



# **Sjuksköterskors upplevelser av möten med patienter från andra kulturer och deras närstående**

– En intervjustudie om smärta

**Författare: Sevinç Bayar & Annette Ryckenberg**

**Handledare: Berit Finnström**

Enskilt arbete i omvårdnad, 10 p.  
Sjuksköterskeprogrammet, SSK 04:V2  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur/Högskolan Väst  
December 2006

<b>Arbetets titel:</b>	Sjuksköterskors upplevelser av möten med patienter från andra kulturer och deras närstående - En intervjustudie om smärta  Nurses` experiences of encounters with patients from other cultures and their next of kin – An interview study about pain
<b>Författare:</b>	Sevinç Bayar & Annette Ryckenberg
<b>Handledare:</b>	Berit Finnström
<b>Institution:</b>	Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan Väst
<b>Arbetets art:</b>	Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I
<b>Antal sidor:</b>	40
<b>Kurs:</b>	Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 04 V2
<b>Datum:</b>	December 2006

---

## ABSTRACT

**Background:** Many Swedish inhabitants origin from different countries with different cultures that may show pain in other ways than Swedes. The Swedish law stress that nursing care should be done individually according to the patient's capabilities and needs.

**Aim and Method:** The aim of this study was to describe nurses' experiences of encounters with patients from other cultures with pain, and also their next of kin. Qualitative interviews were carried out with seven nurses. The interviews were analysed with the starting point in Giger and Davidhizar's Transcultural Assessment Model and the six phenomena: communication, space, social organisation, time, environmental control and biological diversity.

**Result:** The result shows that the majority of the nurses were of the opinion that patients from other cultures express pain differently verbally and non-verbally. The next of kin was important for the patient. Fear, unknowledge and unfamiliarity sometimes made the nurses react in a way they did not want to. All phenomena, except biological diversity, were included in the result.

**Conclusion:** Better knowledge about other cultures and patients' view of illness and disease would make it easier for the nurse to understand the patient and to encounter differences in pain expression.

**Key words:** ethnicity, Giger and Davidhizar, nursing, pain, transcultural

**Nyckelord:** etnicitet, Giger och Davidhizar, omvårdnad, smärta, transkulturell

<b>INNEHÅLL</b>	
<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
<b>Kultur</b>	1
Kulturmöten	2
<b>Smärta</b>	3
Smärta ur ett kulturellt perspektiv	4
<b>Omvårdnad</b>	5
Etik ur ett kulturellt perspektiv	5
Omvårdnad av smärtpåverkade patienter ur ett kulturellt perspektiv	6
<b>Teorier och modeller</b>	7
Leiningers omvårdnadsmodell	7
Giger och Davidhizars Transkulturella Analys Modell	7
<b>SYFTE</b>	10
<b>METOD</b>	10
<b>Urval</b>	11
<b>Datainsamling och genomförande</b>	11
<b>Bearbetning och analys</b>	12
<b>Trovärdighet/validitet</b>	12
<b>Etiska överväganden</b>	13
<b>RESULTAT</b>	14
<b>Kommunikation</b>	14
Att kommunicera smärta	14
Att visa smärta på ett dramatiskt sätt	16
Att kommunicera missnöje	18
Att kommunicera avvikande åsikt	19
Skillnader mellan kön och generationer	20
Verktyg och strategier som underlättar kommunikationen	21
Att kommunicera via tolk	23
<b>Personlig och rumslig sfär (space)</b>	24
Närma sig med respekt	24
<b>Social organisation</b>	24
Familjens betydelse	24
Syn på manlig och kvinnlig vårdpersonal	25
<b>Tid</b>	26
Att vänta på sin tur	26
<b>Kontroll av omgivningen</b>	28
Egenvård	28
Stor tilltro till medicinsk behandling	28
<b>Biologiska skillnader</b>	28
Sammanfattning	29

<b>DISKUSSION</b>	30
<b>Metoddiskussion</b>	30
<b>Resultatdiskussion</b>	31
Kommunikation	32
Personlig och rumslig sfär (space)	34
Social organisation	35
Tid	36
Kontroll av omgivningen	36
Biologiska skillnader	37
<b>Konklusion</b>	37
<b>REFERENSER</b>	38
<b>BILAGOR</b>	
Intervjuguide	<i>Bilaga 1</i>
Brev med förfrågan till verksamhetschef	<i>Bilaga 2</i>
Brev med förfrågan till avdelningschef	<i>Bilaga 3</i>
Brev med förfrågan till sjuksköterska	<i>Bilaga 4</i>
Informationsbrev till sjuksköterska	<i>Bilaga 5</i>

