

# C-uppsats i Omvårdnad

## **OMVÅRDNAD INFLUERAD AV KULTUR** **-SETT UTIFRÅN LEININGERS SOLUPPGÅNGSMODELL**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>FÖRFATTARE</b>   | Elisabeth Andréasson<br>Cecilia Sköld   |
| <b>PROGRAM/KURS</b> | Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/<br>och VOM080<br>Omvårdnad – Eget arbete<br><br>VT 2005 |
| <b>OMFATTNING</b>   | 10 p  |
| <b>HANDLEDARE</b>   | Marit Sanchez   |
| <b>EXAMINATOR</b>   | Barbro Robertsson   |

|  |   |
|--|---|
| Titel (svensk):                          | Omvårdnad influerad av Kultur<br>-Sett utifrån Leiningers Soluppgångsmodell             |
| Titel (engelsk):                         | Nursing influenced by Culture<br>-Viewed through Leininger's Sunrise Model              |
| Arbetets art:                            | Eget arbete, fördjupningsnivå 1   |
| Program/kurs/kurskod/<br>Kursbeteckning: | Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng/<br>Omvårdnad – Eget arbete/VOM200/SP16<br>och VOM080 |
| Arbetets omfattning:                     | 10 poäng  |
| Sidantal:                                | 22 sidor  |
| Författare:                              | Elisabeth Andréasson<br>Cecilia Sköld   |
| Handledare:                              | Marit Sanchez   |
| Examinator:                              | Barbro Robertsson   |

## SAMMANFATTNING

Dagens svenska sjukvård beskrivs i litteraturen som mångkulturell och en stor del av dess patienter kommer ifrån minoritetskulturer. Att sjuksköterskan har förkunskaper om kultur, dess påverkan på mötet, uppfattningen av hälsa och sjukdom, samhället samt kommunikation blir därför mycket viktigt. Sjuksköterskan bör också ha en hel del kännedom om transkulturell omvårdnad för att på bästa sätt kunna möta individen och ge god kulturell omvårdnad. Som omvårdnadsteoretisk referensram har Leiningers soluppgångsmodell använts. Utifrån hennes modell har syftet formats vilket är att genom bearbetning av möten mellan vårdare och patienter från olika kulturer undersöka vad som påverkar omvårdnaden samt belysa hur detta stämmer överens med Leiningers soluppgångsmodell. Detta för att se om och hur hennes modell kan användas av sjuksköterskor i det praktiska vårdarbetet. Resultatet är baserat på 10 vetenskapliga artiklar vilka har analyserats utifrån hennes soluppgångsmodell. Genom analysen framkommer det att sjuksköterskor och annan vårdpersonal omedvetet uppmärksammar de flesta av Leiningers soluppgångsfaktorer, dock inte alla. Kulturella värderingar och normer runt hälsa, kommunikation, familje- och samhällssyn påverkar i hög grad omvårdnaden men även andra faktorer som t.ex. attityder. Sjuksköterskorna understryker att kulturell omvårdnad måste vara individuell och att modeller kan hjälpa, men inte styra. I diskussionen bedöms Leiningers soluppgångsmodell fungera till viss del i praktiken, men inte fullt ut. För funktion i svensk sjukvård idag behövs bearbetning samt komplettering och förslag ges, vilka kräver framtida forskning.

|  |      |
|--|------|
| <b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>                                      | sida |
| <b>FÖRORD</b>  |      |
| <b>SAMMANFATTNING</b>  |      |
| <b>INTRODUKTION</b>  | 1    |
| <b>Inledning</b>   | 1    |
| <b>Kultur</b>  | 1    |
| <i>Kulturmötet</i>   | 2    |
| <i>Hälsa och sjukdom</i>   | 2    |
| <i>Samhället</i>   | 3    |
| <i>Kommunikation</i>   | 4    |
| <b>Omvårdnadsprocessen</b>                                       | 4    |
| <b>Transkulturell omvårdnad</b>                                  | 5    |
| <b>SYFTE</b>   | 7    |
| <b>METOD</b>   | 7    |
| <b>RESULTAT</b>  | 8    |
| <b>Världsbild</b>  | 8    |
| <b>Teknologiska faktorer</b>                                     | 8    |
| <b>Religiösa och filosofiska faktorer</b>                        | 9    |
| <b>Släktband och sociala faktorer</b>                            | 9    |
| <b>Kulturellt betingade värderingar och livsstilar</b>           | 9    |
| <b>Politiska och juridiska faktorer</b>                          | 11   |
| <b>Ekonomiska faktorer</b>                                       | 11   |
| <b>Utbildningsfaktorer</b>                                       | 11   |
| <b>Miljömässig kontext, språk och etno-historia</b>              | 11   |
| <b>Naturlig och professionell omvårdnad</b>                      | 12   |
| <b>Kulturrelaterat bevarande</b>                                 | 13   |
| <b>Kulturrelaterad anpassning</b>                                | 13   |
| <b>Kulturrelaterad omformning</b>                                | 14   |
| <b>Resultatsammanställning</b>                                   | 14   |
| <b>DISKUSSION</b>  | 15   |
| <b>Metoddiskussion</b>   | 15   |
| <b>Resultatdiskussion</b>  | 16   |
| <i>Styrkor med Leiningers soluppgångsmodell</i>                  | 16   |
| <i>Leiningers soluppgångsmodell i verkligheten</i>               | 17   |
| <i>Kompletteringsförslag till Leiningers soluppgångsfaktorer</i> | 18   |
| <i>Förslag till framtida forskning</i>                           | 19   |
| <b>REFERENSER</b>  | 21   |
| <b>BILAGOR</b>   |      |
| <b>1. Leiningers soluppgångsmodell</b>                           |      |
| <b>2. Artikelöversikt</b>  |      |

# INTRODUKTION

## Inledning

Sverige är idag ett mångkulturellt samhälle där många synsätt och livsvärderingar möts. I sjukvården kommer många av våra patienter från olika kulturer vilket gör att vi som sjuksköterskor måste vidga våra perspektiv, bearbeta många fördomar och vara öppna för andras syn på omvårdnad och helhet. Vi som använder oss av individbaserad omvårdnad måste våga ta in mer av hela familjen och hela kulturen. Vi bör leta efter sätt att möta dessa individer för att kunna ge lika vård på lika villkor. Därför måste vi ha som grund att lika vård är olika vård beroende på bakgrund och kultur.

Vi började vårt arbete med att intressera oss för mötet mellan sjuksköterskan och minoritetskulturpatienten och hur de olika kulturerna påverkade omvårdnaden. Vi ville ta reda på om det fanns några ”knep” eller nycklar för att kunna möta dessa patienter och ge dem bästa möjliga vård. Vi studerade litteraturen och förstod snabbt att det inte var så lätt som vi först trott. Alla är vi olika som individer och det finns otroligt många kulturer och ännu fler subkulturer. Våra så kallade nycklar skulle bara leda till stereotypisering. Vi började istället intressera oss för omvårdnadsteoretikern Madeleine Leiningers soluppgångsmodell som verkade vara en bas för kulturell omvårdnad i litteraturen, då den återkom i nästan allt vi läste. Modellen visade sig vara väldigt abstrakt därför undrade vi om den verkligen kunde användas i praktiken. Utifrån det formade vi vårt syfte. Vår önskan är att den kunskap sjuksköterskor eller studenter tar till sig genom vårt arbete ger möjlighet till bättre omvårdnad.

## Kultur

Kultur preciseras i litteraturen på olika sätt. Bra Böckers lexikon definierar kultur från latin och beskriver det som odling, ursprungligen av jorden. I vidsträckt betydelse handlar det om det sätt mänskligt liv och mänsklig verksamhet gestaltas inom ett visst geografiskt område under en viss historisk period (1). Enligt Leininger hänsyftar begreppet på sådana kulturellt inlärd, gemensamma och överförda värderingar, övertygelser, normer och livsstilar hos en specifik grupp som styr och bildar mönster för deras tankesätt, beslut och handlingar (2). Sachs säger om kultur att det är människors delade, gemensamma och socialt inhämtade medvetenhet som överförs och vidmakthålls via kommunikation (3). Wilkins (4) kommer efter sin litteraturstudie fram till att kultur är en dynamisk process och även inom en särskild kultur varierar erfarenheten av den med tid och person.

Varje samhälle har sitt sätt att kartlägga ordning och mening för sitt beteende vilket skapar en kulturell karta. Denna karta är dynamisk och avspeglar förändringar i samhället. Kultur blir då något människan gör och inte funderar så mycket på förrän uppmärksamheten dras till den, som t.ex. vid möten med andra kulturer. Den kultur en individ kommer ifrån genomsyrar allt hon gör. Kulturella faktorer har en stark slagkraft vilket gör att de medvetet eller omedvetet påverkar varje del i vård och omsorg (5).

### *Kulturmötet*

Då vi idag lever i ett allt mer globaliserat och kulturellt heterogent samhälle ställs högre krav på människors förmågor för att kunna fungera i internationella och interkulturella miljöer. Ofta är dock denna interkulturella kompetens otillräcklig eller går stick i stäv med motpartens förväntningar, och kulturkrockar uppstår. I möten med främmande kulturer kan individen uppleva att hennes förmåga att förstå, förutse och förklara främlingars motiv och handlingar minskar. Detta gör att osäkerhet kan tillta och att oro kan öka. Känner en individ sig otillräcklig kan även främlingsrädsla och etnocentrism underblåsas. Detta gör att förhållningssättet till mötet spelar stor roll. För ett gott och effektivt interkulturellt samspel krävs nyfikenhet, öppenhet och förståelse för den andra kulturen, men också för den egna. Öppenhet och nyfikenhet betraktas som attityd, medan förståelse kommer från interkulturell kompetens, dvs. de färdigheter och kunskaper en individ sannolikt behöver för att kunna fungera i och bemästra ett kulturmöte. Författaren talar här om tre olika kompetenser. Innehållskompetens handlar om att veta saker som exempelvis språk, historia, värden, normer, vanor etc. om sin egen kultur samt andras. Processkompetens betyder att varje möte ses som unikt och förstås det utifrån de inblandade personernas bakgrund, motiv samt den rådande situationen. Den tredje kompetensen är diskursiv kompetens och handlar om att vara medveten om den i samhället pågående diskursen och förmågan att reflektera över den. Med diskurs avses här det samtal som förs i bl.a. media, i politiska debatter eller inom den högre utbildningen och forskningen kring kulturmöten och skillnader etc. (6).

