens deltakere var i alderen 25 til 60 år.

- 5) Artikkelen «En norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse» av Finbråten og Pettersen (2012) er en undersøkelse som er basert på en survey som måler interaktiv helsefremmende allmenndannelse. 515 helsesøstre besvarte et spørreskjema, noe som ga en svarprosent på 23. Spørreskjemaet bestod av utsagn om hvorvidt helsesøstre hadde erfart brukerne som aktive deltakere under helsesamtalen, og om de kunne uttrykke seg adekvat og presist om sin helsesituasjon. Helsesøstrenes oppfatninger av brukeres lese- og skriveferdigheter, og om de hadde grunnleggende kunnskaper om menneskekroppen, ble også undersøkt. Skjemaet skulle også gi svar på indikatorer for helsesøstrenes vurdering av pasienters mulige grad av interaktiv og kritisk helsefremmende allmenndannelse.

- 6) Artikkelen «Management of diabetes in South Asian communities in the UK» av Hill (2006) er en fagfellevurdert oversiktsartikkel som tar for seg hvordan håndteringen av diabetes blant sørasiatiske miljøer. Artikkelen gir på bakgrunn av tilgjengelig forskning konkrete råd for å møte utfordringene.

2.2 Litteraturutvalg og kildekritikk

Kildekritikk går ut på å gjøre en vurdering av kildenes relevans og gyldighet for å kunne besvare problemstillingen. Vurderingen omfatter blant annet kildenes begrensninger med hensyn til målgruppe, hva slags tekst kilden inneholder og overføringsmuligheter til ulike kontekster. Det kan også omfatte vurderinger av om det er mye forskning på området eller om det er vanskelig å finne relevant forskning (Dalland, 2012).

Forskningsartiklene jeg har valgt ut er de jeg har vurder til å være de mest relevante for problemstillingen i denne oppgaven. Samtidig er ikke alle kildene like mye relevante eller har samme overføringsverdi. Flere av artiklene jeg fikk opp ved hjelp av søkeordene handlet om diabetes generelt, og i mye mindre grad svangerskapsdiabetes. Dessuten var de fleste ikke rettet mot noen spesielle grupper innvandrere, men tok for seg fler-etniske grupper. Etter å ha lest gjennom abstraktene har jeg avgrenset og valgt ut de artiklene jeg mener er mest relevante. Artikkelen til Hjelm mfl (2012) er svært relevant fordi den er en studie som tar for seg den aktuelle pasientgruppen og er fra Sverige, noe som øker overføringsverdien. Dessuten følges respondentene over en lengre tidsperiode, og dette øker kvaliteten. McCloskey og Flenniken (2010) sin artikkel handler om en gruppe innvandrere som opplever utfordringer knyttet til språkproblemer og manglende tilpasning av helsetjenester. Artikkelen tar også opp betydningen av måltidet og familien som viktige faktorer i diabetesforebyggingen. Selv om respondentene er innvandrere som bor i USA, er utfordringene de tar opp likevel relevante for pasientgruppen i min problemstilling. Artiklene til Garnweidner mfl. (2012, 2013) er basert på norske studier og tar opp viktigheten av veiledning knyttet til svangerskapsdiabetes og kosthold. Dette er viktig for å kunne tilpasse informasjonen og veiledningen til pasientgruppen. Finbråten og Pettersens (2012) artikkel er relevant fordi den tar opp en annen viktig forutsetning for vellykket veiledning og informasjon, nemlig «health literacy». Som forfatterne selv påpeker har denne studien mange respondenter, men svarprosenten er lav. Et svar prosent på 23 er lavt i forhold til å kunne generalisere fra resultatene. Hills (2005) sin artikkel er en review-artikkel som gir håndfaste råd basert på forskning. Mange av rådene er knyttet til innvandrere i Storbritannia, men mye er også relevant for norske forhold og gir mulighet for å lære av erfaringene fra disse landene.

De øvrige sentrale kildene jeg har brukt omfatter temaer om sykepleie, veiledning og innvandring. For å beskrive tilstanden diabetes i forbindelse med svangerskap, har jeg benyttet Jacobsen og Toveruds (2009) bok i sykdomslære. Boken brukes som pensum ved sykepleieutdanningen og har vært ute lenge på markedet. Den må derfor kunne sies å være ganske reliabel. Mæland (2012) er også en slik bok. Den er her brukt for å hente informasjon om helsefremmende og forbyggende arbeid generelt. Kristoffersen mfl. (2005) er et stort verk med fire bind. Bøkene er skrevet med bidrag fra flere forfattere som har kompetanse på sine spesielle områder. Boken er i denne oppgaven særlig brukt i forhold til sykepleierens rolle og funksjon i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Når det gjelder veiledningens og kommunikasjonens betydning i helsefremmende arbeid, har jeg basert mye av min fremstilling på Tveiten (2008) og Eide og Eide (2009). Begge bøkene er pensum på utdanningen og fremstår som pålitelige. Når det gjelder det flerkulturelle perspektivet har jeg brukt flere forskjellige kilder. Kapitlet til Høye (2013) har vært viktig i presentasjonen av veiledning sett i et flerkulturelt lys. Kapitlet er del av en antologi der flere forfattere skriver om veiledning til ulike pasientgrupper og boken ser ut til å være kvalitetssikret.

Med hensyn til sykepleieteori har jeg forholdt meg til Benner og Wrubel (2001) og Kirkevold (2010). Primærkilden har vært viktig for å kunne fremheve andre deler av Benner og Wrubels teori enn det er mulig å få innblikk i gjennom sekundærkilder, som for eksempel kulturens betydning for mestring. Samtidig har jeg lest den danske versjonen av Benner og Wrubels «The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness» fra 1989. Oversettelsen fra engelsk til dansk kan tenkes å ha endret på noe av innholdet i teorien. Dette dreier sannsynligvis seg om at en kan miste noen nyanser som den originale engelske versjonen har ivaretatt. Det er likevel en kvalitetssikring at noen vanskelig oversettable begreper, som for eksempel «concern» som kan ha ulike betydninger avhengig av kontekst, er blitt fortløpende forklart med fotnoter. Kirkevold (2010) har vært til stor hjelp når jeg skulle få overblikk over teoriene og velge ut den som så ut til å passe best til min problemstilling.

I tillegg har jeg brukt ulike dokumenter fra offentlige nettsider som Helsebiblioteket, Helsedirektoratet, Lovdata, Folkehelseinstituttet og Statistisk sentralbyrå (SSB) for å innhente oppdatert informasjon om helse og innvandring. Disse nettsidene er offentlige og den informasjonen som legges ut virker oppdatert. Dessuten er flere av nettsidene anbefalt av

sykepleierutdanningen. Boken til Dalland (2012) har vært viktig for å forstå hensikten med de ulike delene i en bacheloroppgave, og samtidig kunne arbeide systematisk med kildene.

3.0 SVANGERSKAPSDIABETS OG HELSEFREMMEDE- OG FOREBYGGNEDE ARBEID

I de neste avsnittene skal jeg gjøre rede for diabetesformen som opptrer under svangerskapet. Jeg presenterer kort forekomst, risikofaktorer, komplikasjoner forbundet med sykdommen og behandling. Innvandrerkvinnens situasjon når det gjelder svangerskapsdiabetes, og hvilke utfordringer dette medfører for dem selv og helsetjenesten, blir også tematisert. Videre skal jeg beskrive noen viktige trekk ved helsefremmende- og forebyggende arbeid i forbindelse med sykdom og livsstilsendring.

3.1 Diabetes i svangerskapet

Diabetes mellitus type 2 er en stoffskiftesykdom som er i klar økning i Norge, og over 200 000 nordmenn har sykdommen i dag. Type 2 diabetes blir også kalt aldersdiabetes fordi den oppstår etter 40 årsalderen. Hyppigheten tiltar kraftig med stigende alder. Denne formen for diabetes skyldes delvis nedsatt følsomhet for det blodsukkerregulerende hormonet insulin (insulinresistens), og en viss insulinmangel. Blodsukkeret skal normalt ikke overstige 10 -11 mmol/l, for da overskrides nyrenes evne til å reabsorbere glukose og den kommer ut i urinen. Symptomene på høyt blodsukker kan være redusert allmenntilstand, svimmelhet, økt vannlating, tørste og vekttap. De fleste med type 2 diabetes er overvektige og har høyt blodtrykk, noe som disponerer for senkomplikasjoner. De vanligste senkomplikasjonene skyldes avleiringer på innsiden av små blodkar (arteriosklerose). Blodtilførselen til en rekke viktige organer er på denne måten redusert, og dette rammer særlig hjerte, nyrer, øyne og nerver. Dårlig regulert blodsukker kan derfor føre til senkomplikasjoner som skader øynene (retinopati) og nyresykdom (nefropati). I tillegg kan sykdommen føre til nerveskader (nevropati), som blant annet forårsaker fotsår med eventuell amputasjon som konsekvens, og åreforkalkninger som leder til hjerteinfarkt, hjerneslag og generell dårlig blodsirkulasjon (Jacobsen mfl., 2009).

En viktig risikofaktor for å få diabetes type 2 er utvikling av diabetes under et svangerskap. Dersom en kvinne får diabetes i forbindelse med svangerskapet, men oppnår normalt blodsukker etter fødsel kan de være utsatt for senere utvikling av diabetes type 2. Foruten de senkomplikasjonene som kvinnen kan pådra seg av sykdommen, skaper diabetes under

svangerskapet økt risiko for komplikasjoner under graviditet og fødsel, i tillegg til sykdom og plager for det nyfødte barnet (Chawla mfl., 2006).