## **INLEDNING**

I det svenska samhället finns människor från många länder med olika kulturella bakgrunder. I mötet mellan människor som kommer från olika kulturer kan det lätt uppstå kommunikationsproblem i olika kontexter. Detta har vi upplevt under tidigare yrkesverksamhet och under vistelse i andra kulturer än vår egen. Vi hade även lagt märke till att det finns kulturella olikheter i att visa smärta. Vår nyfikenhet på dessa kulturella skillnader väcktes ytterligare när detta ämne diskuterades under utbildningen. I vår blivande profession som sjuksköterskor behövs kunskap om att människor från olika kulturer förmedlar smärta på olika sätt, men också kunskap om att det finns individuella skillnader inom en och samma kultur. Kunskapen om detta är viktig för att patientens smärtbehandling skall bli optimal.

## **BAKGRUND**

### **Kultur**

Ordet kultur är svårt att definiera eftersom det är så undanglidande och obestämt (Illman & Nynäs, 2005). Vilken betydelse ordet har beror på i vilket syfte, sammanhang samt i vilket vetenskapligt perspektiv det används. Några uppfattningar är att kultur handlar om identitet, mänsklig sammanhållning och likheter - olikheter (Helman, 2000; Barbosa da Silva & Ljungqvist, 2003; Illman & Nynäs, 2005). Kultur omfattar olika typer av trosföreställningar, övertygelser och kunskaper om människan, naturen och samhället. Dessa uttrycks i seder, bruk, lagar, moral och konst samt vanor och färdigheter som en grupp av människor, folk eller nation förvärvat under kortare eller längre tid på en bestämd plats på jorden (Barbosa da Silva & Ljungqvist, 2003). Om man inte ärver dessa övertygelser och trosföreställningar har gruppen inga riktlinjer för hur den skall bete sig. Kultur kan ses som en ärvd lins genom vilken individen upplever och förstår den värld som han lever i. Utan en sådan upplevelse skulle sammanhang och kontinuitet i en mänsklig grupp vara omöjlig (Helman, 2000). Globaliseringen har fört med sig större behov av konkreta modeller och strategier för hur man bör klara av kulturmöten (Illman & Nynäs, 2005). Trots det får vi inte glömma bort det faktum att människor oavsett kultur, har samma primära och sekundära behov (Barbosa da Silva & Ljungqvist, 2003).

## **Kulturmöten**

Ett möte mellan vårdgivaren och patienten är ett möte mellan två personer med var sin historia. Det kan till exempel vara ett möte mellan frisk - sjuk, arbetare - arbetslös, ung - gammal och svensk kultur - annan kultur. I sådana möten är det inte lätt att hitta en våglängd att samtala på där båda förstår varandra rätt (Brattberg, 1998). Dessa möten kan ta formen av en kulturdialog eller en kulturkonfrontation. En kulturkonfrontation betraktas som negativ och kan uppstå då det finns fördomar hos båda parter om varandras attityder, tankesätt, livssyn, religiösa uppfattningar, beteende och värderingar. Fördomar kan också uppstå på grund av missförstånd och bristande kunskap. En kulturdialog räknas som positiv och sker när parterna kommunicerar med varandra på ett meningsfullt sätt. Denna kulturdialog ger uttryck för respekt och förståelse för varandra (Barbosa da Silva & Ljungqvist, 2003). Det är vårdarens ansvar att söka och finna den rätta våglängden för att möten mellan individer från olika kulturer skall bli positiva (Brattberg, 1998).

Det bästa sättet för vårdaren att skapa ett positivt möte, är att ta på sig "kulturglasögonen". Dessa glasögon får den person som har självkänedom och stor kunskap om den egna kulturens inflytande. Genom att vårdaren sätter ord på sina rädslor inför den andra personen, den som är främling, kan vårdaren få ökad kunskap om vad som håller på att ske inom honom/henne. Att ha sina rädslor och erkänna dem kan hjälpa vårdaren att göra någonting åt problemen medan ett förnekande kan leda till att problemet befästs (DeMarinis, 1998).