### *Hälsa och Sjukdom*

Hälsa beskrivs av WHO (World Health Organization) som ett tillstånd av fullständigt psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro från sjukdom och handikapp (7). En sammanfattning av Leingers hälsodefinition är ett kulturspecifikt definierat, praktiserat och värderat tillstånd. Det avspeglas i individens eller gruppens förmåga att utföra sina dagliga rollaktiviteter i form av en livsstil som är kulturspecifikt formulerad, fördelaktig och organiserad (8).

Hälsa delas i engelskan upp i illness, sickness och disease. Illness är vad jag som människa upplever som ohälsa och sickness ses som en samlad bild av den sjuka människan sett ur hans/hennes sociala och kulturella perspektiv. Disease är ohälsa sett objektivt, dvs. det kan förklaras, klassificeras och behandlas i biologiska termer (9). I vissa länder är t.ex. malaria en del av vardagen medan den i andra länder är ovanlig och definieras farlig. Parasiter, svamp och andra hudåkommor är normalt i tätbefolkade länder där man lever många i trånga utrymmen, men här i Sverige är det mer ovanligt och betraktas som tecken på dålig hygien. Beroende på hur vanliga vissa sjukdomar är där vi bor lär vi oss känna igen dem och deras symtom. Smärre avvikelser och vissa ofarliga tillstånd kan ses som mer eller mindre normala i en kultur men livshotande i en annan beroende på vad de förknippas med. Sjukdom kan vara något som kan definieras utifrån, dvs. av någon annan eller, vara något vi upplever inifrån och uttrycker på ett inlärt sätt. Begreppet disease passar in på det förstnämnda medan illness på det andra. Upplevd illness, eller upplevd ohälsa, måste följas av ett uttryck omgivningen förstår för att få hjälp. Inom samma samhällsgrupp finns olika sätt att uttrycka denna illness, vilket gör att det finns ännu fler sätt att uttrycka sig om man också kommer från en annan kultur. Upplevelsen av illness och sättet att förmedla detta till omgivningen hänger intimt samman personen med den kulturella ramen. Den ger formuleringarna, orden och det icke-verbala språkliga uttrycken för min sjukdom. Att visa sig sjuk är en

inlärdd förmåga och på så sätt formar varje samhälle och kultur sina symtom och sina uttryck av illness, sickness och till viss del disease. Disease är mindre kulturberoende än illness då det ofta handlar om sjukdoms klassificeringar som är liknande världen över, dock inte alltid. Läkarens, sjuksköterskans samt övrig sjukvårdspersonals sjukdomsbegrepp i Sverige grundar sig ofta mer på disease än illness relaterat till vår kultur, även om vi idag har ett mer öppet synsätt. Patienten upplever dock sin illness och ofta kan två världar krocka i vården när olika kulturer möts. Hälsa och ohälsa är alltså kulturrelaterade begrepp, vilket gör att sjukdom aldrig endast är ett biologiskt tillstånd utan måste tolkas utifrån sitt kulturella sammanhang (3).

### *Samhället*

Att Sverige idag är ett samhälle fullt av olika kulturer är nog känt av alla.

Migrationsverket visar i sin statistik över 2004 att ca 47 500 personer invandrade till Sverige. 20% kom från Norden, 34% från övriga Europa och 46% från länder utanför Europa. All statistik för 2005 är i skrivande stund inte klar men 17 530 personer sökte enligt migrationsverket asyl i Sverige och 62 320 personer fick uppehållstillstånd (10). Sveriges sjukvård regleras av Socialstyrelsen som ser till att Hälso- och sjukvårdslagen följs. Målet för hälso- och sjukvården (SFS 1992:567) beskrivs här som god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall även ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet (1997:142). Kravet är bl.a. att den skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling, den skall vara lätt tillgänglig och den skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonalen. Vården och behandlingen (1998:1659) skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (11).

Sjögren (12), en av föreläsarna beskrev under Läkardagarna i Örebro 1991, två olika samhällen som möts. Å ena sidan finns det individcentrerade samhället som är det moderna, urbana individualistiska samhället där människan är måttet och målet. Genom ansträngning, upplysning, arbete och framsteg kan alla komma närmare bilden av den perfekta människan, vilket kräver mycket av oss som individer. Individen är ensam med sig själv och hennes liv är i hennes egna händer. Samvetet är här kompassen och skuld känsla utgör både varning och straff. Genom samvetet och dess redskap skuld, blir individen en fullt ansvarig människa och uppfyller på så sätt sin roll som bra samhällsmedlem. Å andra sidan finns det holistiska samhället där familjen utgör grundenheten. Här är målet familjens överlevnad. Familjen är ett antal individer vilka underordnas familjen. Människan är här bara en del av en helhet. Hon bör därför styra sitt liv i direkt relation till familjen som då utgör de andra delarna. Samvetet är här en röst mellan människan och Gud och påverkar inte det sociala livet omkring individen. Det viktigaste är hur personens beteende passar in i det gemensamma spelet och hur hon fungerar som social människa. I individualistiska samhällen, som Sverige, har varje individ samma absoluta värde och hennes integritet bör respekteras oberoende av hennes praktiska funktion i samhället. I det holistiska samhället faller människan som individ undan för människan som social varelse. Det absoluta värdet vi har som människor tas om hand av Gud och livet efter detta, men här på jorden gäller rollfördelningen. Varje människa har sin plats och skall bemötas enligt den. Samhället ses som en hård arena där det gäller att skaffa eller bevara en alltid hotad plats, särskilt vid ohälsa eller sjukdom. Detta gör även att familjens anseende och heder är central (12).

### *Kommunikation*

Kommunikation utgör en stor del av mötet i vården. Att kunna förmedla sig, sina tankar, känslor och frågor på ett begripligt sätt är mycket viktigt. För att vi som vårdare skall kunna möjliggöra detta i mötet mellan två kulturer krävs det att vi har kunskaper om olika kulturers sätt att kommunicera. Kommunikation kan vara verbal och icke-verbal. Den verbala delen utgör cirka en tredjedel av vår totala kommunikation och syftar på språkets användning i muntlig och skriftlig form. De andra två tredjedelarna utgörs av icke-verbal kommunikation. Denna ger ofta en sannare bild av våra tankar och känslor än vad ord gör då vi inte har samma medvetna kontroll här. Icke verbal kommunikation är bl.a. ansiktsuttryck, röstläge och tonfall, ögonkontakt, kropps rörelser, personligt utrymme och samtalsavstånd samt fysisk kontakt. Ansiktsuttryck är kanske den viktigaste kanalen. Här avslöjas känslor som sorg, glädje, obehag, smärta etc. Rösten förmedlar mer än ord genom tonfall och volym. Även användningen av tystnad varierar mellan olika kulturer. A och O för allt samspel mellan människor är ögonkontakten och här finns stora kulturskillnader. Kroppsrörelser som gester, ställningar och huvudrörelser förmedlar mycket information, och hur vi markerar gräns och utrymme är även det olika. Fysisk kontakt och vad som är socialt acceptabelt varierar kraftigt (13). Ett tredje slags kommunikation nämns som kombinerar verbal och icke-verbal kommunikation. Här anges värme och humor som viktiga redskap. Värme anges som en kvalité eller ett tillstånd som bygger vänskap och välbefinnande. Det kan förmedlas verbalt genom uppmuntran eller genom en klapp på axeln eller ett leende. Här nämns även att visa respekt, personlig uppmuntran och omsorg som värmespridare. Humor beskrivs som ett redskap som kan skapa band mellan människor. Det kan lätta spänning och stress, bygga relationer och uppmuntra. Det kan underlätta kommunikationen och t.o.m. öka hälsan hos individen. Ett observandum är dock att humor måste användas med respekt då den även kan bli en stötesten och hindra kommunikationen om den inte förstås (14).

Kommunikation och kultur har alltså ett intimt samband. Det är via kommunikation som kulturen förs vidare och kulturen i sig påverkar hur vi uttrycker känslor samt hur vi uttrycker oss verbalt och icke-verbalt. Kulturen kan t.o.m. sägas begränsa hur vi kommunicerar (14). När två eller flera människor kommunicerar med varandra uppstår en dialog. Dialogens väsen är ordet och i ordet finns två dimensioner – reflektion och handling. Dialogen är mötet mellan oss människor och om vi hindrar andra rätten att tala och uttrycka sig, kan inte mötet uppstå. Grundar vi dialogen på kärlek, ödmjukhet och tro på människan blir den ett horisontellt förhållande ur vilken ömsesidig tillit växer fram (9).

### **Omvårdnadsprocessen**

Omvårdnadsprocessen är dels en modell för dokumentation av omvårdnaden, dels en modell för det direkta omvårdnadsarbetet. Dokumentationsmodellen kan uppfattas som ett neutralt språk som kan förmedla olika budskap. Innehållet blir en spegling av vilken teoretisk grund som valts för vårdarbetet men också hur väl användaren lyckas uttrycka det hon avser att säga. Omvårdnadsprocessen i VIPS-modellen omfattar fem steg: bedömning, diagnos, planering, genomförande och resultat/utvärdering. I denna problemlösning startar en kognitiv strategi med att lägga märke till tecken, sammanföra eller sortera dessa och sedan tolka och dra slutsatser och till slut formulera en diagnos som bekräftar patientens enskilda behov vilket kan vägleda planerade åtgärder. Denna

problemlösning beskrivs som en linjär en-vägs-modell där sjuksköterskan först samlar in data, bearbetar dessa och sedan fattar beslut om vad som skall göras. Omvårdnadsprocessen har kritiserats av flera. Vissa teoretiker menar bl.a. att omvårdnad inte kan beskrivas som analytisk och problemlösande och att olika patienter kan behöva olika sorters omvårdnadsåtgärder så istället krävs intuitivt handlande. Andra menar att undervisningen kring omvårdnadsprocessen begränsar sjuksköterskans förmåga att använda sin intuition, det blir en linjär modell för tänkandet och självständigt tänkande eller eftertänksamhet uppmuntras inte. Någon hävdar också att alltför slavisk användning av formella, analytiska hjälpmedel hindrar utvecklingen av mer flexibla sätt att samla och bearbeta information om patienten. Som försvar till denna kritik menar bokens författare att omvårdnadsprocessen och VIPS-modellen inte bara är tänkt som en linjär modell. Tanken är att sjuksköterskan skall gå fram och tillbaka och komplettera datainsamlingen samt resonera kring och kritiskt granska planerade och genomförda åtgärder. Det faktiska användandet beror trots allt på sjuksköterskans kunskap, erfarenhet och värderingar. För att kunna genomföra omvårdnadsprocessen krävs medvetenhet om ideologin, kunskaper och färdigheter om genomförandet av de olika stegen i modellen, noggrann dokumentation samt en organisation som möjliggör detta (15).

