



**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
OCH HÄLSA**

DET HANDLAR OM VEM MAN HAR FRAMFÖR SIG

Sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om fysisk aktivitet och kost med kvinnor som har utländsk bakgrund

Elin Roos & Linnéa Åberg

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Monica Pettersson

Titel svensk:	Det handlar om vem man har framför sig – sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om fysisk aktivitet och kost med kvinnor som har utländsk bakgrund
Titel engelsk:	It's all about the person in front of you – nurses experiences of talking about physical activity and food with immigrant women
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Helene Berglund
Examinator:	Monica Pettersson
Nyckelord:	Kvinnor, utländsk bakgrund, fysisk aktivitet, kost, sjuksköterska, personcentrerat samtal, kvalitativ innehållsanalys

Sammanfattning

Bakgrund: Kvinnor med utländsk bakgrund bosatta i Sverige upplever sämre hälsa än kvinnor med svensk bakgrund. Kvinnor med utländsk bakgrund har dessutom ofta lägre socioekonomisk status vilket kan leda till dåliga matvanor och lägre grad av fysisk aktivitet. I förlängningen kan det leda till ökad risk att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar. Sjuksköterskan i primärvården har en viktig funktion i att stödja kvinnor med utländsk bakgrund till positiva livsstilsförändringar.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om fysisk aktivitet och kost med kvinnor som har utländsk bakgrund.

Metod: Sex stycken semistrukturerade intervjuer genomfördes med sjuksköterskor och distriktssköterskor yrkesverksamma i primärvården. Intervjuerna genomfördes på vårdcentraler i Göteborgsområdet med hög andel invånare med utländsk bakgrund. Genom kvalitativ manifest innehållsanalys analyserades den transkriberade texten.

Resultat: I resultatet framkom tre huvudkategorier: Kvinnans förutsättningar i samtalet, Sjuksköterskans utgångspunkt i samtalet och Yttre faktorer som påverkar samtalet. Sjuksköterskornas erfarenhet var att kvinnorna med utländsk bakgrund kunde ha en annan syn på kost, motion och andra förväntningar vilket påverkade samtalet. Deltagarna upplevde också att kvinnorna hade en utsatthet vilket kunde hindra dem från att genomföra en livsstilsförändring. I samtalet mellan sjuksköterskan och kvinnan sattes kvinnans behov i centrum och både samtalet och åtgärderna anpassades efter kvinnan. De yttre faktorer som påverkade samtalet var tillgång till tolk och vårdcentralens prioriteringar.

Slutsats: Sjuksköterskornas beskrivning stämmer väl överens med ett personcentrerat samtal där kvinnans bakgrund, behov och mål prioriteras. Att utgå från vem man har framför sig och inte enbart se till ursprungsland eller kulturella skillnader är en förutsättning för att kunna motivera kvinnan till hälsosam livsstil.

Nyckelord: kvinnor, utländsk bakgrund, fysisk aktivitet, kost, sjuksköterska, personcentrerat samtal, kvalitativ innehållsanalys

Abstract

Background: Immigrant women living in Sweden experience a lower health than Swedish women. Immigrant women are also in a lower socioeconomic status which can lead to bad eating habits and a lower level of physical activity. This could lead to an increased risk to be afflicted with lifestyle-related diseases. The nurse in the primary health care has an important role in supporting immigrant women to achieve a healthier lifestyle.

Aim: The aim of this study was to describe nurses' experiences of talking about physical activity and food with immigrant women.

Method: Six semistructured interviews were carried out with nurses and district nurses working in primary health care centres. The interviews were done at health care centres in the Gothenburg area with a high proportion of immigrants. The transcribed text was analysed through qualitative manifest content analysis.

Results: Three main categories emerged from the result: The woman's prerequisites in the conversation, The nurse's approach in the conversation and External factors which affects the conversation. The nurses experienced that the immigrant women sometimes had a different view on food, exercise and had other expectations which affected the conversation. The participants also experienced the women being vulnerable which could hinder them to make a lifestyle change. The focus in the conversation was the woman's needs and both the talk and the suggested actions were adapted to the woman. The external factors that affected the conversation was access to an interpreter and the priorities of the health care centre.

Conclusion: The nurses' description corresponds well with a person-centred talk where the woman's background, needs and goals are prioritised. To focus on who the person in front of you is and not only on country of origin or cultural differences are prerequisites to be able to motivate a healthier lifestyle.

Keywords: women, immigrants, physical activity, food, nurse, person-centred talk, qualitative content analysis

Förord

Intresset för att undersöka distriktssköterskors erfarenheter av att samtala med kvinnor som har utländsk bakgrund om hälsosam livsstil väcktes hos båda författarna under vår praktik på vårdcentral. Där mötte vi kvinnor med utländsk bakgrund och funderade på hur deras fysiska aktivitet samt kostvanor såg ut. Vi blev nyfikna på hur distriktssköterskor och sjuksköterskor i primärvården upplever att samtala om kost och fysisk aktivitet med kvinnor från andra kulturer vilket ligger till grund för vår studie.

Vi vill passa på att tacka samtliga sjuksköterskor och distriktssköterskor som tagit sig tid att delta i vår studie och kommit med positiva kommentarer och uppmuntran. Vi vill också rikta ett tack till vår handledare Helene Berglund för stöd och vägledning under arbetets gång.

Göteborg, 2018

Elin Roos och Linnéa Åberg

Innehållsförteckning

Begreppsförklaring	1
Sjuksköterskor.....	1
Utländsk bakgrund	1
Fysisk aktivitet och fysisk inaktivitet	1
Inledning.....	2
Bakgrund	2
Internationellt forskningsläge	3
Nationellt forskningsläge.....	4
Fördelar med fysisk aktivitet	5
Hälsosam kost.....	5
Sjuksköterskans roll i den svenska sjukvården.....	6
Personcentrerad vård - teoretisk referensram	7
Det personcentrerade samtalet	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	8
Design.....	8
Urval	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys	9
Tabell 1. Exempel ur analysprocessen.....	10
Förförståelse	10
Etiska överväganden.....	11
Resultat.....	11
Tabell 2. Huvudkategorier och underkategorier	11
Kvinnans förutsättningar i samtalet.....	12
Synen på kost och fysisk aktivitet.....	12
Kvinnans förväntningar och motivation till förändring	12
Kvinnors utsatthet som hinder till förändring	13
Sjuksköterskans utgångspunkt i samtalet	15

Samtalet anpassas till personen.....	15
Förändringar som passar kvinnan	17
Yttre faktorer som påverkar samtalet	17
Tillgång till tolk	17
Vårdcentralens prioriteringar	17
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion	19
Konklusion	22
Implikationer och förslag på fortsatt forskning	22
Referenslista	24
Bilagor	27
Bilaga 1, Intervjuguide.....	27
Bilaga 2, Forskningspersonsinformation.....

Begreppsförklaring

Sjuksköterskor

Vi har intervjuat både sjuksköterskor och distriktssköterskor då de är verksamma inom primärvården och möter kvinnor med utländsk bakgrund. Vi har valt att inte skilja på yrkestitlarna i förekommande studie och använder därför endast begreppet sjuksköterska.

Utländsk bakgrund

Formuleringen utländsk bakgrund används i vårt arbete och innefattar de personer som själva är födda utomlands eller där båda föräldrarna är födda utomlands. Begreppet invandrare eller invandrarbakgrund anser vi är mer otydligt då det även kan innefatta flera generationers invandrare.

Fysisk aktivitet och fysisk inaktivitet

Fysisk aktivitet definieras enligt FYSS (2016) som ”*all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen utöver den energiförbrukning vi har i vila*” (s. 1). Fysisk aktivitet behöver således inte endast innefatta organiserad pulshöjande idrott utan också aktiviteter som sker i hemmet, på arbetsplatsen eller via transporter. Begreppet fysisk inaktivitet benämns i flera sammanhang även som stillasittande och innefattar avsaknad av kroppsrörelse vilket innebär endast den energiförbrukning som finns naturligt vid vila (Mattsson, Jansson, & Hagströmer, 2016). I vårt arbete kommer termen fysisk aktivitet således innefatta all fysisk aktivitet både organiserad och icke organiserad.

Inledning

Sverige är ett mångkulturellt land med människor från hela världen. Nästan en femtedel av befolkningen är födda i ett annat land. Många av immigranterna har flytt sina hemländer och kan ha utsatts för mycket stress och allvarliga händelser tidigare i livet. Kvinnor som är födda i ett annat land skattar sin upplevda hälsa lägre än vad svenskfödda kvinnor gör (Regeringens proposition 2017/18:249, 2018). Kvinnor med utländsk bakgrund har i högre utsträckning lägre utbildningsnivå, högre arbetslöshet och lägre socioekonomisk status (Göteborgs stadsledningskontor, 2017). Det finns samband mellan socioekonomiska faktorer och sämre matvanor samt låg fysisk aktivitet vilket ökar risken att drabbas av de vanligaste livsstilsrelaterade sjukdomarna. Regeringen har nyligen utgivit en proposition som vill uppmärksamma hälsoklyftor för att kunna främja en god och jämlik vård åt alla Sveriges invånare (Regeringens proposition 2017/18:249, 2018). Sjuksköterskan möter kvinnor som har utländsk bakgrund i primärvården och har möjlighet att påverka deras hälsa genom samtal om kost och fysisk aktivitet. I mötet kan sjuksköterskan också verka för förbättrad integration i samhället och förbyggande av ohälsa.

