



TRANSKULTURELL OMVÅRDNAD
Att bemöta patienters kulturella behov
– en litteraturstudie

Författare: Karin Berg
Handledare: Ingela Berggren

Enskilt arbete i omvårdnad, 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet, 120 p, SSK 02:V
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Maj 2004

Arbetets titel:	Transkulturell omvårdnad –Att bemöta patienters kulturella behov
	Transcultural nursing –Responding to patients’ cultural needs
Författare:	Karin Berg
Handledare:	Ingela Berggren
Institution:	Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Arbetets art:	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1
Antal sidor:	53
Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 120 p, SSK 02:V
Datum:	Maj 2004

ABSTRACT

Sweden, due to immigration, is now a country with people from many different cultural backgrounds. Working as a nurse, in Sweden, means meeting patients, relatives and co-workers from these various cultural backgrounds. According to the Swedish law and general outlines, the public health care system must take the culture of the patient into consideration. The aim of this study is to gain an understanding about transcultural nursing, to explore the possible need of transcultural competence and how to respond to the patient’s needs. Existing literature about transcultural care has been reviewed, using Giger and Davidhizar’s Transcultural Assessment Model as a method for analysis. The research shows that there is a need for cultural competency. There are differences depending on the cultural background within the area of communication, space, time, social organization, environmental control and biological variations. To promote good communication, compliance, selfcare and wellbeing of the patient and to avoid culture conflicts and ignorance, among the staff, the nurse must view the individual in it’s social context and also avoid generalization and ethnocentrism. Culturally sensitive care will promote the health of the patient and may also save economic resources and time. It will create an understanding and a healthy environment for the patient, the relatives and the staff.

Keywords: culture conflict, culturally sensitive care, Giger and Davidhizar, immigration, transcultural nursing

Nyckelord: Giger och Davidhizar, immigration, kulturkrock, kulturmedveten omvårdnad, transkulturell omvårdnad

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Omvårdnad	2
Definition	2
Kultur	2
Definitioner	2
Subkultur	3
Transkulturell omvårdnad	3
Definition	3
Giger och Davidhizars transcultural assessment model	4
Kommunikation	5
Utrymme/Livsrum (Space)	6
Social organisation	8
Tid	9
Omgivning –kontroll (Environmental control) ..	10
Biologiska variationer	12
PROBLEMPRECISERING	13
SYFTE	13
Frågeställningar	13
METOD	13
Litteratursökning	14
Urval	14
Exkluderingskriterier	14
Inkluderingskriterier	14
Analys	15
RESULTAT	15
Kommunikation	16
Sammanfattning	20
Utrymme/Livsrum (Space)	21

Sammanfattning	23
Social organisation	23
Sammanfattning	28
Tid	29
Sammanfattning	29
Omgivning –kontroll (Environmental control)	30
Sammanfattning	35
Biologiska variationer	35
Sammanfattning	37
DISKUSSION	38
Metod	38
Resultat	39
Kommunikation	39
Utrymme/Livsrum (Space)	41
Social organisation	41
Tid	42
Omgivning –kontroll (Environmental control)	43
Biologiska variationer	45
Slutkommentar	46
REFERENSER	48
BILAGOR	
Tabell 1 Sökord och träffar	Bilaga 1
Tabell 2 Artiklar ingående i litteraturstudien; författare, undersökningsobjekt, syfte, metod och land för undersökningen	Bilaga 2

INLEDNING

Intresset för olika kulturer har alltid funnits. En brist på kunskap, hos vårdpersonal, i kontakt med individer från olika kulturer uppmärksammades under verksamhetsförlagd utbildning. Det är inte enbart genom patienter som sjuksköterskan kommer i kontakt med det så kallade mångkulturella samhället utan även genom medarbetare och anhöriga till patienter. Därför känns det betydelsefullt och angeläget att fördjupa kunskaperna kring transkulturell omvårdnad, särskilt då det inte undervisas specifikt om detta i sjuksköterskeutbildningen.

BAKGRUND

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) anger att målet för hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. Lagen ställer krav på hälso- och sjukvården. För att uppfylla god vård krävs bland annat att den skall ”vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen” samt ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”. I regeringsformen, paragraf två, står följande: ”Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd skall vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten” (SFS 2003:593).

Statistiska Centralbyråns befolkningsstatistik (2003 A) över år 2002 visar att av Sveriges totala folkmängd (8 940 788) var 474 099, det vill säga 5,3 %, utländska medborgare. Andelen utrikes födda var 1 053 463 (11,8 %). Immigrationen år 2002 var 64 087, det vill säga 7,2 invandrare per 1000 av folkmängden. Statistiska Centralbyrån visar vidare, i undersökningen, att det i Sverige bor över en miljon människor födda utomlands, varav cirka en halv miljon är medborgare. Detta ger en inblick i Sveriges kulturella mångfald men visar inte alla de människor som tidigare invandrat till Sverige, såsom finlandssvenskar. Inte heller visar siffrorna den kulturella mångfald som redan finns hos svenska medborgare, såsom olika grupper inom riket. Detta innebär att sjukvården idag möter människor från många olika kulturer. Giger och Davidhizar (2003) menar att en sjuksköterska som inte uppmärksammar den betydelse en kulturellt

anpassad omvårdnad har, inte kan fungera effektivt i ett samhälle som förändrats eller förändras demografiskt.

Omvårdnad

Definition

Omvårdnad omfattar åtgärder som syftar till att skapa en hälsobefrämjande miljö, ge stöd och hjälp samt undanröja smärta och obehag åt patienter som befinner sig i behandling eller under påverkan av behandling, trauma eller funktionshinder. Omvårdnad avser också att hjälpa patienter med handlingar som tillhör deras dagliga liv men som ej kan genomföras på grund av nedsatt hälsotillstånd (SOSFS 1993:17).

Leininger (1995) definierar omvårdnad som ”Care (noun) refers to an abstract or concrete phenomenon related to assisting, supporting, or enabling experiences or behaviors toward or for others with evidence for anticipated needs to ameliorate or improve a human condition or lifeway. Caring (gerund) refers to actions and activities directed toward assisting, supporting, or enabling another individual or group with evident or anticipated needs to ameliorate or improve a human condition or lifeway, or to face death” (s. 60).

Kultur

Definitioner

Leininger (1991) definierar kultur som “the learned, shared and transmitted values, beliefs, norms and lifeways of a particular group that guides their thinking, decisions, and actions in patterned ways” (s. 47). Nationalencyklopedin (2003) definierar kultur som sammanfattning av det som människor skapat för att ge upplevelser, till exempel andliga men även om vetenskap under en viss tidsepok eller i allmänhet. Enligt Giger och Davidhizar (2002) kan kultur definieras som ”patterned behavioural response that develops over the time as a result of imprinting the mind through social and religious structure and intellectual and artistic manifestations” (s. 80). Kulturen påverkar människans handlingar, tankar och agerande och ärvs ofta från tidigare generationer.

Subkultur

Förutom kulturer finns så kallade subkulturer. Dessa är, enligt Leininger (1995), mindre grupper av människor med till exempel samma värderingar och sociala regler. Dessa sociala regler skiljer sig från andra kulturer. Definition av subkultur är ”is closely related to culture and refers to a group that deviates in certain areas from the dominant culture in values, beliefs, norms, moral codes, and ways of living with some distinctive features of its own” (s. 60). Exempel på grupper av människor som kan kallas subkultur är hemlösa, religiösa grupper, politiska och sociala grupper, döva individer, AIDS-offer med flera. Dessa grupper bör uppmärksammas då även de har specifika kulturella behov.

Transkulturell omvårdnad

Definition

Transkulturell omvårdnad kan definieras som:

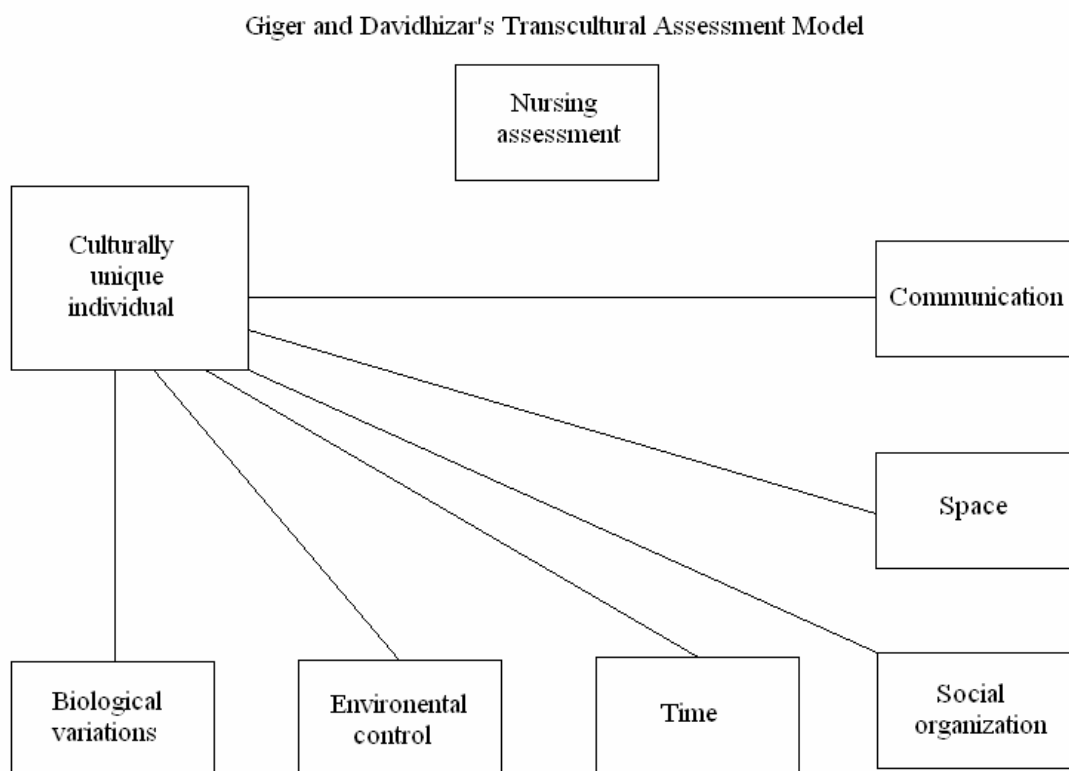
”A formal area of study and practice in nursing focused upon comparative holistic cultural care, health, and illness patterns of individuals and groups with differences and similarities in cultural values, beliefs, and practices with the goal to provide culturally congruent, sensitive, and competent nursing care to people of diverse cultures.” (Leininger: 1995, s. 4).

Giger och Davidhizar (2003) definierar transkulturell omvårdnad som en kulturellt kompetent praktik. Transkulturell omvårdnad fokuserar på patient och forskning. Varje individ ses som kulturellt unik och som en ”produkt” av tidigare upplevelser, värderingar och tro, som individen har tillägnat sig och som har ärvts av generation från generation. Kulturen kan påverka och påverkar hur sjuksköterskan vårdar och ser på patienten. Sjuksköterskan bör, då kulturellt kompetent omvårdnad är aktuellt, vara medveten om detta för att inte ”överföra” sin egen världssyn och unikheter till patienten. Sjuksköterskan bör också urskilja sina egna värderingar och kulturella övertygelser för att särskilja dem från patientens. ”The transcultural nurse must be guided by acquired knowledge in the assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation of the client’s needs based on culturally relevant information” (s. 7). Giger och Davidhizar

(2003) betonar att, inte alla individer i en kultur, har samma värderingar och beteende som de andra i gruppen. Det finns lika stora kulturella skillnader inom en specifik kultur som mellan olika kulturer. Transkulturell omvårdnad är något som alla sjuksköterskor bör försöka utöva, för att ge kulturellt anpassad omvårdnad, fri från religion, ras eller kön. Målet med transkulturell omvårdnad är att ge en kulturellt medveten och anpassad omvårdnad genom att upptäcka väsentlig kulturell information om patienten.

Giger och Davidhizar's "Transcultural Assessment Model"

Transcultural Assessment Model är en modell som kan användas som hjälpinstrument för att bedöma patientens behov av kulturellt medveten omvårdnad, se Figur 1 (Giger & Davidhizar, 2003).



Figur 1. Giger och Davidhizar's "Transcultural Assessment Model" (Giger & Davidhizar, 2003, s. 7)

Modellen bygger på transkulturell omvårdnad, "culturally diverse nursing, culturally competent care, culturally unique individuals, culturally sensitive environments, and health and health status based on culturally specific illness and wellness behaviours" (Giger & Davidhizar: 2003, s. 6).

Med ”Culturally diverse nursing care” menar Giger och Davidhizar (2003) de variationer i inställning till omvårdnad som behövs för att kunna utöva kulturellt anpassad omvårdnad. För att praktisera detta behöver sjuksköterskan ta hänsyn till sex olika fenomen som kan tillämpas på alla kulturer och som samtidigt varierar mellan dessa. Dessa är kommunikation, utrymme/livsrum (space), social organisation, tid, omgivning -kontroll (environmental control) och biologiska variationer. Dessa representerar de områden som sjuksköterskan kan tillämpa i omvårdnaden av patient med en annan kulturell bakgrund.

Kommunikation

Kommunikation är ett sätt att förmedla information och ett sätt att få kontakt med andra individer. ”Kommunikation är en ständigt pågående process med vilken en person kan påverka andra genom skrivet eller talat språk, gester, ansiktsuttryck, kroppsspråk, utrymmen, eller andra symboler” (Giger & Davidhizar: 2003, s. 21). För att få patienter att känna sig motiverade till, att engagera sig i sin hälsa, behövs en god kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Då patient och sjuksköterska representerar olika kulturella bakgrunder och speciellt då de talar olika språk kan kommunikationen vara en barriär mellan dem. Detta kan leda till att båda parter känner sig hjälplösa och främmande. Utan god kommunikation kan omvårdnaden påverkas negativt. Sjuksköterskan bör vara införstådd med de faktorer som kan inverka på kommunikationen, till exempel sociala faktorer. Även då sjuksköterska och patient talar samma språk påverkas kommunikationen av kulturella kommunikationsmönster. Kultur och kommunikation sägs inverka på varandra. Bland annat kan verbala och icke-verbala uttryck, samt känslor, uttryckas olika beroende av kultur. Generalisation av olika kommunikationsmönster, till olika grupper, bör ändå undvikas (Giger & Davidhizar, 2003).

Ett flertal faktorer påverkar hur meddelanden eller kommunikation uppfattas eller ges, till exempel det psykiska välbefinnandet och attityder (Giger & Davidhizar, 2003). Faktorerna kan vara individens personliga behov, filosofiska värden eller omgivningen i vilken kommunikation äger rum. Mottagaren tolkar meddelandet och eventuellt ges

feedback till avsändaren. För fortsatt ömsesidig interaktion krävs ofta någon form av feedback, som även denna formas efter individens kultur. En del kan svara med icke verbal kommunikation. Icke verbal kommunikation är till exempel ansiktsuttryck, kroppshållning, beröring och verbal kommunikation; intonationer, volym, rytm, tystnad med mera. Ord kan ha olika innebörd beroende av kultur, trots att språket är det samma. Att översätta språk ordagrant kan ge orden en annan betydelse och missförstånd är inte ovanligt. En sjuksköterska, medveten om patientens språk, får lättare insikt i patientens kultur. Grammatiska strukturer som meningslängd men även ordval och uttal kan variera mellan kulturella och sociala grupper. För en sjuksköterska, som ofta arbetar under tidspress, kan det vara frustrerande då patienten inte kommer till sak utan småpratar om allt möjligt. Detta är, i många kulturer, ett tillvägagångssätt för att artigt komma fram till det aktuella ämnet eller för att lindra något genant.