### **Transkulturell omvårdnad**

Tanken på att kultur påverkar och genomsyrar möten i hälso- och sjukvården fanns redan hos Florence Nightingale på 1890-talet då hon enligt Wilkins litteraturstudie sa: ” *The women who teach in India must know the language, the religions, the superstitions and customs of the women to be taught* ” ( sid.602 ref. 4). Idag har transkulturell omvårdnad blivit ett begrepp. Leininger beskriver transkulturell omvårdnad som att med respekt för varje individs kultur anpassa omvårdnaden till patientens kulturellt betingade värderingar, övertygelser och livsstil (16). Hon fokuserar på omsorg (care) som omvårdnadens kärna och hävdar att omsorg är beroende av kultur och att kultur inte kan överleva utan omsorg. Kultur är således av avgörande betydelse för förståelsen av människor och omvårdnad (nursing). Med bl.a. detta som grund utvecklade Leininger teorin om kulturrelaterad omsorg ”the Theory of Cultural Care”. Dess syfte är att studera både gemensamma och olika aspekter på omvårdnad världen över för att kunna hjälpa sjuksköterskor att vårda människor med olika kulturella bakgrunder. På detta sätt kan kulturkongruent omvårdnad erbjudas, vilket innebär att genom kulturrelaterad omsorg underlätta för patienter att tillfriskna från sjukdom, eller förebygga förhållanden som inverkar negativt på patientens hälsa (8).

Leininger har skapat soluppgångsmodellen (se bilaga 1). Den beskriver begreppsområden inom teorin som leder till utveckling av kulturkongruent omvårdnad. Genom att tolka dessa begreppskomponenter som ingår i modellen kommer sjuksköterskan att bli medveten om omsorgens inflytande på hälsa och välbefinnande hos individer, familjer, samhällen och institutioner. Hon kan genom denna modell föreställa sig en kulturell värld av olika krafter som påverkar människans villkor. Dessa måste tas i beaktande om fullständig omsorg skall nås. Det är en holistisk modell och om alla faktorer inte beaktas fås inte en fullständig bild av kulturrelaterad omvårdnad. Varje faktor definieras utifrån ett individperspektiv 8.



*Världsbild:* I denna kolumn undersöks patientens världsbild, dvs. den uppfattning av världen eller universum som ligger till grund för människors syn på eller attityd till sitt liv eller världen runt omkring dem.

*Teknologiska faktorer:* Här undersöks hur patienten ser på högteknologisk utrustning och hur hon upplever att denna kan hjälpa eller hindra henne i vårdprocessen.

*Religiösa och filosofiska faktorer:* När människor blir sjuka sätts ofta religionen i centrum. Därför är det viktigt för sjuksköterskor att få information om patientens tro och hur den har hjälpt henne att gå igenom bl.a. kriser.

*Släktband och sociala faktorer:* Här samlas information om patientens familj, nära vänner och vad de betyder för denna. Andra viktiga delar i denna kolumn är att undersöka patientens och familjens relation till hälsa och omsorg, men även hur hon vill bli vårdad av sjuksköterskan.

*Kulturellt betingade värderingar och livsstilar:* Här är det viktigt att försöka förstå kulturella värden, värderingar och livsstilar som hjälper till att upprätthålla en god hälsa för patienten. Detta görs genom att be patienten ge exempel på god vård baserat på hennes egna värderingar.

*Politiska och juridiska faktorer:* Här ombeds patienten förklara sina politiska åsikter kopplad till hälsa. Politiska och juridiska faktorer som påverkar patientens välbefinnande eller begränsar möjligheterna till en hälsostimulerande livsstil i det område hon bor tas upp och diskuteras.

*Ekonomiska faktorer:* Här analyserar sjuksköterskan frågor om hur patienten ser på privatekonomi som till följd av sjukdom inverkar på hälsan.

*Utbildningsfaktorer:* I denna kolumn söker sjuksköterskan information om patientens åsikter angående hur hennes utbildningsgrad påverkar hälsan. Hon går även in på vilken kunskap patienten vill att sjuksköterskan skall ha för att kunna vårda på rätt sätt.

*Miljömässig kontext, språk och etno-historia:* Här beaktas patientens kulturella bakgrund, var hon är född, var hon har varit bosatt och var hennes föräldrar kommer ifrån. Även livshistoria eller specifika erfarenheter som kan vara av betydelse för att ge en god omvårdnad söks. Patientens språkkunskaper går igenom och sjuksköterskan tar reda på om patienten tidigare har haft problem i vården på grund av språkförbistring. Viktigt är att ta reda på om patienten har erfarenhet av fördomar eller rasism som berott på kommunikationsproblem (8, 16).

Utöver dessa faktorer går sjuksköterskan vidare med *naturlig- och professionell omvårdnad* för att ta reda på vilka förväntningar patienten har på vården. I varje kultur finns två olika sorters omsorg, folklig/naturlig och professionell. I den naturliga omsorgen ingår folkmedicin och huskurer. Alla familjer eller hushåll antas ha egna former av detta eller grundläggande omsorg som utövas av familjemedlemmar eller särskilda vårdgivare. Den professionella omsorgen skiljer sig från den naturliga då den definieras som kognitivt inlärd, utövade och förmedlade kunskaper tillägnade via formella och informella institutioner för professionell vårdutbildning. Om klyftan mellan dessa omsorgsformer är stor påverkas tillfrisknandet, hälsan och välbefinnandet. Riktig kulturkongruent omsorg måste beakta både naturliga och professionella aspekter för meningsfulla omvårdnadsbeslut och handlingar (8, 16).

Sjuksköterskan samlar via dessa olika faktorer in data och bedömer dem samt egna observationer för att identifiera vilka omvårdnadsstrategier som passar bäst för och tillgodoser individens behov. Hon väljer mellan tre handlingsstrategier:

*Kulturrelaterat bevarande:* innefattar stödjande, hjälpande, befrämjande eller förstärkande professionella handlingar och beslut. Dessa hjälper människor från en

given kultur att upprätthålla och/eller bevara relevanta omsorgsvärderingar med målet att bevara välbefinnande, tillfriskna från sjukdom eller konfrontera handikapp eller död. *Kulturrelaterad anpassning*: innefattar stödjande, hjälpande, befrämjande eller förstärkande kreativa professionella handlingar och beslut. Dessa hjälper människor att anpassa sig till eller förhandla med andra, med målet att tillsammans med professionella vårdgivare uppnå ett tillfredställande eller gynnsamt hälsoreultat.

*Kulturrelaterad omformning*: innefattar stödjande, hjälpande, befrämjande eller förstärkande professionella handlingar och beslut. Målet är här att hjälpa individen att förändra, omorganisera eller kraftigt modifiera sin livsstil för att uppnå nya, annorlunda och gynnsamma hälsovårdsmönster. På detta sätt respekteras individens kulturella värderingar och uppfattningar men erbjuds en gynnsammare eller sundare livsstil än innan. Förändringarna beslutades i samråd med individen (8, 16).

## **SYFTE**

Att genom bearbetning av möten mellan vårdare och patienter från olika kulturer undersöka vad som påverkar omvårdnaden samt belysa hur detta stämmer överens med Leiningers soluppgångsmodell. Detta för att se om och hur hennes modell kan användas av sjuksköterskor i det praktiska vårdarbetet.

## **METOD**

Detta fördjupningsarbete i omvårdnad är en litteraturstudie vilket innebär att vi har baserat resultatdelen av arbetet på vetenskapligt granskade artiklar. Materialet har sökts och samlats in med hjälp av databaserna CINAHL och PubMed samt via manuell sökning. I PubMed fann vi dock inga artiklar som matchade vårt syfte. I båda databaser lades research och peer-reviewed till de aktuella sökorden för att uppfylla de vetenskapliga kriterierna. För att inrikta oss på så aktuell forskning som möjligt begränsade vi sökningen till artiklar publicerade från 1990 och framåt. Artiklar funna i CINAHL samt artiklar från manuell sökning som bedömdes ha relevans för vårt syfte valdes ut.

- Sökordet *cross-cultural care* gav 37 träffar varav tre valdes ut (18, 22, 24).
- Sökorden *nursing theory and nursing and transition* gav 203 träffar. Efter att ha läst abstracten i de artiklar där titeln verkade passa vårt syfte valdes en ut (27).
- Sökorden *cultures and nurse-patient relationship* gav 15 träffar varav en valdes ut (25).
- Genom manuell sökning från ovanstående artiklars referenslistor hittade vi en återkommande artikel som vi valde att använda (19).
- Genom att systematiskt bläddra igenom Journal of Advanced Nursing från år 2000-2005 valde vi ut två artiklar (21, 26).
- De två resterande artiklarna valdes ut från en annan c-uppsats referenslista eftersom de innehöll data som passade vårt syfte (20, 23).

I första hand sökte vi efter och valde ut artiklar som belyste sjuksköterskans perspektiv. Två artiklar (20, 23) utgick dock från andra kategoriers erfarenheter men då de belyste omvårdnaden på andra sätt och paralleller kunde dras till sjuksköterskan valdes även de ut. I bearbetningen av artiklarna studerade vi de faktorer som påverkar omvårdnaden i ett kulturrelaterat perspektiv. Vi analyserade de empiriska studiernas utifrån Leiningers teoretiska soluppgångsmodell med hjälp av frågeställningarna: Hur stämmer verkligheten överens med Leiningers teoretiska soluppgångsmodell? Vilka delar nonchalerar sjuksköterskan? Vad får det för konsekvenser för patienten? Vårt resultat presenteras således utifrån soluppgångsmodellens olika faktorer, vilka även används som rubriker. Slutligen har vi gjort en resultatsammanfattning där vi sammanfattar hur kulturrelaterad omsorg ges och bl.a. belyser problem och missförstånd som kan uppstå.

## **RESULTAT**

### **Världsbild**

I Labuns studie (18) beskrev sjuksköterskorna vikten av att knyta an till olika aspekter av människan man tar hand om. De menade att sjuksköterskan måste ta in hela världsbilden i sin omvårdnadsbedömning för att förstärka sin egen kunskap om och förståelse för kulturell hälsa. Murphy och Macleod Clarks studie (19) visade att sjuksköterskorna där kände frustration och stress över att inte kunna ge patienten holistisk omvårdnad. Som orsak nämndes bl.a. dålig kunskap om kulturolikheter. De flesta tyckte att anvisningar var till hjälp men utan individanpassad bedömning kom det endast att stereotypisera patienten. Sjuksköterskorna beskrevs också ha en dålig förståelse för sjukdomsbeteendet hos sina patienter och en del visade sig vara etnocentriska i sin tolkning av patienternas och deras släktingars beteende, vilket här antogs visa på att de inte hade kulturell medvetenhet. Arbetsterapeuterna berättade, enligt Kinébanian och Stomph (20), om hur viktigt det var att få en inblick i patientens livsstil för att kunna uppnå medverkan. För att analysera levnadsvanor krävdes dock många frågor och problem uppstod då patienten inte förstod varför arbetsterapeuten ville veta så mycket om det som patienten ansåg vara privat. Ekblad m.fl. (21) intervjuade personal som tyckte att för att kunna ta del av en persons världsbild var det viktigt med en tillåtande atmosfär med öppen kommunikation. De vårdare som medverkade i Divers m.fl. (22) artikel ansåg att den palliativa vården kompletterade den multikulturella vården. Enligt vårdpersonalen här arbetade de redan holistiskt och individualistiskt, de hade oftast mer personal än patienter och personalen hade mer tid att sitta och prata med patienterna.