Bakgrund

Livsstilsrelaterade sjukdomar är ett växande problem i världen. Världshälsoorganisationen, WHO belyser i en av sina folkhälsorapporter från 2015 att de kroniska livsstilsrelaterade sjukdomarna ökar framförallt i välfärdsstater. Utifrån den har ett flertal olika strategier utarbetats som syftar till att inspirera människor till ökad fysisk aktivitet samt minskat stillasittande. En viktig satsning som belyses i WHO:s rapport är att fysisk aktivitet skall vara möjlig för alla oavsett kön, ålder, inkomst, status eller etnicitet. Med det menas att alla individer skall ges goda förutsättningar för en sund livsstil. En god samhällsmiljö som uppmanar till fysisk aktivitet på fritiden och i vardagen bidrar till mer jämlik hälsa i samhället. I WHO:s rapport framkommer också att speciell uppmärksamhet bör riktas till sårbara grupper och där ingår bland annat individer med låg socioekonomisk status. Aktiviteter som är kulturellt accepterade, på anpassade tider samt med utbildad personal är en del av de strategier som WHO belyser som viktiga för att nå ut till de sårbara grupperna (WHO, 2015). Kvinnor med utländsk bakgrund är överrepresenterade bland de med låg socioekonomisk status (Göteborgs stadsledningskontor, 2017) och bör därför få speciell uppmärksamhet.

I Sverige styrs sjukvården av lagar och riktlinjer som bestämmer hur vården skall utformas. God hälsa och vård på lika villkor till hela befolkningen är en av de viktigaste grunderna i den svenska sjukvården. Vården skall också vara jämlik (SFS2017:30, 2017). Jämlik vård är nära besläktad med mänskliga rättigheter där varje människa har rätt till bästa möjliga hälsa, säkerhet och frihet (FN, 2006). Trots det finns det stora ojämlikheter i sjukvården beroende på bland annat kön, etnicitet, utbildning och socioekonomi. Sverige är ett mångkulturellt land

och vårdpersonal möter ofta patienter med utländsk bakgrund i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Sverige har tagit emot människor som emigrerat från andra länder under flera hundra år. De senaste åren har dock strömmen av människor som vill bosätta sig i Sverige ökat. Hösten 2015 utmärkte sig genom att det under endast några få månader anlände mer än 160 000 människor till Sverige. Åren efter 2015 har invandringen däremot gått tillbaka till de nivåer som det var innan 2015 med cirka 25 000 asylsökande per år (Migrationsverket, 2018). Idag har drygt 24% av befolkningen utländsk bakgrund jämfört med 14,5% år 2000 (Migrationsinfo, 2018).

I Sverige har cirka 25% av alla barn utländsk bakgrund. Levnadsvillkoren ser annorlunda ut för barn med utländsk bakgrund. 19% av barnen bor med en ensamstående mamma jämfört med 13% av barn med svensk bakgrund. Barn med utländsk bakgrund bor även i större utsträckning tillsammans med tre eller fler syskon och i hyresrätt. Föräldrarnas hälsa påverkar i sin tur barnets hälsa och därför är det relevant att arbeta hälsofrämjande med kvinnor med utländsk bakgrund för att i förlängningen påverka den framtida hälsan hos deras barn.

Internationellt forskningsläge

Forskning visar att personer som emigrerat för minst fem år sedan har en mer stillasittande livsstil samt lider av övervikt och obesitas i större utsträckning än ursprungsbefolkningen i det nya landet. Troligtvis beror det på att immigranterna många gånger har lägre socioekonomisk status samt lägre utbildningsnivå. De som utövar fysisk aktivitet på fritiden är framförallt de med hög utbildning, normalt BMI och som är arbetande (González-López, Rodríguez-Gázquez, & Lomas-Campos, 2015).

Vidare visar forskning att de immigranter som levt länge i en västerländsk kultur löper stor risk att drabbas av diabetes, övervikt och fetma samt utveckla riskfaktorer för hjärtkärlsjukdomar. Jämfört med en äldre person som emigrerar anammar en yngre person snabbare den västerländska kosten innehållande mer saturerat fett, socker, processad mat och läskedryck och löper därför större risk att drabbas av livsstilsrelaterad ohälsa. Kvinnor är betydligt mindre fysiskt aktiva än män efter att ha emigrerat vilket gör dem extra utsatta för ohälsa (Jin, Gullick, Neubeck, Koo, & Ding, 2017).

I USA har man undersökt vilka hinder och motiv kvinnliga immigranter har för att utöva fysisk aktivitet. Det främsta hindret är förväntningar kvinnorna upplever sig ha från omgivningen. Att vara mamma, fru, svärdotter och i många fall ha allt ansvar för hemmet är mer prioriterat än fysisk aktivitet. Kvinnorna upplever sig inte få stöd från familjen till fysisk aktivitet och efter att ha både jobbat och tagit hand om familjen har de inte ork att träna. Det som kvinnorna anser vara den viktigaste faktorn till träning är den egna motivationen. Utan motivation är det otillräckligt med endast kunskap om fördelarna med fysisk aktivitet för att börja träna. Gruppträning tillsammans med andra kvinnor från samma folkgrupp stärker

motivationen. Religiösa kretsar och andra grupper inom kulturen har ofta ett starkt inflytande över kvinnorna och för att kunna nå dem med hälsointerventioner behövs stöd till kvinnorna från grupperna. De fysiska aktiviteterna måste anpassas till just dessa kvinnor om förändring ska bli möjlig (Daniel, Abendroth, & Erlen, 2018).

Nationellt forskningsläge

Individer bosatta i Sverige men som är födda utanför Skandinavien har i genomsnitt högre BMI, högre blodtryck och är mer fysiskt inaktiva. Individer födda i Skandinavien har däremot högre alkoholkonsumtion och sämre kosthållning. Det ger stöd åt att insatserna bör se olika ut beroende på behov och vara anpassade på individnivå. Socioekonomiskt utsatta grupper kan med rätt insatser uppnå samma hälsosamma livsstil som socioekonomiskt starkare grupper vilket motiverar till förebyggande hälsoarbete för den gruppen av patienter (Waller et al., 2016).

Svensk forskning visar att kvinnor som immigrerar till Sverige i stor utsträckning upplever hinder till fysisk aktivitet och tenderar att röra på sig mindre än vad de gjorde i sitt hemland. Flera studier visar att tidsbrist, förväntningar, brist på stöd från familjen, oro för vad andra ska tycka samt rädsla för att fysisk aktivitet inte är accepterat av den ursprungliga kulturen är de största hindren (Persson, Mahmud, Hansson, & Strandberg, 2014; Sandström, Bolmsjö, & Janzon, 2015; Södergren, Hylander, Törnkvist, Sundquist, & Sundquist, 2008). Vidare hinder till fysisk aktivitet kan vara knutet till ekonomiska aspekter, exempelvis att det är för dyrt att köpa träningskort (Jörgensdotter Wegnelius & Petersson, 2018). Aktiviteter i närområdet efterfrågas då långa avstånd bidrar till minskat deltagande. Klimatet anses vara en barriär för dem där svenska förhållanden är kallare än hemlandets (Sandström et al., 2015). Bristande kunskaper i det svenska språket är ytterligare en faktor som kvinnorna upplever hindrar dem från att utöva fysisk aktivitet (Jönsson, Palmér, Ohlsson, Sundquist, & Sundquist, 2013).

För en del kvinnor är steget att börja utöva fysisk aktivitet stort då de inte haft de vanorna i sitt hemland. I hemlandet finns ibland inte tillgång till moderna apparater som funnits i Sverige i många år, exempelvis kylskåp och transportmedel. Det medför att kylvaror behöver inhandlas varje dag, vilket leder till dagliga promenader och tunga lyft. På så vis var kvinnorna mer fysiskt aktiva i sitt hemland genom vardagsmotionen. Efter att ha flyttat till Sverige där möjlighet finns att förvara matvaror kallt i hemmet och avståndet till affären är kortare har också den dagliga motionen minskats drastiskt. Många kvinnor upplever även att de har minskat stöd från andra personer i det nya hemlandet, vilket leder till ensamhet. Livet i Sverige upplevs i många fall som stressigt då de har ansvar för barn och hushåll och därför inte har tid att träna. I flera fall kan dessutom språksvårigheter göra det svårt att handla nyttig mat då de inte förstår innehållsförteckningen och därför inte är medvetna om exempelvis hur mycket socker produkten innehåller (Persson et al., 2014).

Fördelar med fysisk aktivitet

Fördelarna med fysisk aktivitet är många. Regelbunden fysisk aktivitet påverkar flera organ i kroppen. Några av de viktigaste effekterna på kroppens organ är bland annat:

- Hjärtat påverkas genom förbättrad kontraktionskraft och blodgenomströmning. Långtidseffekter av regelbunden träning ger också tjockare väggar i hjärtats kammare vilket ger bättre slagvolym.
- Blodkärlen vidgas i den akuta träningsfasen och sänker blodtrycket på lång sikt och kan minska behovet av blodtryckssänkande medicinering.
- Fysisk aktivitet ger också förstärkt skelettmuskulatur vilket gör att kroppen orkar längre innan trötthet och mjölksyra uppstår. Stark skelettmuskulatur påverkar vidare kroppens celler vilket bidrar till jämnare blodsocker samt utbyte av syrgas och näringsämnen.
- Immunsystemet blir starkare av fysisk aktivitet och kroppen blir mindre känslig för infektioner. Vidare drabbas kroppen även i mindre utsträckning av lågradig kronisk inflammation.
- Tarmarnas rörelser, digestion och absorption påverkas positivt samt leverns förmåga att hålla blodsockret på en jämn nivå.

Sammantaget leder ökad fysisk aktivitet till ökad livskvalitet och hälsa. Tack vare ovanstående goda effekter på kroppens organs minskar risken för att drabbas av typ2-diabetes, hjärt-kärlsjukdom, vissa cancerformer och demens. För att uppnå så goda långsiktiga hälsoeffekter som möjligt bör den fysiska aktiviteten ske regelbundet och rekommendationen är minst 30 minuter låg-medelintensiv träning per dag (Henriksson & Sundberg, 2016).

Hälsosam kost

Ohälsosam kost orsakar flest sjukdomar idag. Ungefär hälften av alla män och en tredjedel av alla kvinnor samt vart femte barn är idag överviktiga eller feta. Ohälsosam kost som leder till fetma är en av vår tids allvarligaste hälsorisker som leder till en rad sjukdomar och för tidig död. Att vända trenden och få befolkningen att ändra sina matvanor är därför ett viktigt uppdrag vården har. På vårdcentral möter personalen patienterna för samtal kring kost, matvanor samt fysisk aktivitet (Livsmedelsverket, 2016).