Röstens beskaffenhet är en ytterligare faktor (Giger & Davidhizar, 2003). Då patienten talar tyst är det vanligt att sjuksköterskan höjer rösten. Det är betydelsefullt att sjuksköterskan har förståelse för att låg röstvolym inte behöver innebära att patienten inte förstår eller inte hör. Genom att lyssna till patientens röst kan sjuksköterskan skaffa sig en uppfattning kring hur patienten kommunicerar. Tystnad i ett samtal har skilda betydelser, i olika kulturer. Tystnad kan betyda oro, envishet, tankfullhet och så vidare. Tystnad kan vara nödvändigt för en del grupper för att förstå motpartens behov. Tystnad, hos andra grupper, kan verka obekvämt och försöks därför att fyllas med prat.

Utrymme/Livsrum (Space)

Giger och Davidhizar (2003) menar att personligt utrymme är det område runt omkring en individ. Det individuella utrymmet varierar mellan individer och kulturer. Vad som känns bekvämt kan bero på situationen. För att förstå individens beteende behövs kunskap kring hur individen uppfattar sin omvärld. Perceptionen av omvärlden faller i två kategorier. Dessa är ”avståndsreceptorer” (distance receptors) och ”närhetsreceptorer” (immediate receptors). ”Avståndsreceptorer” är de receptorer som på avstånd granskar objekt, som näsa, ögon och öron. Kulturen formar individens reaktion på stimuli både genom hud, lukt och syn. Beroende av kultur lär sig individen att sälla information, till exempel ljud eller synliga objekt. Även hur utrymmen planeras och

fungerar varierar. Vidare menar Giger och Davidhizar (2003) att lukten är den perception som ger och väcker de djupaste minnena. Doft är av betydelse för många grupper. Lukt kan skapa negativa och positiva reaktioner samt visa tecken på sjukdom, såsom hos diabetiker eller infekterade sår. ”Närhetsreceptorer” är de receptorer som uppfattar stimuli på nära håll, som känsel. Huden är människans främsta känsel och sinnesorgan, som till exempel förmedlar kroppstemperatur och känslor. Människor har olika behov av utrymme, detta varierar mellan kulturer men också beroende av ålder, hälsa, kön med mera. Respekteras individens personliga utrymme respekteras också den individens autonomi, privatliv, känsla av säkerhet och identitet.

Giger och Davidhizar (2003) menar att utrymmet, i västvärlden, delas in i tre kategorier. Den yttersta är den sociala och allmänna zonen, sedan den personliga zonen och allra närmast kroppen den intima zonen. Den sociala zonen är det avstånd människan har mot till exempel arbetskamrater. Privata zonen inkluderar vänner och den intima zonen endast de personer som står allra närmast. Den intima zonen används till exempel för att trösta och skydda. Behovet av stimuli varierar, till exempel kan en isolerad patient bli understimulerad. Det här är av vikt, för sjuksköterskan, att känna till. Att vara nära och beröra en patient kan hjälpa sjuksköterskan att visa patienten omtanke. Vaksamhet krävs då en del patienter kan uppfatta närhet som en kränkning. Människan är inte ständigt medveten om behovet till personligt utrymme och det kan då vara svårt att förstå en individ från en annan kulturell bakgrund.

Patienter som önskar hålla avstånd visar detta genom kroppsspråk. Uppmärksammar sjuksköterskan detta kan missförstånd undvikas. Att hålla avstånd kan visa på respekt i många kulturer. Kulturkrockar kan lätt uppkomma då till exempel patient kommer från kultur där närhet under kommunikationen är viktig och sjuksköterskan den motsatta. Vidare skriver Giger och Davidhizar (2003) om objekt i omgivningen, till exempel möblering och färger. Färger är ofta symboliska och förknippas med olika saker beroende av kultur. Sjuksköterskan kan använda sig av färg i en omgivning för att stimulera kommunikation. Kroppsspråk, som gester och placering är ytterligare faktorer som varierar mellan kulturer. Sjuksköterskan kan, genom kunskap om dessa variationer,

skapa en positiv miljö kring patienten, som kan leda till god kommunikation och förståelse mellan patient och sjuksköterska.

Social organisation

Giger och Davidhizar (2003) menar att kulturella beteenden inte är genetiska utan socialt förvärvade. Denna lärandeprocess kallas ”enculturation”. Sjuksköterskan kan genom kunskap i detta område lättare förstå och förklara olika beteenden vid livshändelser som barnafödelse, sjukdom, pubertet, graviditet med mera, men även ritualer som vid bröllop och helgdagar. Denna så kallade sociala organisation står i relation till individens fysiska och psykiska mognande och är därför av vikt att uppmärksamma. Sjuksköterskan är kulturellt bunden genom att se och tolka sjukdomar ur ett naturvetenskapligt synsätt. Patienten kan ha ett annat synsätt till orsak och behandling. Idag uppmärksammas människan allt mer som en helhet och sjuksköterskans uppmärksamhet riktas även utanför det traditionella naturvetenskapliga fältet mot till exempel Tai Chi och meditation (i USA). Det finns kulturspecifik sjukdomsproblematik, så kallade kulturbundna syndrom som kan ses endast inom en eller flera kulturer.

Giger och Davidhizar (2003) beskriver fenomenet etnocentrism. Ett synsätt som sjuksköterskan bör undvika. En nödvändighet är att sjuksköterskan försöker förstå att det egna handlingsmönstret inte behöver vara det rätta. Homogena kulturer är ovanligt, oftast förekommer så kallade ”intra-etniska” variationer. En individ kan sägas vara bikulturell om två olika kulturella bakgrunder finnes, till exempel afrikanska/amerikanska medborgare. Etnicitet, minoritetsgrupper, etniska minoriteter, stereotyper och könsroller är ytterligare element inom den sociala organisationen. Den strukturerar sig utifrån olika grupper, till exempel familj, folkstam, religion eller klan. Förutom kärnfamiljen finns även utvidgade familjer (adopterade barn etcetera), alternativa familjer, till exempel med homosexuella föräldrar, singelföräldrar, familjer med fler än två generationer med flera.

Giger och Davidhizar (2003) menar, att individerna, i en familj, har olika roller, eventuellt beroende av kön eller ålder. En del kulturer ser familjen som bestående av

oberoende individer medan andra kulturer uppfattar familjen holistisk. Sjuksköterskan bör vara medveten om dessa olikheter, till exempel för att inkludera familjen i undervisning eller information om en familjemedlems ohälsa. Fadern kan ha beslutsrätt i frågor som rör familjen.

Tid

Tid, menar Giger och Davidhizar (2003), är ett resultat av strukturering för social ordning och är inte för någon kultur eller individ, naturligt. Tid mäts olika, till exempel kan tiden relateras till klockan eller efter sociala händelser. En del kulturer följer inte klockan så som det görs i västvärden. Grupper finns som helt undviker klockans tid. Tid mäts på olika sätt, klockan samt kalendern är vanliga instrument. Att passa en tid har olika betydelser beroende av kultur. Tid kan uppfattas vara flexibelt och att komma för sent behöver inte anses oartigt.

Olika konstruktioner av tid finns hos olika kulturella grupper. Dessa kan ha skilda betydelser och därmed olika konsekvenser för de sociala interaktionerna. Relateras tiden till klockan, planeras också aktiviteter enligt klockan och tvärtom. Då tid relateras till sociala händelser, uppfattas den som en beskaffenhet. I kulturer ordnade efter klockan tenderar tiden ha betydelse för de ekonomiska resurserna. Tid uppfattas då som en otillräcklig handelsvara och relateras till pengar. Olikheter, i uppfattning av tid, är av vikt för sjuksköterskan att känna till både då det gäller interaktionen mellan sjuksköterska och patient samt kollegor, då annars missförstånd lätt kan uppstå. De olika uppfattningarna kring tid delas in i två grupper: individer med framtidsorienterad perception och individer orienterade i nuet. Med framtidsorienterad perception tenderar människorna att leva efter tidsscheman samt skjuta upp aktiviteter. I nuet-orienterade kulturer prioriteras nuet över framtiden och tidsscheman följs nödvändigtvis inte. Tiden ses ibland som en linjär företeelse, vilket speglar synsätt på händelser; vi kommer aldrig få den här chansen igen. Detta till skillnad från grupper som uppfattar tiden som cirkulär. En individs tidsperception kan även relateras till dennes socioekonomiska eller religiösa förhållanden (Giger & Davidhizar, 2003).

Den biologiska rytmen varierar under dygnet. Detta innebär att även den biologiska kapaciteten varierar, under dygnet, för olika individer. Under den tid då den biologiska kapaciteten är låg är patienten extra känslig för läkemedel, kirurgiska ingrepp eller tester. Även andra fysiologiska och kemiska förhållanden påverkar människan, till exempel ålder (Giger och Davidhizar, 2003)..

Omgivning –kontroll (Environmental Control)

Med ”environmental control”, menar Giger och Davidhizar (2003), individens uppfattning kring hur han eller hon kan påverka sin omgivning och miljö. Samt ”the ability of an individual or persons from a particular cultural group to plan activities that control nature” (s. 121). Människan har en ständig ömsesidig relation med sin omgivning. Idag är det, i västvärlden, det biomedicinska synsättet som dominerar. Men andra synsätt och tillämpningar finns inom flertalet kulturer. Giger och Davidhizar (2003) menar att känslan av att inte vara frisk, ”illness”, handlar om individens uppfattning av sjukdom medan ”disease” är sjukdom tolkat utifrån det biomedicinska perspektivet. I och med detta är ”illness”, känslan av sjukdom, kulturellt skapad, eftersom den grundar sig på individens uppfattning. Detta leder till att en individ från en annan kulturgrupp kan uppfatta, uppleva, hantera och reagera på sjukdom/ohälsa, på andra sätt än de som sjuksköterskan är van vid.

Giger och Davidhizar (2003) menar, att i behandling av ohälsa, hos patient med ett annat synsätt än det rådande, blir vården effektivare om sjuksköterskan även ser till patientens önskemål kring behandling. Som exempel; kulturgrupp med teorier om sjukdom som varma och kalla tillstånd kan önska undvika varm eller kall mat beroende på tillstånd. Kulturella hälsotillämpningar kan vara sådana som sjuksköterskan inte behöver planera men som kan betyda mycket för patienten. Det finns ett flertal dysfunktionella kulturella tillämpningar som kan vara skadliga, till exempel överkonsumtion av socker, men också sådana där effekten är oviss.

Vidare, skriver Giger och Davidhizar (2003), om värderingar. Dessa är individuella och styr människans liv. Människan erhåller oftast de kulturella värderingarna omedvetet under uppväxten och under anpassning till omgivningen. Även om värderingarna skiljer

sig mellan individer i specifik kultur kan dominerande värderingar ses hos alla individer i gruppen. Vidare under "environmental control" beskrivs tids-, aktivitets-, relations-, människan/natur- och medfödd mänsklig naturorientering. I alla kulturer förekommer tidsperspektiven dåtid, nutid och framtid men beroende av kultur kan någon av dessa vara det rådande synsättet. Aktivitetsorientering kan indelas i kulturer som lägger tyngdpunkt på antingen "being" eller "doing", där "doing" orienterar sig mot prestation och "being", ärvd existens. Med relationsorientering menas hur individerna i en kultur sätter mål för andra individer inom den egna gruppen. De rådande värderingarna är: gruppens välfärd värderas som främsta målet medan andra grupper ser mer till individens välfärd, över gruppen. Den förstnämnda innebär att släktingars och vänners välfärd står som individens mål. Människans relation till naturen varierar mellan kulturer. En del dominerar över den, andra är naturens jämlikar (i harmoni med naturen) och en del är underordnade naturen. De medfödda mänskliga egenskaperna kan i grunden uppfattas olika. Människans natur kan anses vara medfött ond, god eller neutral.

Människan kan, enligt Giger och Davidhizar (2003), i olika grad se sig själv som i kontroll över sitt liv och händelser som påverkar livet (även vädret, hälsan med mera). Beroende av i vilken utsträckning individen tror sig kunna påverka omvärlden hanteras till exempel ohälsa och preventiva åtgärder olika. Grupper som tror sig kunna påverka sitt liv sägs ha en "inre kontroll". Det motsatta är "yttre kontroll". Som till exempel kan grupper, som inte tror sig kunna påverka sitt liv och omgivningen, vara omotiverade att utveckla beteenden som kan främja hälsa och förebygga ohälsa, detta då de inte anser sig kunna påverka det som händer. Grupper med fokus på yttre kontroll tenderar till ett fatalistiskt synsätt på hälsa, ohälsa, naturen, sjukdom, död med mera. Folkmedicin, i sjukvården, anses ofta egendomligt, om sjuksköterskan inte är bekant med detta.

Vidare menar Giger och Davidhizar (2003), att patientens världssyn påverkar tankarna kring ohälsa. Till exempel om sjukdomen tros ha uppkommit på grund av magi (på grund av mänskligt beteende) ligger också botemedlet i magin. Sjukdom kan ses som ett resultat av disharmoni. Två kategorier kan här ses: naturlig sjukdom på grund av risk i omgivningen och onaturlig sjukdom som gudomligt straff (naturligt; i harmoni med

naturen och onaturligt det motsatta). Även alternativa (akupunktur etcetera), religiösa (exorcism, bön och så vidare), ekologiska samt västvärldens modeller finnes, med sina förklaringar och tolkningar av ohälsa. Oavsett patientens trossystem eller tro på yttre/inre kontroll så är alltid harmoni och balans viktigt. För mycket eller för lite av något är ofta skadligt. I en del kulturer anses naturen stå i kontakt med kroppen och det är då av betydelse att sjuksköterskan ser till dessa naturfenomen, som planeternas position, astrologi med flera. Patienter kan vilja planera ett ingrepp efter iakttagelse av naturfenomen. Ibland kan dessa tillämpningar vara rent skadliga, utan effekt eller fungera bra. Däremot bör skadliga huskurer undvikas med stöd och undervisning från sjuksköterska till patient. Ofarliga huskurer kan patienten eventuellt fortsätta använda, dock med ytterligare information från sjuksköterskan.

Biologiska variationer

Giger och Davidhizar (2003) menar, att det ses som självklart att olika kulturer skiljer sig från varandra då det till exempel gäller kommunikation och sociala strukturer, men att det inte uppfattas lika självklart då det gäller de biologiska variationerna. Dessa kallas "biocultural differences" (eller "biocultural ecology"). Sjuksköterskan bör känna till de biologiska variationerna, hos olika kulturgrupper, för att kunna ge anpassad kulturell omvårdnad och säker vård. Olika biologiska skillnader i kroppsstorlek, enzym- och genetiska skillnader, nutrition, elektrokardiografiska mönster, hudfärg med mera, kan ses. De biologiska variationerna kategoriseras under kroppsstruktur, kroppsvikt, hudfärg, övriga synliga fysiska karaktäristika, enzym- och genetiska skillnader, elektrokardiografiska mönster, sjukdomsmottaglighet och psykologiska karaktäristiska.