### **Teknologiska faktorer**

I Ekblads m.fl. artikel (21) uppmärksammade vårdpersonalen patienter som hade suttit i koncentrationsläger och att de pga. sina erfarenheter hade skräck för bl.a. nålar och syrgas.

## Religiösa och filosofiska faktorer

Att skaffa information om denna faktor ansåg vårdarna var viktigt enligt Ekblad m.fl. (21) då religion är en del av vår livsstil och traditioner en del av vår identitet och säkerhet. Barnes m.fl. (23) beskrev att de intervjuade cancerpatienternas strategier för att hålla hoppet uppe var att väva in livsfilosofier. De sa *”bara gud vet hur länge jag har kvar att leva”* och *”ingen går härifrån levande och jag måste dö av någonting”* (sid. 420). Detta krockade med sjuksköterskans synsätt på hopp. Hon ville att patienten skulle vara realistisk och fatta beslut baserad på fakta istället för på *”mytiskt resonemang”* (sid. 420). Även en arbetsterapeut i Kinébanian och Stomps artikel (20) upplevde religion som problematiskt när en hinduisk patient inte ville träna eftersom han räknade med att Gud skulle göra honom frisk. I detta fall tyckte terapeuten att det var bättre att tillsammans med familjen och patientens egna etniska organisation finna en lösning som ledde till upprätthållande av självrespekt för patienten. Det blev samtidigt en lättnad för frun som upplevde det hela mycket tungt fysiskt.

Diver m.fl. (22) gav exempel på hur personalen använde sig av en dagbok där de antecknade religionernas olika seder och bruk, istället för att fråga patienterna angående deras religioner.

## Släktband och sociala faktorer

Flera artiklar beskrev att vårdpersonalen tyckte det var viktigt att inkludera patientens familj i omvårdnaden (19, 20-22, 24). Familjens närvaro ansågs användbar till att bygga relationer (19, 21, 24) samt enligt Kinébanian och Stomph (20) god omvårdnad. Sjuksköterskor i Ekblads m.fl. artikel (21) berättade att genom kunskap om familjens vanor kunde personalen få bättre förståelse om varför patienten, och deras släktingar, betedde sig på ett annorlunda sätt. De fortsatte berätta att personalen såg släktingar från minoritetskulturpatienter som mer aktiva än svenska patienters släktingar. En minoritet av de tillfrågade sjuksköterskorna hade någon gång stött på släktingar som var ohjälpsamma mot personalen och som inte brydde sig om sina anhöriga. Murphy och Macleod Clark (19) visade att konstant närvarande släktingar uppfattades som jobbiga när sjuksköterskan behandlade patienten och Ekblad m.fl. (21) visade att problem uppstod enligt sjuksköterskorna när besökarna blev för många.

Barnes m.fl. (23) poängterade att de flesta av minoritetskulturpatienterna inkluderade familjens välbefinnande i de medicinska besluten, till skillnad från västvärldens individbaserade omvårdnad. Kinesiska och spanska patienter oroade sig t.ex. för hur deras cancer påverkar deras familjemedlemmar. Dessa patienter kunde fatta beslut som att avveckla behandling baserade på de negativa effekter som behandlingen kunde ha på familjen. Hanssen (25) beskrev att patienten i vissa fall önskade att familjen skulle fatta beslut om omvårdnad och behandling.

## Kulturellt betingade värderingar och livsstilar

I Labuns artikel (18) om mötet mellan sjuksköterskor och vietnamesiska patienter beskrev sjuksköterskorna att de upplevde det som om västvärlden tror att det bara finns ett sätt att se på hälsa. Genom att se den kulturella gruppen och individen som unik,

men samtidigt värdera vad varje grupp delar med mänskligheten, fick sjuksköterskorna här en bredare förståelse och acceptans om hur patienten såg och förstod hälsa. De satsade även på att bygga relationer och använde sig av aspekter de mött hos patienter de tidigare vårdat och förstod därmed hur patienterna såg ett hälsosamt beteende, samt vad de gjorde för att återfå hälsa. Att lära känna patienterna både som grupp och individer tog tid och krävde tålamod och försiktighet. Sjuksköterskorna här omvärderade sitt synsätt på hälsa och vände sig därmed vid många olika sätt att närma sig patienten, vilket ledde till mer förståelse och information. En sjuksköterska beskrev t.ex. att hon besökte vietnamesiska restauranger och butiker för att kunna förstå deras kultur bättre (18). Öppenhet och villighet att lära sig om andras värderingar och kulturer poängterades även i Drennan och Josephs artikel (26) i arbetet med asylsökande patienter. Andra artiklar beskrev också hur vårdpersonalen försökte individanpassa vården trots olikheter i kulturellt ursprung (21, 22). Inte minst ansågs detta viktigt då det hade uppmärksammats att patienter från samma kulturella bakgrund agerade på olika vis. En del hade lämnat sin gamla kultur bakom sig och helt anammat den nya (22).

Istället för att diskutera hur patienten upplevde god vård relaterat till deras kulturella värden nonchalerade en del vårdare patientens önsknings enligt Barnes m.fl. artikel (23). De fokuserade endast på att försöka övertala patienten till den behandling som rekommenderades. Många av de kinesiska och spansktalande patienterna uppvisade passivitet och acceptans angående vårdarnas beslut eftersom de inte trodde att de hade något val. Denna passivitet bottnade ofta i kulturella värden där professionell kunskap ansågs som den bästa. Patienten ville bli informerad men inte involverad i beslutsfattandet. Även ett annat exempel på nonchalans hos vårdarna gavs i denna artikel. Författaren berättade då om en kinesisk manlig patients vars släktingar vägrade informera honom att han led av levercancer. Familjemedlemmarna vädjade till personalen att inte ge honom beskedet då de ansåg att det skulle få honom att känna sig som en börda för familjen. Dessutom fruktade de att han skulle handla irrationellt. Vårdarna gick emot denna önskan och informerade patienten om diagnosen. Dagen efter begick patienten självmord. Reimer Kirkhams artikel (24) visade också på kulturell nonchalans. Vissa sjuksköterskor i denna studie vägrade och/eller ignorerade en familjs upprepade önskan att få skicka efter heligt vatten från Indien till sin sjuka son. Här beskrevs även en attityd av att man får ta seden dit man kommer.

I Diver m.fl. (22) studie angående hospice-personalens erfarenheter kring arbetet med patienter från olika kulturella bakgrunder, förklarade vårdarna vikten av att använda tolk av samma kön som patienten för bästa multikulturella vård. Barnes m.fl. (23) bekräftade detta i sin artikel med utgångspunkt från patienternas synsätt. Deras tillfrågade tolkar beskrev hur kvinnliga kantonesiska och latinska patienter upplevde obehag om de tilldelades en manlig översättare, när de skulle prata om något för dem personligt, såsom fortplantningssystemet. De hävdade också att kvinnliga patienter kände sig obekväma när de skulle prata om bröst- eller livmoderscancer via en manlig tolk

Hanssen (25) gav exempel på patienter som vägrade mobilisering efter operation. De skyllde ofta på smärta trots att de fått smärtstillande och ibland angav de ingen orsak alls. Detta relaterades till att vissa kulturer hade en mer passiv sjukroll eller en mer "beroende av andra" sjukroll. Det innebar att patienterna tyckte att deras förbättring inte var beroende av dem själva. Ansvaret låg istället hos personalen eller medicinen, och därför förstod de inte och kunde inte ta till sig uppmaningar.

En återkommande punkt i flera artiklar (19, 21, 22, 24) var maten som en viktig del av kulturen. För att upprätthålla hälsa beskrev sjuksköterskorna vikten av att gå igenom detta område med patienten och t.ex. tillåta släktingar att ta med sig mat till sina anhöriga (19, 24). De nämnde också vikten av att tillåta dem laga mat i det gemensamma köket (21). Ett fåtal sjuksköterskor i Murphy och Macleod Clarks studie (19) ansåg detta vara ett problem eftersom de starka lukterna irriterade andra sjuka patienter på avdelningen. Diver m.fl. (22) vårdare berättade att många behov gällande mat missades pga. patienternas motvilja att informera personalen. De ville inte klaga eftersom de var rädda att det skulle påverka deras vård.

### **Politiska och juridiska faktorer**

Ingen artikel tog upp något om denna faktor som påverkade omvårdnaden.

### **Ekonomiska faktorer**

Många immigranter arbetade hårt för att stödja familjen både i sitt hemland och i det nya landet. Kinébanian och Stomph (20) beskrev att när de blev sjuka drabbades även deras familjer ekonomiskt. Arbetsterapeuterna i denna undersökning upplevde att dessa patienters smärta översteg den smärta som de ansåg vara medicinskt betingad, vilket de trodde bottnade i psykosociala problem.

Drennan och Joseph (26) beskrev hur sjuksköterskor i England såg att flyktingar ofta hade dålig ekonomi och att de t.o.m. ibland gick hungriga. Genom att hjälpa de asylsökande ekonomiskt i form av bl.a. kläder och blöjor till deras nyfödda barn förbättrade de omvårdnaden och patienternas hälsa.

### **Utbildningsfaktorer**

Ingen artikel tog upp något om denna faktor som påverkade omvårdnaden.

### **Miljömässig kontext, språk och etno-historia**

Genom att ta sig tid och genom att bygga relationer, som skapade tillit, beskrev sjuksköterskorna i Drennan och Josephs artikel (26) hur patienter vågade öppna sig och dela med sig av erfarenheter, som påverkade deras hälsa. Genom att ta anamnes, våga fråga och lyssna fick de fram mycket information och fick höra många historier. Vidare beskrev sjuksköterskorna att de mötte många kvinnor vars bakomliggande livshistoria och erfarenheter påverkade deras hälsa, speciellt de som kom från krigsdrabbade områden. En specifik livshistoria beskrevs här då en åtta månaders gammal pojke återkommande togs till en klinik för ätstörningar. Där uppdagades att familjen blivit torterad, vilket påverkade familjen och därmed barnet. En sjuksköterska uppmärksammade detta och kopplade in psykolog runt familjen och barnets ätstörningar försvann därmed. Ett annat exempel i samma artikel, gavs när en sjuksköterska under ett hembesök hos en kvinna som fött sitt tredje barn märkte att barnet var vänsterhänt.