Vad hälsosam kost egentligen är finns det inte alltid ett självklart svar på. Vad en person menar med hälsosam kost behöver inte vara samma sak som en annan person menar. En persons normer, värderingar och åsikter om hälsosam kost påverkas av uppväxt och i vilken kontext man sedan lever i. Att fysisk aktivitet och minskat stillasittande är en del av en sund livsstil kan troligtvis de flesta hålla med om. Däremot vad som är hälsosam kost råder olika åsikter om. För den som söker information om kost finns en uppsjö av olika dieter och vilken som är bäst finns det begränsad forskning kring. Inom svensk hälso-och sjukvård grundar sig kostrådgivningen på livsmedelsverkets rekommendationer (Livsmedelsverket, 2016). Inom diabetesvården finns riktlinjer för hälso-och sjukvårdspersonal att arbeta efter. Vilken kost som egentligen är bäst för diabetiker forskas det fortfarande mycket om men det viktigaste är

att hitta en vardagskost utifrån patientens behov och förutsättningar. Det kan i många fall innebära att exempelvis minska kolhydratintaget. Att öka intaget av grönsaker, baljväxter och fisk finns också visst vetenskapligt stöd för att det är gynnsamt för diabetiker. Diabeteskost anses allmänt vara bra för att uppnå exempelvis viktnedgång och förebygga att personen drabbas av diabetes typ-2 och är därmed bra för flera patienter i riskgruppen (Petersson, 2011). Det är viktigt att personalen samtalar med patienterna om mat och forskning visar att patienterna vill prata om kost och matvanor på vårdcentralen (Waller et al., 2016). Många patienter vill ha hjälp med viktnedgång och råd om hälsosamma matvanor. Att utgå ifrån patienten, vara lyhörd för vilka förändringar patienten är villig att göra, främja patientens delaktighet samt uppföljning av resultat är medel för att uppnå goda långsiktiga förändringar i kost (Livsmedelsverket, 2016).

Sjuksköterskans roll i den svenska sjukvården

Inom primärvården möter både sjuksköterskor och distriktssköterskor patienter i hälsofrämjande möten. Däremot har distriktssköterskan en fördjupad kunskap inom hälsoarbete och ska arbeta efter kompetensbeskrivningen för distriktssköterskor. Där beskrivs bland annat att distriktssköterskan ska främja människors hälsa och förebygga sjukdom under hela livet. Genom ett etiskt och holistiskt förhållningssätt ska varje individ ses som en unik person. Rätten till självbestämmande ska respekteras. Distriktssköterskan ska ha kunskap om hur kön, ålder och kulturell bakgrund påverkar hälsan och vilken inverkan samhället har på individen. Förmågan att kunna bedöma behov av information och undervisning för att främja hälsa anpassat till patientens närmiljö framhålls även som viktig. För att kunna anpassa vården till varje individ krävs att distriktssköterskan utstrålar trygghet och har en god självuppfattning och självkänsla samt äger mod (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Legitimerad vårdpersonal kan skriva ut FaR som betyder fysisk aktivitet på recept. Det är ett verktyg som används i vården för att motivera patienter till ökad fysisk aktivitet och uppföljning av hälsoresultat. Ordinationen fysisk aktivitet på recept grundar sig på FYSS-fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Syftet är att fysisk aktivitet skall bli en del av behandlingen och anpassas efter individens förmågor, intressen och önskemål (FYSS, 2017).

Det är ofta i mötet mellan patient och vårdpersonal som ojämlikhet i vården uppstår. Vad som påverkar om mötet blir jämlikt eller inte är om vården anpassas efter patientens behov. Om vårdpersonalen agerar utifrån personliga normer och värderingar som skiljer sig från uppdraget eller har förutfattade meningar om exempelvis ålder, kön eller etnicitet kan det bidra till ojämlikhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Personcentrerad vård - teoretisk referensram

Personcentrerad vård innebär att patientens egen berättelse ligger till grund för hur en personlig hälsoplan tas fram mellan vårdgivare och patient. Varje patient har formats av sin egen historia och personlighet och ska respekteras som en unik individ. Varje människa har rätt till jämlik vård, det innebär dock inte att vården skall vara likadan till alla. I den personcentrerade vården formuleras en personlig hälsoplan som ligger till grund för vården. Ett partnerskap skapas i den personliga hälsoplanen mellan vårdgivare och patient. Relationen dem emellan bygger på ömsesidighet, respekt och förståelse för patientens självbestämmande och egna vilja (Ekman, Norberg, & Swedberg, 2014).

Det personcentrerade samtalet

I det personcentrerade samtalet läggs inte fokus på avancerade samtalsmetoder. Det viktiga är att ta reda på vem patienten är och identifiera resurser och livskraft. Detta förutsätter att vårdgivaren är en aktiv lyssnare genom att fånga upp det som sägs och hur det sägs. Patientens önskan och resurser sätts i centrum och vårdgivaren fångar upp nyanser i berättelsen och hjälper patienten att hitta det som upplevs meningsfullt. För att skapa en god relation krävs en ömsesidig respekt som grundar sig i att patienten är den som känner sig själv bäst och vårdgivaren är expert inom hälso- och sjukvård (Fors, 2014). Laverack (2006) menar att i det personcentrerade samtalet måste vårdgivaren vara beredd att lyssna till patientens önskemål. Vårdgivaren kanske inte alltid delar patientens åsikter men måste ändå utgå ifrån patientens vilja och motivation till förändring för att uppnå goda hälsoförändringar. Förändringen måste komma från individen men vårdgivaren kan genom att vara ett stöd för patienten i samtalet motivera patienten till en hälsosam livsstil. Delaktigheten mellan vårdgivare och patient blir därför en dynamisk process som stärker patientens förmåga att själv påverka sin situation (Laverack, 2006).

Forskning visar att sjuksköterskor kan uppleva hinder och möjligheter att stödja patienter med utländsk bakgrund till god hälsa (Lood, Dahlin-Ivanoff, Dellenborg, & Mårtensson, 2014). Det som spelar en avgörande roll om patienten ska kunna ta till sig råd om hälsa är patientens förståelse för sin situation, förväntningar och tilltro till förändring. Att inte veta hur vården i det nya landet fungerar är vidare ett hinder för att uppnå hälsa. Vårdpersonalen bör i det vårdande samtalet ta hänsyn till patientens olikheter och livserfarenhet samt se resurser och styrkor hos varje person. Fokus i samtalet bör flyttas från vilket land personen kommer ifrån och läggas på personens behov. På så vis framkommer vad som underlättar eller hindrar individen till att leva hälsosamt. Det finns inte några generella insatser som passar alla utan varje individ är unik och varje situation komplex, varför samtalet bör vara personcentrerat (Lood et al., 2014). I likhet med Ekman (2014) beskrivs den personliga berättelsen som grund för samtalet. Personens livserfarenhet, känslor och uppfattningar är lika viktiga som vårdgivarens kunskap och erfarenheter. Om detta tas i beaktande finns förutsättningar för att skapa delaktighet och partnerskap (Ekman et al., 2014).

Problemformulering

Som sjuksköterska inom primärvården är en del av det dagliga arbetet att arbeta hälsofrämjande och att ha samtal med patienter om hälsa. Varje individs levnadsvillkor påverkar möjligheten att skaffa sig sunda levnadsvanor. Levnadsvillkoren påverkas också bland annat av socioekonomisk status, kön, ålder och etnicitet. Andelen människor med utländsk bakgrund ökar i Sverige. De har dessutom ofta sämre ekonomiska förutsättningar, ansvar för många barn och hemmet och svårare att komma ut och träna än många andra i Sverige vilket skapar ojämlikhet i hälsa. Forskning visar att många kvinnor som immigrerar till Sverige rör på sig mindre än i sitt hemland och upplever att de inte får det stöd de behöver för att kunna förändra dåliga vanor gällande kost och fysisk aktivitet. För att kunna förstå varje individs behov och förutsättningar oavsett kulturell bakgrund, språk, kön eller etnicitet är det viktigt att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och i samråd med patienten utforma en personlig hälsoplan. Forskning saknas i stor utsträckning om sjuksköterskans erfarenheter av att samtala med kvinnor med utländsk bakgrund gällande fysisk aktivitet och kost. Därför är det viktigt att undersöka sjuksköterskans perspektiv och erfarenheter för att dra lärdom för framtida möten med kvinnor som har utländsk bakgrund, samt för att främja integration och jämlik hälso- och sjukvård.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om fysisk aktivitet och kost med kvinnor som har utländsk bakgrund.

Metod

Design

Då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av hur det är att samtala om fysisk aktivitet och kost med kvinnor med utländsk bakgrund användes kvalitativ metod (Polit & Beck, 2016). Studien ämnar att undersöka sjuksköterskors erfarenheter och därför anses kvalitativ metod vara lämplig då forskningen måste ses utifrån vilket sammanhang och kontext materialet utgår från (Kvale & Brinkmann, 2014). Kvalitativa semistrukturerade intervjuer genomfördes vilket är lämpligt utifrån studiens syfte (Polit & Beck, 2016).

Urval

Strategiskt urval innebär enligt Polit och Beck (2016) att deltagare väljs ut utifrån att de skall passa studiens syfte. Ett första informationsmail skickades ut till tio vårdcentraler i stadsdelarna Östra Göteborg och Angered. Anledningen till att Östra Göteborg och Angered valdes ut var att de stadsdelarna hade högst andel invånare med utländsk bakgrund (Göteborgs stadsledningskontor, 2017). Av de kontaktade vårdcentralerna svarade tre ja till att delta och från dem genomfördes fem intervjuer. En ytterligare intervju genomfördes på en vårdcentral i Frölunda som också har en hög andel invånare med utländsk bakgrund för att få

totalt sex intervjuer. I stadsdelarna Angered och Östra Göteborg är Irak och Somalia de vanligaste födelseländerna bland de utrikesfödda invånarna, i stadsdelen Askim-Frölunda-Högsbo är motsvarande länder Iran och Irak (Göteborgs stadsledningskontor, 2017).