Hudfärg är den mest signifikanta biologiska variationen. Ju mörkare huden är desto svårare är det att se färgförändringar i huden, därför menar Giger och Davidhizar (2003), är det lämpligt att patientens bädd placeras närmare fönster eller bra ljus för att till exempel upptäcka cyanos. Det finns kulturgrupper som kan uppvisa patologiska elektrokardiografiska mönster utan att det föreligger någon sjukdom (omvänd T-våg i EKG). Ytterligare skillnad mellan kulturgrupper är nutritionen. Vanor och mönster påverkar kosten. Matvanor lärs in under uppväxten och påverkas av kultur, religion, ekonomi, geografi med mera. Mat kan visa på status. Tillvägagångssätt och rutiner vid

måltid varierar. I en del kulturer äter män i familjen innan kvinnor och barn, vilket kan resultera i att alla inte får adekvat näring. Mat kan ses symbolisk, till exempel som belöning för något. Mat som föredras eller avstås beror alltså på ett flertal faktorer, allt från religion till vanor och tradition.

PROBLEMPRECISERING

Inom hälso- och sjukvården bör patientens kulturella bakgrund uppmärksammas av flera anledningar. Framför allt för att människor från andra kulturer kan ha andra förklaringar till eller uppfattningar kring sjukdom och hälsa. I olika kulturella grupper kan det finnas ”kulturspecifika” syndrom med symtom och förklaringsmodell som enbart existerar där. Exempel på detta är ”Susto” i Latinamerika och elallergi i Sverige. I Sverige, som idag är allt mer sekulariserat, är det främst sjukvårdens rutiner som styr sjukvårdsarbetet. För anhöriga och patienter från andra kulturer kan detta upplevas negativt, framförallt vid barnfödslar och dödsfall. Detta då det inte i så stor utsträckning ges utrymme åt religiösa och kulturella rutiner (SOS 1999:13).

SYFTE

Syftet var att skapa kunskap om transkulturell omvårdnad.

Frågeställningar

- Hur kan sjuksköterskan bemöta patientens kulturella behov?
- Finns ett behov av kunskap runt transkulturell omvårdnad?

METOD

Metoden är litteraturstudier. Enligt Patel och Davidson (2003) är det genom artiklar och rapporter som de senaste rönen kan erhållas och via böcker som teorier och modeller inom det planerade problemområdet, finns i sin helhet. Material som är relevant till syftet söks via artiklar, böcker och rapporter.

Litteratursökning

Litteraturen söktes via databaserna Cinahl, Academic Search Elite och PubMed samt manuellt genom sökning i referenslistor, tidskrifter och i SOFIA (bibliotekets katalog), via Högskolan Trollhättan/Uddevallas bibliotek i Vänersborg. Polit och Tatano Beck (2003) skriver att Cinahl och Medline är de databaser som är av vikt för forskning inom sjuksköterskeprofessionen. Sökorden, som användes i Cinahl, Academic Search Elite och PubMed, och som kombinerades presenteras i Bilaga 1.

Urval

Genom att läsa artiklarnas abstract gjordes ett första urval av artiklar som torde ha relevans för problemområdet. I nästa steg studerades hela artikeln och ytterligare urval gjordes. Fokus var på omvårdnadsartiklar men även icke omvårdnadsartiklar valdes. Polit och Tatano Beck (2003) betonar att mängden litteratur beror på ämnet och att ämnet som sådant kan fodra litteratur som inte är omvårdnadslitteratur, som medicin eller sociologi. Ytterligare artiklar beställdes via Högskolan Trollhättan/Uddevallas bibliotek i Vänersborg. Utvalda artiklar för resultatet presenteras med författare/årtal, deltagare/ålder, syfte, metod och ursprungsland i bilaga 2.

Exkluderingskriterier

Artiklar publicerade 1996 och bakåt i tiden, samt artiklar utan relevans för problemområdet, exkluderades. Enstaka artiklar från tidigare än 1996 användes, dock inte tidigare än 1990. Artiklar som handlar om kulturgrupper utan relevans för de som finns representerade i Sverige, till exempel Australiensiska aboriginer (utifrån Statistiska Centralbyråns befolkningsstatistik, 2003 B samt Migrationsverket, 2003) exkluderades.

Inkluderingskriterier

Kriterium för inkludering var, att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade och tillgängliga via Högskolan Trollhättan/Uddevallas bibliotek, eller via HTU: s databas (såsom artiklar i HTML eller Pdf-format). Ytterligare kriterium för inkludering var, att

artiklarna skulle vara skrivna på svenska, engelska, danska eller norska samt vara peer-review artiklar.

Analys

Syftet med organisation är att medföra ordning bland data, att ge data systematik och överskådlighet (Backman, 1998). Som analysmetod valdes Giger och Davidhizars (2003) Transcultural Assessment Model. Denna förklaras i bakgrunden. Polit och Tatano Beck (2003) menar att sökandet efter centrala teman och begrepp startar då insamlingen av material påbörjats. Vidare sägs inga universella regler finnas för hur analyseringen och presentationen av kvalitativ data bör utföras. Omfattande arbete är nödvändigt för att skapa organisation och mening i materialet. Till sist reduceras data för syftet.

Artiklarna lästes med syftet att finna teman och mönster. Teman, inom olika kategorier, framstod i artiklarna. Med temat i åtanke, analyserades artikeln i enlighet med Giger och Davidhizars (2003) Transcultural Assessment Model. Detta för att avgöra huruvida temat kunde relateras till modellen. Då materialet ansågs överensstämma med modellen, delades detta systematiskt in under respektive perspektiv. De olika perspektiven kategoriserades under rubrikerna: kommunikation, utrymme/livsrum (space), social organisation, tid, omgivning -kontroll (environmental control) och biologiska variationer. Detta betyder att samtliga artiklar har lästs ett flertal gånger. Flertalet artiklar speglar flera perspektiv och presenteras i enlighet med detta. De olika teman och mönster som framstod skrevs samman till en integrerad helhet med modellen som överbyggande struktur.

RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras utifrån de sex olika kulturella fenomenen kommunikation, utrymme/livsrum, social organisation, tid, omgivning -kontroll och biologiska variationer, rubriker ingående i Transcultural Assessment Model (Giger och Davidhizar, 2003).

Kommunikation

Heikkilä och Ekman (2000) har undersökt hur äldre immigrerade finlandssvenskar upplevt och upplever sjukvården i Sverige. Bland de intervjuade fanns de som inte talade någon svenska. I mötet med akutsjukvård, utan tolk, kände de sig obekväma och osäkra om de fick rätt vård och mediciner. Vidare uttrycktes misstänksamhet mot sjukvården samt att de var osäkra om deras kommunikation hade varit tydlig eller om läkaren missförstått. I sådana situationer upplevde de sig inte ha någon kontroll. En av deltagarna uttryckte osäkerhet kring kommunikation via tolk. Detta på grund av ovisshet huruvida en tolk översätter informationen korrekt. Deltagarna berättar om sina egna och landsmäns känslor av ensamhet vid boende på servicehem/ålderdomshem bland svenskar. Detta på grund av en upplevelse av att inte ha någon att kommunicera med. Negativa upplevelser i kontakt med läkare berodde bland annat på att läkaren inte lyssnat till patienten. Det framkommer att finlandssvenskarna uppskattade sjuksköterskor med finsk bakgrund positivt, då de ansågs lättare att kommunicera med, vilket också ledde till att vården uppfattades vara bättre. En känsla av djupare förståelse och gemenskap fanns vid kommunikation med sjuksköterskor med samma kulturella bakgrund (Heikkilä & Ekman, 2000).

Prasad och Darrad (2003) har undersökt kommunikationen mellan läkare och icke-engelsk talande patienter i England. Flera läkare använde patientens anhöriga som tolk och några professionell tolk. Prasad och Darrad (2003) menar att det visar på en brist av känslighet gällande konfidentiell information men även en möjlig brist på tolkar. Lekmannatolken kan översätta felaktigt eller inte förstå kontexten. Lekmannatolkning är därför ej acceptabelt. Hanssen (2004), som skriver om etiska utmaningar i interkulturell omvårdnad, finner det svårt att använda familj och anhöriga som tolk då kvaliteten på översättningen minskar. Samtidigt känner sjuksköterskan inte till lekmannatolkens förståelse eller hur mycket av informationen som tolkas.

Ekblad, Marttila och Emilsson (2000) har presenterat vårdpersonalens reflektioner kring kulturella frågor inom palliativ vård i Stockholm. Resultatet visade att både den ickeverbala och verbal kommunikationen är viktig i vården av patienter från olika kulturer. Ett kommunikationshinder är då patienten inte talar svenska. Missförstånd är

vanligt även om patient och anhöriga talar svenska. Personalen upplevde ibland frustration då de uppfattade att patienten var i behov av stöd samtidigt som kommunikation hindrades av språksvårigheter. Bruket av anhöriga som tolkar kan vara nödvändigt men kan leda till komplikationer såsom selektiv tolkning både från patient och personal. Personalen kan då vara ovetande om patientens brist på information. Ibland användes även personal på avdelningen som tolk.

Heikkilä och Ekman (2003) har belyst vilken roll kulturellt anpassad vård, inom äldreomsorgen, spelar hos äldre finlandssvenskar. Resultatet visar, att finlandssvenskarna saknade den sociala gemenskapen samt kände sig ensamma då de inte kunde kommunicera på svenska med människorna i omgivningen. De finlandssvenskar, som aldrig lärt sig svenska, upplevde ett större behov av kulturellt anpassad omvårdnad. Vidare ansågs en djupare känsla av gemenskap och samhörighet uppträda vid boende med andra finlandssvenskar samt om de blev vårdade av personal med finsk bakgrund. En viktig aspekt för att bevara kontinuiteten i livet ansågs vara att kunna tala sitt modersmål (finska) med andra boende (inom äldreomsorgen) och personal. De intervjuade finlandssvenskarna var medvetna om risken att förlora den inlärd svenska, vid sjukdom som demens. Att få dela modersmålet med vårdgivaren innebar en känsla av förtroende samt säkerhet att bli förstådd och detta leda till en hög kvalitet i vården. Samtidigt lade språket grunden för att kunna bevara sin identitet som finländare och kunde leda till en känsla av att vara hemma i sin omgivning.

Widmark, Tishelman och Maina Ahlberg (2002) har undersökt barnmorskors attityder och uppfattningar kring kvinnlig omskärelse och om att ge vård till omskurna afrikanska kvinnor i Sverige. Tre huvudteman kunde ses. Ett av dem var känslor och utmaningar i kommunikationen i vården av omskurna kvinnor. Widmark et al. (2002) fann att interaktion och möten med omskurna kvinnor och deras familjer var komplex, bland annat på grund av kommunikationssvårigheter och kulturella skillnader. Barnmorskorna var medvetna om att deras kroppsspråk visade deras känslor och ibland avslöjade deras känslor av aggression kring omskärelse, gentemot traditionen, religionen och ibland maken. Vidare uttrycktes osäkerhet kring hur kommunikationen, med kvinnan om omskärelsen, bör gå till. Barnmorskorna använde sig av verbal och

ickeverbal kommunikation, som gester, för att få en bättre kontakt med patienten. Vidare ansåg barnmorskorna att de, trots språksvårigheter, kunde tolka situationerna. Ofta, skriver Widmark et al. (2002) kan maken tala svenska bättre än kvinnan, vilket leder till att maken tolkar. Detta kan vara problematiskt på grund av att mannen kan ha andra åsikter (kring omskärelse med mera) än kvinnan, samtidigt som barnmorskan kan känna negativa känslor gentemot mannen och då ämnet som sådant är känsligt.

Anderson (1991) som undersökt hur immigrerade kvinnor, i Kanada, upplever kronisk sjukdom, finner att kvinnorna inte vet vart de ska gå för att få information om sin sjukdom. Samt att de har svårigheter att få hjälp av sjukvårdspersonal på grund av att de inte talar engelska och att anhöriga tolkar. Även om de talar engelska hade de svårigheter att förstå det tekniska och medicinska språket. Detta ledde till att kvinnorna inte kunde hantera sin kroniska sjukdom, på grund av brist på undervisning.

I en artikel om ryska och ukrainska immigranterns hälsa i USA påpekas behovet av tolkar och information skriven på patientens modersmål (Duncan & Simmons, 1996). Detsamma visar Juarez, Ferrell och Borneman (1998) som undersökt hur kultur påverkar hantering och uttryck av smärta hos mexikanska och centralamerikanska patienter med cancer, i USA. Vidare skriver Juarez et al. (1998) att en anledning till att patienter inte tog medicin, som ordinerats, var att patienten inte förstod texten på medicinburken. Kommunikation med familj och patient visades vara viktigt för att patienten skulle erhålla god smärtlindringsbehandling.

En studie om (Vydelingum, 2000) asiatiska patienters erfarenheter av akutsjukvård i England, visar att ickeengelska talande patienter kände sig isolerade, då de inte kunde prata med medpatienter. Och trots att några patienter inte kunde tala engelska förvärrades kommunikationssvårigheterna av sjuksköterskornas ovilja att ordna nödvändiga åtgärder för att underlätta kommunikationen. Sjuksköterskorna kunde upplevas som upptagna och utan vilja att hjälpa problemet. Patientens känsla av ensamhet, utanförskap och hjälplöshet förvärrades, då patienten inte kunde tala engelska. Vydelingum (2000) menar att sjuksköterskan bör försäkra sig om, att det finns tolk tillgänglig för avdelningen och att sjuksköterskan bör vara uppmärksam på

patienter, som inte talar engelska för att lösa kommunikationssvårigheterna. Detta för att försöka hindra känslor av isolation och ensamhet med mera, hos patienten. Cortis (2000) fann också, att patienter från etniska minoriteter (i England) uppfattade det som om sjuksköterskorna hade begränsade kommunikations- och lyssnarskicklighet.

Narayanasamy (2003) har undersökt hur sjuksköterskor svarar på patientens kulturella behov. På frågan om sjuksköterskorna kunde ange en situation där transkulturell omvårdnad var given svarade 13 procent vid kommunikationsproblem. Kommunikationsproblem påverkade, enligt några sjuksköterskor, omvårdnaden negativt. Narayanasamy (2002) och Narayanasamy (2003) skriver, att grupper kan variera mycket då det gäller acceptabla kroppsställningar, gester, språk, lyssnarstil, ögonkontakt och avstånd vid kommunikation och att detta är viktigt för sjuksköterskan att tänka på. Till exempel undviker en del asiatiska patienter direkt ögonkontakt, då detta anses vara olämpligt och respektlöst. Narayanasamy (2002) hänvisar till Sherer (1993) och skriver att det är känt att språkskillnader leder till längre vård för patienten, som inte talar landets språk. Detta beror på, enligt Narayanasamy (2002), att vårdpersonal inte kan identifiera och starta en behandling i tid på grund av patientens kommunikationssvårigheter.

Ensign och Panke (2001) har undersökt unga hemlösa kvinnors tankar och beteenden vid sökande av vård i USA. Kommunikationen beskrivs som en faktor, som påverkar vården för kvinnorna. Ett huvudsakligt hinder för god kommunikation var vårdgivarnas bruk av medicinsk terminologi. Ytterligare faktor som påverkade kvinnornas kontakt med sjukvården var hur personalen lyssnade till deras problem. Vidare visade det sig att den här gruppen, kulturgruppen, av kvinnor hade behov av kulturellt anpassad omvårdnad. Att vara god lyssnare och låta kvinnorna diskutera egna tankar kring egenvård, hälsa och ohälsa, är betydelsefullt i kommunikationen. Sjuksköterskan bör vid undervisning och information anpassa språket till gruppen. Vidare understryks en kvinnas råd till personalen, nämligen, att god kommunikation för henne innebär ”shutting up and listening” (s. 172).