Svangerskapsdiabetes kan deles inn i 3 grupper:

- gravide hvor type 1-diabetes debuterer under svangerskapet
- gravide som på forhånd har type 2-diabetes, men hvor sykdommen først erkjennes under svangerskapet
- gravide som utvikler nedsatt glukoseintoleranse eller diabetes under svangerskapet (den egentlige svangerskapsdiabetes). Denne forsvinner som regel etter avsluttet svangerskap, men kvinnene har en økt risiko for å utvikle type 2-diabetes senere i livet. (Hagtvedt og Holan, 2010, s. 79)

De viktigste risikofaktorer for utvikling av «den egentlige» svangerskapsdiabetes er alder over 38 år, diabetes hos foreldre eller søsken, kroppsmasseindeks (KMI) over 27kg/m² i begynnelsen av svangerskapet og tidligere påvist i svangerskapsdiabetes. Mange gravide kvinner vil ofte finne ut av at de har utviklet diabetes under svangerskapskontroll. De som er i risikozonen bør derfor ta perorale glukosetoleransetester rutinemessig i svangerskapsukene 26-28 (Hagtvedt og Holan, 2010). Diagnosen svangerskapsdiabetes kan baseres på Verdens helseorganisasjons anbefalinger om to timers glukosebelastningstest på fastende mage, hvor kriteriet for å få diagnosen er en blodglukose over 7,8 mmol/l målt i venøst plasma (Chawla mfl., 2006). Svangerskapsdiabetes behandles vanligvis ved å sørge for god blodsukkerkontroll og tilpasset diett (Hagtvedt og Holan, 2010). Kvinner med svangerskapsdiabetes trenger derfor tett oppfølging fra helsepersonell. De viktigste tiltakene overfor denne gruppen brukere er å utvikle et sunt spisemønster og være i fysisk aktivitet i svangerskapsperioden. De som er overvektige bør særlig få hjelp slik at de kan unngå matvarer som inneholder for mye kalorier og fett, for slik å regulere blodsukkerverdiene. Kvinner med svangerskapsdiabetes bør derfor holde blodsukkeret under god kontroll, spise sunn kost, mosjonere regelmessig, opprettholde en sunn vekt og gå til regelmessige legekontroller (Sortland mfl., 2011).

3.2 Innvandrerkvinner og svangerskapsdiabetes

Sammenliknet med kvinner fra Norge viser svangerskapsdiabetes seg å være mer vanlig blant kvinner som etnisk sett tilhører Nord-Afrika og Sør-Asia. Tilstanden ser ut til å være omtrent sju ganger hyppigere hos denne gruppen innvandrerkvinner, men er mest uttalt blant kvinner som var født i Pakistan eller hadde foreldre med etnisk pakistansk bakgrunn (Chawla mfl., 2006). Årsakene til den store forekomsten av diabetes hos disse og andre innvandrergrupper er foreløpig lite kjent, men sannsynligvis er både genetiske faktorer og faktorer som henger sammen med miljø, livsstil og ernæring av betydning (Helsedirektoratet 2014a). Diabetes hos innvandrerkvinner kan dermed skyldes endrede kostholdsvaner etter at kvinnene er kommet til Norge, som blant annet mer tilgjengelighet av «usunn» mattyper og høyere priser på de sunne (Kumar, 2008). Innvandrerkvinner har også lavere fysisk aktivitet, noe som kan disponere for fedme og utvikling av diabetes. Andelen pakistanske kvinner som aldri misjonerer er for eksempel på 40 %, i motsetning til bare 12 % hos norske kvinner. Blant pakistanske kvinner er det også flere overvektige og utgjør 33 % i forhold til norske kvinner som er på 22 % (Blom, 2011).

Lega mfl. (2011) påpeker at kvinner med svangerskapsdiabetes utgjør en spesielt marginalisert gruppe. Svangerskapsdiabetes hos disse kvinnene tilsier at det er behov for å vurdere økonomiske ressurser og sosial støtte som en del av mestringsstrategier i forebygging av diabetes. Kvinnene trenger bedre tilgang til de ressurser som trengs for bedre helse (for eksempel høy kvalitet mat og mulighet for fysisk aktivitet) og bedre tilpassede helsetjenester (Lega mfl., 2011). Innvandrerkvinner med svangerskapsdiabetes er en slik utsatt gruppe. Chawla mfl. (2006) viser for eksempel til at veiledning overfor denne gruppen brukere kan være vanskelig å gjennomføre for norsk helsepersonell dersom de har manglende eller begrenset kunnskap om brukergruppens tradisjonelle kosthold. Samtidig fremhever forfatterne at det er viktig «å kjenne til de underliggende faktorer som øker risikoen for svangerskapsdiabetes blant kvinner med sørasiatisk bakgrunn i Norge». Økt kunnskap om denne sykdommen og utviklingstrekkene hos denne brukergruppen anses derfor som nødvendig for å kunne etablere effektive intervensjoner og forebygge sykdomsutvikling (Chawla mfl., 2006, s. 1043). Helsedirektoratet viser i denne forbindelse viktigheten av god

informasjon og tilrettelagte tiltak med hensyn på både forebygging og behandling i forhold til innvandrerkvinner med svangerskapsdiabetes (Helsedirektoratet, 2014a).

3.3 Helsefremmende og forebyggende arbeid

Målsettingen med det forebyggende- og helsefremmende arbeidet er å forhindre, utsette et sykdomsforløp (primær forebygging) eller hindre at en sykdom kommer tilbake og til og med utvikler seg videre (sekundær forebygging) (Mæland, 2010). Begge disse forebyggingsaspektene vil gjelde for kvinner som har fått svangerskapsdiabetes. Det helsefremmende arbeidet må imidlertid ta utgangspunkt i personens opplevelse av sykdom. I forbindelse med sykdom kan personer utvikle to mestringsstrategier. Den ene kalles problemorientert mestring, og den går ut på at en forholder seg aktivt til problemet og engasjerer seg ved å søke informasjon for å bli bedre. Den andre strategien går under navnet «emosjonelt orientert mestring». Personen som er rammet av sykdom forholder seg her til problemet hovedsakelig på det følelsesmessige planet. Han eller hun forsøker i denne sammenheng å dempe ubehag ved opplevelse av belastningen med funksjonstapet (Kristoffersen, 2005). Utfordringene helsepersonell møter i forebyggingsarbeidet springer derfor ut av at personer ofte har vanskeligheter med å omstille sin livsstil for å hindre sykdom eller komplikasjoner. Dette henger sammen med personers ønske om å «leve godt i øyeblikket», og hensynet til en sunn livsstil og fremtidig helse kommer i konflikt med den umiddelbare behovstilfredsstillelsen. De umiddelbare behovene inkluderer ønsket om å gi uttrykk for en bestemt identitet og føle seg akseptert av sine nære omgivelser. Disse påvirkningskanalene beskriver Mæland (2010, s. 103) på denne måten:

«Folks handlinger styrkes både av de generelle verdier og av mer spesifikke holdninger og oppfatninger. I tillegg påvirkes handlingensmønstrene av arvelige og biologiske faktorer, av materielle forhold og ikke minst av de sosiale og kulturelle miljøet».

Handlingsmønstre har dermed sammenheng med arv og en rekke sosiale og økonomiske faktorer. Det er for eksempel avdekket at kvinner er mer mottagelige for helseopplysning enn menn, og at helseopplysningen er mindre effektiv for de med lite utdannelse og lav

sosialøkonomisk status. Mæland (2010) stadfester derfor at det er avgjørende at man har en bred forståelse av hva som styrker folks handlinger, slik at det blir mulig å utvikle hensiktsmessige tiltak for å påvirke enkeltindivider eller deres omgivelser i det helsefremmende arbeidet. Det helsefremmende arbeidet er basert på en sosial modell for helse og helsepåvirkning, og på denne måten ønsker man å styrke helsen blant folk og bidra til å øke deres livskvalitet. Et viktig begrep i det helsefremmende arbeidet er «empowerment». Begrepet betyr å dyktiggjøre eller å få kontroll over, og får frem ideologien i helsefremmende arbeid om enkeltindividet og fellesskapet skal kunne gjøres i stand til å påvirke forhold som har betydning for deres helsetilstand. I følge Mæland (2010) betraktes derfor folk som aktive samarbeidspartnere i helsefremmende arbeid, de forventes å medvirke i utvikling av mål og fremgangsmåte i prosessen. Tiltakene utvikles ikke av eksperter alene, men ved at de det gjelder inkluderes fortløpende i beslutningene. Det åpnes derfor for kommunikasjon der deltakerne inviteres til komme egne synspunkter og ønsker for det helsefremmende arbeidet. På denne måten kan deltakerne medvirke i prioriteringene og gjennomføringen av tiltak. Det er derfor viktig at aktivitetene i det helsefremmende arbeidet utvikles i dialog med brukerne, og det krever en fleksibel og individuelt tilpasset tilnærming.

Helseopplysning er en sentral del av helsefremmende arbeid. Når enkeltindivider rammes av sykdom, kan uvissheten være mer ubehagelig enn de fysiske plagene av sykdommen. De har derfor behov for informasjon om diagnosen, behandlingen og hvordan de kan forebygge komplikasjoner ved sykdom. Målet med helseopplysning dreier seg likevel ikke bare om å formidle informasjon. En viktig målsetting i helsefremmende arbeid er derfor å kunne påvirke holdninger, og på denne måten bidra til at brukere kan få økt kontroll over sin tilstand.