Inklusionkriterierna för att delta i studien var legitimerad sjuksköterska samt erfarenhet av att möta kvinnor med utländsk bakgrund i sin yrkesroll. Samtliga deltagare var kvinnor, fem stycken var distriktssköterskor och en var sjuksköterska. Åldern varierade mellan 36 och 60 år. Antal år som legitimerad sjuksköterska var mellan 5 år och 37 år. Av deltagarna hade 5 arbetat som distriktssköterskor mellan 2 år och 30 år. På respektive arbetsplats hade de varit mellan 1 år och 12 år. Fyra av distriktssköterskorna hade ytterligare specialistutbildning till diabetessjuksköterskor.

Datainsamling

Intervjuguide med semistrukturerade frågor användes, intervjupersonen får då möjlighet att beskriva sin upplevelse av ett fenomen vilket passade syftet med studien (Lantz, 2013), (D. Jackson, Daly, & Davidson, 2008; D. D. Jackson, J. & Davidson, P. , 2008). Båda författarna deltog under samtliga intervjuer, som spelades in på diktafon. Därefter avlyssnades och transkriberades materialet i direkt anslutning till intervjutillfället. Inför intervjuerna tydliggjordes för intervjupersonen vem som intervjuade och vem som satt med och lyssnade. Intervjuerna genomfördes med godkännande från respektive enhetschef på intervjupersonens arbetsplats under arbetstid. Intervjuerna varade mellan 15 till 25 minuter.

Dataanalys

Resultatet analyserades enligt kvalitativ manifest innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2003). Manifest innehållsanalys är en lämplig metod då syftet är att beskriva vad en text består av. Genom att reducera stora volymer ord till kategorier blir materialet mer överskådligt (Polit & Beck, 2016). Varje intervju transkriberades och lästes igenom upprepade gånger för att bättre kunna ta till sig materialet och för att skapa en känsla för helheten av texten. Ur texten identifierades meningsbärande enheter vilka var relevanta för studiens syfte. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna till koder vilket kan vara till fördel då koderna kan göra det lättare att tänka i nya banor. Koderna delades till sist in i olika kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Tre kategorier framträdde och ligger till grund för resultatet.

Tabell 1. Exempel ur analysprocessen

Intervjutext	Kondenserad mening	Kod	Underkategori	Kategori
Vad det gäller mat så utgår vi mycket från vad de är vana att äta och vad som är bra och vad som är mindre bra ibland då, om målet är vikttnedgång till exempel	När det gäller mat utgår vi mycket från vad de är vana att äta	Utgå ifrån patientens vanor	Samtalet anpassas till personen	Sjuksköterskans utgångspunkt i samtalet
En del tänker att dom kan göra någonting med sjukdomen, kryddor eller frukt kan ta bort sjukdomen och därför gör de inte något annat, många tänker så.	En del tänker att andra saker som tex kryddor och frukt kan ta bort sjukdomen och därför gör de inte något	Andra föreställningar om vad som kan bota sjukdomen	Synen på kost och fysisk aktivitet	Kvinnans förutsättningar i samtalet
När man jobbar på vårdcentral så handlar det ju väldigt mycket om ekonomi... och det är inte någonting som är prioriterat även om det egentligen är det som är det allra viktigaste om man ska se det på längre sikt. Vi måste förändra livsstilen, så där borde verkligen resurser läggas!	Arbetet på vårdcentral handlar om ekonomi och hälsosamtal är inte prioriterat fast det är det viktigaste på lång sikt	Vårdcentralens ekonomi	Vårdcentralens prioriteringar	Yttre faktorer som påverkar kvinnan

Förförståelse

Författarnas förförståelse och förhållningssätt påverkar mötet med intervjupersonerna och hela studien vilket måste tas i beaktning (Polit & Beck, 2016). Som legitimerade sjuksköterskor delar författarna erfarenheter inom ämnet med intervjupersonen vilket kan skapa trygghet för båda parter men också riskera att viss information anses vedertagen och självklar och därför inte nämns eller förklaras i intervjun. Graneheim & Lundman (2003) menar att även vid manifest innehållsanalys sker alltid en viss tolkning av texten då vi människor uppfattar verkligheten olika.

Etiska överväganden

Vetenskapsrådets (1990) fyra forskningsetiska principer har använts i studien.

Informationskravet: Informationsbrev skickades ut till deltagarna via e-mail med information om studiens syfte. I brevet lyftes även vilka risker och fördelar ett deltagande i studien kunde innebära.

Samtyckeskravet: Muntligt samtycke att delta i studien gavs av deltagarna efter att ha fått både skriftlig och muntlig information om studien. Deltagarna deltog frivilligt och de kunde när som helst utan anledning avbryta sin medverkan.

Konfidentialitetskravet: Deltagarna fick information om att uppgifterna de lämnat skulle behandlas på ett sådant sätt att de inte kunde härledas till person och att det inspelade materialet samt transkriberingarna skulle förstöras efter att studien var klar.

Nyttjandekravet: Materialet som insamlats kommer inte att användas till något annat syfte än för den här studien (Vetenskapsrådet, 1990).

Att intervjuas om sina erfarenheter av att samtala med kvinnor som har utländsk bakgrund kan vara komplicerat och kan riskera att framkalla känslosamma tankar. Fördelar att delta i studien är att få vara med och bidra till ny kunskap och på så vis främja integration och jämlik hälsa för den aktuella patientgruppen (Vetenskapsrådet, 1990). Att avsätta tid för att delta i intervjun kan också i förlängningen leda till ett utvecklat arbetssätt kring förbyggande av ohälsa. Efter att ha vägt fördelar mot risker bedömdes att nyttan överväger risken för studiedeltagarna (Cöster, 2014).

Resultat

Ur analysen framträdde tre huvudkategorier med två till tre tillhörande underkategorier. Samtliga kategorier presenteras i tabellen nedan.

Tabell 2. Huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Kvinnans förutsättningar i samtalet	Synen på kost och fysisk aktivitet
	Kvinnans förväntningar och motivation till förändring
	Kvinnors utsatthet som hinder till förändring
Sjuksköterskans utgångspunkt i samtalet	Samtalet anpassas till personen
	Förändringar som passar kvinnan
Yttre faktorer som påverkar samtalet	Tillgång till tolk
	Vårdcentralens prioriteringar

Kvinnans förutsättningar i samtalet

Synen på kost och fysisk aktivitet

Flera av informanterna menade att kvinnans bakgrund och uppväxt hade stor påverkan för vad hon trodde kunde göra henne frisk och välmående. När det gällde kosten trodde en del kvinnor att speciella kryddor eller frukt från hemlandet kunde göra dem friska eller gå ner i vikt och trodde därför inte på annan behandling. Enligt informanterna var det då viktigt att ta reda på vilken effekt exempelvis en viss grönsak har på kroppen för att kunna samtala med patienten.

“De har olika medel för vad som är nyttigt och för vad som är bra och en hel del saker som jag inte har någon kännedom om alls. Häromdagen fick jag höra om en afrikansk grönsak som är jättebra att äta dygnet runt kan man säga, det måste ju jag ta reda på, vad är detta för någonting?”

Det framkom att informanterna behövde ställa många frågor kring kostvanor för att få reda på vilken mat som kvinnan åt och hur den tillagades. Sjuksköterskorna beskrev att många kvinnor exempelvis kokade ris i olja vilket gör maten mycket fetare än om den kokas i vatten. Enligt informanterna byggde kostvanor mycket på traditioner, i Sverige lagas maten traditionellt med en del grädde som påverkar vikten medan maten i andra länder tillagas på andra sätt som också påverkar vikten.

Några av informanterna upplevde att kvinnor med utländsk bakgrund ofta hade en annan syn på kroppen än de själva. I hemlandet har de inte rört på sig i syfte att motionera och en överviktig kropp har inte setts som något problem. För en del kvinnor kunde det dessutom ge pondus och ”kurvor är något som kvinnan ska ha”. Vad som också påverkade kvinnorna att inte vara fysiskt aktiva var att de kanske inte hade fått lära sig en aktiv livsstil i skolan vilket barn i svenska skolor får enligt informanterna. Det kunde leda till minskad kunskap om vinsterna med fysisk aktivitet och hälsosam kost. En av informanterna menade att det sker missförstånd hur sambandet mellan fysisk aktivitet och kost hänger ihop och trots att hon upprepade gånger informerat kvinnan så var det svårt att veta om kvinnan hade förstått. Det framkom att många kvinnor saknade kunskap om träningseffekter och uttryckte en oro över vad som händer med kroppen då de ansträngt sig.

“Sen är väldigt många väldigt rädda för att bli varma och svettiga och säger jag vågar inte gå för jag blir andfådd och jag känner hur hjärtat slår, så man är orolig för det här med att anstränga sig”

Kvinnans förväntningar och motivation till förändring

Det fanns många kvinnor som gärna ville komma på besök till sjuksköterskan för att kontrollera exempelvis blodtrycket. Däremot upplevde många av informanterna att det fanns en förväntan hos kvinnorna att sjuksköterskan skulle komma med en färdig lösning för deras problem.

“Ibland upplever jag att dom vill att jag ska göra någonting, dom vill inte göra något själv, dom vill gärna ha en tablett eller någonting... Inte en tablett kanske men dom vill att jag löser problemet för dem”

När sjuksköterskan berättade att hon arbetade utifrån en annan metod som innebar att utgå ifrån kvinnans önskemål och intressen istället för att komma med färdiga lösningar kunde det uppstå en besvikelse ifrån kvinnan. Det kunde medföra att sjuksköterskan kände sig bristfällig, men oftast brukade kvinnan förstå arbetssättet under samtalets gång. Det handlade också om att ha fingertoppskänsla i samtalet och vara uppmärksam på hur responsen från kvinnan var. Uppstod det en irritation från kvinnan då hon inte erbjöds en färdig lösning på hennes problem kunde sjuksköterskan backa tillbaka och samtala kring kvinnans förväntningar och försöka motivera. En av informanterna resonerade kring var denna förväntan av färdiga lösningar kom från. Hon trodde att det berodde på att många kvinnor kom från en kultur där det rådde ett starkt auktoritetsförhållande mellan patient och vårdgivare, där kvinnan ofta blev tillsagd vad hon skulle göra för att bli frisk.