Emami, Torres, Lipson och Ekman (2000) har beskrivit aktiviteter på ett dagcenter, i Sverige, för äldre immigrerade iranier samt undersökt seniorernas erfarenheter av denna verksamhet. Resultatet visar, att seniorerna utan större kunskaper i det svenska språket hade svårt att finna information om hur det svenska samhället fungerar. Vidare upplevde seniorerna svenskkurser (SFI, Swedish for Immigrants), som kommunen arrangerar, som för svåra och tempot för högt, då seniorernas studiekamrater ofta var unga immigranter som snabbt önskade komma in på universitet. Istället erbjöd dagcentret svenskkurser, på tre nivåer (nybörjare, fortsättning och konversationskurs). Lärarna, både svensk och iranier, använde sig av vardagliga företeelser för att lära ut det svenska språket, tempot och nivån valde seniorerna själva. Lärarna kunde intyga, att seniorernas svenska förbättrades samtidigt som seniorerna själva föredrog dagcentrets kurser framför kommunens.

Centret erbjöd informationsträffar, som hölls på seniorernas hemspråk om till exempel det svenska samhället, om sjukvården och det sociala välfärdssystemet. Detta var uppskattat. Personalen försökte, att genom dessa träffar öka seniorernas förståelse för värdlandet Sverige (Emami et al., 2000).

Sammanfattning

Att inte tala det rådande språket kan skapa en känsla av ensamhet, hjälplöshet och utanförskap samt osäkerhet kring den mottagna vården. Talar patient och personal samma språk kan patienten komma känna gemenskap och tillhörighet. Ofta används familj och anhöriga som tolkar då kommunikationssvårigheter föreligger. Osäkerhet kring huruvida budskapet kommuniceras korrekt finns även då professionella tolkar översätter. Att inte tala språket upplevs, av vårdpersonal, som det största kommunikationshindret. Både verbal (vid sidan av gemensamt talat språk) och icke verbal kommunikation anses då betydelsefullt. Personer som inte är kunniga i det rådande språket kan uppleva svårigheter i sökandet av information eller inte förstå medicinsk behandling. Individens kultur påverkar själva kommunikationen som röstvolym, ögonkontakt och respons. Kommunikation upplevs som ett område där transkulturell omvårdnad bör praktiseras.

Utrymme/Livsrum (Space)

Cortis (2000) beskriver en patients, ur etnisk minoritetsgrupp i England, upplevelse av omvårdnad. I patientens kultur lades vikt vid att få den sjuke att känna sig mer tillfreds med situationen samt att distrahera den sjuke. Detta innebar, att den sjukas anhöriga kommer på besök, skrattar, skämtar och ibland ger massage. Patienten beskriver hur massagen börjar vid huvudet och att de sedan arbetar sig neråt till fötterna. Vidare, säger patienten, upplevs detta som märkligt av sjuksköterskorna (i England). Och på grund av detta undviker de att utföra massage på sjukhuset, trots att önskan finns. Juarez et al. (1998) beskriver handmassage som en vanlig behandling vid smärta (tillsammans med, i Mexiko, inköpta krämer och oljor).

Diver, Molassiotis och Weeks (2003) har undersökt hur personal, inom palliativ vård, upplever och uppfattar kulturell omvårdnad samt vad som hindrar och vad som underlättar kulturmedveten omvårdnad. Diver et al. (2003) beskriver en personals intryck av en familj från etnisk minoritet, där mamman var döende. Barnen i familjen kom och låg på moderns bädd. Detta beskrivs som en positiv upplevelse, särskilt att barnen inte hölls på avstånd, vilket menades vara vanligt bland patienter från västvärlden. Vidare beskrivs en patient vars fru hölls på avstånd och undanhölls information. Detta är en form av passivitet, som kan förekomma i en del asiatiska kulturer. Personalen menade att i västvärlden är ofta maken eller maken väl involverad i vården.

Hanssen (2002) menar, att det inom somliga kulturer och religioner inte är tillåtet för det motsatta könet att beröra varandra. Inom islam får män inte beröra kvinnorna, undantag familjemedlemmar. Detta kan leda till problematik inom sjukvården. Ofta vill anhöriga till patienten ta hand om den fysiska vården, som tvättning. Hanssen (2002) menar, att det är av vikt att sjuksköterska och patient bygger upp en förtroendefull relation, speciellt då patienten är blyg. Flertalet kvinnliga sjuksköterskor upplevde det problematiskt att hjälpa män, med kulturtillhörighet som förespråkar avstånd mellan könen, vid assistans med duschning eller då kateter skulle sättas. En manlig sjuksköterska menade att det inte är så problematiskt, att han antingen talar med patienten och familjen eller skiftar med någon annan.

Dibiase och Gunnoe (2004) har undersökt hur kultur och kön påverkar individers beröring av varandra. Tre grupper studerades; italienare, amerikanare och tjecker. Grupperna representerade ”hög kontakt” och ”låg kontakt” kulturer, vilket symboliserar hur mycket beröring som förekommer inom gruppen. Exempelvis ses Italien som en ”hög kontakt” kultur och USA som en ”låg kontakt” kultur. Beröringen kategoriserades efter beröring med hand (till exempel hand mot hand eller hand mot skuldra) eller icke hand (till exempel kram eller kyss) beröring. De tjeckoslovakiska personerna använde hand beröring signifikant mer än de andra grupperna. Män använde överlag hand beröring oftare än kvinnor. Kvinnorna använde sig mer av icke hand beröring. De italienska personerna använde sig betydligt oftare av icke hand beröring än både tjecker och amerikanare. De amerikanska personerna var de som initierade minst beröring av samtliga grupper.

Resultatet visar, enligt Dibiase och Gunnoe (2004) att det finns en klar differens mellan olika kulturer gällande beröring. Vidare visar resultatet att ”hög kontakt” kulturerna, Italien och Tjeckoslovakien, använde sig av mer beröring än ”låg kontakt” kulturen, USA. Indikationer finns på att de kulturellt anpassade beröringsbeteendena är ett resultat av socialisation.

Remland, Jones och Brinkman (1995) har undersökt hur kultur, kön och ålder påverkar interpersonella avstånd, beröring och kroppsorientering i Grekland, Italien, England, Frankrike, Skottland, Irland och Nederländerna, vid kommunikation i par. Resultatet visar på kulturella skillnader i beröring mellan ”kontakt” och ”icke kontakt” kulturer. Beröring användes mest i Grekland (21 %), sedan i fallande ordning, Italien, Irland, Skottland (11 %) och allra sist England, Frankrike och Nederländerna (4 %). Detta menar Remland et al. (1995) stödjer teorin, att det finns en skillnad mellan de så kallade ”kontakt” och ”icke kontakt” kulturerna. Även avståndet, kroppsorientering och position mellan paren varierade bland de olika kulturerna. Grekland och Italien kan anses vara kontaktkulturer.

Sammanfattning

Kultur påverkar avstånd och närhet mellan människor. Västvärlden generellt anses vara mer avståndstagare, det vill säga "icke kontakt" kulturer, än många andra kulturer, som till exempel södra och östra Europa, södra Asien samt Sydamerika. Vidare beskrivs andra kulturer som än mer avståndstagare än västvärlden, till exempel en del asiatiska. Sjukvårdspersonal upplever ibland "hög kontakt" kulturer, med mer närhet med varandra, som positivt. Sjukvårdspersonalens attityder gentemot beröring kan påverka patienters och anhörigas beteende. Kultur och religion kan föreskriva regler gällande beröring, vilket kan upplevas som problematiskt inom sjukvården. Kulturtillhörighet påverkar även avståndet mellan kommunikationsparterna, hur parterna berör varandra samt hur parterna står i förhållande till varandra.

Social organisation

Duncan och Simmons (1996) fann att de ryska och ukrainska immigranternas hälsa, i USA, påverkades av deras religiösa tillhörighet, som var pingstkyrkan. Abort tillämpades inte som födelsekontroll, alkoholkonsumtion samt bruk av tobak förekom ej. Detta skiljer sig från forna sovjetunionen. Duncan och Simmons (1996) menar att resultatet förmodligen skiljer sig från liknande grupper utan tillhörighet till pingstkyrkan.

Lundberg (1999) har undersökt vad hälsa innebär hos gifta, immigrerade kvinnor från Thailand boende i Sverige. Resultatet visar att kvinnorna relaterade, i hög utsträckning, sin hälsa till familjen. Familjen, vänner och omgivningen påverkade hälsan. Vidare ansåg kvinnorna att det var viktigt för dem att kunna träffa sina vänner, ofta från hemlandet, och umgås.

Juarez et al. (1998) menar, att de mexikanska och centralamerikanska patienterna ofta vänder sig till religionen för att kunna hantera sin cancer och smärta. Religion och tro ansågs vara viktigt. Gudstron och att inte ifrågasätta Guds vilja sades vara inlärt. Ett sätt att hantera smärta var att berätta om den för sin Gud. För att lindra smärta utan läkemedel var avslappning och bön betydelsefullt. Att ha familjen närvarande ansågs

också vara betydelsefullt. Ofta reser familjemedlemmar och släktingar långväga för att stödja den sjuke. Råd och stöd, angående smärthantering, cancer och biverkningar, från familjen, anhöriga och grannar var en ytterligare betydande faktor.

Även Rehm (2003), som undersökt kulturella inslag i vården av kroniskt sjuka mexikanska/amerikanska barn i USA, fann hur betydelsefull familjens närvaro ansågs vara. Mödrarna ville vara nära sina barn mesta tiden. Vidare ansågs inte sjuksköterskorna hinna hålla koll på alla barnen och att föräldrarnas närvaro då var nödvändig. En förälder uttryckte att det var farligt att lämna barnen ensamma på sjukhuset.

Higgins och Learn (1999) har undersökt vuxna latinoamerikanska kvinnors hälsomönster och handlingar. Resultatet visar, att de flesta latino-amerikaners ("hispanic") religiösa tillhörighet var romersk-katolsk. Vidare yttrade kvinnorna, att de vid till exempel fasta, påsk samt somliga fredagar avstod från olika sorters mat, till exempel sötsaker och kött. Kvinnorna använde böner och spiritualitet som ett sätt att hantera stress. Någon uttryckte att hon efter bön kände sig avslappnad och tröstad, medan en annan kvinna kände sig lättad.

Ekblad, Marttila och Emilsson (2000) fann, att vårdpersonalen ofta upplevde kulturkrockar gällande olikheter i den sociala organisationen, mellan det individualistiskt orienterade samhället (Sverige) och de grupporienterade. Grupporienterade samhällen lägger tonvikten på familjen/gruppen och individen bekräftas genom sin familj. Individen har förpliktelser gentemot familjen eller gruppen samt är beroende av personerna i denna. Det individualistiska samhället framhåller individen och dennes rättigheter, autonomi och integritet. Kulturkrockar upplevdes då åtskilliga släktingar och anhöriga kom och besökte patienten. Detta kunde upplevas problematiskt samtidigt som de anhöriga många gånger ansågs vara mer engagerade, när patienten var av familj eller grupp-fokuserad kultur, jämfört med de svenska patienterna.

Hanssen (2002) har undersökt etiska utmaningar och dilemman som norska sjuksköterskor kan möta i omvårdnaden av patienter med icke västern ("non-Western") bakgrund. Norska sjuksköterskor, menar Hanssen (2002), är individualistiskt orienterade medan ickevästern patienter fokuserar på kollektivism. Två områden identifieras: när patientens familj vill stanna, eller stannar, med patienten dygnet runt samt patientbesök med åtskilliga familjemedlemmar, dygnet runt. Flera sjuksköterskor uttryckte det problematiskt att finna extra platser och sängar åt patientens anhöriga.

Hanssen (2002) menar, att de norska sjukhusens utformning med salar och få singelrum inte möjliggör för patientens anhöriga att stanna över natt. Vidare görs en jämförelse med ett sjukhus i Förenade Arabemiraten där det endast fanns singel rum, med bädd både för patient och minst en besökare. Sjukhusens utformning "blir" sjuksköterskornas, praktiska och etiska problem (beroende av sjuksköterskans förhållningssätt). Löses det praktiska problemet stannar detta ofta på det praktiska planet. Löser det sig inte kan det istället bli till ett etiskt problem (till exempel till ett dilemma mellan en patients behov av vila och en annans behov av anhöriga där lösningen oftast blir det som gynnar den största gruppen). Sjuksköterskorna uttrycker även, att de norska patienterna inte alltid uppskattar inkvartering av de anhöriga hos en icke västern patient och att stämningen då påverkas negativt. Sjuksköterskorna uttrycker ändå en förståelse för familjens betydelse för tillfrisknade och livskvalitet.

Enligt Hanssen (2002) beskriver sjuksköterskorna hur icke västern-patienter kan få besök av stort antal anhöriga dygnet runt. Detta upplevs oftast som problematiskt men samtidigt, diskuterar en sjuksköterska, kan västvärlden lära sig mycket av detta då det kan gynna patienten. Varför besöken ofta upplevs negativt beror på följande faktorer: besökarna kommer trots restriktioner (till exempel besökstider), besökarna kommer i stora antal, är högljudda och stör andra patienter. Samtidigt är det svårt att avgöra vem som i enlighet med patientens behov, bör stanna och med vem som problemet bör diskuteras. Detta tros bero på det kollektivistiska tänkandet krockar med Norges individualistiska. Även patientens religion kan vara en faktor då till exempel besök, inom islam, ses som en religiös plikt.

Widmark et al. (2002) skriver att en del barnmorskor upplever situationen mer stressfull då stora samlingar med familj och släkt kommer och är delaktiga i förlossningsrummet. Delvis berodde detta på minskat arbetsutrymme. Ibland förekommer förhandlingar, med olika familjemedlemmar om till exempel när och hur de omskurna kvinnorna bör klippas eller skäras upp. Makarna deltar många gånger under förlossningen och har ofta starka åsikter om, att kvinnan ska sys igen efter förlossningen. De omskurna kvinnorna ter sig ha mindre att säga till om och de önskar själva, ibland, att bli ihopsydda. Alla män är inte positiva till detta. En barnmorska beskrev en förlossning där maken grät under hela förlossningen då han upplevde den som fruktansvärd. Han lovade sedan sin nyfödda dotter att hon aldrig skulle bli omskuren.

Lundqvist, Nilstun och Dykes (2003) har undersökt muslimska kvinnors syn på den svenska neonatalvården i livets slutskede. Resultatet visar, att kvinnorna förlitar och förväntar sig stöd från vänner och släktingar. De avstod extra konsultationer med psykolog, socialarbetare eller kurator, till exempel vid diagnostiserande av försvagat eller nedsatt foster eller efter barnets bortgång. Vidare ville ett flertal kvinnor inte ha restriktioner gällande besök och antal besökare till avdelningen. De ansåg, att en närvarande familj minskar stress, sorg och tröstar. Familjen ansågs också hjälpa kvinnorna släppa ut sin sorg samt att lita på Gud. Ett fåtal ville inte att vänner och släktingar skulle få se barnet, utan bara föräldrarna. Då beslut om att avsluta livsuppehållande åtgärder skulle fattas ville flera föräldrar först konsultera den utvidgade familjen. Även vid val av namn till barnet, ansåg kvinnorna att den utvidgade familjen bör konsulteras. Släktingar och vänner kunde sedan göra i ordning kroppen, helst inte sjukvårdspersonal, då speciella ceremonier föreligger.

Emami et al. (2000) fann att de äldre iranierna upplevde en känsla av social tillhörighet vid deltagande av aktiviteter på dagcentret. Genom denna känsla av tillhörighet kunde deras självförtroende stärkas, som flera sade sig ha förlorat då de anlände till Sverige. De upplevde att stress, vid deltagande av andra sociala aktiviteter, minskade ju oftare de deltog i dagcentrets aktiviteter. Vidare firades både iranska och svenska traditioner på centret, vilket gav ytterligare inblick i det svenska samhället.