Helsefremmende arbeid har i tillegg fokus på enkeltindividet og de sosiale omgivelsene rundt personen. Å styrke eller opprettholde personers sosiale nettverk som venner eller familie, er derfor et viktig tiltak for å fremme helse. Det sosiale nettverket kan nemlig være kilde til nyttig informasjon og støtte livsstilsendringer etter sykdom (Mæland, 2010).

4.0 SYKEPLEIETEORETISK FORANKRING

Formålet med teorier eller teoretiske perspektiver er at de skal belyse problemstillingen. Når vi velger å se på et problem ut fra en bestemt teori, er teorien med på å styre retningen av arbeidet med oppgaven (Dalland, 2012). I dette kapittelet skal jeg presentere teorier og perspektiver som gir rettleiding for sykepleierens helsefremmende- og forebyggende arbeid i møte med pasienter med behov for mestring av sin sykdom. Først redegjør jeg for viktige deler av sykepleieteorien til Benner og Wrubel. Siden tar jeg for meg veiledningsrollen til sykepleieren og viktige særtrekk ved veiledning til flerkulturelle.

4.1 Benner og Wrubels teori om omsorg og mestring

Patricia Benner og Judith Wrubel er to sykepleieteoretikere som legger vekt på omsorg, helse, sykdom, stress, mestring, kontekst og helsefremmende aktiviteter (Kirkevold, 2010). Disse begrepene er alle relevante for å belyse min problemstilling. Benner og Wrubel fremhever at omsorg inntar en sentral plass i sykepleiepraksis. Det er gjennom omsorg at sykepleieren blir oppmerksom på hvilke tiltak som er til hjelp for pasienten og hva hun eller han trenger av videre veiledning. Omsorgen er derfor vesentlig i pasientbehandling:

«Endelig har omsorgen betydning, fordi den danner grundlaget for muligheden at yde hjælp og modtage hjælp. Den samme handling kan have vidt forskellige konsekvenser, alt efter om den udføres med eller uden omsorgen. Et omsorgsfuldt forhold skaber tillidsfuld sitausjon som sætter patienten i stand til at tage den ydede hjælper til seg og føle at han vises omsorg.» (Benner og Wrubel, 2001, s.27).

Personlig engasjement fra sykepleierens side er derfor viktig for å kunne identifisere pasientens «særlige anliggender», det vil si de faktorene som har betydning for måten pasienten oppfatter sin sykdom. Uten engasjement blir det vanskelig for sykepleieren å se viktige kjennetegn eller endringer i pasientens tilstand (Benner og Wrubel, 2001).

Opplevelse av helse består for Benner og Wrubel (2001, s.187) av en «kongruens mellem ens muligheder og ens konkrete praktikker og levede meninger, og er baseret på omsorg og på en følelse af at være genstand for omsorg.» Opplevelse av sammenheng mellom egen livsførsel og de mulighetene som støtter opp om dette, og det å være gjenstand for omsorg er derfor sentralt for å være i god helse. Sykepleierens helsefremmende rolle i denne forbindelse er å

hjelpe pasienten til å opprettholde sine menneskelige relasjoner og særlige anliggender, slik at de kan stå imot sykdom.

I følge Benner og Wrubel er sykdom en tilstand som nesten alltid fører til et sammenbrudd i en ellers ubesværet funksjon. Dette sammenbruddet forklarer Benner og Wrubel (2001, s. 83) som stress:

«Stress er definert som forstyrrelsen af meningen, forståelse og normal funktion, med oplevelse av skade, tab, eller utfordring som følge, og der kræves sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye færdigheder.»

Stress representerer derfor et brudd med pasientens forståelse av sin tidligere situasjon og en ellers tidligere uhemmet kroppsfunksjon. For å takle stress kreves det evne til nyvurderinger og nyfortolkninger, noe som leder til et annet viktig begrep i Benner og Wrubels teori: *mestring*. Kirkevold (2010) viser i denne sammenheng hvordan de beskriver forholdet mellom stress og *mestring*. Mens stress betegnes som opplevelsen av meningsbrudd, er *mestring* det man stiller opp med i dette bruddet. Igjen er det menneskets oppfatning av dets særlige anliggender, eller det som er betydningsfullt for henne eller ham, som vil være viktig for *mestringsfølelsen*. Hva som oppleves stressende er slik betinget av hvilke *mestringsmuligheter* en har som følge av tidligere ferdigheter og praksis, det vil bakgrunnsforståelsen (Kirkevold, 2010). Benner og Wrubel (2001, s. 69) definerer bakgrunnsforståelsen slik:

«For mennesker bliver baggrundsbetydningen leveret af den kultur, subkultur og familie personen tilhører. Baggrundsbetydning bliver opptaget på individuelle måder fra den kulturelle baggrundsmening, men kun inden for muliges spektrum i den pågældende kultur.»

Den kulturen man vokser opp med vil derfor ha stor betydning for måten en forstår sine omgivelser på. Dette har igjen betydning for hvilke *mestringsstrategier* en kan disponere over. Kirkevold (2010) påpeker i også at Benner og Wrubel ikke ser på *mestring* som noe en kan måle på en objektiv måte, men snarere som et fenomen som kun kan bedømmes ut fra personens selvforståelse og vurdering av *mestringsmuligheter*. Helsefremmende tiltak må derfor ta utgangspunkt i personens opplevelse av situasjonen og hvilke *mestringsmuligheter*

han eller hun rår over. Det gjelder å legge vekt på personens særlige anliggender, og hvordan disse kan omdefineres for å bidra til endring til en sunnere livsstil.

I tillegg til at sykdom er en vesentlig kilde til stress, har den samtidig forskjellige betydninger i forskjellige kulturer og for forskjellige mennesker. Kulturen en tilhører kan skape både muligheter og begrensninger i personens mestring av ulike situasjoner (Kirkevold, 2001). Helsefremmende arbeid må derfor ta hensyn til kulturelle variasjoner blant mennesker som har behov for livsstilsendringer. Benner og Wrubel (2001, s.181) uttaler for eksempel at *«Ændringer i livsstil og sundhedsvaner fungerer bedst, når de integreres i personens egne kulturelle mønstre og traditioner.»* Livsstilsendringer kan slik sett være vanskelig å oppnå dersom veiledningen og tiltakene som blir foreslått strider mot personens (kulturelle) og sosiale mønstre. Videre fremholder Benner og Wrubel at man *«er nødt til å anerkende at der findes kulturelt foretrukne måder at være i verden på»*, og dersom sykepleiere skal kunne iverksette hensiktsmessige intervensjoner er de nødt til å ta utgangspunkt i personens subjektive forutsetninger og behov for hjelp (Ibid., s.216).

Endelig ser Benner og Wrubel ikke på helse og helsefremmende arbeid utelukkende i lys av et individuelt perspektiv. Mestringsmulighetene til enkeltindividet er tett knyttet til mestringsressursene i personens omgivelser, for eksempel familien. Helse og helsefremmende livsstil er på denne måten et sosialt og kulturelt anliggende (Kirkevold, 2010)

4.2 Veiledning i livsstilsendring ved sykdom

Tap av funksjonsevne innebærer at personen har opplevd en mer eller mindre alvorlig hendelse i livet, som for eksempel sykdom som skaper traumatisk krise. En slik krise kan oppleves som tap av mening og sammenheng i personens liv. Tilværelsen kan bli uforutsigbar og utrygg (Eide og Eide, 2009). Det å få en sykdom betyr derfor en personlig krise for den enkelte og medføre stress. Stress kan være en belastning eller påkjenning fysisk og psykisk ved funksjonstap og senere kanskje også livsstilsendring. Det kan dreie seg om ubalanse mellom personens ressurser og omgivelsenes krav (Kristoffersen, 2005). Det er derfor viktig å hjelpe personen til å mestre sitt eget liv. Mestringsfølelsen skal være innrettet mot helse, og rehabiliteringen må ta utgangspunkt i hele personen og situasjonene hun eller han befinner seg i. Siden krisen de opplever medfører brudd med hensyn til et forventet livsløp, er

utfordringen at de må arbeide med å gjenskape mening og sammenheng i sin nye tilværelse (Normann mfl., 2008).

Sykepleien har en viktig rolle når det gjelder kartlegging av risikofaktorer og iverksetting av nødvendige tiltak (Herlofson og Kirkevold, 2008). For å kunne gjøre dette er det nødvendig å få i stand en veiledningssamtale med brukeren. En av de viktigste oppgavene til sykepleieren blir dermed å fremme mestring gjennom undervisning og veiledning. I boken *Pedagogikk i sykepleiepraksis* omtaler Tveiten (2008) veiledning som en relasjonell og pedagogisk prosess basert på kunnskap og humanistiske verdier. Hensikten er at sykepleier gjennom veiledningen skal bidra til å styrke brukerens mestringskompetansen ved å stimulere til oppdagelse og læring. Det gjelder å styrke brukerens kompetanse slik at hun eller han skal mestre sin situasjon og være mest mulig selvhjulpen. Veiledningen skal dermed muliggjøre autonomi og medvirkning for brukeren og pårørende (Tveiten, 2008). I veiledningsprosessen må sykepleieren vektlegge brukerens perspektiv på problemer og mål. Dette er viktig for at brukeren skal utvikle kompetanse og bli mer selvstendig. Det kan her være en hjelp for sykepleieren å bruke den didaktiske relasjonsmodellen (se fig. 1). Denne modellen viser forholdet mellom ulike deler av en veiledningsprosess og inkluderer definerte mål, deltakerforutsetninger, rammefaktorer, innhold, arbeidsmetoder og vurdering. De ulike delene må vurderes for hver enkelt bruker. Deltakerforutsetninger handler om brukerens forutsetninger for å lære. Det dreier seg blant annet om utdanningsnivå eller andre kognitive evner som konsentrasjonsvansker eller demens. Dagsformen, synet og hørselen til brukeren er også noe sykepleieren må være oppmerksom på i en veiledningssituasjon. Situasjonen brukeren befinner seg i, som for eksempel om han eller hun er en tidlig fase i krisesituasjonen eller i sykdomsprosessen, må også tas hensyn til ved tilrettelegging av veiledningen. Deltakerforutsetninger retter seg også mot sykepleieren. Om sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om veiledningstemaet er avgjørende for en vellykket veiledningsprosess. Rammefaktorer i forbindelse med veiledningen kan være lokalisering av hvor undervisningen skal finne sted. Dersom veiledningen skal foregå på sykehus er det viktig å finne et egnet sted hvor en unngår å bli forstyrret. Samtidig kan det være en fordel å ha veiledning med brukeren i sitt eget hjem, slik at det pårørende kan delta der det er ønskelig. Tidspunktet for veiledningen er også viktig å ta i betraktning. Veiledningstiden må tilpasses slik at brukere kan delta uten å måtte gi avkall på andre betydningsfulle gjøremål. Målet for veiledningen må