Ofta var mötet mellan kvinnan och sjuksköterskan positivt och en plan upprättades för vad som hade bestämts under samtalet. Ibland kunde sjuksköterskan redan vid mötet känna på sig om kvinnan skulle genomföra ändringarna oavsett om kvinnan uttryckte en osäkerhet kring förändringarna eller lät motiverad. Informanterna menade att en del av kvinnorna uttryckte att de inte skulle orka genomföra förändringarna och en del uppgav att de skulle ändra sig men till nästa gång de sågs hade de fortfarande samma vanor som tidigare. Det kunde upplevas som att kvinnorna inte hade något intresse till att göra förändringarna eller att de slarvade i brist på motivation. Varför motivationen skiljde sig mellan kvinnorna kunde bero på en rad olika faktorer enligt informanterna. Om kvinnan inte sökt själv angående livsstilsförändringar utan blivit rekommenderad av läkaren att prata med sjuksköterskan kunde informanterna se mindre motivation hos de kvinnorna än hos de som själva sökt för att exempelvis få hjälp med viktnedgång. För att lyckas med att genomföra förändringar var det viktigaste att kvinnan själv var motiverad, annars kände sig sjuksköterskan maktlös.

“För det är ju ingen idé att jag, jag kan berätta hur mycket som helst om hur man ska röra sig eller vad som är viktigt men om inte dom är med eller vill göra det har det ingen betydelse utan det handlar om vad är det dom vill göra och vad är dom beredda att satsa på?”

De kvinnor som själva var motiverade klarade ofta av att genomföra förändringar, men informanterna upplevde att det var svårt att få dem motiverade om viljan saknades från början. Ur intervjuerna framkom det också att ett hinder till förändring var att en del av kvinnorna inte accepterade sin sjukdom (exempelvis diabetes) och såg därför inte varför de skulle gynnas av en mer hälsosam livsstil.

Kvinnors utsatthet som hinder till förändring

Informanterna menade att kvinnan hamnade i en utsatt situation om hon inte kunde det svenska språket. Vid många tillfällen användes en anhörig som tolk vilket kunde upplevas som smidigt och ekonomiskt för vårdcentralen. Det fanns dock en risk i användandet av anhörigtolk. Kvinnans egna åsikter och frågor riskerade att inte komma fram och istället fick sjuksköterskan ta del av en tillrättalagd version. Var det närmaste anhörig som tolkade kanske inte kvinnan heller ville säga som det var utan sa det som förväntades av henne. I intervjuerna

framkom det att sjuksköterskorna hade en känsla av att all information inte blev översatt då det inte var en professionell tolk som översatte.

”Men ibland, framförallt om det är någon anhörig som tolkar är jag ganska säker på att det inte översätts rätt av utan det är någon sorts tillrättalagd version som levereras”

Ett tolkat samtal riskerade även ett glapp i informationen som utbyttes och att nyanser i samtalet försvann.

“Jag tycker det är svårt, kanske man inte är duktig tolkanvändare eller att det tar tid, och det blir ett glapp som man inte riktigt fångar. Nyanser kommer inte riktigt fram.”

Flera av informanterna menade att många kvinnor kom till vårdcentralen i sällskap med någon anhörig delvis på grund av språksvårigheter men också i vissa fall för att de inte fick gå ut själva.

“En del av kvinnorna får inte vara ute utan sin man, det finns dom som inte får komma till vårdcentralen utan att mannen är med på undersökningen också”

En ytterligare aspekt som framkom som också tyder på utsatthet var sjuksköterskornas erfarenheter av att kvinnan ibland inte hade tillåtelse att laga vilken mat hon själv ville. Det kunde handla om att familjen hade andra önskemål kring kost eller att det var någon annan som ansvarade för ekonomi och inköp. Maken eller barnen kanske heller inte accepterade att hon lagade annan mat.

“Mannen hade alla pengar och hon fick begära pengar för allt hon skulle göra, i princip handlade han allt som hon skulle göra i matväg också. Det gjorde ju att hon inte fick välja eller jag behöver äta det här, då tyckte inte han det, och då blev det här istället.”

Flera informanternas erfarenheter belyste att det var ett svårt problem att komma åt men genom att involvera familjen i kvinnans situation kunde kvinnans utsatthet minska.

Ur resultatet framkom det att kvinnans utsatthet speglades även i att viss träning inte var accepterat av kulturen. Det kunde handla om att kvinnan inte fick träna tillsammans med män där hon riskerade att någon såg henne och behövde istället gå på speciella träningspass endast för kvinnor. Informanterna menade att hur kvinnan klädde sig med exempelvis sjal eller långa kläder kunde ge en signal om att hon kunde vara intresserad av att få information om träningspass separerade från män.

“Ibland kan jag tänka att sjalen signalerar en del, det behöver ju inte betyda så mycket men det kan betyda en del... Att man kanske är lite snabbare att tala om att det finns möjligheter att gå in i en lokal där du vet att det inte kommer in män, till exempel”

Många kvinnor var väldigt starkt förankrade i familjen och i den sociala kontext de levde i, därför hade informanterna erfarenheter av att livsstilsråd togs emot med en viss skepsis. Det som förenklade var om aktiviteten ansågs passande ur ett kulturellt perspektiv. Kvinnan själv hade i många fall begränsade möjligheter att välja aktivitet och var hänvisad till att utöva den

aktivitet som var accepterad av kulturen. I många fall var promenadgrupper ett bra alternativ då de inte behövde byta om för att medverka.

Många kvinnor hade allt ansvar för barn och hem vilket innebar att de hade begränsad tid för egen träning. De upplevdes av informanterna som väldigt trötta och hade inte ork och tid att träna. Det kunde i flera fall bero på att de inte hade någon hjälp av sin man med att ta hand om barn och hem utan hade allt ansvar. Informanterna upplevde att kvinnorna hade behov av olika typer av stöd för att få möjlighet att träna. De kvinnor som hade lyckats med en livsstilsförändring hade visat sig ha någon form av stöd hemifrån eller från andra kvinnor med samma bakgrund. Även kostförändringar ansågs underlättas av att kvinnorna fick träffas i grupp med andra kvinnor från samma bakgrund.

“Det bästa vore nog att träffa dem i grupp tillsammans med andra kvinnor från samma bakgrund. För då kunde dom stötta varandra”

Ett ekonomiskt hinder som framkom var att vissa kvinnor inte hade råd att laga speciell mat till sig själva eller att köpa gymkort. Flera av informanterna använde sig av FaR för att hjälpa till att underlätta ekonomin för de som var intresserade av den typen av träning.

Sjuksköterskans utgångspunkt i samtalet

Samtalet anpassas till personen

För att skapa en god relation och en god stämning under mötet menade informanterna att det var viktigt att de inte uttryckte förutfattade meningar gentemot kvinnan. Om hon kom med egna förslag på inhemsk mat som behandling borde inte sjuksköterskan avvisa det utan först ta reda på vad den har för effekter. Informanterna beskrev att de måste vara lyhörda.

“För vi frågar ju mycket om det här, det gör vi. Det gäller nog att ha väldigt öppna frågor, att man inte antar så mycket utan att man försöker att be kvinnan berätta... hur de ser på det hela”

Det framkom att sjuksköterskan behövde ställa frågor på rätt sätt och inte komma med pekpinningar för att kvinnan skulle vara öppen och våga ge ärliga svar. Sjuksköterskan behövde fråga om hur matvanorna såg ut och ett sätt kunde vara att be kvinnan berätta om vilken mat hon åt under gårdagen. Om mannen var med i rummet kunde det krävas ännu mer av sjuksköterskan då det kunde upplevas som att kvinnan sa det hon trodde mannen förväntade sig att hon skulle säga. Genom att ställa ledande frågor och läsa mellan raderna kunde sjuksköterskan få fram viktig information. Ett annat sätt att få fram relevant information vid ett hälsosamtal kunde vara att följa mallen i journalen för hälsosamtal, det var en säkerhet för sjuksköterskan att få med viktiga ämnesområden och inte missa viktiga frågor.

Att utgå från kvinnan handlade enligt informanterna om att ge individuellt anpassad vård och rådgivning. Exempelvis hade en av informanterna haft ett samtal med både kvinnan och hennes make för att förklara även för maken vad det var för sjukdom kvinnan hade samt för

att ge gemensamma kostråd. En annan informant beskrev det som att *“man sätter lite frön”* och startade tankar kring kost och fysisk aktivitet och att det i förlängningen även påverkade nästa generation.

Samtliga informanter beskrev att de utgick från den person de hade framför sig i samtalet för att identifiera behov. Det kunde handla om att utgå från kvinnans vanor, kultur och önskemål.

“Det handlar hela tiden om vem det är man har framför sig. Vilken erfarenhet personen har och varifrån de kommer, det är väl egentligen det som är det viktigaste”

När det gällde matvanor och fysisk aktivitet utgick informanterna från kvinnans vanor och de beskrev även att de försökte ta reda på hur rörelsemönstret såg ut för att kunna ge så individanpassade råd som möjligt.

Att informanterna utgick från kvinnans kunskapsnivå framträdde tydligt ur resultatet. I mötet försökte sjuksköterskan ta reda på vilken nivå kvinnan låg, om hon hade kunskap om träningseffekter, var motiverad, van att träna och liknande. Det kunde vara alltifrån väldigt basalt till avancerat. En av informanterna uppgav motiverande samtal som arbetsmetod för att tillsammans lägga ribban för samtalet.

Utbildning styrde ofta kunskapsnivå och det var enligt informanterna ofta lättare att motivera en välutbildad person. Även kostrådgivning styrdes av hur mycket kunskap kvinnan hade om sin sjukdom eller behov av kostförändring. Om kvinnan inte kunde språket kunde det vara väldigt svårt för henne att ta till sig information och följa behandlingsråd. Hon kom ofta tillbaka och kunde behöva få samma information flera gånger. Många kvinnor efterfrågade specifika tips på vad de skulle köpa för mat.