Emami och Ekman (1998) har undersökt iranska immigranternas erfarenheter och upplevelse av migrationen, kulturell kvalitet och sociala nätverk, boende i Sverige. Resultatet visar att flera upplevde en saknad av många besök av släktingar, vänner och grannar, till hemmet. De äldre immigranterna, speciellt männen, upplevde att barnen inte längre hade tid för sina föräldrar samt att barnen saknade respekt för dem, vilket hade funnits i hemlandet. En man uttrycker att han i Iran blivit behandlad annorlunda, att barnen alltid frågade efter hans godkännande eller råd innan de gjorde något. En man menade, att han nu upplevde detta ombytt.

Emami och Ekman (1998) skriver, att flertalet hade, vid ankomst till Sverige, bott hemma hos sina barn men flyttat på grund av ohållbar situation. Detta upplevdes, av många (flest män), som en besvikelse och övergivande samt som brutet löfte, att inte kunna bo hos sina barn. Två män hade helt, på grund av detta, brutit kontakten med barnen. En kvinna menade, att det, i Iran anses vara skam att lämna sina föräldrar. En annan kvinna ansåg, att det handlade om ett aktivt val, för att både män och kvinnor yrkesarbetar i Iran men ändå tar hand om sina föräldrar. Vidare ansåg kvinnan att barnen, då de inte tar hand om sina föräldrar, glömde hur föräldrarna en gång tagit hand om dem och att det innebar förpliktelser. Kvinnorna tycks ändå, lättare än männen, kunna acceptera förändringarna. En sorgsen och besviken oro uttalades över de stora förändringarna i hur barnen behandlade dem. Flera, flest kvinnor, sades acceptera förändringarna samtidigt som de ansåg sig vara för gamla för att anpassa sina kulturella värderingar till barnens och samhällets livsstil. Alla deltagarnas förståelse för förändringarna genomsyrades med sorg och besvikelse.

Enligt Emami och Ekman (1998), menade de iranska immigranterna, att de immigrerat till Sverige för att hålla samman familjen. De iranska immigranternas värderingar relaterades till ett gruppinriktat samhälle, medan det svenska samhället ansågs vara mer individualistiskt. Detta ansågs vara ett bidragande hinder för integrering i det svenska samhället. Många upplevde sig ha förlorat sin ekonomiska och sociala position i Sverige, samtidigt som de inte upplevde någon kompensation för detta genom att bo i Sverige. Vidare, menar Emami och Ekman (1998), lär sig barn i ett grupporienterat samhälle att offra personlig lycka till förmån för familjen eller gruppen. Detta gäller

även föräldrarna. Den yngre generationen skiftade värderingar på 1980-talet, i Iran. Och därmed uppkom en klyfta mellan generationerna. Den äldre generationen menar, att vuxna barn antas ta hand om sina föräldrar på grund av känslor av moralisk skyldighet och inte på grund av avsaknad av institutioner, medan den nyare generationen anpassat sig till nya värderingar. Därmed uppstår konflikter mellan generationerna.

Emami et al. (2000) fann, att genom olika aktiviteter på dagcentret, för de äldre iranska immigranterna, kunde kulturgränser överskridas. Till exempel kunde män och kvinnor spela bingo tillsammans, vilket inte är acceptabelt i immigranternas hemlandskultur. Centret införde även fysisk aktivitet på schemat. Detta var till en början inte populärt. Några seniorer beskrev att de på grund av hög ålder inte borde motionera. Flera män menade, att det var under deras värdighet att ”hoppa runt” och motionera. Flertalet kvinnor kände skam över att motionera med männen. I det iranska samhället är det ovanligt att de äldre motionerar. Seniorerna kände inte till de positiva effekterna av motion. Efter information av en iransk sjukgymnast ökade deltagandet i den fysiska aktiviteten. Efter ett tag började även män och kvinnor att motionera tillsammans. En man som från början varit negativ till motion uttrycker att han nu bor i Sverige och att han faktiskt mår bättre och fått mer energi av aktiviteten. Han citerar ett persiskt talesätt som handlar om skam om folkmassorna inte följs.

Sammanfattning

Den sociala organisationen påverkas av kultur och religion. Familjen, den utvidgade familjen eller grannar och vänner är av olika betydelse för olika kulturgrupper. Familjen har en central betydelse för individen, i till exempel sydamerikanska och muslimska kulturer. Kulturkrockar kan uppstå då det individualistiskt orienterade samhället möter de kollektiva och gruppfokuserade kulturerna. Sjukvårdspersonal kan uppleva stress då patienterna har åtskilliga besökare. Patienten kan uppleva stress då denne inte får möjlighet till umgänge med den utvidgade familjen, relaterat till besöksrestriktioner. I många kulturer förlitar sig individen på familjen och anhörigas stöd, istället för på den professionella sektorn som kuratorer och läkare. Vidare kan olikheter ses gällande beslutsfattande i familjen, relaterat till individualistiska eller kollektivistiska kulturer. Äldre immigranter kan uppleva en sorg och ensamhet över förlorad social ställning i

familjen samt på grund av barnens förändrade livsstil relaterat till en anpassning i det nya samhället.

Tid

Hanssen (2002) beskriver några sjuksköterskors upplevelse av patienters tidsuppfattning och förmåga att passa tider. Tid uttrycks slösas bort, då tidsangivelse inte respekteras, detta ur huvudsakligen västvärldens perspektiv. Patienter som tenderar att missa tider eller vara sena lever här och nu i tiden, till skillnad från de mer framtidsorienterade sjuksköterskorna, i Norge. Detta kan innebära svårigheter för till exempel en avdelning med planerade operationer. Ofta när patienten inte dyker upp, har detta inte heller meddelats, till exempel via telefon. Även detta tros bero på patientens tidsuppfattning, då attityder kring tid skiljer sig från den framtidsorienterade personalens. Ytterligare en faktor kan vara det kollektiva tänkande, som finns i en del kulturer. Man ser till sin egen grupptillhörighet, till exempel klan eller familj, och tenderar till att bry sig mindre om dem som faller utanför, såsom andra individer som inväntar operation. Trots sjuksköterskornas besvikelse över sen ankomst eller inställda träffar är det ändå patientens hälsa, som är sjuksköterskornas huvudsakliga oro, speciellt då det gäller barn som kanske missar en behandling. Dock kan den negativa attityd som sjuksköterskorna må uppleva, senare komma att påverka den fortsatta vården negativt, menar Hanssen (2002).

Hjelm, Nyberg, Isacson och Apelqvist (1999) har utforskat tankar kring hälsa och sjukdom, hos immigrerade och svenska kvinnor med diabetes mellitus, som kan komma påverka rapporterad egenvård och vårdsökande. De svenska kvinnorna ansåg, att några konsekvenser av diabetes var en känsla av utanförskap samt fysiska obehag och fokus låg på restriktioner som regelbundenhet relaterat till tidsscheman. Detta uttrycktes inte av de jugoslaviska kvinnorna.

Sammanfattning

Då patient och framtidsinriktad sjukvårdspersonal representerar olika tidsuppfattningar kan problem uppstå. Detta kan inverka på sjukvårdens effektivitet samt drabba patienten om behandling försenas eller uteblir. Vidare drabbas patienten av de effekter som

sjuksköterskans eventuella negativa inställning skapar. Patient med framtidsorientering kan komma fokusera på tids-restriktioner relaterat till sjukdom och uppleva detta negativt. Patientens sociala organisation; individualistiskt eller kollektivt tänkande, kan påverka individernas relation till tid, såsom hur tid används och hur individerna förhåller sig till tidsangivelser.

Omgivning -kontroll (Environmental control)

Hjelm et al. (1999) visar, att det skiljer sig mellan de svenska och de jugoslaviska kvinnornas synsätt på orsak till diabetes. I båda grupperna anses individen själv, ärftlighet samt naturen kunna vara en orsak. Bland de jugoslaviska kvinnorna dominerade en tanke att erfarenheterna relaterat till migrationen kunde ha bidragit till sjukdomen. De svenska kvinnorna gav fler förklaringar medan de jugoslaviska kvinnorna oftare relaterade sjukdomen till övernaturliga fenomen, såsom onda andar eller ödet samt sociala sfären. Resultatet visar, att de jugoslaviska kvinnorna hade ett mer fatalistiskt synsätt än de svenska, gällande orsak till sjukdom. Samtidigt hade de en mer passiv attityd till metaboliska komplikationer, såsom att det berodde på ödet och att de inte kunde göra något åt det. De svenska kvinnorna förklarade komplikationerna utifrån dåliga vanor, ingen motion, stress etcetera och kontrollerade då blodsockret med tätare kontroller. Alternativmedicin, till exempel akupunktur, förekom bland de svenska kvinnorna men inte bland de jugoslaviska. Däremot använde de jugoslaviska kvinnorna i högre utsträckning naturläkemedel som örter, teer och krom. Traditioner ansågs inte i lika hög utsträckning vara så viktigt bland de jugoslaviska kvinnorna som hos de svenska. Vidare, ansåg de jugoslaviska kvinnorna, ramadan vara den viktigaste muslimska traditionen. Religion var av vikt men många förklarade att de på grund av erfarenheter från kriget förlorat sin tro. Vidare sades traditionerna förorsaka problem gällande dieten, till exempel vid festmåltider efter fasta.

Hjelm, Bard, Nyberg och Apelqvist (2003) har undersökt hur kulturen påverkar tankar kring hälsa, ohälsa och egenvård hos kvinnor med diabetes mellitus, med olika bakgrund, boende i Sverige. De undersökta grupperna var arabiska, svenska och jugoslaviska kvinnor. Resultatet visar, att samtliga grupper relaterar uppkomsten av diabetes mellitus till individuella faktorer. De arabiska och jugoslaviska kvinnorna

uttryckte oftare emotionell stress och sorg som sjukdomsgenes. De svenska kvinnorna nämnde många gånger faktorer relaterade till naturen, som övervikt, infektion, ärftlighet med mera och faktorer relaterat till naturen och individen, till exempel bruk av läkemedel. De icke svenska kvinnorna berörde även övernaturliga orsaker som öde, Allahs eller Guds vilja, samt faktorer i den sociala sfären som till exempel störda relationer. De arabiska kvinnorna nämnde även mentala obehag och ”onda ögat” som orsak.

Vidare skriver Hjelm et al. (2003) ansåg de jugoslaviska kvinnorna, att komplikationer till diabetes berodde på ödet eller fel diet. Samtidigt visade de en fatalistisk och passiv attityd gentemot kontroll då de inte ansåg sig kunna påverka blodsockret. De svenska kvinnorna justerade dieten och kontrollerade blodsockret oftare. Naturliga huskurer (som te och vitlök) användes av alla grupperna men i mindre utsträckning bland de arabiska och jugoslaviska kvinnorna än de svenska (som använde grönt te). De arabiska kvinnorna visste inte om, eller trodde inte på, användning av alternativmedicin och huskurer. Flertalet jugoslaver använde naturläkemedel, som till exempel örter, cider, vinäger etcetera, mer än de svenska kvinnorna. Ändå litade de på läkarna och ansåg naturläkemedlen vara ett komplement i behandlingen. Några svenskar använde alternativmedicin, som akupunktur samt örter och teer.

Juarez et al. (1998) fann att de mexikanska och sydamerikanska patienterna ofta vände sig till helbrägdagörare (”curandero”/”folk healer”). Det förekom även att patienterna först i andra hand valde västvärldens sjukvård. Helbrägdagörarna använde sig av örter, böner, levande ljus och massage. Patienterna rapporterade, att de köpte örter, som smärtmedicin, från Mexiko men också oljor och krämer. Användningen av örter förklarades med hänvisning till ett kapitel i bibeln. Vidare användes ofta hemmagjorda huskurer, hellre än kommersiella, som krämer, grötomslag, lösningar och örter för att lindra smärta och andra besvär. Dessa kurer togs tillsammans med andra föreskrivna läkemedel och behandlingar. Vitaminer användes både oralt och som injektioner. Detta är ett vanligt bruk i Syd- och Centralamerika. Patienterna beskrev en ovilja hos läkarna, i USA, att skriva ut vitaminer, särskilt i injektionsform. Juarez et al. (1998) fann även, att mat och läkemedel delades in i varmt och kallt, eller hett och kallt. Detta

symboliserar tanken, att obalans mellan varmt och kallt kan leda till ohälsa samt botas med tillförsel av ett element för att harmonisera obalansen (kallt vid varmt tillstånd och så vidare). Detta betyder nödvändigtvis inte att något är varmt, hett eller kallt. Till exempel användes kyla för att lindra smärta. Sammanfattningsvis är alternativmedicin, huskurer och örter samt bruk av varmt och kallt ett viktigt inslag för dessa patienter. Användning av oljor, krämer, grötomslag, teer, lösningar, vitaminer och örter (till exempel ”cat’s claw”, harvädling) samt andra ingredienser som brosk från haj, är i dessa kulturer utbrett och vanligt.

Higgins och Learn (1999) fann, att en av de latinoamerikanska kvinnorna inte sade sig använda speciella hälsoaktiviteter relaterat till kulturen. Samtidigt sade hon sig tro på speciella ört-läkemedel. En annan kvinna redogjorde för användandet av olika teer som en del av egenvården. Några kvinnor menade, att de inte trodde på generella tankar och praktiker relaterat till hälsa, inom den latinoamerikanska kulturen. Till exempel motsatte sig en kvinna sin moders förklaring, till barnbarnets öroninfektion, relaterat till tanken om varma och kalla sjukdomar.

Lundqvist et al. (2003) fann att några kvinnor inte ansåg abort vara ett alternativ vid diagnostiserade fosterskador. Detta, menade kvinnorna, stred mot deras religion (islam). Flera ville ha information och diskutera med läkare medan ett fåtal inte ville diskutera med läkare utan bara få information. Ytterligare kvinnor upplevde informationen vara skrämmande då de ansåg sig ha fått barnet av Gud och då var, som familj, skyldiga att ta emot barnet. Samtliga kvinnor ansåg att barnet bör få ett namn efter födseln. Detta för att barnet ska kunna komma till paradiset efter bortgång och för att mor och barn där ska kunna finna varandra. Efter barnets bortgång bör allt som påminner om barnet tas bort. Ett fåtal kvinnor kunde eventuellt tänka sig att spara ett foto av barnet men annars önskade de inte att personalen skulle ta fotavtryck, hårlockar eller liknande. Vilket är en vanligt förekommande handling bland föräldrar i Sverige. Detta berodde på, enligt några av kvinnorna, religionen. Meningen var att kvinnorna skulle slippa påminnas om barnet och därmed minska oron efter dess bortgång.

Den muslimska religionen föreskriver ceremonier och regler vid omhändertagandet av en död kropp (Lundqvist et al., 2003). Bland annat ville de muslimska kvinnorna att barnet skulle tvättas och svepas i ett vitt, sömlöst lakan, helst av en äldre kvinna. Ibland ansågs även att en pojke skulle göras i ordning av en man och en flicka av en kvinna. Begravningen bör ske inom 24 timmar, vilket också hindrar föräldrarna från att ta farväl av barnet, som brukligt i Sverige, under någon dag efter bortgången. De flesta ville ändå inte detta då sorgen ansågs kunna bli för jobbig. Kroppen bör inte förvaras i bårhus. Modern bör undvika att ta hand om barnet eller delta i ceremonier efter bortgången, då detta upplevdes som för svårt för kvinnan. Den utvidgade familjen och vänner var nu ett viktigt stöd. Samtliga kvinnor upplevde obduktion som skrämmande. Flera ansåg att detta bör undvikas då barnet var en gåva från Gud samtidigt som barnet på ett sätt fortfarande lever och bör komma till paradiset som en hel person. Att då obducera kunde hindra detta och barnet kunde, enligt kvinnorna, uppleva smärta. Undantag kunde göras om barnet dog en plötslig död. Återbesök ansågs onödigt då läkare ändå inte kunde göra något. En kvinna kunde tänka sig återbesök men inte förrän efter en tid, då kvinnan inte var så känslig längre. Det ansågs vara Guds vilja att barnet skulle dö och läkaren kunde inte skaffa barnet tillbaka. Istället borde kvinnorna fokusera på framtiden.