også være klart definert, og kan bestå av ulike komponenter. Komponentene er kunnskapsmål, ferdighetsmål og holdningsmål. Alle disse tre komponentene er viktige når brukere skal mestre sin nye situasjon med sykdom eller risiko for sykdom og komplikasjoner. Innholdet i veiledningen er det mest sentrale i modellen, og må også ta utgangspunktet i de fastsatte målene. Brukeren skal veiledes slik at han eller hun kan nå sine mestringsmål ved at innholdet tilpasses etter nivå og læringsforutsetninger. Den konkrete fremgangsmåten i veiledningsprosessen dekkes av elementet «arbeidsmetoder» i den didaktiske relasjonsmodellen. Arbeidsmåtene avhenger av målene som er satt for veiledningen til brukeren. Dette kan for eksempel ha betydning for om det skal avholdes individuelle eller gruppemøter, om pårørende skal delta og om det skal brukes ulike hjelpemidler som lysbilder og plakater i veiledningen. Modellens siste element er «vurdering». Vurderingen går ut på å forsikre seg om at mestringsmålene er nådd hos brukeren. Dette kan gjøres ved å stille spørsmål eller foreta annen type kartlegging i forhold til brukerens kunnskaps-, holdnings- eller ferdighetsmål (Kristoffersen, 2005).

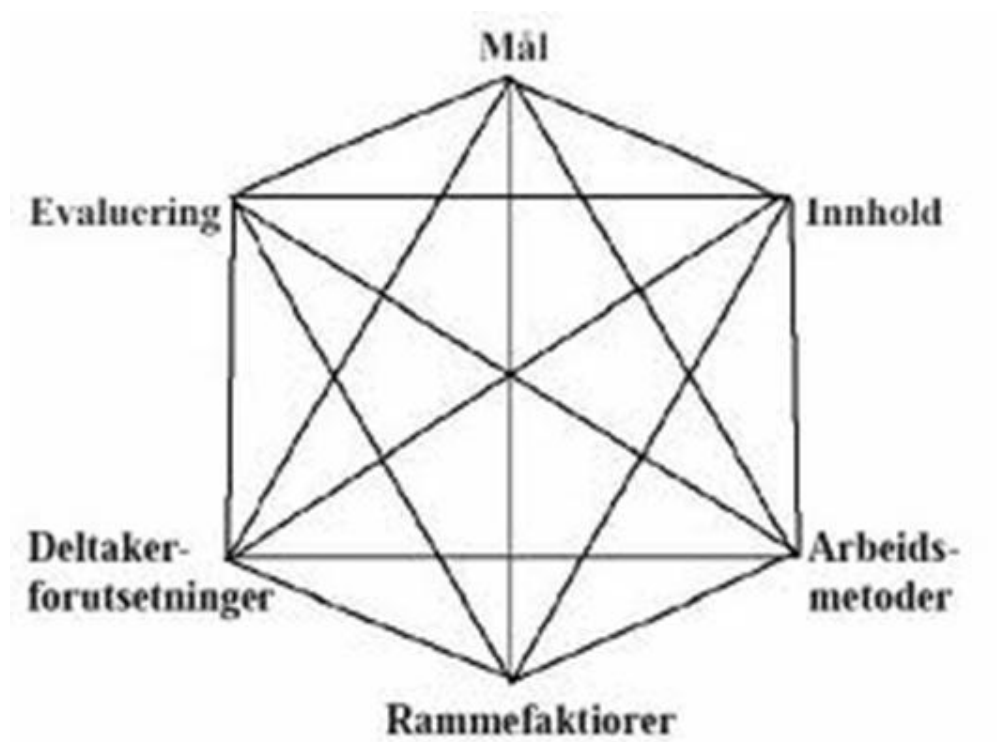


Fig 1. Den didaktiske relasjonsmodellen. (Kilde: Kristoffersen, 2005, s. 247)

Modellens ulike deler er nøye knyttet sammen og skal bidra til en helhetlig tilnærming i veiledningen. Det er veiledningens «hva, hvordan og hvorfor» som anskueliggjøres med denne modellen (Tveiten, 2008, s. 44-45). Videre kan den konkrete veiledningsprosessen i følge Tveiten (2008) deles inn i tre hovedfaser: Planleggingsfasen er forut for selve veiledningssamtalen. I denne fasen vurderes brukerens situasjon og samtalen legges opp slik at den tar utgangspunkt i hans eller hennes læreforutsetninger og rammefaktorer. «Bli kjent» - fasen er neste fase og retter seg mot den første delen av veiledningen, og her er det viktig å avklare hvilke mål og forventninger brukeren har til mestringssituasjonen og veiledningen. Denne fasen kan være avgjørende for tillitsbygging mellom brukeren og sykepleieren. I «arbeidsfasen» foregår selve veiledningen gjennom spørsmål og dialog, slik at brukeren kan oppdage det som oppleves riktig for en selv. I denne dialogen må en ta utgangspunkt i hvordan brukeren opplever og forstår sin sykdom (Tveiten, 2008).

4.3 Helseveiledning i et flerkulturelt perspektiv

I følge Høye (2013) vil økt innvandring til Norge gjennom de siste tiårene, særlig fra Asia og Midtøsten, skape utfordringer for sykepleiere i møte med pasienter og pårørende som har en annen kultur bakgrunn. Samtidig er individuelt tilpasset helseveiledning en nødvendighet dersom sykepleieren skal lykkes med å hjelpe pasienten. Når pasienten og pårørende blir møtt ut fra sine «*forutsetninger og sin tilstand når det gjelder stress og krisereaksjoner, språk, alder og familiekonstellasjon, settes de i bedre stand til å samarbeide om mestringsstrategier og personlig tilpassede rehabiliteringstiltak*» (ibid., s.143). Det er derfor behov for bevissthet rundt kulturelle spørsmål og kartlegging av behov, ønsker og foretrukne livsstil hos personer som har en annen kulturell- eller språkbakgrunn. Videre fremhever Høye (2013) nødvendigheten av at sykepleiere tilegner seg innsikt i sentrale verdier som er av betydning for pasientene. Dette kan dreie seg om livssyn, ritualer eller andre tradisjoner de verdsetter i sin kultur. Slik kunnskap er nødvendig for å kunne tilpasse informasjonen og veiledningen til personer med en annen kulturell bakgrunn. I motsatt fall vil veiledningen være for generelt utformet. Veiledning og informasjon som ikke tar hensyn til de kulturelle preferansene kan også oppleves som manglende respekt av pasientene og pårørende.

To særlig viktige anliggender hos flerkulturelle pasienter er forholdet til åndelige behov og relasjonen til familien. De åndelige behovene til en person som tilhører en muslimsk eller

hinduistisk religion kan være ukjent for mange helsepersonell, men er desto viktigere å ivareta overfor pasienten for at han eller hun skal føle seg anerkjent: «*Informasjon uten forankring i familiens verdier og tro vil kunne bli opplevd som overkjøring, eller i overført betydning overgrep*» (Høye, 2013, s. 145). Familien eller de pårørendes deltakelse i pasientens situasjon kan oppleves som uvanlig for helsepersonell. Den flerkulturelle familien kan for eksempel ha et ønske om å involvere seg i pasientens pleie og behandling, og har derfor også betydelig innflytelse på måten pasienten klarer å ta imot hjelp fra helsetjenesten. Begge disse to nevnte trekk ved møtet med flerkulturelle personer er betydningsfulle for mange pasienter, og bør tas hensyn til i veiledningssamtaler (Høye, 2013).

5.0 DRØFTING

I denne delen av oppgaven skal jeg diskutere hvordan sykepleier gjennom veiledning kan fremme helse og forebygge komplikasjoner hos kvinner med innvandrerbakgrunn og som har svangerskapsdiabetes. Jeg skal legge vekt på sentrale utfordringer i forbindelse med veiledning knyttet til denne formen for diabetes, samt ha fokus på relevante særtrekk i veiledning til personer med annen språk- eller kulturellbakgrunn. Drøftingen er basert på forskningsartikler, annen relevant litteratur og egne erfaringer fra prosjektet Friske Liv (FL). I tillegg tar utgangspunkt Benner og Wrubels (2010) teori om at mestring av sykdomstilstanden krever veiledningsintervensjon, og at denne må være forankret i personens sosiale og kulturelle forutsetninger for livsstilsendringer.