“När man inte kan språket så är det ju väldigt svårt att läsa på förpackningar vad en produkt innehåller, så då vill dom ha på en lapp där det står det här brödet ska du köpa”

En del kvinnor var analfabeter vilket blev ett hinder för kommunikationen, men ett kreativt förslag var exempelvis att ta kort på maten de åt och sedan ta med det tillbaka till sjuksköterskan för att samtala kring.

I samtalet upplevde informanterna att kvinnorna ibland hade många andra problem och därför kunde inte samtal om kost och motion alltid prioriteras. Kvinnorna hade ett behov av stöd och ofta handlade inte samtalet bara om sjukdomen utan om allt i livet. Det gällde att ha rätt *“timing”* för samtal om kost och motion som nämndes av en av informanterna. Ibland kändes det inte etiskt att ta upp livsstilsförändringar om kvinnan hade andra stora problem.

Förändringar som passar kvinnan

Flera av informanterna uppgav att det var viktigt att vara lyhörd för kvinnans situation i samtalet. Kvinnorna upplevde det jobbigt att laga speciell mat till sig själva när familjen ville ha något annat. Informanterna beskrev att de samtalade med kvinnan om vad hon åt och utifrån det gjorde de små förändringar.

“Många gånger är utmaningen för mig när det gäller maten att hjälpa dem att se hur de kan göra förändringar i det de redan äter utan att behöva göra massa annan mat”

Informanterna berättade om vikten av att de lyssnade efter kvinnans behov i samtalet och utifrån dem lade de upp en personlig plan för hälsosamma vanor. Att kvinnan insåg vikten av fysisk aktivitet och kostförändringar ansåg deltagarna påverkade hennes möjlighet att genomföra en livsstilsförändring. Genom att sjuksköterskan samtalade om kost och motion kunde kvinnan få en större medvetenhet om hälsovinster vilket kunde leda till ökad motivation.

“I samband med sjukdomen ställer jag frågor om vilken mat de äter och sen förklarar jag för varje sak hur det påverkar deras sjukdom, på så sätt kanske vi ändrar lite”

Att kvinnorna fick in motionen i vardagen var det viktigaste sättet enligt informanterna för att ändra en vana och få kvinnorna att röra på sig mer. Förslag på vardagsmotion kunde exempelvis vara att kliva av spårvagnen en hållplats tidigare eller ta trapporna istället för hissen. Det skulle inte ta så mycket extra tid i anspråk men ha god effekt på hälsan. I samtalet var det viktigt att inte ta för givet att kvinnan kunde träna ensam och därför behövde hon kunna erbjudas träningsmöjligheter där små barn kunde vara med. En av informanterna i studien nämnde även träningsapplikationer som ett verktyg för att möjliggöra träning i hemmet.

Yttre faktorer som påverkar samtalet

Tillgång till tolk

Tillgången till tolk beskrevs av informanterna som ett hinder för samtalet. Om det inte fanns en tolk som talade rätt språk eller dialekt försvårades kommunikationen betydligt och det gjorde att samtalet kring kost och livsstilsförändring i många fall inte ens ägde rum.

”Om inte tolken är på plats så vet vi ju inte alls vad hon vill göra och sådär. Men är tolken på plats så får man samtala och då kan det komma fram vad det är dom vill att man ska göra”

Motiverande samtal upplevdes inte bli lika bra när sjuksköterskan inte kunde ställa frågor till kvinnan direkt utan var tvungen att gå via tolken. Om tolken var manlig kunde det också hindra samtalet, speciellt om kvinnan var muslim.

Vårdcentralens prioriteringar

Flera gånger nämnde informanterna att hälsofrämjande samtal inte var prioriterade av vårdcentralen de arbetade på. Den ekonomiska aspekten av vad som genererade mest pengar blev styrande för vilken typ av besök som bokades in. Det fanns ambitioner på arbetsplatsen

om mer hälsofrämjande samtal men för att de skulle bli av var sjuksköterskorna tvungna att driva frågan och prioritera bort annat.

”På vårdcentralen handlar det ju väldigt mycket om ekonomi, och det är inte någonting som är prioriterat även om det är egentligen det som är det allra viktigaste om man ska se det på längre sikt. Vi måste förändra livsstilen så där borde verkligen resurser läggas!”

De såg att det fanns ett stort behov och att flera av kvinnorna ville komma tillbaka flera gånger, men på grund av sjuksköterskebrist var det inte möjligt. Ett skäl till att samtalen inte prioriterades var att de ofta är tidskrävande, exempelvis på grund av tolkning. Ofta behövde sjuksköterskan också ta en mer omfattande anamnes gällande kostvanor då hon själv inte hade kunskap om vad en del av livsmedlen innehöll.

Diskussion

Metoddiskussion

Både distriktssköterskor och sjuksköterskor inkluderades i intervjuerna vilket kan ha påverkat resultatet då de inte har lika lång utbildning. Trots det fann vi det relevant för studiens syfte att inkludera båda yrkeskategorierna då de möter kvinnor med utländsk bakgrund i sitt yrke och arbetsuppgifterna skiljer sig åt på olika vårdcentraler. Intervjuerna har genomförts i områden med hög andel invånare med utländsk bakgrund. Hade informanterna varit yrkesverksamma i andra områden med högre andel personer med svensk bakgrund hade resultatet kunnat se annorlunda ut. Inför datainsamlingen var det inte möjligt att ta reda på hur många listade med utländsk bakgrund varje vårdcentral hade. Vi utgick från att större delen av invånarna är listade på en vårdcentral i närheten av sin bostad vilket ökar sannolikheten att sjuksköterskorna där möter fler patienter med utländsk bakgrund.

Det personcentrerade förhållningssättet har använts som teoretisk referensram och antogs vara lämpligt redan innan intervjuerna genomfördes. Det kan ha påverkat författarna under intervjuerna att lyssna och fråga efter vilket riskerar att påverka resultatet.

Tillförlitligheten i metoden stärks av att en intervjuguide användes vilket gjorde att informanterna besvarade liknande frågor. Genom att ha förberedda frågor håller sig informanterna inom ramen för syftet. Materialet transkriberades i direkt anslutning till intervjun och analysarbetet påbörjades inom en vecka efter intervjun vilket enligt Polit och Beck (2016) stärker tillförlitligheten. En brist kan vara att när materialet bearbetades framkom ibland intressant data som skulle kunna ha specificerats av deltagarna. Brist på erfarenhet från författarna bidrog till att uppföljande frågor ibland inte ställdes. Istället höll sig författarna till de färdiga intervjufrågorna och således kan intressant information gått om miste.

Informanterna intervjuades på sina arbetsplatser och samtliga intervjuer var bokade i förväg med gott om tid för att skapa lugn och ro för deltagarna. Inför varje intervju tydliggjordes det

för informanten vem som intervjuade och vem som satt med och lyssnade. Tydlighet i fördelningen skapar en trygg miljö för informanten. Att bygga upp ett förtroende mellan den som intervjuar och den som blir intervjuad är viktigt för att få ärliga och uttömmande svar. Det finns alltid en risk när det är två som intervjuar en ensam informant att det blir ett maktförhållande mellan parterna vilket kan påverka informanten under intervjun (Polit & Beck, 2016)

Båda författarna har läst igenom det transkriberade materialet flera gånger och därefter noggrant tagit fram de meningsbärande enheter som ligger till grund för vidare kodning och kategorisering. De tre kategorier som valts ut av författarna innehåller flera koder som besvarar syftet och beskriver sjuksköterskornas erfarenheter av samtalet. Genom att redovisa citat ur intervjuerna bidrar det till transparens i arbetet och resultatets giltighet. Giltighet för analysprocessen redovisas i en tabell där exempel på analysarbetet beskrivs (Graneheim & Lundman, 2004).

Polit och Beck (2016) menar att om innehållet i studien kan anses spegla verkligheten är resultatet mer trovärdigt. Trovärdigheten i föreliggande studie styrks av att informanterna har god kännedom om området och dagligen möter kvinnor med utländsk bakgrund i sin yrkesroll. De kan därför anses ha god kunskap i ämnet. Informanterna hade flerårig kompetens som sjuksköterska/distriktsköterska och därför var trygga i sin yrkesroll vilket stärker trovärdigheten i deras påståenden (Polit & Beck, 2016).

Trovärdigheten och giltigheten behöver vara fastställda för att resultatet ska vara överförbart och kunna anpassas till andra situationer. Resultatet skulle kunna användas i andra sammanhang inom vården i mötet med kvinnor med utländsk bakgrund (Polit & Beck, 2016). En begränsning för resultatets överförbarhet kan vara att deltagarna inte har specificerat från vilka länder de patienter kommer som de har i åtanke då de svarar på frågor. Dock är de födelseländer som är högst representerade bland invånarna för respektive område beskrivna i metoden. Troligtvis har deltagarna tänkt på de invånarna i stor utsträckning under intervjutillfällena. Det kan ha betydelse för svaren men har samtidigt mindre relevans för studiens resultat då syftet inte var att belysa olikheter mellan kulturer utan om sjuksköterskornas erfarenhet i samtalet med kvinnor med utländsk bakgrund.

Studiens alla informanter var kvinnor. Det hade varit intressant att undersöka hur manliga sjuksköterskor upplever mötet med kvinnor med utländsk bakgrund. Resultatet hade möjligtvis sett annorlunda ut i det perspektivet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att samtala med kvinnor som har utländsk bakgrund om fysisk aktivitet och hälsosam kost. I resultatet framkom tre huvudkategorier som beskriver kvinnans förutsättningar i samtalet, sjuksköterskans utgångspunkt i samtalet samt yttre faktorer som påverkar samtalet.

Flera av informanterna nämnde att kvinnan ofta hade förväntningar av att få färdiga förslag på hur hon exempelvis skulle gå ner i vikt. Det kunde bero på en vana av ett annat auktoritetsförhållande mellan patient och vårdgivare där patienten skulle lyda råden som gavs. Då sjuksköterskorna ofta hade ett annat arbetssätt som utgick från att fråga kvinnan om hennes egna mål och intressen kunde det uppstå ett missförstånd mellan parterna i vad som förväntades av samtalet. Sjuksköterskans utgångspunkt stämmer överens med det personcentrerade samtalet som strävar efter att lyssna efter patientens resurser (Ekman et al., 2014). Ur resultatet framkom att sjuksköterskan då samtalade och förklarade att kvinnans intressen och mål skulle stå i centrum för att uppnå bästa resultat. På så sätt kunde kvinnan få en förståelse för arbetssättet och fundera över sina mål och en gemensam plan kunde läggas fram.