Begrepp som ofta nämns i kommunikationen mellan olika kulturer är tvärkulturell, interkulturell och transkulturell. Dimpleby och Burton (1997) använder sig av begreppet tvärkulturell och betonar att det inte är kulturer som kommunicerar med varandra utan det är individerna i kulturen som kommunicerar tvärs över kulturskillnaderna. Scollon och Wong Scollon (2001) menar detsamma men väljer att använda begreppet interkulturell kommunikation. Dimpleby och Burton (1997) refererar D'Ardenne och Mahtani som menar att de hellre använder ordet transkulturell eftersom de vill betona den aktiva och ömsesidiga process som de menar att det handlar om. Det finns några

tänkvärda faktorer som är bra att lägga på minnet vid kommunikation tvärs över en kulturklyfta:

- Människor har grundläggande skillnader i världsuppfattning. Vissa tänker mer individualistiskt och andra tänker mer kollektivistiskt
- Det kan finnas skillnader i verbalt och icke verbalt språk. Problem kan uppstå när människor vill vara kulturellt korrekta men inte har kunskapen om den andra kulturens kommunikationsmönster.
- Undvik att generalisera och kategorisera folk och kulturer eftersom varje individ är unik. Skillnader behöver inte bero på kulturen utan det kan finnas ekonomiska och sociala orsaker till människors beteende (Helman, 2000; Scollon & Wong Scollon, 2001).

## **Smärta**

Begreppet smärta definieras av The International Association for the Study of Pain (IASP, 1994) som en obehaglig känsla och emotionell upplevelse som oftast orsakas av inträffad vävnadsskada eller upplevs som associerad med vävnadsskada. Smärta är alltid subjektiv och varje individ lär sig att tillämpa begreppet genom tidigare erfarenheter av skador i livet. Även en person med bristande förmåga att kommunicera verbalt kan uppleva smärta och vara i behov av lämplig smärtbefriande behandling. Werner och Strang (2003) menar att IASP:s definition är begränsad eftersom alla individer inte har erfarenhet av skador i livet, till exempel nyfödda. De menar istället att människan inte behöver denna erfarenhet för att känna smärta eftersom smärta är en sensorisk upplevelse som liksom andra sinnesupplevelser inte behöver relateras till tidigare erfarenheter eller innehålla någon referensram.

Upplevelsen av och reaktionen på smärta påverkas av fysiologiska, psykologiska, sociala och kulturella faktorer/dimensioner. Eftersom människan utgör en helhet påverkar dessa varandra även om de ses som skilda och är svåra att dra klara gränser mellan. Smärta är en komplicerad, privat och subjektiv upplevelse av lidande som

uttrycks individuellt och därför också är unik för varje enskild person (Sarvimäki, 1996; Brattberg, 1998; Hawthorn & Redmond, 1999).

### **Smärta ur ett kulturellt perspektiv**

Zborowski (1952) var bland de första att forska om hur kulturella mönster kan påverka en persons attityder och reaktioner på smärta. Han fann att personer som uttrycker smärta på ett liknande sätt, till exempel judar och italienare, ändå kan ha olika attityder och inställningar till smärta. Om en jude eller italienare invandrar till USA kommer kommande generationer att få samma beteende som amerikanerna men deras attityder kommer trots det fortfarande oftast att vara judiska eller italienska. Hur personen inom den kulturella gruppen agerar beror ofta på vilka normer för olika åldrar, kön och individuella sociala positioner som förekommer inom gruppen.

I de samhällen som värderar stoicism och mod högt, till exempel anglosaxerna, förväntas det att personen håller smärtan för sig själv och inte visar några tecken utåt på att det gör ont. Denna stoiska syn har även många skandinaver som ofta håller inne med sin smärta tills det krävs höga doser läkemedel, för att lindra den (Hanssen, 1999). I en del kulturer är smärtsamma riter en naturlig del i övergången från pojke till man. Ett exempel är Cheyenne indianer som gör självtortyr för att visa sin manlighet och för att öka sin sociala prestige (Helman, 2000). I en annan studie ansåg spansktalande cancerpatienter från Mexico och Centralamerika att deras smärta var en del av livet och berodde på Guds vilja (Juarez, Ferrell & Borneman, 1998).

I andra kulturer är det mer accepterat att högljutt ge utlopp åt sin smärta. Patienter från öriket Puerto Rico, inflyttade till New England, USA, visade ett större behov att uttrycka sin smärta genom klagan, grimaser och stön, än de som var födda i New England. Detta ledde ibland till missförstånd hos sjuksköterskorna, många av dem angloamerikaner, som uppfattade patientens beteende som olämpligt, speciellt för en man (Bates, Rankin-Hill & Sanchez-Ayendez, 1997).



## **Omvårdnad**

Inom hälso- och sjukvården finns ingen vedertagen definition på begreppet omvårdnad. Däremot kan omvårdnadsarbetets syfte, innehåll, metoder med mera beskrivas enligt följande: ”Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död” (SOSFS 1993:17). För att kunna bedöma vad som är god omvårdnad i varje enskilt fall krävs relevanta kunskaper från olika områden; natur-, samhälls- och beteendevetenskap samt humaniora. Det är viktigt att inte bara se till sjukdomstillståndet utan all personal bör ha ett helhetsperspektiv. Även Barbosa da Silva och Ljungquist (2003) betonar vikten av att ha en holistisk syn på vården och anser att patienterna därigenom får sina fysiologiska, psykologiska, existentiella, andliga och även sociokulturella behov tillfredställda.