5.1 Innvandrerkvinnenes forutsetninger og behov for helseveiledning

For å mestre sin livssituasjon med kronisk sykdom og endre livsstilen for å forebygge komplikasjon, har mange pasienter behov for helseveiledning. Kristoffersen (2005) påpeker at en person som har kunnskap om sin tilstand kan forholde seg mer aktivt til sin sykdom. Det er her sykepleierens helsefremmende og forebyggende rolle blir relevant. I følge loven har pasienten nemlig rett til informasjon, og må derfor få tilbud om veiledning (Kristoffersen, 2005). Mestring er imidlertid ikke noe en kan måle på en objektiv måte, men må bedømmes på grunnlag av pasientens selvforståelse og egen vurdering av sine mestringsmuligheter. Dette er som vist under avsnitt 4.1 i denne oppgaven et sentralt aspekt ved Benner og Wrubels (2010) teori. Videre kan pasienter ofte ha mangelfulle kunnskaper om hva som feiler dem. Dette kan skyldes lav utdanning og/eller feilaktige forestillinger om sykdommen. Sykepleieren må derfor avdekke disse forutsetninger som kan ha betydning for veiledningen av pasienten (Kristoffersen, 2005).

Forskningsartikkelen til Finbråten og Pettersen (2012) viser i denne sammenheng at helsekunnskapen kan være mangelfull hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Med utgangspunkt i en undersøkelse om «health literacy» hos helsesøstre, har forfatterne avdekket at innvandrerpasienter viser mangelfulle kroppskunnskaper og leseferdigheter. Helsesøstrene rapporterte om utfordringene basert på deres møter med pasientene. Samtidig gjør artikkelforfatterne oppmerksom på at det er store variasjoner i gruppen med innvandrerbakgrunn. De påpeker at pasienters mulighet for å kunne delta aktivt for å ivareta

deres helsetilstand ofte er avhengig av at de klarer å komme med innspill med utgangspunkt i kunnskap om kropp og helse. Dette kan være en ulempe for pasienter med innvandrerbakgrunn, i og med at de utviser mangelfulle kunnskaper på området. Dette er en bekymringsfull utvikling fordi det norske samfunnet er tuftet på at pasienter skal medvirke og ta ansvar for sin egen helse. I lys av Finbråten og Pettersens (2012) forskning kan innvandrerkvinner som ikke har den relevante «allmenndannelse» på helseområdet derfor møte utfordringer når de skal foreta helsefremmende sykdomsforebyggende valg i forhold til svangerskapsdiabetes. Andre undersøkelser (Garnweidner mfl., 2013) trekker frem at noen innvandrergrupper hadde manglene kunnskaper om at diabetes under svangerskapet kunne være en risikofaktor for utvikling av kronisk diabetes. Deltakerne i studien var for eksempel også lite bevisste på at overvekt, eller det å legge på seg mye under svangerskapet, kunne føre til at barnet i fremtiden ville være mer utsatt for kostholdsrelatert sykdom (Garnweidner mfl., 2013). Selv om innvandreres deltakerforutsetninger kan være mangelfulle, slik de er beskrevet i de nevnte undersøkelsene, er det viktig å ta høyde for at bildet er mer sammensatt. Kunnskapen og holdningene til måten innvandrerkvinner forholder seg til svangerskapsdiabetes kan variere, særlig gjennom de ulike fasene i et svangerskap. Dette er tydelig i studien til Hjelm mfl. (2012) som viste at innvandrerkvinner hadde et U-formet oppfatningsmønster om risikoen for diabetesutvikling. Kvinnene i undersøkelsesutvalget var fra Midtøsten og bodde i Sverige. Undersøkelsen viste for eksempel at kvinnene holdt seg til en sunn diett under svangerskapet. De etterlevde rådene fra diabetes sykepleierne og oppga at grunnen var bekymring for at svangerskapsdiabetesen skulle påvirke barnet i magen. Det som er overraskende er at kvinnene gikk tilbake til en usunn diett med mer sukker og lite fiber etter fødselen. Samtidig viste en oppfølgingsstudie ett år etter fødsel at de samme kvinnene ønsket å utvikle en sunnere livsstil for å unngå utvikling av diabetes type 2. Nå var de mest bekymret for sin egen helse og risikoen for at de ikke ville være i stand til å ta vare på sine barn. Andelen som anså svangerskapsdiabetes som kun en midlertidig diagnose hadde samtidig blitt redusert. Selv om artikkelforfatterne påpeker at kvinner med innvandrerbakgrunn risikerer at de ikke klarer å ta vare på sin helse som følge av manglende helsekunnskap, viser deres studie til verdifulle innsikter. De fremhever at en viktig lærdom av denne studien er at svangerskapsperioden gir god anledning for helsepersonell til å forebygge utvikling av diabetes type to, gjennom veiledning og informasjon om sunne aktiviteter. Det

viktigste er at de gravide kvinnene får realistisk informasjon om at svangerskapsdiabetes er en indikator for utvikling av diabetes type 2. Helsepersonell bør ifølge forfatterne ikke skjule denne informasjonen av frykt for engstelse, noe forfatterne mener er et problem. Informasjonen er nemlig viktig for at kvinne skal utvikle sunn helseatferd (Hjelm mfl., 2012). Dette må selvfølgelig vurderes ut fra kvinnenes tilstand når de søker veiledning. Informasjonen kan for eksempel gis av sykepleier etter at hun har møtt kvinnene en del ganger og er kommet over i veiledningens «arbeidsfase» (jf. avsnitt 4.2).

5.2 Veiledningens mål og innhold i forhold til kosthold

Pasienter som har fått svangerskapsdiabetes har behov for å lære om hvordan de kan mestre sin situasjon, og de må vite hva de selv kan gjøre for å unngå at tilstanden forverres. De trenger for eksempel grundig kunnskap om matvarer for å velge tilpasset kosthold (Kristoffersen, 2005). Veiledning om kosthold er derfor viktig i arbeidet med pasienter som har eller er i ferd med å utvikle diabetes (Helsedirektoratet, 2014).

I tråd med Benner og Wrubels teori må endringsråd om livsstil være integrert i pasientens kulturelle bakgrunn (jf. avsnitt 4.1). For å kunne tilpasse veiledningen til innvandrerkvinner er det derfor viktig å vite noe om hvilke utfordringer kvinnene har i forhold til kostholdet når de bor i Norge. En undersøkelse (Garnweidner mfl., 2012) viste for eksempel at innvandrerkvinner opplevde at mangelen på krydder i den norske kosten var et problem. De forklarte at i deres tradisjonelle mat er krydder viktig for at den skal smake godt, og de opplevde også at den norske maten ikke var særlig mettende. Dessuten anså de ikke den norske kosten for å være «ordentlig» type kost. Når de for eksempel hadde fått i seg noen brødsiver med pålegg på morgenen, betraktet de det ikke som fullverdig frokost. Dette kan ha å gjøre med at de foretrekker varm mat også på morgenen. En annen undersøkelse (Garnweidner mfl., 2013) avdekket at innvandrerkvinner slet med å forholde seg til råd om å spise flere og mindre måltider, slik det er anbefalt i forhold til svangerskapsdiabetesen. Det å spise fem frukt og grønnsaker om dagen var i strid med enkelte innvandrerkvinnens tradisjon med for eksempel å spise tre store, varme måltider om dagen. Denne kunnskapen er viktig å bruke i veiledningen til innvandrerkvinner med svangerskapsdiabetes. Sli kunnskap kan gjøre sykepleieren i stand til å tilpasse veiledningens innhold i forhold til det som er av betydning for pasientene, nemlig deres kulturelle tradisjoner med hensyn til type kost de foretrekker.

Dette er viktig for at veiledningen ikke skal være for generelt utformet, og for at innvandrerkvinnene ikke skal oppleve det som manglende respekt for deres kulturelle mattradisjoner (jf. avsnitt 4.3). Samtidig er det viktig å passe på at innholdet i kvinnenes tradisjoner ikke er strid med kunnskapen om sunn helsekostveidning. Studien til Hill (2006) viser for eksempel tradisjonell sørsiasiatisk mat ofte inneholder mye fett og sukker. I det britisk-indiske miljøet er blant annet brun sukker ansett som sunnere, og mange typer søtsaker er populære. Søtsakene inneholder gjerne en tredjedel fett og en tredjedel sukker. Mat som stekes i mye fett, slik som samosa, er også populære. Sykepleiere bør derfor ta hensyn til kulturelle tradisjoner når de skal ha dialog om mål og innhold med pasienten, men dette må gjøres på en måte som også ivaretar målet med den helsefremmende- og forebyggende hensikten (jf. avsnitt 3.3).

Videre kan innvandrerkvinnene oppleve måltidet som en viktig del av sin identitet når de befinner seg utenfor sitt hjemland. Å spise sine tradisjonelle matretter kan for kvinnene være en måte å komme sammen og dele noe viktig og identitetsskapende med venner og familie (McCloskey og Flenniken, 2010). Mat vil derfor være en viktig del av deres sosiale liv. Den kulturelle betydningen av mat kan på denne måten gjøre endringer i kostholdet vanskelig å iverksette (Hill, 2006). Veiledningens mål og innhold til innvandrerkvinner må derfor baseres på sykepleierens funksjon i å hjelpe pasienten til å opprettholde sine menneskelige relasjoner og særlige anliggender (jf. avsnitt 4.1). Dette gjelder også i forhold til maten og dennes sosiale betydning for kvinnene, slik at de blir bedre i stand til å mestre sin sykdom.