Det är dock intressant att diskutera hur långt den personcentrerade vården ska sträcka sig. Sjuksköterskans arbete styrs av lagar och arbetsbeskrivningar och ska syfta till att patienten uppnår hälsa och behåller den samt arbeta personcentrerat. Det framkom i intervjuerna att några av kvinnorna de mötte på vårdcentralen inte hade någon egen önskan att förändra sin livsstil. Om kvinnan inte har någon vilja att förändras men samtidigt har risk för att drabbas av livsstilsrelaterad sjukdom kan det bli en krock mellan sjuksköterskans skyldighet att arbeta personcentrerat och samtidigt försöka förändra patientens livsstilsvanor. Sjuksköterskan bör då kunna kompromissa vilket också nämns i intervjuerna genom att göra små förändringar utifrån patientens förmåga. Vidare beskriver Ekman (2014) att personcentrering handlar om ett partnerskap där båda är delaktiga i samtalet. Det handlar inte om att göra allt som patienten vill utan att lyssna efter patientens resurser.

Sjuksköterskorna nämnde att de kvinnor som lyckades förändra kost- och motionsvanor hade någon form av motivation och att den var avgörande för patientens framtid. Det stämmer överens med tidigare studier där kvinnor med utländsk bakgrund beskriver sina egna upplevelser om hinder och möjligheter till fysisk aktivitet (Daniel et al., 2018). Forskning visar att patienter som kontinuerligt får motiverande samtal har lättare att gå ner i vikt och bibehålla den (Rodriguez-Cristobal et al., 2017). Om sjuksköterskan kan hjälpa kvinnan att bli motiverad och ha kontinuerlig kontakt ökar chanserna att kvinnan kommer lyckas att förändra sina vanor och på lång sikt minska risken för att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar. Att involvera maken och ibland även hela familjen kan också vara ett sätt att få kvinnan mer motiverad till förändring. Således kan en mer hälsosam livsstil gynna hela familjen och goda vanor sättas för nästa generation.

Sjuksköterskorna i intervjuerna beskrev vikten av att bemöta kvinnan som en individ och försöka förstå vilken människa man möter i samtalet, oavsett bakgrund. Det som kunde skilja sig i mötet var att kvinnorna med utländsk bakgrund ofta hade en komplex situation med erfarenheter som kunde vara svåra, exempelvis flykt från sitt hemland. Det som är utmärkande och som framkommer även i forskning är att de som flytt sitt hemland ofta

upplever en vilshenhet i den nya kulturen vilket kan leda till isolering och ensamhet (Persson et al., 2014). Många av kvinnorna med utländsk bakgrund som informanterna mötte hade en större familj i hemlandet där de ofta levde tillsammans med flera generationer vilket inte är lika vanligt i Sverige. Kvinnor med utländsk bakgrund kan därför ha behov av stöd och stöttning i sin situation. Vad som vidare framkom i resultatet var att flera kvinnor upplevde stor trötthet och tidsbrist då de ofta hade allt ansvar för familj och hem. I ett samhälle där man lever tillsammans med flera generationer kan det underlätta att komma ut och träna om de har stöd från familjen. I Sverige blir det svårare för kvinnorna då det av traditionella skäl inte är lika vanligt att mannen tar hand om barnen om kvinnan behöver motionera.

Resultatet visade att flera sjuksköterskor såg kvinnans utsatthet som ett hinder för livsstilsförändring. I tidigare forskning som undersökt kvinnans perspektiv av att komma till ett nytt land nämns däremot inte utsatthet som ett hinder till fysisk aktivitet och hälsosam kost (Sandström et al., 2015). Sjuksköterskan som ser kvinnans situation utifrån verkar uppmärksamma utsattheten i större utsträckning än vad kvinnan själv gör. Varför parterna verkar ha olika syn på kvinnans situation kan bero på hur de definierar utsatthet. Kvinnorna själva kanske inte upplever sig vara i en utsatt situation då de har allt ansvar för barn och hem utan istället ser det som en självklar del i sin livssituation, då samhället är uppbyggt så i kulturen de kommer ifrån. Södergren et al (2008) visar att kvinnor med utländsk bakgrund efterfrågar aktiviteter som anses passande och anständiga ur ett kulturellt perspektiv. Utifrån ett svenskt perspektiv kan det faktum att kvinnorna inte ”får” träna som de vill på grund av kulturella hinder göra att det tolkas som utsatthet av en utomstående person som inte är en del av kvinnornas kultur. I Sverige hålls jämställdheten högt vilket kan orsaka en krock mellan sjuksköterskans och kvinnans perspektiv. Sjuksköterskan behöver därför lyssna på patientens berättelse för att identifiera patientens syn på sin livssituation för att inte göra felaktiga antaganden om patientens upplevelser.

Informanterna pratade om att ha en etisk medvetenhet i samtalet med tanke på kvinnornas ofta komplexa situation, ibland kunde problemet att de åt ohälsosam mat och inte rörde på sig tillräckligt vara litet i jämförelse med andra problem, vilket även tas upp av Jörgensdotter Wegnelius & Petersson (2018). Deltagarna pratade då om att anpassa samtalet, ha fingertoppskänsla och rätt timing. Likt det personcentrerade samtalet behöver sjuksköterskan hjälpa patienten att hitta det som upplevs meningsfullt för att motivera till en hälsosam livsstil (Ekman et al., 2014).

Forskning visar vidare att kvinnor som immigrerat till Sverige har kunskapsbrist kring kost och livsstilsförändringar och i många fall beror det på att de inte känner till det svenska systemet (Hjelm, Bard, & Apelqvist, 2018), vilket också beskrivs i föreliggande studie. Kunskap om positiva hälsoeffekter kan hjälpa kvinnan att bli mer motiverad till livsstilsförändring och sjuksköterskan kan fylla en viktig funktion i att informera patienten.

Under intervjuerna ställdes frågan om samtalet skiljer sig mellan kvinnor med svensk bakgrund och med utländsk bakgrund när de talar om kost och fysisk aktivitet. Få av deltagarna pratade om skillnader i hur samtalet genomfördes. De menade att de utgick från patienten och därför gjordes ingen skillnad beroende på bakgrund. Trots det var det flera som exempelvis upplevde svårigheter med tolk samt att samtalet tog lång tid. Det kan vara omedvetna skillnader som sjuksköterskorna inte reflekterat över men som ändå indirekt kan ha påverkat mötet. Möjligtvis kan rädsla för att behandla patienten annorlunda på grund av bakgrund vara en av förklaringarna till varför det inte framkom några skillnader under intervjuerna. Jämlik vård behöver dock inte innebära att den ska vara lika till alla utan att den ska anpassas till varje individ.

Bristande tillgång till tolk påverkade kvinnornas möjligheter till hälsofrämjande samtal vilket bidrar till en ojämlig vård. Vidare kan det påverka kvinnans möjlighet till självständighet negativt. De löper också större risk för att utveckla livsstilsrelaterade sjukdomar om inte adekvat hjälp kan erbjudas.

Deltagarna nämnde att det fanns ambition att arbeta hälsofrämjande och förebygga livsstilsrelaterade sjukdomar men att det i nuläget inte var prioriterat. På lång sikt är risken att kostnaderna för vården blir högre om patienterna drabbas av sjukdom relaterat till dåliga livsstilsvanor än om förebyggande arbete skulle ha prioriterats. Genom att arbeta hälsofrämjande idag kan även nästa generation påverkas. Forskning visar att utsatta grupper bör fångas upp för att inte fortsätta utveckla sjukdomar och få extra stöd att upprätthålla hälsa (Jin et al., 2017).

Konklusion

Sjuksköterskorna i föreliggande studie träffar dagligen kvinnor med utländsk bakgrund. I samtalet utgår sjuksköterskan från ett personcentrerat förhållningssätt där kvinnans bakgrund, behov och mål prioriteras. Att utgå från vem man har framför sig och inte enbart se till ursprungsland eller kulturella skillnader är en förutsättning för att kunna motivera kvinnan till hälsosam livsstil. Kvinnor med utländsk bakgrund uppfattas vara i en utsatt situation där de tar ansvar för barn och hem och ibland inte får vistas ute bland andra män. I vissa situationer måste sjuksköterskan ha en etisk medvetenhet och anpassa samtalet efter om andra problem är större än de livsstilsrelaterade.

Implikationer och förslag på fortsatt forskning

Studien har klinisk relevans då ämnet är aktuellt i det svenska samhället i och med att fler och fler invånare har utländsk bakgrund. Att belysa sjuksköterskornas erfarenheter av att samtala med den här patientgruppen har stor betydelse för att vård ska ges på lika villkor och att ett bra möte mellan kvinnan och sjuksköterskan sker som bidrar till jämlikhet.

Föreliggande studie visar att sjuksköterskor upplever att kvinnor med utländsk bakgrund behöver mycket stöd för att kunna genomföra hälsosamma livsstilsförändringar. Resultatet kan hjälpa sjuksköterskor som inte har erfarenhet av att arbeta med kvinnor med utländsk bakgrund att få en djupare förståelse för deras problematik och livssituation. Erfarenheterna av hur sjuksköterskorna skapar en personcentrerad vård med kvinnor med utländsk bakgrund i primärvården skulle även kunna vara relevant för slutenvården. Resultatet kan också vara användbart för chefer inom vården för att ge bättre insikt av ämnets relevans och därmed ge vägledning för prioritering av hälsosamtal. Fortsatt forskning som belyser hur kvinnor med utländsk bakgrund upplever samtalet med sjuksköterskan kan ge en ytterligare aspekt som kan vara en hjälp för sjuksköterskans personcentrerade arbete. Studier med manliga sjuksköterskor skulle också vara intressant ur ett genusperspektiv för att ta reda på om det finns skillnader i hur de upplever samtalet med patientgruppen.