## **Etik ur ett kulturellt perspektiv**

En förutsättning för transkulturell omvårdnad är att offentliga förvaltningar och sjukvårdsväsenden skaffar sig kunskaper om invandrargrupperna och deras särskilda behov (Hanssen, 1999). Denna kulturella kompetens har under de senaste decennierna blivit ytterligare ett område inom sjuksköterskans professionella verksamhet. Den är en viktig kunskap för att inte agera utifrån standardiserade föreställningar om vad som kulturellt utmärker en grupp människor (Malmsten, 2001).

Sjuksköterskan har fyra grundläggande ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Behovet av vård är universellt och omvårdnad skall ges utan hänsyn till ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status (International Council of Nurses, ICN, 2000). Socialstyrelsen anser att dessa etiska riktlinjer bör ligga till grund för sjuksköterskans arbete såväl som ett vetenskapligt förhållningssätt (Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, 2005).

Individuellt anpassad information angående patientens hälsotillstånd skall ges av hälso- och sjukvårdspersonal (SFS 1982:763). Detta kan bli problematiskt på grund av språksvårigheter, symboltolkning och olika uppfattningar om sjukdom och behandling.

Eftersom patienten har rätt till information har sjuksköterskan en skyldighet att skaffa tolk (Hanssen, 1999).

### **Omvårdnad av smärtpåverkade patienter ur ett kulturellt perspektiv**

Davidhizar och Giger (2004) har gjort en litteraturgenomgång rörande vård av smärtpåverkade patienter från olika kulturella bakgrunder. Litteraturgenomgången resulterade i sju strategier hos sjuksköterskor för att möta patienters smärta över kulturgränserna. 1. Användning av lämpliga bedömningsinstrument, 2. Bedöma variationer i hur man känslomässigt svarar på smärta, 3. Vara känslig för variationer i olika sätt att kommunicera, 4. Ha kunskap om och kunna känna igen att det kan vara oacceptabelt att kommunicera smärta inom en kultur, 5. Förstå att betydelsen av smärta varierar mellan kulturer, 6. Tillvarata kunskap om biologiska variationer, 7. Utveckla personlig medvetenhet om värderingar och uppfattningar vilket kan komma att påverka hur vårdpersonalen bemöter smärtan. Om vårdpersonalen ska kunna svara för omvårdnaden av den smärtpåverkade patienten på ett terapeutiskt och kulturellt lämpligt sätt är förståelse av smärta ur ett kulturellt perspektiv absolut nödvändigt (Davidhizar & Giger, 2004).

Svenska senior immigranternas hälsa har studerats av Emami, Benner och Ekman (2001). De har analyserat på vilket sätt immigranterna från Iran blev medvetna om, upplevde och förklarade sin hälsosituation. Personens kulturella bakgrund och livsvärld kunde direkt kopplas ihop med immigranternas upplevelse av hälsa. Att flytta till ett annat land innebar stor förändring av tidigare levnadsförhållande. För att patienten skall få förtroende och uppleva hälsa krävs att sjuksköterskan genom omvårdnadsanamnesen tar reda på patientens livsvärld. Denna omfattar patientens bekymmer och förståelse för innebörden av deras ohälsa i relation till dessa bekymmer.

Sjuksköterskan bör också värdera tro, strategier och vanor relaterat till patientens tillvägagångssätt för att bibehålla hälsa. Dessa värderingar medför att en dialog skapas mellan målen för den medicinska behandlingen och patientens egna mål, styrkor och resurser för att uppnå hälsa. Målet är inte att ersätta livsvärlden med medicinska ingripanden utan snarare att dessa två världar ska göras jämförbara och ömsesidigt stödja varandra (Emami, m.fl., 2001).

## **Teorier och modeller**

### **Leiningers omvårdnadsmodell**

Den amerikanske forskaren Madeleine Leininger är en omvårdnadsteoretiker som arbetat med att utveckla en metod och teori där olika kulturers traditioner, värderingar och kunskaper relateras till vården. Under sin kliniska specialistutbildning i barnpsykiatri såg hon att barn från olika kulturer reagerade olika på sjuksköterskornas åtgärder och insåg då att skillnader i kulturell bakgrund mellan sjuksköterska och patient inverkar på omvårdnadsresultatet. Insikten ledde till utvecklandet av en holistisk omvårdnadsmodell kallad soluppgångsmodellen, the Sunrise model (Reynolds & Leininger, 1993).