Genom att ställa en fråga om någon var vänsterhänt i familjen började kvinnan att berätta om sin döde far, som inte var hennes biologiska far, vilket var en händelse som påverkade hennes hälsa. Hon var alltid orolig och sjuksköterskorna hade inte fått fram varför, men nu förstod de och kunde hjälpa henne. Drennan och Joseph (26) hävdade också att frustrationen var stor bland sjuksköterskorna i arbetet med flyktingar gällande svårigheter att hinna ta reda på dessa hälsopåverkande händelser, då patienterna ofta flyttade runt.

Enligt Murphy och Macleod Clark (19) påverkade svårigheten att kommunicera omvårdnadsstandarden. Kommunikationen var så dålig i vissa fall att det var omöjligt för sjuksköterskan att identifiera patientens problem. Detta ledde till att sjuksköterskorna inte kunde ge psykologisk omvårdnad, inte kunde bygga upp en relation och inte heller kunde förklara för patienten vilken behandling de gav. En sjuksköterska berättade att hon såg rädslan i patientens ögon men kunde inte fråga eller hjälpa honom på grund av kommunikationssvårigheter. I en annan artikel (24) beskrevs hur sjuksköterskorna använde sig av ögonkontakt och beröring som egna kommunikationsförsök.

I Barnes m.fl. studie (23) som undersökte hur informerat samtycke för behandling kunde fås från patienter, nämndes den informationsbarriär som uppstod när vårdare och patient inte hade samma modersmål. Vårdpersonalen berättade att majoriteten av dem endast pratade engelska och att de ofta använde engelskan i mötet mellan dem och patienter. Vårdarna verkade anta att patienten förstod det viktigaste i budskapet eftersom de endast gjorde små försök att verifiera om patienten förstod eller inte förstod informationen. I en annan artikel tog även en sjuksköterska upp att de ibland kunde tro att patienten hade förstått men att det inte alltid var fallet (22). Jones m.fl. (27) berättade att i vissa fall valde anhöriga t.o.m. att inte använda sig av kommunens service för sina äldre föräldrar då språkbarriären var ett för stort hinder.

Andra problem som togs upp av flera författare angående språkförbistring var när någon familjemedlem hjälpte till med översättningen. I vissa fall kunde familjemedlemmen ändra eller hålla inne med viktig information till patienten (21-23). Några sjuksköterskor ansåg också att de gav släktingarna för stort ansvar när de behövde förmedla allvarliga diagnoser (25). Trots detta användes ändå ofta släktingarna för att komma över kommunikationsproblemen (19, 21). Reimer Kirkham (24) berättade att vissa sjuksköterskor identifierade familjens språkrör och talade med och genom honom eller henne. Sjuksköterskor i samma artikel ansåg det viktigt med tolk. Andra artiklar beskrev hur sjuksköterskor såg problem med professionella översättare, då patienterna ofta fick vänta på dem, ibland i flera timmar (19, 22, 23). Även svårigheter med trevägskommunikation nämndes (22, 26). Barnes m.fl. (23) visade att om tolken inte kände till patienten eller visste något om just hennes/hans livssituation upplevde patienten det jobbigt. Tolken kunde ha svårt att förstå vilken situation patienten befann sig i, speciellt när patienten fick olika översättare varje gång. Ännu ett nytt ansikte i mötet kunde göra det svårt för patienten att vara öppen.

### **Naturlig och professionell omvårdnad**

I Jones m.fl. artikel (27) angående vuxna barn som vårdade sina föräldrar upplevde anhöriga att personalen inte förstod deras föräldrars seder och kultur därför valde de att

vårda sina föräldrar i hemmet. De hävdade att servicen på kommunens boende inte var kulturellt betingad. Kvinnorna upplevde också att olika kulturers förväntningar på olika roller kom i konflikt med landets sociala system. Labun (18) beskrev i sin artikel att sjuksköterskans biomedicinska hälsotänkande stod i skarp kontrast mot deras vietnamesiska patienters synsätt och vanor. Sjuksköterskorna var tvungna att omvärdera sin syn på hälsa och en hälsosam livsstil.

### **Kulturrelaterat bevarande**

Sjuksköterskans kulturrelaterade bevarande handlingar har vi valt att skriva efter informationssökandet i respektive kolumner för att få mer helhet i texten.

### **Kulturrelaterad anpassning**

Kinébanian och Stomph (20) förklarade att arbetsterapeuternas mål i västvärlden var autonomi och aktivitet. Detta beskrevs vara en stor skillnad mot hur andra kulturer såg på sina sjuka, där de oftast var svärmotiverade till självhjälp och blev omhändertagna av anhöriga. I denna situation var det svårt att ge god vård baserad på patientens egna värderingar. Arbetsterapeuterna försökte förstå patientens kultur genom att bekanta sig med dem utan tidspress. På detta sätt identifierade de kulturella aspekter som blev relevanta för behandling i form av aktiviteter vilka t ex. gav utlopp för social status (20). Ett annat exempel som Hanssens artikel (25) gav var om en familj som inte ville att personalen skulle informera deras pappa om hans spridda metastaser. I västvärlden måste hälso- och sjukvårdspersonal enligt lag informera patienten men det kan göras på olika sätt. I denna situation lyssnade vårdaren på familjen men tog sig också tid att förklara för dem hur våra lagar fungerar och vilka skyldigheter vi har som vårdpersonal. I samråd med anhöriga valdes att förmedla diagnosen på ett sätt som både respekterade patienten och gällande förordningar. Personalen sade att smärtan i axeln berodde på brösttumören, utan att använda orden cancer eller död och i samråd med patienten sattes ett program upp för att lindra smärtan.

Sjuksköterskor i Reimer Kirkhams artikel (24) beskrev hur de bemötte specifika kulturutövningar, konflikter och missförstånd hos patient och anhöriga. Först sökte sjuksköterskan information om meningen bakom utövandet, eller reaktionen. Sedan försökte hon förhandla. Detta kunde ske genom att sjuksköterskan förklarade vad som komma skulle, presenterade eller sökte alternativ och därefter kom fram till en konklusion. Det tredje steget var att stänga av personliga åsikter och låta patienten själv bestämma. De gav ett exempel på en asiatisk nyförlöst kvinna som ville ha ett isförband på sitt underliv. Sjuksköterskan sökte information om varför, var det på grund av kyla? Går det bra en stund eller kunde det t.o.m. vara skadligt? Patienten fick ta del av informationen runtomkring samt empirisk fakta och hon fick själv bedöma om det var bra eller inte. Samma artikel beskrev hur en sjuksköterska valde att ignorera risken för graviditetsdiabetes hos en kinesisk kvinna när hon vid några enstaka tillfällen åt sin traditionella mat. Detta gjorde hon för att kunna bevara kulturen, och därmed välbefinnandet hos sin patient (24).



## **Kulturrelaterad omformning**

Ingen artikel tog upp hur någon sjuksköterska använde sig av kulturrelaterad omformning för att kunna ge kulturkongruent omvårdnad.

## **Resultatsammanställning**

Vid genomgång av artiklarna och jämförelse av de data som sjuksköterskorna uppmärksammade med soluppgångsmodellens rubriker syntes att relationsbyggande och tid var nyckelord för god multikulturell omvårdnad.

Sjuksköterskornas kunskaper om patienterna förvärvades på olika sätt, men de flesta ansåg att en kombination av kulturell förkunskap och individanpassning ledde till multikulturell omvårdnad. Den kulturella förkunskapen förvärvades genom anvisningar, dagböcker och genom uppsökandet av minoritetskulturers vardagliga tillhåll som t.ex. restauranger. Individanpassning skedde med hjälp av olika frågor som sedan bedömdes för att kunna utröna patientens världsbild. Vikt lades här åter på nyckelorden relation och tid. Användandet av enbart kulturell förkunskap ansågs kunna leda till stereotypisering som i sin tur gav dålig multikulturell omvårdnad. Detta eftersom patienter från samma bakgrund antingen levde kvar i sin ursprungliga kultur eller hade lämnat den delvis eller helt bakom sig. Om sjuksköterskan individanpassade omvårdnaden helt utan någon förkunskap om olika kulturer ansågs hon missa helheten. Om sjuksköterskan däremot hade kunskap om olika kulturer men ändå valde sin egen kulturs normer och värderingar över patientens bedömdes hon ha en etnocentrisk attityd.

I flera artiklar gick sjuksköterskorna systematiskt tillsammans med patienten igenom många av soluppgångsmodellens faktorer och kulturkrockar/problem löstes i de flesta fallen efter hand, men på olika sätt. Släktingar togs till hjälp för att lösa både problem med religion och kommunikation. Ögonkontakt, beröring och att i vissa fall hjälp av en professionell tolk var andra sätt att försöka lösa kommunikationsproblem. Även om det togs upp många lösningar på detta problem sågs ingen perfekt lösning. Ett annat återkommande problem var när patients släktingar inte ville att patienten skulle få information om sin dödliga sjukdom. I ett fall informerades patienten utan samtycke från sina släktingar vilket fick katastrofala följder. I ett annat fall löstes problemet genom att informera patienten, men i samråd med de anhöriga på ett sätt som både respekterade patienten och gällande förordningar.

En annan strategi för att lösa problem var att först söka information om specifika kulturutövningar hos patienten, därefter ge patienten empirisk information, och till sist förhandla för att komma fram till en plan. För att kunna utföra detta var det viktigt för sjuksköterskan att stänga av personliga åsikter eller fördomar. Kulturkrockar och problem identifierades inte bara genom systematiskt genomtänkta frågor, även småprat och slumpmässiga frågor visade sig också kunna uppdaga patientens känslor. En sjuksköterska frågade t.ex. en patient om någon i familjen är vänsterhänt och då började kvinnan berätta om en svår livshistoria i familjen som tyngde henne.

De genomgångna artiklarna visade att patienterna känner sig missförstådda i många situationer. Exempel gavs på när vårdare visade etnocentrism i sin tolkning av

patientens sjukdomsbeteende eller när patientens religion krockade med sjuksköterskans realism. Andra exempel var när patienter övertalades till rekommenderad behandling, trots att det inte var deras önskan samt när kvinnliga patienter tilldelades manliga tolkar. Det kunde t.o.m. gå så långt att vuxna barn valde att vårda sina föräldrar i hemmet pga. att personalen inte förstod deras kultur.