Vydelingum (2000) fann att patienterna, ur minoritetsgrupp, ofta inte förväntade sig att sjuksköterskorna skulle känna till mycket om deras religion. Vidare uttryckte en patient att han blivit tillfrågad om religion men att han inte trodde det hade någon betydelse, utan bara handlade om att fylla i papper.

Kaewsarn, Moyle och Creedy (2003) har undersökt thailändska kvinnors traditionella omvårdnadshandlingar post partum i Thailand. Resultatet visar, att kvinnorna tillämpade 20 olika post partum seder. Av kvinnorna använde 50 procent, 11 eller fler, av sederna. Samtliga kvinnor praktiserade sexuell abstinens (sju till 450 dagar) samt minskad aktivitet. Främsta anledningen var att livmodern skulle tillbakabildas. Sjuksköterskor och kvinnornas mödrar var ofta de drivande i frågan.

Vidare menar Kaewsarn et al. (2003) att, aktiviteter som långresor och tung fysisk aktivitet ansågs kunna leda till livmoderframfall, hämning av livmoderns tillbakabildande samt att inre organ skulle kunna kollapsa. Den andra vanligaste seden var att dricka varma drycker (en dag till ett år). Detta ansågs huvudsakligen stimulera produktionen av bröstmjolk och uppmuntrades av kvinnornas mödrar samt släktingar. Vidare var den tredje vanligast förekommande seden varma bad (en till 90 dagar). Varma bad ansågs kunna gynna läkning samt upprätthållandet av kroppstemperatur. Seden uppmuntrades av svärmödrar och kvinnornas mödrar. Matrestriktioner (fjärde vanligaste) handlade om att undvika vissa sorters mat, till exempel buffelkött, medan kvinnorna uppmuntras konsumera annan mat, som frukt och grönsaker (två dagar upp till två år). Denna sed verkade förebyggande för barnet och modern, bland annat genom att öka bröstmjolkens mängd och kvalitet. Några kvinnor sade sig endast kunna äta en bestämd sorts mat efter godkännande från släktingar eller mödrar. Att bibehålla kroppstemperaturen ansågs viktigt. Detta härstammar ur den kinesiska medicinen med Yin och Yang. Olika aktiviteter förekom för att hålla kroppstemperaturen. Kvinnan kan ligga invid eld ("lying by fire" eller "Yu Fai"). Detta ansågs främja livmoderns tillbakabildande, platta magen, upprätthålla värmen samt läka bristningar i perineum och minska stretchmärken i huden. Ett fåtal kvinnor ansåg att tillämpningen innebar ökad bröstmjölksproduktion samt ett undvikande av sjukdomar relaterat till kallt status då förlossning anses göra modern kall och blöt. Några kvinnor beskriver brännskador och värmeutslag och att seden kan medföra obehag eller olägenheter. De var ändå övertygade om hälsovinsterna av förfarandet. Kvinnorna beskriver en tradition att stå över en värmekälla, eld, värmelampa eller varmt sittbad, i cirka tio till 15 minuter. Värme mot perineum ansågs läka sår på perineum snabbare samt att lochia skulle utsöndras snabbare. De thailändska sjuksköterskorna uppmuntrade seden med varma bad och värmelampa.

Kylig luft samt vinddrag ansågs vara skadligt (Kaewsarn et al. 2003). Vidare ansågs luft i rörelse kunna skada ögonen och eventuellt leda till blindhet. Flera kvinnor undvek att gå ute i regn, sitta i drag samt täckte bröst och skuldror för att undvika bröstinfektion. Utsöndring av lochia och blod ansågs vara förorenat och kunde smitta andra personer som kommer i kontakt med utsöndringen. Därför praktiserade kvinnorna samma

hygieniska krav som för menstruerande kvinnor. Följdes inte kraven ansågs kvinnorna kunna drabbas av allvarliga sjukdomar. Detta innebär att kvinnorna undvek bad, dusch samt att schamponera håret (mellan en till 90 dagar efter födseln). Först när utsöndringen avtagit kunde duschning återupptas.

Sammanfattning

Beroende av kultur kan olika förklaringar kring orsak till sjukdomar iakttas. Beroende av förklaring till sjukdomsorsak ter sig individerna förhålla sig olika till sjukdomen och behandlingen. Sjukdom kan till exempel förklaras utifrån onda ögat, ödet, Guds vilja, Yin och Yang eller genom obalans mellan varmt och kallt. Detta påverkar även behandlingsalternativen. Då sjukdom förklaras med övernaturliga fenomen kan tendens till ett mer fatalistiskt synsätt och förhållningssätt ibland iakttas. Kulturdrag relaterat till bruk av alternativmedicin, kan skönjas. Bland annat ter det sig relativt vanligt att centralamerikanska kulturgrupper använder naturläkemedel. Huskurer och alternativmetoder förekommer i flera kulturer men mindre utbredd bland till exempel arabiska kvinnor. En del seder kan verka negativt, som till exempel att ligga vid elden hos thailändska kvinnor, post partum, medan andra kan lindra eller vara utan dokumenterad effekt.

Biologiska variationer

Duncan och Simmons (1996) fann att de ryska och ukrainska immigranternas hälsoproblem ofta handlade om dålig tandhälsa. Övervikt identifierades som ett problem men detta upplevdes inte av immigranterna själva som hälsoproblematik. Högt blodtryck och hjärtsjukdomar var vanligt förekommande. Däremot förekom inga hälsoproblem relaterat till alkohol och rökning samtidigt som abortfrekvens var låg.

Lundberg (1999) fann att ett antal av de thailändska kvinnorna ofta upplevde det svenska klimatet jobbigt. Under vintern kunde de känna sig sjuka och beskrev bland annat huvudvärk och smärtor i kroppen.

Emami och Ekman (1998) fann att de äldre iranska immigranterna upplevde sig ha en bra hälsa. Vidare relaterade de sina sjukdomar till hög ålder. Immigranterna erfor bland

annat reumatiska smärtor, huvudvärk, sömnlöshet, abdominala smärtor och andningsproblem. Många erfor skiftande diffusa smärtor i kroppen. En överkonsumtion av läkemedel konstaterades. Flera menade att läkarna, i Sverige, var mindre generösa, gällande läkemedelsförskrivning. Vidare kritiserades de svenska läkarna och deras medicinska kunnande. Detta torde bero på, att det i Iran används regelbundna blodtryckstagningar som indikation för hälsa och ohälsa, vilket de svenska läkarna inte praktiserar. Blodtryckstagningen ansågs vara en viktig regelbunden rutin då normalt blodtryck indikerar hälsosamt hjärta.

Widmark et al. (2002) fann att barnmorskorna identifierade sig, som kvinnor, med de omskurna kvinnorna, deras kroppar och sexualitet. Funderingar fanns hos de flesta barnmorskorna kring de omskurna kvinnornas sexualitet; hur och om de upplevde sexuella känslor, när könsorganen var borttagna eller skadade. Dilemman kunde uppstå då maken, eller kvinnan själv, uttryckte en önskan att bli hopsydd efter förlossningen. Barnmorskorna uttryckte osäkerhet och okunskap kring det praktiska tillvägagångssättet i vården av de omskurna kvinnorna. De uttryckte en avsaknad av djupare undervisning i ämnet. Kunskaper erhöles oftast av mer erfarna kollegor. Barnmorskorna ansåg även, att läkarna saknade kunskap samt var osäkra i vården av omskurna. Istället söktes information hos mer erfarna barnmorskor.

Vidare menar Widmark et al. (2002), saknade barnmorskorna allmänna riktlinjer för vården av omskurna. Barnmorskorna ansåg sig inte ha tillräckligt med kunskap och eftersökte undervisning, relaterat till vården av omskurna kvinnor, bland annat på grund av den förändrade anatomin hos kvinnorna. Till exempel kan ärrvävnad i perineum dels vara svårt att se och dels försvåra bedömningen av perineum för tecken på bristning. Ärrvävnad är ofta oelastiskt och bristningsskador kan då lättare uppstå. Ibland har kvinnorna, innan förlossningen, genomgått rekonstruktion av könsorganen. Detta försvårar bedömningen ytterligare då könsorganen kan se intakta ut men vara mycket känslig. En barnmorska berättar om en incident då kvinnan önskade bli snittad under förlossningen. Barnmorskan bedömde att förlossningen ändå skulle gå bra. Följden blev att kvinnan fick en tredje gradens bristning och blev i behov av kolostomi efter förlossningen. Ytterligare områden där kunskap uppfattades saknas var hur och hur

mycket lokalanestesi som bör ges. Var, hur mycket och hur långt som de omskurna kvinnorna bör skäras eller klippas upp, utan att skada rester av klitoris och urinröret, och hur såret bör läka.

Diver et al. (2003) beskriver hur viktig dieten ansågs vara i den kulturella omvårdnaden. Personalen försökte alltid anpassa kosten, om patienten önskade detta. En personal upplevde kosten som den viktigaste aspekten av kulturellt kongruent omvårdnad. De gånger personal inte anpassat kosten, ansågs detta bero på en ovilja hos patienten att berätta om sina önskningar. En personal menade, att det berodde på en önskan, hos patienten, att inte vara en börda eller för att personalen inte skulle oroa sig.

Lundberg (1999) visar, att god nutrition var betydelsefullt, för de thailändska kvinnorna i Sverige, för hälsopromotion. En balanserad diet med mycket frukt och grönsaker ansågs bevara hälsan. God och nyttig mat beskrevs som grönsaker, mjölk, fisk, kyckling, kött och frukt. Grönsaker användes som hälsopromotion, till exempel sades vitlök kunna förebygga högt blodtryck.

Emami et al. (2000) fann att de persiska måltiderna, gruppmatlagning och resor till persisk restaurang på dagcentret, var av betydelse för många av de iranska seniorerna. Detta genomfördes alltid minst en gång per vecka. Det här var ofta seniorernas enda chans att få äta persisk mat, då flertalet bodde på svenska äldreboenden och inte var kapabla att laga egen mat. För många innebar den serverade svenska maten en allt för stor omställning. Flera åt bara för att stilla den värsta hungern samtidigt som maten inte upplevdes njutbar. Följaktligen förekom malnutrition, vilket även några seniorer tvingats söka medicinsk vård för.

Sammanfattning

Hälsa och ohälsa kan relateras till kultur och ibland religion. Kultur kan inverka på människokroppen och ibland ses anatomiska skillnader, som vid kvinnlig omskärelse. Då sjukvårdspersonal ställs inför icke bekanta anatomiska olikheter påverkas behandlingen. Barnmorskor efterlyser ett behov av undervisning kring kulturspecifika biologiska variationer. Dessutom påverkar kulturen kosten och kosten i sig hälsan. Mat

kan används som hälsopromotion eller prevention. En icke kulturanpassad kost kan leda till förlorad matlust och till malnutrition hos äldre immigranter.

DISKUSSION

Metod

Metoden var litteraturstudier. Artiklarna söktes via Academic Search Elite, Cinahl och PubMed samt genom manuell sökning. Av de valda artiklarna, hittades flertalet via Academic Search Elite. Svenska artiklar om kulturmedveten omvårdnad eller transkulturell omvårdnad var få. Samtliga omvårdnadsartiklar, baserade på svenska empiriska studier och relevanta för resultatet och som påträffats inom ämnet, har använts i resultatet. Vidare har alla artiklar, använda i resultatet, varit skrivna på engelska.

Övervägande antal artiklar vänder sig till sjuksköterskeprofessionen. Då artiklar förekommer som inte inriktar sig på omvårdnad beror det på att författaren ansåg dessa kunna styrka resultatet. Det bör påpekas att det i artiklarna förekommer en överrepresentation av kvinnor. Huruvida detta påverkat resultatet är osäkert men författaren anser att det inte hade någon avgörande betydelse. Ytterligare tänkbar faktor som kunnat påverka artiklarnas resultat är att människor som överlevt allvarliga hot mot sin existens, till exempel immigranter som flytt undan krig och våld, kan få en annan livssyn än andra individer (Antonovsky, 1991). Ett stort antal artiklar har använts i resultatet, detta beror på svårigheter att finna artiklar, som huvudsakligen presenterat efterfrågad fakta. Möjligen har ett stort antal artiklar komplicerat och prolongerat analysen. Artiklarna, i resultatet, har först presenterats med en kort beskrivning av undersökningens syfte. Detta kan tyckas försvåra läsningen eller ta utrymme men författaren anser att en kort presentation ökar förståelsen för det använda materialet då fakta kan ses i sin kontext. Flera artiklar grundade sig på studier utanför Sverige, till exempel amerikanska och engelska. Frågan är huruvida det materialet kan tillämpas på svenska förhållanden. Författaren anser detta möjligt, dock med en viss försiktighet. Hanssen (2004) menar, att immigrerade patienter eller individer är influerade av det samhälle de nu bor i.

Artiklarna har presenterats under rubriker från Giger och Davidhizars Transcultural Assessment Model. För att skapa en kontinuitet i arbetet har artiklarna presenterats under det eller de, av författaren, identifierade huvudområdena. Flera artiklar kan presenteras under ytterligare rubriker. Resultatet har sammanfattats under varje rubrik. Detta för att erhålla de viktigaste resultaten, enligt Patel och Davidson (2003). Säljö (2002) menar att texten är utlämnad till läsarens tolkningar. Detta anser författaren, till denna studie, är viktigt att beakta eftersom författaren ensam analyserat och presenterat materialet. Med detta i åtanke har författaren strävat efter ackuratess under analyseringen och presentationen av artiklarna.

Resultat

Modeller och bedömningsformulär, som ”Transcultural Assessment Model” (Giger & Davidhizar, 2003), kan vara ett led, för sjuksköterskan, i tillämpningen av transkulturell omvårdnad. Cortis (2000) menar, att en del patienter upplevde bedömningsformulär som ritualistiska och utan något egentligt värde då sjuksköterskan inte visar ett genuint intresse för individen. Författaren menar, att användning av bedömningsformulär eller modeller inte bör ses som en procedur utan som ett sätt att lära känna patienten för att kunna tillämpa kulturellt anpassad omvårdnad. Det är av vikt att sjuksköterskan, vid tillämpning av bedömningsformulär och modeller, visar intresse och omtanke för patienten.

Kommunikation

Kommunikation innebär mer än verbala uttryck. Ickeverbala uttryck, gester, miner, volym med mera är av central betydelse. Ling (1997) menar, att sjuksköterskan bör reflektera över patientens röstvolym, gester och ögonkontakt. Vidare bör sjuksköterskan tala med en mjuk och tydlig röst, iaktta patienten och anhörigas kommunikationsmönster, som hur lång ögonkontakt som är acceptabelt. Vid osäkerhet kring huruvida patienten lyssnat kan patienten till exempel uppmanas repetera informationen. Genom interpretation av resultatet, menar författaren, att användningen av amatörtolkar bör, om möjligt, undvikas. Genom att använda amatörtolk respekteras inte patientens behov av konfidentiell kommunikation eller integritet. Vidare torde amatörtolkning kunna försätta tolken och personalen i etisk problematik.