Eftersom samhället snabbt blivit mångkulturellt ligger det i tiden att sjuksköterske studenter studerar teorier som får dem att börja tänka kulturellt på individanpassad omvårdnad relaterat till hälsa och sjukdom (Reynolds & Leininger, 1993). Professionell omvårdnad ses som kognitivt och kulturellt inlärd beteenden, tekniker, processer eller mönster, som kan möjliggöra eller hjälpa en individ, familj eller samhälle att behålla eller förbättra önskvärda hälsotillstånd eller livssituation.

Soluppgångsmodellen har utvecklats för att hjälpa sjuksköterskor att få en överblick över de komponenter som antas förklara och påverka den kulturellrelaterade omsorgen. Dessa är ekonomi, teknologi, religion, kulturellt betingade värderingar, verklighetsuppfattning, släktband, etno-historia, miljö och språk. Genom att systematiskt undersöka dessa delar kommer sjuksköterskan att bli varse den mänskliga omsorgens inverkan på hälsa och välbefinnande hos individer, familjer, samhällen och institutioner (Reynolds & Leininger 1993).

### **Giger och Davidhizars Transkulturella Analys Modell**

Giger och Davidhizar (2004) har med utgångspunkt i Leiningers omvårdnadsmodell gjort en egen analysmodell. För att kunna erbjuda kompetent vård under 2000-talet bör sjuksköterskan ha förmågan att kombinera omvårdnadskonst med analytiska kunskaper. Med detta visar hon på kunskap om hur olika kulturer uppstått och hur vitt sjuksköterskans perspektiv på hälsovård måste vara. Giger och Davidhizar saknade

adekvata modeller för att kunna utvärdera kulturella variabler och deras effekter på hälsa och sjukdomsbeteende och gjorde därför en egen, Transcultural Assessment Model. Modellen inkluderar fem metaparadigm: 1. transkulturell omvårdnad och kulturellt mångsidig omvårdnad, 2. kulturellt kompetent omvårdnad, 3. kulturella unika individer, 4. kulturella känsliga omgivningar samt 5. hälsa och hälsostatus baserad på kulturellt specifika beteenden vad gäller hälsa och ohälsa. Vi har valt att fokusera på det första metaparadigmet som är mer detaljerad och omfattande än de övriga.

Det första av metaparadigmen: transkulturell omvårdnad och kulturellt mångsidig omvårdnad innefattar sex kulturella fenomen: kommunikation, personlig och rumslig sfär (space), social organisation, tid, kontroll av omgivningen och biologiska skillnader. Dessa fenomen har använts i modellen som strukturella ramar för att kartlägga de kulturella variablerna (Giger & Davidhizar, 2004).

Kommunikation: Genom kommunikation sker en ständigt pågående process med vilken en person påverkar någon annan genom till exempel skrivet eller talat språk, gester, ansiktsuttryck samt kroppsspråk. I kommunikationen uppstår det ständigt språkbarriärer mellan sjuksköterska och patient, speciellt då det finns olika kulturella bakgrunder. När kommunikationen blir bättre förbättras också den fysiska läkningsprocessen. Avgörande är också kommunikationen med patientens familjemedlemmar (Giger & Davidhizar, 2004).

Personlig och rumslig sfär (space): Rumslig sfär, eller den yttre sfären, är det område som omger en persons kropp och den personliga sfären, den inre sfären, är medvetandet. Nivån för när en individ känner sig bekväm relateras till dessa båda sfärer. Om den personliga sfären angrips uppstår en känsla av obehag. Som patient kan det leda till att det personliga reviret inskränks och att autonomin minskar. Fastän den personliga sfären är individuell och varierar med situationen, varierar den också från kultur till kultur. Sfären uppfattas genom sinnen: syn, lukt, hörsel och det personligaste av dem; känsel/beröring. Beröring och synintryck är dock så sammanflätade att de är svåra att skilja åt (Giger & Davidhizar, 2004).

Social organisation: Kulturellt beteende är socialt nedärvt, inte genetiskt, och innebär hur någon agerar i vissa situationer relaterade till händelser i livet. De händelser som är speciellt transkulturella är födelse, död, pubertet, barnafödande, barnuppfostran, att inte känna sig frisk (*illness*) och sjukdom (*disease*). Tro, värderingar och attityder lärs in redan som barn och varar oftast genom hela livet. Familjens betydelse och hur olika kön och generationer förhåller sig till varandra kan skilja stort. Eftersom familjen i många kulturer är en stor och viktig del av patienten bör sjuksköterskan se familjen både som patient och som miljö runt den sjuke (Giger & Davidhizar, 2004).