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Att arbeta deduktivt och utgå från en redan befintlig omvårdnadsmodell upplevde vi som positivt eftersom det gjorde det lättare för oss att fokusera analysen och resultatet. Då Leiningers soluppgångsmodell var abstrakt med många faktorer som gick in i varandra, var det dock en utmaning att avgöra till vilken kategori viss information tillhörde. Det blev heller inte lättare av hennes svårförståliga frågeförslag till de olika kategorierna: *”Jag skulle vilja veta hur du ser din värld omkring dig? Är ditt dagliga liv i hög grad beroende av moderna apparater eller utrustning? Hur har dina släktingar eller sociala vänner influerat ditt liv och speciellt ditt vårdande eller hälsosamma livssätt?”* (sid. 137 ref. 16). Modellen växte dock efter att vi omvandlat dessa frågor till kategorier, bearbetat informationen vi fått från vår bakgrund samt under och efter bearbetningen av artiklarna.

Majoriteten av de artiklar vi analyserade var utländska eftersom det ännu inte finns så många svenska eller nordiska artiklar. Tre av våra utvalda artiklar var från Storbritannien, tre från USA, en från Kanada, en från Nederländerna, en från Norge och en från Sverige. Detta påverkade självklart resultatet då allt inte kunde appliceras på svensk vård idag, men fördelarna övervägde. Vi upplevde att det gav oss en mer världsvid överblick och gjorde att vi lättare kunde hålla oss kulturellt neutrala.

I artiklarna 18, 19, 24, 25 bearbetades sjuksköterskornas erfarenheter med minoritetskulturpatienter. I artiklarna 20-22, 26, 27 bearbetades liknande uppgifter fast deltagarna var distriktssköterskor, vårdpersonal, arbetsterapeuter och anhörigvårdare. I artikel 23 var deltagarna patienter men författarna intervjuade även anhöriga och personal runt dem. Även om vi valde sjuksköterskans perspektiv i första hand kunde vi dra paralleller till sjuksköterskans arbete i de resterande artiklarnas resultat. Vi ville också få med andra kategorier för att bilda oss en helhet och se olika vinklar av omvårdnaden.

Alla våra utvalda artiklar var kvalitativa och resultaten grundar sig på intervjuer men tillvägagångssättet skiljer sig lite åt. Ekblad m.fl. (21) har använt sig av fokusgrupper och i Barnes m.fl. artikel (23) har de använt sig av journalstudier som komplement. Driver m.fl. (22) har använt fenomenologin i sin utformning av intervjuer och Labun (18) har använt Grounded Theory i sin analys. Den norska artikelns resultat (25) var en blandning mellan litteraturstudier och narrativa intervjuer. Den gav inte så mycket information om deltagarnas upplevda handlingar som vi skulle ha önskat, men den belyste nordiska värderingar av kulturell omvårdnad, vilket vi ansåg viktigt för helhet. Den var även en av få nordiska artiklar som matchade vårt syfte.

Hanssens (25) och Kinébanian och Stomphs (20) artiklar var de vi upplevde beskrev sitt resultat respektive sin metod mest oklart. Den förstnämnda vandrade fram och tillbaka mellan litteratur och intervjuresultat så mycket att det var svårt att ta fram fakta. Kinébanian och Stomph skrev att de intervjuade lärare, men inte hur många. Deras urval kan även ifrågasättas. Landets 374 kliniker fick ett frågeformulär och endast 53% svarade och av dessa behandlade enbart 134 immigranter. Ingen av klinikerna förde dock statistik över sina patienters etnicitet, ändå grundade de sina fynd på dem och valde att intervjua endast 25 stycken. Diver m.fl. (22) hade bara fem informanter vilket gör att underlaget för deras resultat samt dess relevans kan ifrågasättas. De tar dock själva upp detta vid flera tillfällen i sin artikel.

I alla artiklar har författarna bearbetat det de fått fram och försökt hitta teman. I några artiklar (20, 22, 24, 25) har de även analyserat vissa delar av resultatet utifrån litteratur och/eller utvalda teoretiker. Vi har använt oss av Leiningers teori i vår analys, vilket vi upplever har begränsat vårt resultat främst positivt. Det har också gett oss en bra grund att stå på. Det enda negativa är att vi fått skala bort flera mycket tänkbara upplevelser och tankar som påverkar mötet och omvårdanden. Samtidigt har känslan av avskalning väckt vårt intresse för eventuell vidare forskning.

## **Resultatdiskussion**

Att kulturell omvårdnad är något man idag är medveten om i Sverige och resten av världen är mycket tydligt. Det finns mycket litteratur som understryker detta framför allt inom ämnet hälso- och sjukvård samt inom omvårdnad, vilket vi tar upp i vår introduktion. Där tar vi upp kultur och dess påverkan på individen. Vi nämner bl.a. mötet, vikten av att kunna kommunicera och förmedla tankar, känslor och frågor på ett begripligt sätt samt hur individen ser samhället och därmed sin familj. Vi valde dessa områden då vi själva sett, och i litteraturen men också i resultatet fått bekräftat, att de är områden som påverkar individen och omvårdnaden. Begreppet transkulturell omvårdnad är centralt hos vårdforskaren Leininger och innebörden beskrivs särskilt. Vi tar även upp omvårdnadsprocessen eftersom den och soluppgångsmodellen liknar varandra i sitt informationssökande. Det är också den modell vi använder i svensk sjukvård idag. De begrepp vi tog upp i introduktionen återfanns i den forskning och de studier vi analyserat vilket återigen belyser att de är centrala och att författarna är överens om att de är viktiga områden för omvårdnad.

### *Styrkor med Leiningers soluppgångsmodell*

Leininger säger att målet för hennes "Cultural Care Theory" är att kunna ge kulturkongruent omvårdnad för att kunna förbättra omvårdnaden till människor från olika kulturer. Det innebär enligt henne, att genom kulturellt baserad omvårdnad hjälpa andra förbättras från sjukdom eller förebygga mot sådant som kan hindra hälsa och välbefinnande (8). Hennes grundtanke är god och kan till viss del uppfyllas genom hennes modell. Vi upplever också att hennes faktorer i soluppgångsmodellen är relevanta för kulturkongruent omvårdnad. De hjälper oss att uppmärksamma områden vi troligen inte själva tänker på. Vi tror att om sjuksköterskan i samtalet med patienten går igenom alla faktorer så har hon en god grund att stå på vid valet av omvårdnadshandlingar. Sjuksköterskan kan då se vart hon behöver gå in och bevara, anpassa eller omforma kulturen för bästa vård.

### *Leiningers soluppgångsmodell i verkligheten*

I vår metod ställer vi oss frågorna: Hur stämmer verkligheten överens med Leiningers teoretiska soluppgångsmodell? Vilka delar nonchalerar sjuksköterskan? Vad får det för konsekvenser för patienten? Tyvärr stämmer verkligheten och Leiningers soluppgångsmodell inte helt överens då vissa faktorer från soluppgångsmodellen aldrig ens tas upp av artiklarna, såsom politiska och juridiska faktorer samt utbildningsfaktorer. Vi tror att dessa faktorer påverkar omvårdnaden i högsta grad. Under de politiska och juridiska faktorerna kopplas dessa faktorer till hälsa och under utbildningsfaktorer undersöks hur patientens utbildningsgrad påverkar hälsan (16). Utbildningsgraden kan skilja sig avsevärt från en person till en annan som inte kommer ifrån västvärlden. Vi kan möta allt från alfabeter till professorer, vilket vi tror kan påverka bl.a. förväntningar och attityder från patientens sida. Västvärlden verkar dock tycka dessa faktorer känns främmande för påverkan av omvårdnad. Troligtvis eftersom utbildning är så självklart för oss och vårt politiska klimat inte är lika hårt som i många andra länder. Teknologiska faktorer och naturlig- och professionell omvårdnad uppmärksammas bara i ett fåtal artiklar (18, 21, 27). Vi drar samma slutsats här att västvärlden tycker att dessa faktorer känns främmande för påverkan av omvårdnaden. Under de teknologiska faktorerna skall sjuksköterskan enligt Leiningers soluppgångsmodell begrunda hur patienten upplever att högteknologisk utrustning kan hjälpa henne i vårdprocessen. Teknologin på våra sjukhus känns självklar för oss, vilket gör det svårt att tänka att andra personer inte tror på den eller t.o.m. kan vara rädda för den. Under naturlig- och professionell omvårdnad skall både naturliga och professionella aspekter beaktas som meningsfulla, folkmedicin ingår här i den naturliga omvårdnaden (16). Den naturliga omvårdnaden kommer i vårt sekulariserade Sverige i andra hand, då vetenskap härskar här. Det gör att vi lätt glömmer att i många kulturer är folkmedicin det enda alternativet och att livet där kretsar kring dess regler och tabun. När klyftan mellan naturlig- och professionell omvårdnad blir för stor blir tilliten till den professionella vården påverkad och minskar därmed, vilket bekräftades i Jones m.fl. artikel (27). Där valde vuxna barn att vårda sina föräldrar i hemmet eftersom personalen inte förstod deras seder och kultur.

Det som däremot bearbetades filtigt från soluppgångsmodellen av de medverkande vårdarna var släktband och sociala faktorer, kulturellt betingande värderingar och livsstilar samt miljömässig kontext, språk och etno-historia. I de flesta fall sågs lösningar till kulturellt bevarande omvårdnad. Andra fall tog upp saker som ansågs vara besvärliga såsom för många besök hos patienten, ohjälpsamma släktingar (21) och konstant närvarande släktingar (19), men inga lösningar gavs. I några fall nonchalerade sjuksköterskan t.o.m. patienters uttalade önskningar. Exempel gavs på sjuksköterskor som ignorerade en önskan att skicka efter heligt vatten från patientens hemland (24). Vad det gav för konsekvenser för just den patienten togs inte upp, men i ett annat exempel ledde sjuksköterskans nonchalans till självmord (23). Även etnocentrism togs upp (19) och i ett fall kunde författarna skönja attityden av att man får ta seden dit man kommer (24). I de fall där sjuksköterskorna nonchalerade patientens världsbild har de bara kommit till hälften i soluppgångsmodellen anser vi. De har fått information om patientens olika önskningar, problem etc. men inte brytt sig om att göra något åt dem. Det är här sjuksköterskans attityder kommer in i bilden och påverkar omvårdnaden, något som inte finns med i Leiningers soluppgångsmodell.