Heikkilä och Ekman (2003) menar att modersmålet är av väsentlig betydelse för individerna. Bland annat sägs det bli en symbol för känslan av att vara hemma eller höra till sin omgivning. Då den finländska kulturen i ringa grad skiljer sig från den svenska väcks författarens funderingar kring hur de senare immigrerade kulturgrupperna kan komma uppleva problematiken. De finländska immigranterna upplevde trygghet och gemenskap då de vårdades av personal med samma modersmål. De kände utanförskap och isolering bland svenskar på äldreboenden. Författaren menar att kan bli till ett problem i framtiden. Möjligen att äldreboenden i framtiden allt mer fokuseras på vård i hemmet, vilket skulle kunna mildra känslor av att vara ensam bland svenskar. Tänkvärt är att många äldre individer, vid sjukdom, kan tappa sitt andra inlärd språk för att endast tala och förstå sitt modersmål. En möjlighet är en allt mer mångkulturell personal och att vårdare då matchas efter patientens preferenser. Då patienten inte talar det rådande språket leder detta ofta till att patienten inte kan tillgodogöra sig undervisning, information och därmed till sämre egenvård, compliance och medicinsk behandling.

När tolk inte kan närvara finns behov av översatt information till patienten. Lösningar på problemet kan vara korta informationsblad översatta till olika språk, till exempel om pre- och postoperativa rutiner, användning av bildkort och beskrivande kroppsspråk. Sjuksköterskan bör, i yrkesrollen, visa patienten en vilja till att förstå, lyssna och hjälpa patienten samt eventuellt planera längre träffar och ägna patienten mer tid när kommunikationssvårigheter förekommer. Samtidigt bör sjuksköterskan anpassa kommunikationsbeteende efter patientens behov, då olika kulturgruppers kommunikationsbeteende varierar. Avsaknad av verbal eller ickeverbal kommunikation, av till exempel smärta, behöver inte betyda att patienten inte har ont. Kultur influerar på hur till exempel smärta uttrycks. Vidare vill författaren påpeka att vissa kulturgrupper ej presenterar smärta med dess exakta position, utan istället som något diffust, som i fallet med de iranska immigranterna.

I enlighet med (SFS 1982:762) de krav som ställs på hälso- och sjukvården, att vården skall främja god kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient och att vården skall planeras i samråd med patienten, så långt som möjligt, samt att patienten skall få

individuellt anpassad information, bör sjuksköterskan ta hänsyn till kulturella komponenter som influerar eller försvårar god kontakt mellan vårdpersonal och patient. Men även för att sjuksköterskan ska kunna utöva omvårdnad för att stödja patienter vid reaktion på sjukdom, trauma med mera, informera och ge rådgivning till patient och anhöriga (SOSFS 1993:17) fordras, anser författaren, god kommunikation.

Utrymme/Livsrum (Space)

Leininger förklarar ”cultural space refers to the variation of cultures in the use of body, visual, territorial, and interpersonal distance to others” (Leininger; 1995, s. 77). Resultatet visar att kulturen påverkar människans beteende gällande beröring, kroppsorientering och närhet mellan varandra. Vidare, anser författaren, detta betydelsefullt, att känna till som sjuksköterska. Individen är inte alltid medveten om denna form av påverkan. Kanhända upplever patienten eller sjuksköterskan obehag på grund av att ena parten gör intrång i den personliga eller intima zonen. Är sjuksköterskan uppmärksam kan detta kanske undvikas, vilket torde kunna underlätta och förbättra både kommunikation och relation mellan sjuksköterska och patient. Vidare påverkar religionen livsrummet och det personliga utrymmet. Har sjuksköterskan kunskap om dessa influenser kan vården möjligtvis planeras så att till exempel en islamsk kvinna tvättas av en kvinnlig sköterska. Detta borde kunna spara energi, tid och ekonomiska resurser samt undvika onödiga konfrontationer mellan personal och patient.

Ling (1997) menar att sjuksköterskan bör hålla sig på en armlängds avstånd från patienten samt iaktta hur nära familj och anhöriga är varandra, för att följa deras mönster. Om avståndet är för litet får patienten svårare att fokusera på kommunikationen eller undervisningen. Behöver sjuksköterskan göra intrång på patientens personliga sfär bör detta göras med förvarning och förklaring. Detta för att inte kränka patientens integritet, enligt SFS 1982:763 samt för att sjuksköterskan bör, enligt SOSFS 1993:17, handla efter ett etiskt genomtänkt förhållningssätt.

Social organisation

Påtvingad autonomi kan, enligt författaren, förvärpa patientens situation, till exempel vid beslutstagande om behandlingsalternativ. Familjen och anhöriga spelar i flera

kulturer en betydande roll. Familjen kan till exempel förväntas vara delaktig i svåra beslut. Vidare ses familj och anhöriga som ett viktigt stöd och flera grupporienterade kulturgrupper kan uppvisa ett mindre behov av konsultation, med till exempel psykolog, för att förlita sig på familjens stöd. För att patientens behov av trygghet i vård och behandling (SFS 1982:763) skall uppfyllas bör, enligt författaren, sjuksköterskan, då patienten är i behov av familj och anhörigas stöd, se till att detta på något sätt kan ordnas. Enligt SOSFS 1993.17 bör omvårdnad ges utifrån var och ens behov. Sjuksköterskan bör undvika ett etnocentriskt synsätt, då patienterna även mår bra av kontakt och samhörighet med familjen. Problem som uppstår på avdelningar relaterat till ett stort antal besökare och hög ljudnivå kan diskuteras med patienten och familjen. De svenska sjukhusens utformning speglar, till viss del, det individualistiska samhället. Detta innebär att det rent arkitektoniskt försvårar höga besöksantal till avdelningarna. Vydelingum (2000) fann att flera patienter verkligen försökte följa avdelningens regler och regleringar, speciellt gällande besöksantal. Vidare uttryckte flera patienter att de skämdes då de överträtt reglerna och blivit tillrättavisade av sjuksköterskorna. Patienterna försökte i så lång utsträckning som möjligt att anpassa sig till avdelningen för att passa in.

Resultatet visar att det finns immigranter som kan känna sorg över förlorad social ställning. Detta bland annat då barnen har assimilerats till det nya samhället. Genom aktiviteter för specifik kulturgrupp kan även kulturella värderingar från hemlandet överbryggas, till exempel så att män och kvinnor kan umgås. Vidare visar Emami et al. (2000) att genom att skapa en samhörighet, immigranterna emellan, stärks individernas självförtroende och deras nyfikenhet och hanterbarhet av det nya samhället ökar.

Tid

I dagens ekonomiskt pressade hälso- och sjukvård sker vården efter tidsscheman och rutiner. Då patienter inte passar tider skapar detta förseningar och ibland irritation bland personal. Med en ökad förståelse för kulturens inverkan på tidsuppfattning, menar författaren, att problemen möjligen kan förebyggas samt minska personalens frustration då det trots allt inträffar. Exempel på lösning kan vara att undvika att planera patienten på första operationstiden på morgonen utan på en något senare tid. Patienter med

framtidsfokuserat tidsperspektiv (som svenskar) kan uppleva tidsscheman som påfrestande då det gäller att hantera sin sjukdom. Detta, menar författaren, visar att det upplevs angeläget för framtidsorienterade svenskar att följa tidsscheman. Det är av vikt att sjuksköterskan reflekterar över tidsperspektiven och dess inverkan samt diskuterar och undervisar patienterna om detta. Kan hända är patienten allt för fixerad vid tid än vad som är medicinskt nödvändigt eller tvärtom. Sjuksköterskan bör se patienten i ett helhetsperspektiv (SOSFS 1993:17). Ling (1997) anser att patientens tidsperspektiv alltid bör respekteras.

Hanssen (1998) menar att de skandinaviska sjuksköterskornas fixering vid tid bland annat visar sig genom målsättningar i omvårdnaden, som tidsscheman för behandlingsåtgärder. Sjuksköterskestudenter undervisas om vikten av målsättningar inom omvårdnaden. Författaren anser att detta kan kollidera med andra kulturers tidsperspektiv där till exempel målsättningar upplevs vara av mindre vikt. En reflektion är huruvida olika tidsperspektiv förekommer hos sjukvårdspersonalen och på olika sjukhusavdelningar.

Omgivning -kontroll (Environmental control)

En mängd olika sjukdomsförklaringar kan iakttas, bland annat onda ögat, Gud, slumpen samt Yin och Yang. Individernas tankar kring hur hon, eller han, kan påverka omvärlden påverkar tydligt förhållningssättet till sjukdom, behandling och egenvård. Tro på övernaturliga ting kan leda till ett fatalistiskt synsätt. Detta påverkar patienternas egenvård samt relationen till hälso- och sjukvårdspersonal. Frågan är hur sjuksköterskan bör förhålla sig till patienter som inte tror sig kunna påverka sjukdomsförlopp och komplikationer. Författaren finner inget svar på detta, men menar att undervisning eventuellt skulle kunna påverka i positiv bemärkelse.

Giger och Davidhizar (2003) menar, att hänsyn bör tas till individens önskningar om vård och behandling och angående patientens uppfattning kring hur hon kan påverka sin omgivning/miljö. Detta skulle då kunna leda till effektivare vård. Kaewsarn et al. (2003) menar, att sjuksköterskan bör känna till patientens traditioner för att kunna undervisa patienten när ohälsosamma beteenden förekommer, som att ligga vid eld eller

undvikandet att utföra personlig hygien. Juarez et al. (1998) menar, att alternativa metoder bör, om möjligt, vara en del av vårdplanen då dessa skapar känslor av igenkännande och tröst. Det kan även leda till att patientens compliance till andra mediciner och behandlingar blir bättre. Religion och kultur inverkar på ceremonier och regler i samband med livshändelser, som begravning. Dessa kan upplevas betydelsefulla och det är av vikt att personalen då visar hänsyn och förståelse.

Enligt SOSFS 1993:17, bör omvårdnad ges på lika villkor oberoende av religion och etnisk bakgrund. De efterlevande och den avlidne skall visas hänsyn och omtanke (SFS 1982:763). För att kunna visa hänsyn och omtanke behöver, enligt författaren, sjuksköterskan kunskaper om patienten och anhörigas kultur, till exempel kunskap om olika ceremonier relaterat till dödsfall och begravning. Kanhända kan information om olika kulturers förhållningssätt och tillvägagångssätt, vid livshändelser, vara ett värdefullt stöd i hälso- och sjukvården. Hjelm et al. (2003) menar, att religionens influens på individen alltid bör begrundas. Detta då religionen oavsett om personen är troende eller inte, kan fungera som ett socialt system för individen.

Resultatet visar att det förekommer ett bruk av naturläkemedel och alternativa mediciner, av varierande slag, beroende på kultur. Sjuksköterskan bör, enligt författaren, tillfråga patienten kring bruk av naturläkemedel och alternativa metoder. Naturpreparat, som ofta anses som naturliga och därmed ofarliga, kan interagera med andra läkemedel. Resultatet visar att flera patienter tar naturläkemedel samtidigt med ordinerade läkemedel. Enligt Henderson, Yue, Bergquist, Gerden och Arlett (2002) kan Johannesört, *Hypericum perforatum*, interagera med ett flertal läkemedel, som warfarin, digoxin och teofyllin. Även andra naturläkemedel och preparat kan, enligt Fugh-Bergman (2000), interagera med läkemedel, som ginkgo, ginseng, vitlök, Johannesört, kinesiska örtprodukter och lakrits. Detta kan vara bra att känna till, till exempel vid blodprovtagning då warfarins effekt kan öka på grund av intagna preparat med johannesört.

Biologiska variationer

Leiniger (1995) förklarar: "bioculturalism refers to how biological, physical, and different physical environments of diverse and similar cultures relate to care, health, illness, and disabilities" (s. 68). Författaren menar att resultatet visar på förekomst av biologiska variationer hos patienter inom den svenska sjukvården. Dessa variationer påverkar patienternas hälsa och välmående i det dagliga livet, under vård och medicinsk behandling. Barnmorskor upplever brist på kunskap och erfarenheter i vården av omskurna. Detta påverkar vårdkvaliteten. Ett krav på vården är att den skall vara av god kvalitet, enligt SFS 1982:763. Utan kunskap kring behandling och dess effekter, som i fallet med de omskurna kvinnorna, kan inte vården, enligt författaren, anses vara av god kvalitet eller anses bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, enligt SOSFS 1993:17. Det torde kunna spara både såväl ekonomiska och personella resurser som lidande om bättre utbildning kunde erbjudas. Vidare anses kosten ha betydelse. Med kulturanpassad kost kan malnutrition undvikas. Detta kan komma att bli till en ekonomisk fråga då ett större antal immigranter, i framtiden, kommer att vara i behov av äldrevård. Möjligen blir behovet inte lika utbrett i framtiden, då åtskilliga bott i Sverige under en längre tid samt kommit till Sverige vid en yngre ålder.

Det kan även diskuteras huruvida biologiska variationer förekommer gällande till exempel smärtekänslighet. Hanssen (1998) menar att en patient, som klagar mer än en infödd skandinav, kan av personalen upplevas som mindre trovärdig, vilket påverkar fortsatt vård och smärtbehandling. Hanssen (1998) och Ernst (2000) fann inget som tyder på skillnad i smärtekänsligheten mellan individer från olika kulturer. Rehm (2003) citerar en förälder, till sjukt barn, som säger att det handlar om samma smärta. Smärtan har inget språk utan är den samma; det gör ont. Löfvander (1998) menar, att smärtbeteendet bör tolkas som kommunikation, där patientens verbala och ickeverbala kommunikation bör tydas i dess speciella sociokulturella sammanhang.

Giger och Davidhizars (2003) Transcultural Assessment Model behandlar inte minoritetsgrupper relaterat till sexuell orientering, som homosexualitet. Homosexualitet beskrivs endast som en social organisation gällande familjestruktur. Författaren ser det som en brist. Dootson (2000) menar, att homosexuella tillhör en marginaliserad grupp i

samhället (i USA), vilket medför specifika behov och risker. Bland annat har Dootson (2000) studerat och analyserat Giger och Davidhizars Transcultural Assessment Model, Leiningers "Sunrise Model" samt Andrews och Boyles modell. Resultatet visar, att ingen av dessa modeller behandlar den sexuella orienteringen men är annars utmärkta instrument.

Slutkommentar

Generalisation bör undvikas. Att placera in människor i kulturgrupper och sedan tillskriva dem speciella egenskaper, relaterat till kultur, bör i hög grad undvikas. Ekblad et al. (2000), Giger och Davidhizar (2003), Rehm (2003), Hjelm et al. (1999) betonar att vårdpersonalen inte ska ta för givet hur människor från olika kulturer beter sig. Patienten bör alltid få individuellt anpassad vård, men med olika kulturella aspekter i åtanke. Resultatet visar, att kulturanpassad omvårdnad kan vara av betydelse för patientens hälsa och tillfrisknande. Resultatet bedöms även kunna tillämpas på den svenska hälso- och sjukvården. Författaren menar att transkulturell omvårdnad är ett nödvändigt område i dagens sjuk- och friskvård.