Tid: Konceptet att "tiden går" är ett välkänt begrepp för de flesta oavsett kultur, då dagar och nätter kommer och går. Att ha en känsla för tiden är något som lärs in som barn och blir en naturlig del innan medvetenhet finns om dess betydelse inom den kulturella grupp barnet tillhör. Hur viktigt ordet är och hur man tolkar dess innebörd varierar mellan olika kulturer. Tid och punktlighet skiljer sig betydligt från plats, region, stad och land. Innebörden av begrepp som *nu* och *senare* kan ha mycket olika betydelse inom olika etniska och kulturella grupper (Giger & Davidhizar, 2004).

Kontroll av omgivningen: Hälsa kan ses som en balans mellan individ och omgivning. Kontroll av omgivningen betyder möjligheten för en individ, från en kulturell grupp, att påverka/ingripa i händelser som kontrollerar naturen och miljön. En person kan ha *internal* eller *external locus of control*. *Internal locus of control* innebär att en person tror att det finns ett samband mellan handling och resultat och att fenomen som förebyggande av hälsa, kurativa hälsoaktioner och känsla av välbefinnande kan påverkas positivt eller negativt. Motsatsen, *external locus of control*, innebär en syn på framtiden som ett resultat av lycka och chansningar. Att påverka en person som har *external locus of control* genom att till exempel motivera till förebyggande hälsofrämjande aktiviteter är svårare för sjuksköterskan (Giger & Davidhizar, 2004).

Biologiska skillnader: Precis som två individer är olika, skiljer sig även raser och kulturella grupper åt biologiskt. De flesta studier i USA utgår från den vita rasen som referens. Eftersom dessa studier av längd, utveckling, nutrition och andra biologiska fenomen har utförts på vita har inte sjuksköterskan, trots tillgängliga standardiseringsnormer, reflekterat över biologiska avvikelser hos olika etniska grupper.

Avvikelser mellan olika kulturer kan finnas i kroppsbyggnad, vikt, hudfärg, enzymupptagning, metabolism och elektriska hjärtfunktionsmönster (Giger & Davidhizar, 2004).

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av möten med patienter från andra kulturer som hade smärta och även mötet med deras närstående.

## **METOD**

Vi valde att göra en empirisk intervjustudie. Ordet empiri kan översättas med erfarenhet. I en empirisk studie grundas kunskaperna på data från det vi uppfattar genom våra sinnen. En kvalitativ metod med öppna intervjufrågor användes för att ge informanterna utrymme att svara med egna ord. En intervjustudie med deduktiv ansats kännetecknas av att forskaren utgår från befintlig teori (Patel & Davidsson, 2003). Eftersom vi utgick från Giger och Davidhizars transkulturella analys modell användes en deduktiv ansats. För att underlätta för sjuksköterskorna att beskriva sina upplevelser utgick vi från två öppna frågor:

- Berätta om ett tillfredställande och positivt möte med en smärtpatient från en annan kultur.
- Berätta om ett mindre tillfredställande möte med en smärtpatient från en annan kultur.

När begrepp som kunde härledas till Giger och Davidhizars sex kulturella fenomen framkom under intervjuens gång ombads sjuksköterskorna att närmare utveckla dessa. För att inte påverka sjuksköterskorna valde vi att inte nämna modellen eller de sex fenomenen under intervjun. Intervjuerna analyserades sedan deduktivt utifrån de olika fenomenen. I vår studie har vi fokuserat på hur begreppet smärta framkommer i sjuksköterskors möte med patienter från andra kulturer. Till vår hjälp utarbetade vi en intervjuguide (Bilaga 1), (Kvale, 1997). Intervjuguiden innehöll intervjufrågorna och de sex fenomenen, som kunde utvecklas om informanten nämnde någon av dem under intervjun.

## **Urval**

Sju sjuksköterskor på en akutmottagning på ett medelstort sjukhus i södra delen av Sverige intervjuades. Valet av akutmottagning gjordes med tanke på att dit kommer ett stort antal patienter från olika kulturer för att få hjälp med smärta.

Sjuksköterskorna som intervjuades hade alla en etnisk bakgrund från de skandinaviska länderna och det övervägande antalet var kvinnor. Den genomsnittliga åldern var 42 år (variation 25-55 år). Genomsnittligt antal år i yrket var 17 år (variation 2-32 år). Vi hade som enda krav att informanterna skulle ha arbetat som sjuksköterska i minst sex månader.