I Diver m.fl. artikel (22) nämnde vårdarna att de upplevt hur patienter håller inne med önskningar angående matvanor. De sa sig ha lagt märke till motvilja att informera

personalen om matvanor av rädsla för att det skulle tas som klagan och påverka deras vård. Detta upplever vi som en skrämmande iakttagelse. Artikeln tar tyvärr inte upp vad som gjordes åt problemet, men att det uppmärksammades är trots allt positivt. Frågan är dock vilka attityder som finns hos denna personal. Vi undrar också om dessa attityder finns i svensk sjukvård idag då effektiviteten oftast styr och begränsar tiden för sjuksköterska och patient att mötas och kommunicera. Många gånger ignoreras nog de önskningar sjuksköterskan kan läsa mellan raderna från patienterna och deras anhöriga för att hon inte hinner eller orkar ta tag i dem.

### *Kompletteringsförslag till Leiningers soluppgångs faktorer*

Leininger har precis som med attityder inget med om bemötande i sin teori. Vi tror och ser genom hennes syfte att tanken finns med och troligen anser hon att attityder och bemötandet påverkas och förändras när sjuksköterskan integrerar alla faktorer. Vi saknar dock den praktiska appliceringen. Ett förslag till komplement skulle därför kunna vara integrering av en ”bemötandemodell” eftersom vi tycker att detta viktiga område inte kommer fram. Kritiken mot omvårdnadsprocessen (och VIPS-modellen) är att omvårdnaden inte kan beskrivas som analytisk men även att begränsningar av intuitionstänkandet ses där självständigt tänkande eller eftertänksamhet inte uppmuntras (15). Denna kritik kan vi även applicera på soluppgångsmodellen som också kan bli en alltför linjär modell för tänkandet. Det är här en ”bemötandefaktor” skulle kunna komplettera modellen eftersom ett gott och effektivt interkulturellt samspel kräver nyfikenhet, öppenhet och förståelse för den andra kulturen. Psykologiska aspekter såsom attityder, bemötande samt förmåga till reflektion genom t.ex. öppen diskussion på arbetsplatsen nämns inte i Leiningers soluppgångsmodell. Har användaren inte bearbetat dessa delar ifrågasätter vi hur modellen skall uppnå sitt syfte och ger därför som förslag utökning med en ”självreflektions kategori”. Praktiskt skulle det kunna vara en öppen diskussion på arbetsplatsen innehållande t.ex. processkompetenser, d.v.s. diskussion av unika möten som förstås genom de inblandade personernas bakgrund, motiv samt de rådande interaktionssituationerna (6). Detta för att på bästa sätt bevara, anpassa eller omforma en kultur, vilket är modellens syfte (8).

Genom vår resultatsammanställning såg vi att sjuksköterskan kunde ge information på olika sätt. I Barnes (23) artikel gick vårdarna emot de anhörigas vilja, och informerade patienten om den dödliga diagnosen, vilket ledde till att patienten begick självmord. Artikeln kommer ifrån Kanada där de antagligen har liknande lagar som vi har, där vi är skyldiga att informera en patient om hans/hennes tillstånd. Det viktiga här är sättet de ger informationen på, vilket visar på en okunskap om kulturell omvårdnad. I Hanssens artikel (25) finns ett liknande exempel där vårdare också informerade patienten om en svår diagnos men på ett annat sätt. Först tog de sig tid med familjen och förklarade vilka skyldigheter vårdpersonalen hade. Sedan planerades tillsammans med de anhöriga hur de skulle gå tillväga för att informera patienten på ett sätt som både respekterade patienten och gällande lagar och förordningar. Man kom då fram till att inte använda ordet cancer eller död. I detta exempel avsattes alltså tid och här byggdes en relation med både anhörig och patient. Hade vårdarna inte haft en kulturell förkunskap i detta fall hade de inte brytt sig om att dels förklara sin egens kulturs skyldigheter, dels respektera den andra kulturens olikheter. De lyssnade dessutom på patientens anhöriga för att komma fram till en individuell plan. I det förra exemplet kan det illa valda tillvägagångssättet vara en kombination av flera faktorer som dåligt med tid, ointresse för att bygga relationer, ingen kulturell förkunskap samt en attityd av att patienten bara

var en i mängden. Vi tycker även att etnocentrism kan skönjas då vårdarna här bara följde sin kulturs mönster utan hänsyn till kulturen hos den de mötte. Vi frågar oss om Leiningers soluppgångsmodell skulle ha kunnat hjälpa vårdarna i Barnes artikel? Svaret på den frågan är både ja och nej. Ja, eftersom vårdaren med hjälp av soluppgångsmodellen uppmärksammar problemen, vilket är positivt. Nej, då det mellan uppmärksammandet och valet av utförandesätt krävs att hennes modell kompletteras med som ovan diskuterad kunskap, bra bemötande, bearbetning av egna attityder och dessutom tid, vilket Leiningers modell inte alls berör.

### *Förslag till framtida forskning*

Vårt syfte var att genom bearbetning av möten mellan vårdare och patienter från olika kulturer undersöka vad som påverkar omvårdnaden samt belysa hur detta stämmer överens med Leiningers soluppgångsmodell. Detta för att se om och hur hennes modell kan användas av sjuksköterskor i det praktiska vårdarbetet. Vi har analyserat våra artiklar utifrån Leiningers modell och genom denna analys samt genom vår diskussion har vi hittat flera faktorer som påverkar omvårdnaden och därmed har vårt syfte uppnåtts. Vi upplever dock att vidare forskning behövs för att Leiningers teori skall bli användbar i praktiken.

Alla är individer och det kan finnas många olika lösningar på samma problem. Språkbarriärer var ett återkommande problem (19, 21-26) i de flesta artiklarna. Släktingar användes som tolkar (19, 21), professionell tolk användes men även ögonkontakt och beröring underlättade kommunikationen (24). Problem sågs med alla dessa varianter i de flesta artiklarna (19, 22, 23, 25). Vi anser dock att har sjuksköterskan goda förkunskaper, och dessutom en god iakttagelseförmåga, kan hon erbjuda det bästa alternativet för den enskilde patienten. I artiklarna styrktes även detta och i flera artiklar nämndes mer ingående olika former av förkunskaper som sjuksköterskorna dels hade och dels ville förvärva. Eftersom vårt syfte inte var att ta reda på sjuksköterskans förkunskaper, eller vilka förkunskaper de tyckte sig behöva är detta ett förslag till framtida forskning.

På sjukhusen idag använder vi omvårdnadsprocessen med VIPS som modell. Vi bedömer, sätter diagnos, planerar, genomför och utvärderar (16). Leiningers soluppgångsmodell liknar denna i sitt utförande där genomförandet skall utgå från antingen kulturrelaterat bevarande, kulturrelaterad anpassning eller kulturrelaterad omformning (8). Det vi upplever saknas är dock utvärdering av modellen. Det ser vi som ett annat förslag till framtida forskning eftersom många av artiklarnas informations-söknings-metoder och åtgärder till kulturkongruent omvårdnad upplevdes som slumpmässiga och/eller dåligt genomtänkta. Exempel gavs i Drennan och Josephs artikel (26) där en sjuksköterska av en ren tillfällighet uppdagade en livshistoria som hade satt stora spår hos patienten. Ett annat exempel som beskrevs i flertalet artiklar var nackdelar med att använda släktingar som tolk (21-23) men trots detta användes just släktingar ofta för att komma över kommunikationsproblem (19, 21). Vi undrar därför om resultatet kunde ha blivit bättre eller sämre om sjuksköterskan hade uppfattat informationen annorlunda och därmed valt andra strategier.

De artiklar vi valde kommer ifrån sex olika länder i västvärlden, vilket gav oss ett resultat som inte fullt ut kan appliceras på svensk vård. Andra länder har sina lagar, värderingar och rutiner som styr vården. I Barnes m.fl. amerikanska artikel (23)

beskrevs problem med att tolken inte kände patienten och därmed inte helt kunde förstå dess situation. Detta går emot det svenska synsättet där tolken skall vara helt neutral och därmed kan tolka adekvat och utan påverkan från patienten. Ett annat exempel är att i Sverige har vi tillgång till fri sjukvård och socialhjälp. I Drennan och Josephs (26) artikel beskrevs hur sjuksköterskorna hjälpte de asylsökande ekonomiskt men här i Sverige är det socialhjälp som står för detta. Leiningers frågeförslag till ekonomiska faktorer är bl.a. *"På vilket sätt tror du pengar influerar din hälsa och tillgång till vård eller att få tag på professionell service? Tjänar du tillräckligt för att du skall kunna hålla dig frisk eller hjälpa dig om du är sjuk?"* (sid.138 ref. 16). Dessa frågor kanske inte är lika intressanta i Sverige där vi har ett ekonomiskt skyddsnät. Även andra faktorerers frågeställningar skulle troligtvis behöva ses över och bearbetas för att kunna appliceras på svensk sjukvård idag. Ytterligare ett förslag till fortsatt forskning är att helt utgå från den svenska sjuksköterskan och se hur Leiningers soluppgångsmodell fungerar här. Naturliga följdfrågor är då: Krävs det mer kunskap bland sjuksköterskor (liknande den vi har i vår bakgrund) för att kunna använda sig av modellen? Måste den först modifieras för att kunna tillämpas i Sverige?

Sammanfattningsvis tycker vi att Leiningers och hennes soluppgångsmodell har mycket att erbjuda när det gäller god kulturell omvårdnad. Hennes grundtankar speglar en längtan efter att förbättra mötet och omvårdnaden där all slags sjukvård bedrivs i världen. Hennes teori utgör därmed en bra grund att stå på, men det vi saknar är hennes tankar och förslag till dess praktiska implementering. Vi tror att med lite komplettering går Leiningers modell att använda i det praktiska arbetet och genom ytterligare forskning, av de slag som vi nämnt, kommer den tankeprocess och modell som vi tror Leiningers eftersträvar bli mer synlig. Då kan soluppgångsmodellen hjälpa oss ute i praktiken i mötet mellan olika kulturer och den kan vara ett bra redskap för god kulturell omvårdnad.