En annen faktor som er av betydning for innvandrerkvinner, og som sykepleier må ta hensyn til i veiledningen, er religiøse påbud og forbud om maten. Dette er spesielt relevant sett opp mot det Høye (2013) sier om viktigheten av å ivareta særlige anliggender hos flerkulturelle pasienters åndelige behov (jf. avsnitt 4.3). Studien til Garnweidner (2012) viser i denne sammenheng at kvinnene med muslimsk tro var spesielt oppmerksomme på at maten var tilpasset deres religiøse overbevisning. De fortalte også at de var usikre på om maten i butikkene var tilberedt rituelt riktig, og som dermed kunne spises av muslimer. Denne usikkerheten førte til at de ofte valgte mat som inneholdt mye sukker, for eksempel syltetøy, eller annen søt pålegg. I tillegg påpeker Hill (2006) at den muslimske fastemåned Ramadan er viktig å ta hensyn til i veiledningen av innvandrere. Ramadan innebærer at muslimer faster

fra soloppgang til solnedgang under den niende måneden av det islamske året. Dette er en viktig religiøs tradisjon som inngår som en ett av de sentrale fem søylene i islam. I forhold til diabetes kan faste over så lang tid føre til at blodsukkeret blir for lavt. Pasienter med diabetes er unntatt fra faste fordi de har en sykdom, men mange vil fortsatt ønske å faste. Hill (2006) sier at helsepersonell kan ha liten kunnskap om Ramadan, og på grunn av dette anbefale pasienter om å ikke faste. Siden dette kan oppleves å stride med pasientens egne ønsker eller religion, kan rådene fra veiledningen bli forsømt. Maten som serveres når fasten brytes ved solnedgang kan også være en utfordring når det gjelder veiledning om sunn kost. Det serveres for eksempel store måltider, ofte med høyt innhold fett og sukker, inkludert brus og juice, noe som kan føre til høyt blodsukker. Sett i forhold til denne kunnskapen må pasienter informeres om hvordan de kan velge sunnere matalternativer, men som også gir dem anledning til å delta i religiøse høytider (Hill 2006). Under mitt besøk hos deltakerne i FL prosjektet, fikk jeg vite at mange av brukerne hadde muslimsk bakgrunn. Prosjektlederne formidlet derfor om at i koranen blir enkelte matsorter som daddel og honning omtalt som foretrukket mat for troende. Disse matsortene er rike på karbohydrater og kunne dermed forverre diabetesen. Sykepleierne i prosjektet mente at det var viktig å tilegne seg kunnskap om disse religiøse tradisjonene, slik at de kunne veilede kvinnene ut fra riktig informasjon om deres bakgrunn. Når helsepersonell skal veilede innvandrere som har andre mattradisjoner, er det derfor viktig ikke å eliminere alt som har med pasientenes tradisjonelle matretter å gjøre, ifølge McCloskey og Flenniken (2010). De mener at det ikke skal være nødvendig å be pasienten om å slutte med sine tradisjonelle matvaner for å unngå svangerskapsdiabetes. Veiledningen bør heller inneholde informasjon om hvordan tilberedningen av maten kan modifiseres uten at smaken blir utvannet. Pasientene må også få informasjon om å spise mindre porsjoner mat og inkludere frukt og grønnsaker i de daglige måltidene. Hjelm mfl (2012) foreslår i tillegg at helseveiledningen også bør inneholde informasjon om hvordan en kan lage mat til en rimelig kostnad. Dette kan blant annet være informasjon om å lage mat hjemme og bruke rimelige råvarer.

Det å ha kunnskap om og forståelse for at pasienter med annen kulturelle bakgrunn trenger en tilpasset kost for å mestre sin diabetes kan derfor være viktig. For at brukerne skal følge rådene om kosthold, er det viktig at brukerne får veiledning om hvordan de kan tilberede mat de er vant til å spise fra hjemlandet med redusert sukkerinnhold. Kostveiledningen må ha

fokus på det å finne gode erstatninger og tilberedningsmåter av maten, med det formål å beholde den tradisjonelle smaken i maten og samtidig unngå de usunne ingrediensene (Garnweidner mfl., 2012).

5.3 Veiledningens mål og innhold i forhold til fysisk aktivitet

Utover kosthold er fysisk aktivitet den andre viktige faktoren i forebygging av livsstilssykdom, og er særlig anbefalt for pasienter med diabetes (Mæland, 2010). Fysisk aktivitet under svangerskapet viser seg også å ha god effekt på reduksjon av svangerskapsdiabetes hos tidligere inaktive kvinner, og kan være fordelaktig i primær forebygging av svangerskapsdiabetes (Liu mfl. 2008). Siden utvikling av diabetes er tett knyttet til fysisk inaktivitet og overvekt, har helsemyndigheten i Storbritannia for eksempel justert forholdet rundt kroppsmasseindeks for enkelte grupper innvandrere. Mens det vanlige er at en kroppsmasseindeks på 25kg/m² er tegn på overvekt, er dette redusert til 23kg/m² for sørasiatere (Hill 2006).

Veiledningen til innvandrerkvinnene bør i lys av sette inneholde informasjon om fysisk aktivitet som en måte å redusere svangerskapsdiabetes. Samtidig er det en overbevisning i islam om at man er overlatt til Allah, og at en ikke har rett til å planlegge for fremtiden. Denne innstillingen kan gjøre det vanskelig å få muslimske pasienter til å delta for å lage fremtidig mål for forebyggingsaktiviteten (Hanssen, 2005). Dette er i tråd med Benner og Wrubel teori som peker på at livsstilsendringer kan være vanskelig å oppnå dersom veiledningen og tiltakene som blir foreslått strider mot pasientens kulturelle og sosiale mønstre. (jf. 4.1). I FL prosjektet var det flere av deltakerne som unnlot å møte opp til veiledning. Dette kan sammenheng med at enkelte hadde en manglende tro på egen innsats, slik det er beskrevet ovenfor. De som møtte opp ble imidlertid oppfordret til å utføre enkle fysiske aktiviteter som blant annet å gå trapper eller turer med kjente. De fikk også informasjon om betydningen av fysisk aktivitet i forebygging av diabeteskomplikasjoner. Dette stemmer overens med rådene i Mæland (2010) om at den fysiske aktiviteten ikke behøver å være svært intensiv for å gi gunstig effekt. Pasientene bør derfor oppfordres til å drive med alle former for trening i hverdagslivet (Mæland , 2010). Andre foreslår 30 minutter

eller mer med moderat trening om dagen for friske gravide kvinner i flere, ikke nødvendigvis alle, ukedagene (Liu mfl., 2008). Helsedirektoratet (2014a) peker også på at de tiltakene som har vist seg å ha størst effekt i forhold til innvandrere med diabetes er lokalt tilrettelagte tiltak som egne kostholdsgrupper, tilpasset trening eller tur-grupper og gruppeundervisning med tolk. Flere kommuner skal allerede også ha satt i gang slike prosjekter.

I veiledning av innvandrerkvinner kan det likevel være vanskelig å ta opp spørsmål som har med vekt og fysisk aktivitet å gjøre. Deltakerne i undersøkelsen til Garnweidner (2013) fortalte for eksempel at de ikke ble spurt om sin vekt i forbindelse med svangerskapsveiledningen. De var både overrasket og lettet over at de ikke ble spurt. Overrasket fordi de anså det som relevant i forhold til svangerskapet, men lettet fordi de slapp å forsvare at de var overvektige. Dette viser dilemmaene som kan oppstå når sykepleiere skal være med på å velge mål og innhold i veiledning av innvandrerkvinner med svangerskapsdiabetes. De må derfor ha kunnskap om kvinnes situasjon og vise varsomhet for deres særlige anliggender. En slik fremgangsmåte kan sikre kultursensitiv sykepleie som tar hensyn til pasientenes kulturelle bakgrunn (Magelssen, 2008).

5.4 Viktige rammefaktorer i veiledning av innvandrerkvinnene

En av de vanligste og viktigste utfordringene i møte med pasienter med en annen kulturell bakgrunn er kommunikasjonsproblemene (Helsedirektoratet 2014a). I pasientrettighetsloven står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Kirkevold mfl., 2008). Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 sier i tillegg at «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Viktigheten av at pasienter får tilrettelagt informasjonen er derfor ikke vanskelig å forstå. I følge Hill (2006) kan mestring av diabetes være en utfordring for mange, men det er enda vanskeligere for innvandrere som har begrensede kommunikasjonsmuligheter med helsepersonellet på grunn av språket. Helsedirektoratet anbefaler derfor at den første samtalen med personer med diabetes eller personer som er i faresonen, og som en mistenker har begrensede norskkunnskaper, bør foregå ved hjelp av tolk. Det stadfestes at det er viktig å få til en god første samtale med pasientene i slike tilfeller, slik at de skal få med seg nødvendig informasjon. Samtidig viser en

studie fra England (Gerrish mfl., 2004) at bruk av tolk ikke er en prioritert oppgave i enkelte deler av helsevesenet, særlig når budsjettet er stramt. Hanssen (2008) fremhever at bruk av tolk kan forebygge misforståelser og kan gjøre hverdagen enklere både for pasienten og personale. Det skal brukes tolk blant annet ved medisinske utredninger og ved planlagt informasjonssamtaler. Tolken skal være kvalifisert, men familien kan hjelpe til med tolkingen der det er hensiktsmessig (Hanssen, 2008). For at sykepleierens veiledning med innvandrerkvinnene skal kunne gjennomføres på en god måte må det kunne brukes tolk der det er nødvendig. Det å bestille tolk, eller gjennomføre en veiledning der kommunikasjonen er begrenset, kan derfor kreve ytterligere engasjement fra sykepleieren. Å sørge for at rammefaktorene i forhold til tolking er ivaretatt er nødvendig for å kunne identifisere innvandrerkvinnenes interesser og særlige anliggender under veiledningen, noe som kan virke inn på deres mestringsmuligheter i forhold til sykdommen. Uten slik engasjement kan det ifølge Benner og Wrubel (2001) bli vanskelig å oppdage viktige kjennetegn i pasientens tilstand (jf. avsnitt 4.1). Sykepleieren bør derfor utvise engasjement og kunne tilby kvinnene tilpasset informasjon. Dette kan gjøres ved at informasjonsvirkemidler oversettes til pasientens språk. På hjemmesidene til diabetesforbundet er det for eksempel tilgjengelig korte filmer om diabetes og kosthold på ulike språk. Disse kan lastes ned gratis. Filmene formidler tilpasset informasjon om diabetes til ulike innvandrergrupper, og språkene som er brukt per i dag er somalisk, urdu og tyrkisk (Helsedirektoratet 2014a). Fra min erfaring med FL prosjektet, opplevde jeg at flere av deltakerne hadde et stort behov for informasjon. Det skriftlige informasjonsmaterialet var derfor oversatt til flere aktuelle språk. Deltakerne fikk også tilbud om å bruke kvalifisert tolk, mens enkelte foretrakk å ta med familien for å tolke.