## **Datainsamling och genomförande**

Kontakt togs via telefon med avdelningschefen som gav muntligt samtycke till att genomföra studien. Avdelningschefen informerade sjuksköterskorna på akutmottagningen om att vi önskade intervjua sju sjuksköterskor. När avdelningschefen fått intresseanmälan från sju sjuksköterskor arrangerades tid och plats för intervjuerna. Missivbrev skickades via mejl till avdelningschefen som vidarebefordrade dessa till verksamhetschef och sjuksköterskor (Bilaga 2, 3, 4). Senare skickades även ett informationsbrev tillsammans med intervjufrågorna till sjuksköterskorna (Bilaga 5). Verksamhetschefens underskrift skickades till oss via post innan första intervjun ägde rum.

För att pröva intervjufrågorna och öva på intervjuteknik gjorde vi var sin pilotintervju med två sjuksköterskor. Övningarna ledde till enstaka korrigeringar i intervjufrågorna. Dessa intervjuer ingår inte i resultatet. Genom att göra pilotintervjuer före den egentliga intervjun ökar intervjuaren förmågan att skapa ett tryggt och stimulerande samspel (Kvale, 1997).

Intervjuerna utgick från de korrigerade frågorna. Intervjuerna genomfördes som ett samtal med följdfrågor där informanterna uppmanades berätta om sina erfarenheter. Intervjuerna ägde rum i ett enskilt rum i anslutning till akutmottagningen under en två

veckors period. Varje enskild intervju varade mellan 20 och 40 minuter och spelades in på ljudband.

Intervjuerna transkriberades ordagrant av den av oss som gjort intervjun. För att göra rättvisa åt informanterna skrev vi till exempel *och* istället för *å*, *ja* istället för *aaa* och så vidare. Detta gjordes med tanke på hur informanterna själva skulle ha velat formulera sig i skrift vilket Kvale (1997) menar är möjligt vid redigeringen av en text. Intervjuutskriften lästes och avlyssnades av den andra författaren för att se och höra att inget var missat.

## **Bearbetning och analys**

För att få en helhetskänsla lästes de sju intervjuerna igenom enskilt av båda författarna flera gånger. Innehållet gavs en preliminär kod, vilket också gjordes enskilt. Texten lästes åter igenom och tillsammans färgmarkerades de kodade avsnitten med en färg för vart och ett av Giger och Davidhizars fenomen. Därefter sorterades all text för respektive fenomen/färg i varje intervju för sig under kommunikation, personlig och rumslig sfär (space), social organisation, tid, kontroll av omgivningen och biologiska variationer (Giger & Davidhizar, 2004). Det innebar att all text som handlade om till exempel kommunikation plockades ut för sig och sattes ihop till en analysenhet. Innehållet i respektive analysenhet jämfördes gällande skillnader och likheter. De ursprungliga kodorden samlades i kategorier under respektive fenomen. De olika kodorden och kategorierna fick under arbetets gång nya namn och placeringar. Under de sex kulturella fenomenen framkom 13 olika kategorier. Under analysen framkom ingen text som passade in under fenomenet biologiska variationer. Intervjuerna analyserades också med utgångspunkt i sjuksköterskornas beskrivningar av tillfredsställande och mindre tillfredsställande möten.

## **Trovärdighet/validitet**

För att stärka validiteten i en kvalitativ studie skall forskaren noga beskriva forskningsprocessen. Med början i hur forskningsproblemet uppstod, forskarens förförståelse, hur informanterna valts ut och hur den teoretiska kunskapen spelat in. Vidare i vilka situationer studien har genomförts, hur information samlats in och



transkriberats, hur analysen genomförts och hur resultatet redovisats (Patel & Davidsson, 2003). Det övervägdes noga hur informationen inför intervjun skulle ges, hur intervjuguiden skulle se ut för att inte innehålla ledande frågor och hur intervjusvaren skulle tolkas så neutralt som möjligt för att stärka validiteten. Ett annat sätt att stärka validiteten är att visa representativa citat från den transkriberade texten (Graneheim & Lundman, 2003).

## **Etiska överväganden**

Forskaren följer de fyra allmänna huvudkrav för att rätta sig efter de forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 1990). Dessa krav kallas informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet. Informationskravet upplyser om vilka villkor som gäller för uppgiftslämnarens deltagande, som till exempel frivillighet och om rätten att avbryta. Samtyckeskravet innebär inhämtande av uppgiftslämnarens samtycke och ger den rätt att självständigt bestämma om, hur länge och på vilka villkor den vill delta. Om den önskar avbryta skall inga negativa följder eller påtryckningar ske. Om en informant står i ett beroendeförhållande till forskaren skall frågor om information och samtycke ägnas särskild uppmärksamhet vid etikprövningen (SFS 1998:204). Konfidentialitetskravet handlar om att största konfidentialitet åt uppgiftslämnare skall ske genom att handhavande av anteckningar, lagring och avrapportering görs på ett sådant sätt att uppgiftslämnare ej kan identifieras. Nyttjandekravet innebär att uppgifter som insamlats för forskningsändamål ej får användas i annat syfte utan medgivande av uppgiftslämnaren (Vetenskapsrådet, 1990).