Med tanke på att Heikkilä och Ekman (2000) funnit, att individens etniska bakgrund (även om den skiljer sig mycket lite från svenskarnas) trots långt liv i värdlandet, inte försvinner utan fortfarande påverkar tankar och erfarenheter i vård, känns ämnet som mycket angeläget. Kan hända upplevs detta område som mindre viktigt i dagens ekonomiskt pressade sjukvård. Men kunskap kring transkulturell omvårdnad torde kunna spara lidande, tid och ekonomiska resurser och bör ses som en investering. Under arbetets gång ställde sig författaren frågan om huruvida kulturell anpassad omvårdnad skulle hindra immigranternas assimilering till det svenska samhället. Resultatet visar, anser författaren, att genom kulturellt anpassad omvårdnad kan ömsesidig förståelse och ett närmande för varandras kulturer uppstå, samt en god relation mellan sjuksköterska och patient skapas. Detta skulle kunna underlätta assimilering till samhället.

Ytterligare forskning kring människans känsla av att kunna påverka omgivningen och omvärlden, relaterat till sjukdomsförlopp, komplikationer och egenvård samt hur ett fatalistiskt synsätt påverkar egenvård, behövs. Forskning behövs vidare för att skapa

kunskap om transkulturell omvårdnad och dess tillämpning i den svenska sjukvården. Det känns även angeläget att ämnet introduceras ytterligare i sjuksköterskeprogrammet och specialistutbildningar, särskilt inom barnmorskeyrket och områden som onkologi, kroniska sjukdomar, psykiatri, handikappomsorg och palliativ omvårdnad.

REFERENSER

Anderson, J. (1991). Immigrant women speak of chronic illness: The social construction of the devalued self. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 710-717.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Cortis, J.D. (2000). Caring as experienced by minority ethnic patients. *International Nursing Review*, 47, 53-62.

Dibiase, R., & Gunnoe, J. (2004). Gender and culture differences in touching behavior. *The Journal of Social Psychology*, 144, (1), 49-62.

Diver, F., Molassiotis, A., & Weeks, L. (2003). The palliative care needs of ethnic minority patients: Staff perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*, 9, (8), 343-351.

Dootson, L. (2000). Adolescent homosexuality and culturally competent nursing. *Nursing Forum*, 35, (3), 13- 20.

Duncan, L., & Simmons, M. (1996). Health practices among russian and ukrainian immigrants. *Journal of Community Health Nursing*, 13, (2), 129-137.

Ekblad, S., Marttila, A., & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: Reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*, 31, (3), 623-630.

Emami, A., & Ekman, S-L. (1998). Living in a foreign country in old age: Life in Sweden as experienced by elderly Iranian immigrants. *Health Care in Later Life*, 3, (3), 183- 198.

Emami, A., Torres, S., Lipson, J., & Ekman, S-L. (2000). An ethnographic study of a day care center for Iranian immigrant seniors. *Western Journal of Nursing Research*, 22, (2), 169-188.

Ensign, J., & Panke, A. (2001). Barriers and bridges to care: Voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA. *Journal of Advanced Nursing*, 37, (2), 166-172.

Ernst, G. (2000). The myth of the 'Mediterranean Syndrome': Do immigrants feel different pain. *Ethnicity and Health*, 5, (2), 121-126.

Fugh-Bergman, A. (2000). Herb-drug interactions. *The Lancet*, 355, 134-138.

Giger, J., & Davidhizar, R. (2002). Culturally competent care: Emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, 49, 79-86.

Giger, J., & Davidhizar, R. (2003). *Transcultural nursing: Assessment & Intervention* (4th ed.). St Louis: Mosby.

Hanssen, I. (1998). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Hanssen, I. (2002). *Facing differentness: An empirical inquiry into ethical challenges in intercultural nursing* (avhandling för doktorsexamen, the Institute of Nursing, the University of Oslo).

Hanssen, I. (2004). An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nursing Ethics*, 11, (1), 28-41.

Heikkilä, K., & Ekman, S-L. (2000). Health care experiences and beliefs of elderly Finnish immigrants in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 11, (2), 281-289.

Heikkilä, K., & Ekman, S-L. (2003). Elderly care for ethnic minorities: Wishes and expectations among elderly Finns in Sweden. *Ethnicity and Health*, 8, (2), 135-146.

Henderson, L., Yue, Q.Y., Bergquist, C., Gerden, B., & Arlett, P. (2002). St John's wort (hypericum perforatum): Drug interactions and clinical outcomes. *Journal of Clinical Pharmacology*, 54, 349-356.

Higgins, P.G., & Learn, C.D. (1999). Health practices of adult hispanic women. *Journal of Advanced Nursing*, 29, (5), 1105-1112.

Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P., & Apelqvist, J. (2003). Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 627-643.

Hjelm, K., Nyberg, P., Isacsson, Å., & Apelqvist, J. (1999). Beliefs about health and illness essential for self-care practice: A comparison of migrant Yugoslavian and Swedish diabetic females. *Journal of Advanced Nursing*, 30, (5), 1147-1159.

Juarez, G., Ferrell, B., & Borneman, T. (1998). Influence of culture on cancer pain management in Hispanic patients. *Cancer Practice*, 6, (5), 262-269.

Kaewsarn, P., Moyle, W., & Creedy, D. (2003). Traditional postpartum practices among Thai women. *Journal of Advanced Nursing*, 41, (4), 358-366.

Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practices*. New York: McGraw-Hill.

Ling, C.W. (1997). Crossing cultural boundaries. *Nursing* 97, 32-33.

Lundberg, P. (1999). Meanings and practices of health among married thai immigrant women in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 10, (1), 31-36.

Lundqvist, A., Nilstun, T., & Dykes, A-K. (2003). Neonatal end-of-life care in Sweden: the views of muslim women. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 17, (1), 77-86.

Löfvander, M. (1998). Kulturella aspekter på smärta: Smärtbeteende, symtom eller kommunikation?. *Läkartidningen*, 95, (11), 1112-1118.

Migrationsverket. (2003). Asylsökande till Sverige under 1984-2003. www.migrationsverket.se/pdf/filer/statistik/tabs9.pdf [läst 030420, 09.45]

Narayanasamy, A. (2002). The ACCESS model: A transcultural nursing practice framework. *British Journal of Nursing*, 11, (9), 643-650.

Narayanasamy, A. (2003). Transcultural nursing: How do nurses respond to cultural needs?. *British Journal of Nursing*, 12, (3), 185-194.

Nationalencyklopedin.(2003). Kultur.

http://www.ne.se/jsp/search/printarticle.jsp?i_art_id=O220267 [läst 031125, 10.15]

Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, D., & Tatano Beck, C. (2003). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Prasad, V., & Darrad, K. (2003). A touch of spice: General Practitioner Registrars' views about cross-cultural communication. *Education for Health*, 16, (2), 222-227.

Rehm, R. (2003). Cultural intersections in the care of Mexican American children with chronic conditions. *Pediatric Nursing*, 29, (6), 434-439.

Remland, M., Jones, T., & Brinkman, H. (1995). Interpersonal distance, body orientation, and touch: Effects of culture, gender, and age. *The Journal of Social Psychology*, 135, (3), 281-297.

SFS. 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Allmänna Förlaget.

SFS. 2003:593. *Regeringsformen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Sherer, J.L. (1993). Crossing cultures: Hospitals begin breaking down the barriers to care. *Hospitals*, 67, (10), 29-31.

SOS. 1999:13. *Mångkulturell sjukvård: En lärarhandledning för läkarutbildningen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS. 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska Centralbyrån. (2003 A). Befolkningsstatistik i sammandrag 1960-2002. http://www.scb.se/templates/tableOrChart___26040.asp [läst 031125, 10.30]

Statistiska Centralbyrån. (2003 B). Asylsökande under 2001 och 2002, efter medborgarskap och kön. http://www.scb.se/templates/tableOrChart___25914.asp [läst 040309, 12.05]

Säljö, R. (2002). *Lärande i praktiken: Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma.

Vydelingum, V. (2000). South Asian patients' lived experience of acute care in an English hospital: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 32, (1), 100-107.

Widmark, C., Tishelman, C., & Maina Ahlberg, B. (2002). A study of Swedish midwives' encounter with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18, 113-125.

Bilaga 1

Tabell 1 Sökord och träffar

Sökord	Cinahl	PubMed	Academic Search Elite
Transcultural + Nursing	3350	104	24
Cultural Sensitive Care	4	450	1
Transcultural + Care	1	1148	5
Culturally Sensitive Care	298	486	12
Transcultural Care	1052	1148	12
Transcultural Care + Sweden	7	13	
Multicultural Nursing	159	234	1
Culture + Nursing (+ "Full Text")			490
Immigrant + Nursing	676		116
Transcultural			129
Transcultural Nursing	0		12
Culture + Bodylanguage + Nursing	0		1
Bodylanguage + Nursing	0		9
Culture + Communication + Nursing	6		23
Communication + Bodylanguage + Nursing		0	4
Culture Care Conflict + Nursing	0	91	
Culture Care Conflict	0		
Culture Conflict	17		
Leiniger			17

Tabell 2 Artiklar ingående i litteraturstudien; författare, undersökningsobjekt, syfte, metod och land för undersökningen

Författare/Årtal	Deltagare/Ålder	Syfte	Metod	Land
Anderson, J. (1991)	30 vuxna kvinnor	Undersöka immigrerade kvinnors erfarenheter av kronisk sjukdom	Kvalitativ, etnografisk intervju	Kanada
Cortis, J.D. (2000)	38 vuxna (över 18) patienter (20 män, 18 kvinnor). Medelålder 44-66 år	Undersöka omvårdnadsbegreppet hos en grupp minoritetspatienter (immigrerade pakistanska muslimer)	Kvalitativ, individuell semistrukturerad intervju	England
Dibiase, R., & Gunnoe, J. (2004)	120 personer från Italien, Tjeckoslovakien och USA	Undersöka hur kön och kultur påverkar beröring	Kvantitativ, visuell bedömning	USA
Diver, F., et al. (2003)	fem personal inom palliativ vård	Bedöma personals, inom palliativ vård, uppfattning om multi-kulturell omvårdnad samt undersöka barriärer samt hjälpmetoder för anpassad omvårdnad	Kvalitativ, semistrukturerad intervju	England
Duncann, L., & Simmons, M. (1995)	30 vuxna immigranter	Undersöka immigranternas hälsostatus samt belysa kulturell hälsoproblematik	Kvantitativ, fysisk undersökning och frågeformulär	USA
Ekblad, S., et al. (2000)	19 vårdpersonal	Samla reflektioner kring kulturella frågor hos hospice personal	Kvalitativ, fokusgrupp intervju	Sverige
Emami, A., & Ekman, S-L. (1998)	30 äldre iranska immigranter, 18 män, 12 kvinnor (75 år och uppåt)	Beskriva iranska immigranternas erfarenheter och upplevelse av migrationen, kulturell kvalitet och sociala nätverk, i Sverige	Kvalitativ, semistrukturerad intervju	Sverige
Emami, A., et al. (2000)	323 deltagare (äldre iranier) samt 15 intervjuade	Beskriva aktiviteter på dagcenter, för äldre, immigrerade iranier, samt undersöka seniorernas erfarenheter av verksamheten.	Etnografisk observation (över 12 månader) samt semistrukturerad intervju	Sverige
Ensign, J., & Panke, A. (2002)	20 kvinnor, 14-23 år	Undersöka unga hemlösa kvinnors tankar och beteenden som påverkar	Kvalitativ, fokusgrupp intervju samt	USA

		vårdsökande i USA	individuell intervju	
Heikkilä, K., & Ekman, S-L. (2000)	39 finlandssvenskar, 75 år och uppåt	Belysa erfarenheter och tankar kring vård av äldre finlandssvenskar boende i Sverige	Kvalitativ, intervju	Sverige
Heikkilä, K., & Ekman, S-L. (2003)	39 äldre finlandssvenskar, 75 år och uppåt (4 män och 35 kvinnor)	Belysa vilken roll kulturellt anpassad omvårdnad spelar, hos äldre finska immigranter i Sverige, för tankar och förväntningar på framtida institutionell vård	Kvalitativ, intervju	Sverige
Hjelm, K., et al. (1999)	28 kvinnor, jugoslaviska och svenska	Utforska tankar kring hälsa och sjukdom, hos immigrerade och svenska kvinnor med diabetes mellitus, som kan påverka rapporterad egenvård och vårdsökande	Kvalitativ, fokusgrupp intervju	Sverige
Hjelm, K., et al. (2003)	41 kvinnor (arabiska, jugoslaviska och svenska) 22-73 år	Undersöka hur kulturella avstånd influerar tankar kring ohälsa, hälsa och egenvård hos kvinnor med diabetes mellitus, från olika kulturella bakgrunder, i Sverige	Kvalitativ, fokusgrupp intervju	Sverige
Higgins, P.G., & Learn, C.D. (1999)	Sju latino-amerikaner, kvinnor, 20-40 år	Beskriva hälsomönster och praktiker hos latino-amerikanska kvinnor	Kvalitativ, intervju	USA
Juarez, G., et al. (1998)	17 patienter	Beskriva hur kultur influerar hantering av cancersmärta hos centralamerikanska patienter	Kvalitativ, intervju	USA
Kaewsarn, P., et al. (2003)	500 thailändska kvinnor (497 buddister, tre kristna), 18-49 år	Öka förståelsen för thailändska kvinnors traditionella omvårdnad, post partum	Kvantitativ, frågeformulär	Australien
Lundberg, P. (1999)	16 immigranter, 26-47 år	Undersöka och förklara tankar och hälsopraktik bland thailändska immigranter, med svenska makar, i Sverige	Kvalitativ, etnografisk intervju	Sverige

Lundqvist, A. et al. (2003)	11 immigrerade muslimska kvinnor, 32-54 år	Undersöka muslimska kvinnors syn på svensk neonatal vård i livets slutskede	Kvalitativ, intervju	Sverige
Narayanasamy, A. (2002)	97 registrerade sjuksköterskor, 69 sjuksköterskestudenter	Undersöka Accessmodellens (om transkulturell omvårdnad) användbarhet	Kvantitativ, frågeformulär	England
Narayanasamy, A. (2003)	126 registrerade sjuksköterskor	Undersöka hur sjuksköterskor svarar på patienters kulturella behov	Kvantitativ, frågeformulär	England
Prasad, V., & Darrad, K. (2003)	23 läkare	Undersöka läkares syn på ”cross-cultural” kommunikation	Kvantitativ, frågeformulär	England
Rehm, R. (2003)	25 vuxna mexikanska amerikanare	Beskriva kulturella möten, upplevda av mexikanska/amerikanska föräldrar, till barn med kronisk sjukdom	Kvalitativ, Intervju	USA
Remland, M., et al. (1995)	120 personer	Undersöka hur kultur, kön och ålder påverkar interpersonellt avstånd, beröring och kroppsorientering	Kvantitativ, videoinspelning	USA
Vydelingum, V. (2000)	13 kvinnor, tre män (fem hinduer, sex muslimer och fem Sikhs)	Att utifrån konsumentperspektiv (patienter från södra Asien, som exempel Indien, Pakistan med flera och religion; islam, hindu och Sikh) beskriva erfarenhet och åsikter, av och om upplevd sjukhusvård	Kvalitativ, semistrukturerad intervju	England
Widmark, C., et al. (2002)	26 barnmorskor	Undersöka svenska barnmorskors uppfattningar och attityder till kvinnlig omskärelse och omskurna kvinnor, erfarenheter av att vårda omskurna kvinnor samt barnmorskornas beskrivning av erhållen utbildning om att vårda och förlösa omskurna kvinnor	Kvalitativ, individuell intervju samt fokusgrupp intervju	Sverige

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Box 1236

462 28 Vänersborg

Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99

www.htu.se