Referenslista

- Cöster, H. (2014). *Forskningsetik och ömsesidighet : vård, social omsorg och skola*. Stockholm: Liber.
- Daniel, M, Abendroth, M, & Erlen, J (2018). Barriers and Motives to PA in South Asian Indian Immigrant Women. *Western Journal of Nursing Research*, 40(9), 1339-1356. doi: 10.1177/0193945917697218
- Ekman, I, Norberg, A, & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso-och sjukvård från filosofi till praktik*: Liber, Stockholm.
- FN. (2006). FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter. Hämtad 2018-09-16, från http://www.manskligarattigheter.se/dm3/file_archive/060621/9649d2011fd4f5bb858acf1419189c67/konventionstexter_pdfversion.pdf
- Fors, A. (2014). Personcentrerade samtal inom hälso- promotivt arbete. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik* (ss. 226-244). Stockholm: Liber.
- FYSS. (2017). Fysisk aktivitet på recept. Hämtad 2018-09-16, från <http://www.fyss.se/far/om-fysisk-aktivitet-pa-recept-far/>
- González-López, R, Rodríguez-Gázquez, Á, & Lomas-Campos, M. (2015). Physical Activity in Latin American Immigrant Adults Living in Seville, Spain. *Nursing Research*, 64(6), 476-484. doi: 10.1097/NNR.0000000000000120
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Göteborgs stadsledningskontor. (2017). Göteborgsbladet 2017, Statistik och analys. Hämtad 2018-09-03, från http://statistik.goteborg.se/Global/Faktablad/G%C3%B6teborgsblad/GbgBlad2017/G%C3%B6teborg_SDN.pdf
- Henriksson, J, & Sundberg, C. J. (2016). Biologiska effekter av fysisk aktivitet. Hämtad 2018-09-16, från http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/Biologiska_effekter_av_FA_FINAL_2016-12.pdf
- Hjelm, K, Bard, K, & Apelqvist, J (2018). A qualitative study of developing beliefs about health, illness and healthcare in migrant African women with gestational diabetes living in Sweden.(Clinical report). *BMC Women's Health*, 18(1). doi: 10.1186/s12905-018-0518-z
- Jackson, D, Daly, J, & Davidson, P. (2008). Data collection and analysis. I R. B. Watson, P. & Ketefian, S. (Red.), *Nursing research : designs and methods* (ss. 281-288). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Jackson, D, Daly, J, & Davidson, P. . (2008). Data collection and analysis. I R. B. Watson, P. & Ketefian, S. (Red.), *Nursing research : designs and methods* (ss. 281-288). Edinburgh: Edinburgh : Churchill Livingstone.
- Jin, K, Gullick, J, Neubeck, L, Koo, F, & Ding, D. (2017). Acculturation is associated with higher prevalence of cardiovascular disease risk-factors among Chinese immigrants in Australia: Evidence from a large population-based cohort. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(18), 2000-2008. doi: 10.1177/2047487317736828

- Jönsson, L. S., Palmér, K., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2013). Is acculturation associated with physical activity among female immigrants in Sweden? *Journal of Public Health, 35*(2), 270-277. doi: 10.1093/pubmed/fds091
- Jörgensdotter Wegnelius, C., & Petersson, E.-L. (2018). Cultural Background and Societal Influence on Coping Strategies for Physical Activity Among Immigrant Women. *Journal of Transcultural Nursing, 29*(1), 54-63. doi: 10.1177/1043659616676317
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. [rev.] uppl. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A (2013). *Intervjumetodik* (3., [omarb.] uppl. uppl.). Lund: Lund : Studentlitteratur.
- Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature *J. Health Popul. Nutr.* (Vol. 24, ss. 113-120).
- Livsmedelsverket. (2016). Bra matvanor räddar liv. Hämtad 2018-09-19, från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/samtal-om-mat-i-halso--och-sjukvarden/bra-matvanor-raddar-liv>
- Lood, Q, Dahlin-Ivanoff, S, Dellenborg, L, & Mårtensson, L. (2014). Health-promotion in the context of ageing and migration: A call for person-centred integrated practice. *International Journal Of Integrated Care, 2014, Vol. 14, 14.*
- Mattsson, C. M, Jansson, E, & Hagströmer, M. (2016). Fysisk aktivitet – begrepp och definitioner. Hämtad 2018-09-16, från http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2017/09/FA_Begrepp-och-definitioner_FINAL_2016-12.pdf
- Migrationsinfo. (2018). Asylsökande i Sverige. Hämtad 2018-09-16, från <http://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/asylsokande-i-sverige/>
- Migrationsverket. (2018). Statistik. Hämtad 2018-09-16, från www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html.
- Persson, G., Mahmud, A J., Hansson, E E., & Strandberg, E. (2014). Somali women's view of physical activity - a focus group study.(Report). *BMC Women's Health, 14*(1). doi: 10.1186/1472-6874-14-129
- Petersson, A. (2011). *Kost vid diabetes*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Regeringens proposition 2017/18:249. (2018). *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Rodriguez-Cristobal, J, Alonso-Villaverde, C, Panisello, J, Travn-Mercade, P, Rodriguez-Cortns, F, Marsal, J, & Peea, E. (2017). Effectiveness of a motivational intervention on overweight/obese patients in the primary healthcare: a cluster randomized trial. *BMC Family Practice, 18*(1). doi: 10.1186/s12875-017-0644-y
- Sandström, E, Bolmsjö, I, & Janson, E (2015). Attitudes to and Experiences of Physical Activity among Migrant Women from Former Yugoslavia: -- a qualitative interview study about physical activity and its beneficial effect on heart health, in Malmö, Sweden. *AIMS public health, 2*(2), 194. doi: 10.3934/publichealth.2015.2.194
- Hälso- och sjukvårdslag (2017).
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeamen distriktsköterska. Hämtad Feb 05, 2018, från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktskoterska/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Svensk sjuksköterskeförenings strategi Jämlik vård och hälsa. Hämtad 2018-09-17, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01->

[svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_jamlik_vard_och_halsa.pdf](#)

- Södergren, M, Hylander, I, Törnkvist, L, Sundquist, J, & Sundquist, K. (2008). Arranging Appropriate Activities: Immigrant Women's Ideas of Enabling Exercise. *Women's Health Issues, 18*(5), 413-422. doi: 10.1016/j.whi.2008.05.001
- Waller, M, Blomstrand, A, Högberg, T, Ariai, N, Thorn, J, Hange, D, & Björkelund, C. (2016). A primary care lifestyle programme suitable for socioeconomically vulnerable groups – an observational study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 34*(4), 352-359. doi: 10.1080/02813432.2016.1248628
- Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- WHO. (2015). Physical activity strategy for the WHO European Region. från http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/282961/65wd09e_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1

Bilagor

Bilaga 1, Intervjuguide

- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska/distriktssköterska? Annan specialistutbildning?
- Hur länge har du arbetat på den här arbetsplatsen?
- Hur gammal är du?
- Träffar du kvinnor med utländsk bakgrund i din yrkesroll?
- Vilka behov uppfattar du att de har när de söker vård?
- Vad upplever du att kvinnornas hinder till fysisk aktivitet och kost är?
- Vilka resurser upplever du att de kvinnor som är fysiskt aktiva och äter sund kost har jämfört med dem som inte rör på sig och har sämre kostvanor?
- Vad känner du kring att ställa frågor om fysisk aktivitet, kost och livsstilsförändringar?
- Hur lägger du upp ett samtal med en kvinna från en annan kultur än svensk kring kost och fysisk aktivitet?
- Skiljer sig samtalet om kvinnan ursprungligen är från Sverige eller utlandet? På vilket sätt i så fall?
- Vilken typ av råd brukar du ge? Vad grundar de sig på?
- Hur uppfattar du att livsstilsråd som du ger till kvinnor med utländsk bakgrund tas emot?
- Vad har du för erfarenheter av hur livsstilsråden följs?
- Hur arbetar du med uppföljning?
- Har du något exempel?
- Använder du någon speciell metod i samtalet?
- Hur tycker du att man på bästa sätt kan nå ut till dessa kvinnor?
- Något övrigt som du vill tillägga?

Bilaga 2, Forskningspersonsinformation

Vi är två distriktssköterskestudenter som ska skriva vår magisteruppsats under hösten. Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors/sjuksköterskors erfarenheter av att samtala om fysisk aktivitet och kost med kvinnor som har utländsk bakgrund. Därför har vi valt att kontakta vårdcentraler som ligger i områden med hög andel invånare med utländsk bakgrund för att intervjua dig som sjuksköterska/distriktssköterska.

Sex intervjuer med olika distriktssköterskor/sjuksköterskor kommer att spelas in via ljudupptagning och sedan transkriberas. Materialet kommer att avidentifieras och sedan bearbetas av studenterna. Analysresultatet kommer att hanteras genom kodning och sedan sammanställas till övergripande teman. Resultatet kommer sedan att sammanfattas och presenteras i skriftlig och muntlig form.

Det finns inga kända risker med deltagande i studien, eventuellt kan känsliga ämnen komma upp under intervjun. Fördelar med att delta i studien kan vara att bidra till utveckling av ny kunskap. Vid frågor eller funderingar efter intervjun kan studenterna kontaktas.

Alla intervjuer kommer att avidentifieras vilket innebär att den insamlade datan inte kan härledas till person. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Efter att uppsatsen är färdig kommer det inspelade materialet förstöras. Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs universitet.

Deltagandet i studien är frivilligt och du har när som helst, utan särskild förklaring, rätt att avbryta. Om du vid någon tidpunkt inte längre vill delta i studien ska du kontakta Elin Roos, 0739245104, gusroos36@student.gu.se
Linnéa Åberg, 0731561612, guslinneab@student.gu.se

Kontakta Elin Roos eller Linnéa Åberg för att ta del av resultatet.

Med vänlig hälsning,
Elin & Linnéa

Handledare:
Helene Berglund
Tel: 031-786 6107
E-mail: helene.berglund@gu.se