Bruk av tolking og oversetting er viktige rammefaktorer som vil ha betydning i veiledningen av innvandrerkvinner med svangerskapsdiabetes, og som sykepleieren må ta hensyn til. En annen viktig rammefaktor er hensynet til pårørende og familien. Mange innvandrere har bakgrunn fra kollektivistiske samfunn. I slike samfunn spiller familien en viktig rolle under krise og sykdom (Hanssen, 2005). Innvandrere i europeiske land ser for eksempel på familiemedlemmer som viktige kilder til informasjon om sunn mat. Dette gjaldt også i Norge, hvor innvandrerkvinnene bekreftet at de mottok helseinformasjon fra sine familiemedlemmer (Garnweidner, 2013). Familien kan derfor være en viktig partner når personer med diabetes skal få hjelp til å spise sunnere (McCloskey og Flenniken, 2010). Denne tenkningen ser også

ut til å stemme overens med det Benner og Wrubel (2001) mener om at pasienters mestringsmulighetene er tett knyttet til mestringsressursene i personens omgivelser eller familien. De ser som tidligere nevnt ikke på helse utelukkende gjennom et individuelt perspektiv. At kvinnene får anledning til å ivareta sine sosiale aktiviteter og forpliktelser kan i denne sammenheng være viktig for å motvirke et større brudd med deres tilvante liv. Bruddet som allerede har skjedd etter oppdagelsen av svangerskapsdiabetes bør derfor ikke gjøres større ved at kvinnene føler at de må oppgi for mye av aktiviteten i sin tidligere livssituasjon. Veiledningen må derfor basere seg på at kvinnene skal føle en sammenheng i sitt liv ved at deres kulturelle preferanser med hensyn til familierollen blir ivaretatt, og at mestringsmuligheten på denne måten blir styrket (jf. 4.1).

Samtidig er det også viktig å ta høyde for at familiens innflytelse ikke alltid samsvarer med veiledningen pasienten får fra sykepleier. Deltakerne i undersøkelsen til Garnweidner (2013) opplevde for eksempel motstridende råd som utfordrende. Veiledningen de fikk av helsepersonell og informasjonen de fikk av for eksempel sin svigermor, kunne for enkelte kvinner være forskjellig. Kvinnene kunne i slike tilfeller føle seg usikre på hva de skulle spise, i og med at svigermors innflytelse var stor under svangerskapet. Hill (2006) påpeker også at forholdet til familien kan gjøre forebygging eller mestring av diabetes utfordrende. Veiledningens innhold om sunn mat kan av pasienten ofte oppfattes som om de ikke kan spise med familien eller bli inkludert i sosiale arrangementer. Dessuten unngår enkelte å fortelle bekjente utenfor familien om at de må spise en diabetes tilpasset diett, og kan derfor unnlate å nekte upassende mat når er på besøk hos slektninger (Hill 2006). Familiesammenkomster kan derfor være spesielt utfordrende med hensyn på å opprettholde sunne matvaner. Ofte serveres det mye mat, og det er gjerne lite tilpasset for personer med diabetes. Å inkludere familien i veiledningen om sunne matvaner er derfor ofte nødvendig. På denne måten kan sykepleieren sikre seg at familien kan støtte pasientene til å overholde tilpasset kosthold (McCloskey og Flenniken, 2010). Sykepleieren må derfor forsikre seg om hvem som er nærmeste pårørende, for eksempel ved å spørre pasienten direkte (Høye, 2013). Dette kan bidra til at sykepleier kan være oppmerksom på den viktige rammefaktoren som familien utgjør under veiledning av innvandrerkvinner med svangerskapsdiabetes.

5.5 Aktuelle arbeidsmetoder i den konkrete veiledningen

Sykepleieren må ha kunnskap om den pedagogiske metoden for å kunne tilby tilpasset veiledning til pasienter (Kristoffersen 2005). Dette innebærer blant annet at rådene som tilbys pasientene må være konkrete og gis tidlig i sykdomsforløpet, og de må gjentas underveis når pasientene møter nye utfordringer og læringsbehov. Pasientundervisningen er ifølge Mæland (2010, s. 122) mest effektiv når den er relevant og tilpasset pasientens behov og interesser, er handlingsorientert og konkret, og at pasienten får muligheten til selv å registrere hva de får til av endringer. I tillegg må pasientene få belønning og oppmuntring når de oppnår positive fremskritt. Disse tiltakene kan være hensiktsmessige å bruke under de ulike veiledningsfasene med pasientene (jf. avsnitt 4.2). I planleggingsfasen er det viktig å kartlegge viktige deltakerforutsetninger og rammefaktorer for veiledningen med innvandrerkvinnene, slik det er beskrevet tidligere. Dette kan sikre at kvinnen kan nyttiggjøre seg av informasjonen og være delaktig i samtalen. Det kan også være hensiktsmessig at sykepleieren på dette stadiet tenker gjennom på hvordan hun skal møte kvinnene, slik at de opplever seg ivaretatt. Det er også viktig å tenke over hva som kan være aktuelt å snakke om i lys av kvinnes tradisjoner og mestringsmuligheter (Tveiten, 2008). Under planleggingen av veiledningen er det dermed særlig viktig med økt bevissthet rundt kulturelle spørsmål og kartlegging av behov hos kvinnene som har en annen kulturell- og språkbakgrunn (jf. avsnitt 4.3). Veiledningen må for eksempel ta hensyn til pasientenes situasjon. Dette handler for eksempel om når veiledningen skal holdes og hvor lenge den skal vare (Tveiten, 2008). I FL prosjektet var det enkelte deltakere som ikke deltok på veiledning. Den manglende deltakelsen kan skyldes at veiledningen ble satt til kun en gang i uken, og at den falt sent på formiddagen når noen av kvinnene skulle hente barn i barnehagen eller tilberede mat for familien.

I bli-kjent-fasen er det nødvendig å kartlegge verdier og livssyn innvandrerkvinnene (jf. avsnitt 4.3). Her kan sykepleieren innlede samtalen med å presentere seg selv samt spørre om hvordan kvinnene opplever sin situasjon. Dette kan bidra til å klargjøre hensikten med veiledningen og at sykepleiere får kunnskap om sentrale verdier av betydning for kvinnene (Tveiten, 2008). Bli kjent-fasen er en god anledning til å la kvinnene fortelle om tradisjoner de verdsetter i sin kultur. På den måten får sykepleieren mulighet til å tilpasse veiledningen til kvinnes individuelle behov.

Tveitens (2008) «arbeidsfase» i veiledningen kan åpne for muligheter og begrensninger. I denne fasen gjelder det å møte kvinnene som skal veiledes der de befinner seg og ut fra deres egne behov for selvhjelpenhet. Slik kan sykepleieren planlegge veiledningen med utgangspunkt i kvinnes behov og hva de opplever som viktig for å mestre sin situasjon med svangerskapsdiabetes. I planleggingen av innholdet i veiledningen er det for eksempel viktig at kvinnene involveres. Sykepleieren må få kvinnene til å medvirke i valg av tema for veiledningssamtalen og innholdet knyttet til mestringsstrategier. Sykepleieren kan for eksempel oppmuntre kvinnene til å fortelle om hva de vet om svangerskapsdiabetes, kosthold eller fysisk aktivitet (Tveiten, 2008). I FL prosjektet var veiledningssamtalene satt opp slik at sykepleierne inviterte til dialog, og ofte stilte de deltakerne konkrete spørsmål, og eksemplene som ble brukt var ofte ved hjelp av bilder eller brosjyrer med stikkord. Dette bidro til at det ble lettere å få tilgang til informasjonen som deltakerne trengte for å mestre sin nye situasjon med svangerskapsdiabetes. Empowerment tenkningen i helsefremmende- og forbyggende arbeid (jf. avsnitt 3.3) kan være et velegnet verktøy i veiledningen for å forbygge diabetes (McCloskey og Flenniken, 2010). Dette handler om å la veiledningen ta utgangspunkt i innvandrerkvinnenes særlige anliggender, noe som også kan leses ut av Benner og Wrubels teori (jf. 4.1). Kvinnenes religiøse tradisjoner, familiens betydning og språkutfordringene er alle viktige faktorer som sykepleieren må være oppmerksomme på og bruke aktivt for å dyktiggjøre eller styrke kvinnene i veiledningens arbeidsfase. Dette kan gi et grunnlag for videre planlegging av veiledning, samtidig som det også kan bidra til at kvinnene og deres pårørende opplever å bli inkludert og respektert. Det er derfor nødvendig at sykepleieren utviser en helhetlig tilnærming på kvinnes mestringsmuligheter (Tveiten, 2008). På denne måten kan innholdet og arbeidsmetodene i veiledningen gjenspeile innvandrerkvinnenes sosiale, kulturelle og åndelige behov. Slik kan de gjøres i stand til å takle utfordringene med svangerskapsdiabetes på en hensiktsmessig måte.