## REFERENSER

1. Bonniers stora lexikon. Stockholm: Bonnier Fakta bokförlag AB; 1991.
2. Leininger M. ed. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National league for Nursing press; 1991.
3. Sachs L, Uddenberg N. Medicin myter magi Ett annorlunda perspektiv på vår sjukvård. Göteborg: Natur och kultur; 1988.
4. Wilkins H. Transcultural nursing: a selective review of the literature, 1985-1991. Journal of Advanced Nursing 1993;18:602-12.
5. DeMarinis V. Tvärkulturell vård i livets slutskede Att möta äldre personer med invandrabakgrund. Lund: Studentlitteratur; 1998.
6. Stier J. Kulturmöten En introduktion till interkulturella studier. Lund: Studentlitteratur; 2004.
7. World Health Organization. [www.who.int/suggestions/faq/en/print.html](http://www.who.int/suggestions/faq/en/print.html) 2006-01-25.
8. Reynolds CL, Leininger M. Madeleine Leininger Cultural Care Diversity and Universality Theory. Newbury Park: Sage Publications; 1993.
9. Strandmark Kjölsrud M. Vård i verkligheten om människovärde, maktrelationer och helhetssyn i professionell omvårdnad [dissertation]. Lund: Lunds universitet; 1994.
10. Migrationsverket. [www.migrationsverket.se/swedish/statistik/siffror.html](http://www.migrationsverket.se/swedish/statistik/siffror.html) 2006-01-17.
11. Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) 2006-01-17.
12. Svenska Läkaresällskapet, Spri. Flyktingar och invandrare i sjukvården Läkardagarna i Örebro. Stockholm: Spri, 1991.
13. Hanssen I. Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle. Lund: Studentlitteratur; 1998.
14. Ginger JN, Davidhizar RE. Transcultural nursing Assessment and Intervention. 4th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2004.
15. Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. VIPS-boken Välbefinnande Integritet Prevention Säkerhet. Stockholm: Författarna och vårdförbundet; 2000.
16. Leininger M, McFarland MR. Transcultural nursing concepts, theories, research and practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
17. Rooke L. (red). Anteckningar om omvårdnadsteorier III. Lund: Studentlitteratur; 1995.



18. Labun E. Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients. *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 35(6): 874-81.
19. Murphy K, Macleod Clark J. Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. *Journal of Advanced Nursing*, 1993; 18(3): 442-50.
20. Kinébanian A, Stomph M. Cross-Cultural Occupational Therapy: A Critical Reflection. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1992; 46(8): 751-57.
21. Ekblad S, Marttila A, Emilsson M. Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 31(3): 623-30.
22. Diver F, Molassiotis A, Weeks L. The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 2003; 9(8): 343-51.
23. Barnes DM, Davis AJ, Moran T, Portillo CJ, Koenig BA. Informed consent in a multicultural cancer patient population: implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 1998; 5(5): 412-23.
24. Reimer Kirkham S. Nurses' descriptions of caring for culturally diverse clients. *Clinical nursing research*, 1998; 7(2): 125-46.
25. Hanssen I. An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nursing Ethics*, 2004; 11(1): 28-41.
26. Drennan VM, Joseph J. Health visiting and refugee families: issues in professional practice. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 49(2): 155-63.
27. Jones PS, Zhang XE, Jaceldo-Siegl K, Meleis AI. Caregiving Between Two Cultures: An Integrative Experience. *Journal of Transcultural Nursing*, 2002; 13(3): 202-09.

## Artikelöversikt

- Ref nr:** (18)  
**Titel:** **Cultural discovery in nursing practice with Vietnamese clients**  
**Författare:** Labun E.  
**Tidskrift:** Advanced Nursing, 2001; 35(6): 874-81.  
**Referenser:** 56 st.  
**Land:** USA.  
**Syfte:** Att undersöka vad nordamerikanska sjuksköterskor lärde sig i sitt arbete med vietnamesiska patienter.  
**Urval:** 27 frivilliga sjuksköterskor valdes ut som hade erfarenhet av att vårda vietnamesiska patienter.  
**Metod:** Grounded Theory. De semistrukturerade intervjuerna spelades in på band och analyserades.
- Ref nr:** (19)  
**Titel:** **Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients**  
**Författare:** Murphy K, Macleod Clark J.  
**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing, 1993; 18(3): 442-50.  
**Referenser:** 36 st.  
**Land:** Storbritannien.  
**Syfte:** Att studera engelska sjuksköterskors vardagliga omvårdnadserfarenheter med patienter från etniska minoriteter, samt identifiera specifika problem anknutna till denna vård.  
**Urval:** 24 sjuksköterskor uppfyllde kriteriet att de under de tre senaste månaderna ha vårdat minst en patient från en etnisk minoritet. Av dessa 24 tillfrågade accepterade 18 att delta i studien.  
**Metod:** Kvalitativ, explorativ och deskriptiv studie. Man använde sig av djupintervjuer som spelades in på band. Deltagarna blev ombedda att samtala om en speciell patient de hade vårdat.
- Ref nr:** (20)  
**Titel:** **Cross-Cultural Occupational Therapy: A Critical Reflection**  
**Författare:** Kinébanian A, Stomph M.  
**Tidskrift:** The American Journal of Occupational Therapy, 1992; 46(8): 751-57.  
**Referenser:** 20 st.  
**Land:** Nederländerna.  
**Syfte:** Att studera utförandet av hälsovård, särskilt service från professionell terapi, till invandrare från ett tvärkulturellt perspektiv.  
**Urval:** Insamlande av litteratur från kollegor i andra länder (25 arbetsterapeuter i 10 länder ombads skicka in artiklar och man fick tillbaka 3 stycken). Intervjuer av alla lärare i Hollands två skolor som utbildade arbetsterapeuter samt frågeformulär till alla praktiserande kliniker i landet, dvs. 374 stycken. 134 av dessa behandlade immigranter, vilket var kriteriet och 25 valdes ut för intervjuer.  
**Metod:** Innehållsanalys av inskickade artiklar och intervjuer.

- Ref nr:** (21)  
**Titel:** **Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm**  
**Författare:** Ekblad S, Marttila A, Emilsson M.  
**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing, 2000; 31(3): 623-30.  
**Referenser:** 28 st.  
**Land:** Sverige.  
**Syfte:** Att ta tillvara reflektioner och kunskaper kring erfarenheter av arbete med patienter från olika kulturella bakgrunder på hospice. Även klargöra eventuella utbildningsbehov.
- Urval:** 19 personer rekryterades till tre fokusgrupper, en grupp på varje hospice. Deltagarna var kvinnor, majoriteten sjuksköterskor och de hade arbetat på hospice i snitt 8 år.
- Metod:** Kvalitativ intervjustudie av fokusgrupper med öppna frågor.
- Ref nr:** (22)  
**Titel:** **The palliative care needs of ethnic minority patients: staff perspectives**  
**Författare:** Diver F, Molassiotis A, Weeks L.  
**Tidskrift:** International Journal of Palliative Nursing, 2003; 9(8): 343-51.  
**Referenser:** 38 st.  
**Land:** Storbritannien.  
**Syfte:** Att undersöka den palliativa vårdpersonalens syn på multikulturell omvårdnad.
- Urval:** 5 frivilliga vårdare valdes ut på ett hospice tillhörande ett stort universitetssjukhus i centrala England. Samtliga uppfyllde kriteriet: erfarenhet inom palliativ vård.
- Metod:** Fenomenologiskt utformade semistrukturerade intervjuer med fokus på patientens reflektioner över deras behov.
- Ref nr:** (23)  
**Titel:** **Informed consent in a multicultural cancer patient population: implications for nursing practice**  
**Författare:** Barnes DM, Davis AJ, Moran T, Portillo CJ, Koenig BA.  
**Tidskrift:** Nursing Ethics, 1998; 5(5): 412-23.  
**Referenser:** 33 st.  
**Land:** USA.  
**Syfte:** Att beskriva specifika problem gällande informerat samtycke i beslutsfattandeprocessen för cancerpatienter från tre olika kulturer.
- Urval:** 31 dödligt sjuka vuxna cancerpatienter från en öppen onkologisk klinik valdes ut, från tre breda kulturella grupper: kinesiska-, latinska- och angelo amerikaner.
- Metod:** Kvalitativ och deskriptiv studie. Databasinsamling gjordes med hjälp av journalstudier, öppna djupintervjuer med patienterna, anhöriga och vårdpersonal.
- Ref nr:** (24)  
**Titel:** **Nurses' descriptions of caring for culturally diverse clients**  
**Författare:** Reimer Kirkham S.  
**Tidskrift:** Clinical nursing research, 1998; 7(2): 125-46.

- Referenser:** 49 st.  
**Land:** Kanada.  
**Syfte:** Att undersöka om den ökande medvetenheten i kulturell mångfald inom omvårdnaden resulterar i ökad kulturkänslig omvårdnad.  
**Urval:** Deltagarna söktes på sjukhus i mångkulturella områden. Åtta frivilliga sjuksköterskor från sex olika sjukhus uppfyllde kriteriet relativt nytexaminerad sjuksköterska.  
**Metod:** Kvalitativ intervjustudie med öppna frågor.
- Ref nr:** (25)  
**Titel:** **An intercultural nursing perspective on autonomy**  
**Författare:** Hanssen I.  
**Tidskrift:** Nursing Ethics, 2004; 11(1): 28-41.  
**Referenser:** 31 st.  
**Land:** Norge.  
**Syfte:** Att undersöka etiska utmaningar i interkulturell omvårdnad med fokus på autonomi.  
**Urval:** 23 sjuksköterskor som jobbade på 12 olika avdelningar på två sjukhus med 2-10 års erfarenhet intervjuades.  
**Metod:** Empirisk undersökning baserad på litteraturstudier, narrativa intervjuer som bandades samt fältobservationer.
- Ref nr:** (26)  
**Titel:**  
**Referenser:** 40 st.  
**Land:** Storbritannien.  
**Syfte:** Att beskriva iakttagelser gjorda av erfarna distriktssköterskor som arbetar med flyktingfamiljer i centrala London.  
**Urval:** 13 distriktssköterskor valdes ut, samtliga hade stora erfarenheter att arbeta med flyktingfamiljer och alla arbetade för närvarande med asylsökande och flyktingar från hela världen.  
**Metod:** Semistrukturerade intervjuer. Man använde sig av breda öppna frågor som uppmuntrade till reflektion. Intervjuerna spelades in på band och skrevs sedan ned.
- Ref nr:** (27)  
**Titel:** **Caregiving Between Two Cultures: An Integrative Experience**  
**Författare:** Jones PS, Zhang XE, Jaceldo-Siegl K, Meleis AI.  
**Tidskrift:** Journal of Transcultural Nursing, 2002; 13(3): 202-09.  
**Referenser:** 21 st.  
**Land:** USA.  
**Syfte:** Att beskriva vårdprocessen där asiatisk-amerikanska kvinnor vårdar sina föräldrar.  
**Urval:** 41 frivilliga kinesisk och filippinsk- amerikanska kvinnor valdes ut som vårdade sina föräldrar/svärföräldrar.  
**Metod:** Semistrukturerade djupintervjuer gjordes på deltagarnas modersmål som sedan analyserades.