Til slutt er det viktig å utvikle gode evalueringsindikatorer for å kunne vurdere effekten av veiledningens innhold og arbeidsmetoder. Evalueringen bør foretas med jevne mellomrom og skal ta for seg både prosessen og innholdet i veiledningen (Tveiten, 2008).

Innvandrerkvinnene må få anledning til å gi tilbakemelding på hvordan de opplever veiledningen om det er noe de savner. Samtidig bør evalueringsspørsmålene som stilles ha relevans for situasjonen kvinner med innvandrerbakgrunn befinner seg i. Evalueringsdelen er

kanskje den vanskeligste delen i den didaktiske relasjonsmodellen, men med et godt utviklet system kan evalueringen etter min mening gi nødvendig informasjon for å justere veiledningen underveis.

6.0 KONKLUSJON

I denne bacheloroppgaven har jeg tatt for meg temaet svangerskapsdiabetes hos innvandrerkvinner. Jeg har belyst problemstillingen om hvordan sykepleier gjennom veiledning kan fremme helse og forbygge komplikasjoner hos denne gruppen pasienter. Svangerskapsdiabetes er en alvorlig trussel mot helsa, og det er derfor viktig at sykepleier ivaretar sin helsefremmende og forebyggende rolle i forhold til innvandrerkvinnene. En viktig forutsetning for å lykkes med veiledningen i forhold til denne gruppen er at det tas hensyn til deres kulturelle og religiøse bakgrunn. Fokuset i denne oppgaven har derfor vært på ivaretagelse av kvinnenes mestringmuligheter ved å vektlegge deres deltakerforutsetninger og rammefaktorer under veiledningen. Oppgaven viser at det er viktig å kartlegge innvandrerkvinnens helsekunnskap i forhold til svangerskapsdiabetes, deres språklige bakgrunn og pårørendesituasjon for å kunne planlegge god og virksom veiledning. Innholdet i veiledningen dreier seg om kosthold og fysisk aktivitet. Sykepleieren skal gjennom veiledningen støtte kvinnene til å velge sunne matvaner som kan tilberedes i samsvar med deres mattradisjoner. Veiledningen om den fysiske aktiviteten må også tilpasses kvinnenes situasjoner, og her er det viktig å finne aktiviteter som er realistiske å gjennomføre tatt i betraktning deres livssituasjon. Dette kan styrke kvinnenes muligheter til å forebygge komplikasjoner under svangerskapet og senere utvikling av diabetes type 2.

Oppgaven er basert på Benner og Wrubels sykepleieteori om mestring av sykdom. Denne teorien har vært viktig for å få frem sentrale aspekter ved innvandrerkvinnenes situasjon med svangerskapsdiabetes. Benner og Wrubels påpekning av at det finnes kulturelt foretrukne måter å være i verden på, og at sykepleiere må ta utgangspunkt i pasientens subjektive forutsetninger og behov for hjelp for å kunne iverksette hensiktsmessige intervensjoner, har vært en viktig ledetråd. For at veiledningen til innvandrerkvinner som har svangerskapsdiabetes skal være effektivt, er det avgjørende at sykepleiere besitter kunnskap om hvordan de kan legge til rette veiledningen slik at den tar hensyn til kulturell variasjon hos pasientene. Denne bacheloroppgaven vil i denne sammenheng kunne være et bidrag til at sykepleiere blir bedre i stand til å utøve kulturelt sensitiv sykepleie.

Litteraturliste

- *Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard. (448 sider)
- *Blom, S. (2011). Dårligere helse blant innvanderne: innvanderers helse (nr. 2): Statistisk sentralbyrå.
- *Chawla, A., Amundsen, Å. L., Hanssen, K. F. & Iversen, P. O. (2006). Svangerskapsdiabetes hos kvinner fra Sør-Asia. 1041-1043. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8(126). (3 sider)
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T. & Eide, H. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal. Oslo.
- *Finbråten, H. S. & Pettersen, K. S. (2012). En norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 8(1). (1 sider)
- Folkehelseinstituttet. (2004). *Fra kunnskap til bedre folkehelse: Nasjonalt folkehelseinstituttets strategiplan 2004-2008*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- *Garnweidner, L. M., Pettersen, K. P. & Mosdøl, A. (2013). Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*, 29(12), 130-137. (7 sider)
- *Garnweidner, L. M., Terragni, L., Pettersen, K. S. & Mosdøl, A. (2012). Perceptions of the host country's food culture among female immigrants from Africa and Asia: aspects relevant for cultural sensitivity in nutrition communication. *Journal Of Nutrition Education And Behavior*, 44(4), 335-342. (7 sider)
- *Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A., Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health Soc Care Community* 12(5):407-1.3. (3 sider)
- *Hagtvedt, M. L. & Holan, S. (2010). *Det Nye livet: svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget. (4 sider)
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hanssen, I. (2008). Etniske minoriteter. I M. Kirkevol (Red.), *Geriatriske sykepleie*. Oslo.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Pasien- og brukertrettighetsloven. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>. Hentet 03.03.2014
- Helsedirektoratet. (2014a). Diabetes. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/innvandrerrhelse/om-innvandrerrhelse/diabetes/Sider/default.aspx>.
- Helsedirektoratet. (2014b). Pico. <http://www.helsedirektoratet.no/Om/bibliotek/litteratursok/Sider/pico.aspx>. Hentet 03.03.2014
- Herlofson, K. & Kirkevold, M. (2008). Parkinsons sykdom. I *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s.418-432). Oslo: Gyldendal akademisk.
- HiHM. (2014). Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie. [https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/5312655976292.1301449450\\$307090200\\$/Arkiv/Retningslinjer_files/Retningslinjer+for+BA+oppgave+sykepleie+BASY+2011.+Rev.+14.11.2013](https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/5312655976292.1301449450$307090200$/Arkiv/Retningslinjer_files/Retningslinjer+for+BA+oppgave+sykepleie+BASY+2011.+Rev.+14.11.2013). Hentet 03.03.2014
- *Hill, J. (2006). Management of diabetes in South Asian communities in the UK. *Nursing Standard*, 20(25), 57. (5 sider)
- *Hjelm, K., Bard, K. & Apelqvist, J. (2012). Gestational diabetes: prospective interview - study of the developing beliefs about health, illness and health care in migrant women. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1), 3244-3256. (s.12)
- *Høye, S. (2013). Flerkulturelt perspektiv ved helseveiledning av pasienter og pårørende. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk. (20 sider)
- *Høye, S. & Severinsson, E. (2010). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 858-867. (9 sider)
- Jacobsen, D. & Toverud, K. C. (2009). *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. & Bonnevie, A. (2010). *Sykeplejeteorier: analyse og evaluering*. København: Munksgaard.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. & Nortvedt, P. (2005). Framtidens sykepleie- nye arenaer og endrede vilkår. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie* bind 3. Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Kumar, B. N. (2008). *The Oslo immigrant health profile* (Vol. 2008:7). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. (59 sider)
- *Lega, I., Ross, N. A., Zhong, L. & Dasgupta, K. (2011). Gestational Diabetes History May Signal Deprivation in Women with Type 2 Diabetes. *Journal of Women's Health* (15409996), 20(4), 625-629. (4 sider)
- Likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2012). *En helhetlig integreringspolitikk: mangfold og felleskap*. nr.6 (2012-2013). Oslo.
- *Liu, J., Laditka, J. N., Mayer-Davis, E. J. & Pate, R. R. (2008). Does physical activity during pregnancy reduce the risk of gestational diabetes among previously inactive women? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(3), 188-195. (7 sider)
- *Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe. (219 sider)
- *McCloskey, J. & Flenniken, D. (2010). Overcoming Cultural Barriers to Diabetes Control: A Qualitative Study of Southwestern New Mexico Hispanics. *Journal of Cultural Diversity*, 17(3), 110-115. (5 sider)
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken* nr.16 (2002-2003). Oslo.
- *Normann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2008). *Om rehabilitering: mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget. (174 sider)
- Sortland, K., Steensæth, Y. & Gjerstad, R. (2011). *Ernæring - mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Spilker, R. S., Aambø, A. & Indseth, T. (2009). *Tilstandsrapport: minoritetshelsefeltet i Norge*. Oslo: NAKMI. (51 sider)

SSB. (2013). Innvandring og innvandrere. <http://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere>.

Hentet 03.03.2014.

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

Antall sider selvvalgt litteratur: ca. 1035

Vedlegg 1: Pico skjema

Vedlegg 2: Artikkel: Gestational diabetes: prospective interview-study of the developing beliefs about health, illness and health care in migrant women, Hjelm mfl. (2012)

Vedlegg 3: Artikkel: Overcoming cultural barriers to diabetes control: A qualitative study of Southwestern New Mexico Hispanics, McCloskey og Flenniken (2010)

Vedlegg 4: Artikkel: Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway» av Garnweidner mfl. (2013)

Vedlegg 5: Artikkel: Perceptions of the Host Country's Food Culture among Female Immigrants from Africa and Asia: Aspects Relevant for Cultural Sensitivity in Nutrition Communication, Garnweidner mfl. (2012)

Vedlegg 6: Artikkel: En norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse» av Finbråten og Pettersen (2012)

Vedlegg 7: Artikkel: Management of diabetes in South Asian communities in the UK, Hill (2006)