Innan intervjuerna påbörjades delades skriftlig information ut om hur intervjuerna skulle genomföras. Information gavs om frivillighet, möjlighet att avbryta, avidentifiering av enskilda svar och personuppgifter, var studien kommer att publiceras samt att även vår handledare har tillgång till materialet. Vid intervjutillfället upprepades informationen muntligt gällande frivillighet, rätten att avbryta samt avidentifiering. Även samtycke till intervjun gavs genom namnunderskrift. Intervjuanteckningarna och banden har förvarats säkert på skilda håll och inga namn nämns i arbetet. Från början var intervjuperson ett lika med A och så vidare, men ändrades sedan för att minimera risken för igenkännande

## **RESULTAT**

Vi bad sjuksköterskorna berätta om tillfredställande och positiva möten med en smärtpatient. Möten som många gånger var uppjagade och aggressiva slutade ofta positivt när patienten blev smärtlindrad. Anhöriga som kunde tolka direkt och patienter som visade ett "svenskt" smärbeteende ledde till snabbare smärtlindring och positivare möten. Patienter som ansåg sig sedda och bemötta på ett bra sätt visade sin tacksamhet verbalt eller genom att nicka eller att ge en kram.

Mindre tillfredställande möten med smärtpatienter var när patienterna inte orkade vänta på sin tur och menade att de fick vänta för att de var invandrare. När patienterna högljutt och dramatiskt visade smärta var det svårt att veta hur ont patienten hade, vilken smärtlindring som skulle ges och hur sjuksköterskan skulle förhålla sig. Flera patienter efterfrågade antibiotika och var missnöjda när de inte fick sin förväntade behandling.

Intervjuerna har också analyserats med utgångspunkt i de sex kulturella fenomenen i Giger och Davidhizars transkulturella analysmodell: kommunikation, personlig och rumslig sfär (space), social organisation, tid, kontroll av omgivningen och biologiska skillnader (Giger & Davidhizar, 2003). I intervjumaterialet framkom inte det sjätte fenomenet, biologiska skillnader.

Alla patienterna i resultatet var invandrapatienter med antingen fysisk eller psykisk smärta men de benämns enbart som "invandrapatient" eller "patient". För att intervjupersonerna ska behålla sin konfidentialitet kommer alla sjuksköterskor, oavsett kön, att benämnas som "hon" i resultatet.

### **Kommunikation**

#### **Att kommunicera smärta**

På akuten hade sjuksköterskorna god erfarenhet av att träffa patienter från andra kulturer. Majoriteten av informanterna ansåg att dessa patienter oftast uttryckte smärta på annorlunda sätt än vad svenskar gjorde både verbalt och med sitt kroppsspråk.

I D: Kanske att dom visar smärtan lite mer, på nåt vis att dom hörs mer. De liksom, ligger inte och håller inne på sin smärta och har jätteont men ligger blixst stilla och tysta liksom utan att man hör att de har ont.

En sjuksköterska menade att alla kulturer har olika nyanseringar i språket. Även om kunskaperna i svenska var goda trodde hon det var svårt för patienten att uttrycka exakt hur den kände sig då patienten och sjuksköterskan inte hade samma förståelse för språket. Hon menade att patienten kunde säga vilken kroppsdel smärtan satt i men det var svårare att beskriva smärtan som till exempel molande eller svidande. Några andra informanter menade att kommunikationsproblemen gjorde att det var svårt för dem att få respons på den smärtlindring de givit patienten vid kommunikationsproblem. En sjuksköterska menade att sjukvårdspersonalen inte tolkar patienten rätt alla gånger. Det var därför viktigt att vara medveten om att det som patienten förmedlar på svenska kan ha en annan betydelse än de ord som sägs.

I G: det används ord ibland... där tror jag också att där är också språket tror jag att man vet inte riktigt vad vissa saker betyder och hur jag tolkar det

Intervjupersonen trodde att denna språkförbistring kunde ligga bakom att invandrarpatienter var mera högljudda.

Det var svårt att jämföra smärta mellan olika kulturella grupper men gällande undersökningar som till exempel blodprovstagning, som utförs på samma sätt på alla, gjorde en av informanterna en jämförelse. Hon hade där sett att många etniska patientgrupper uttryckte smärtan mer högljutt än svenska patienter. Andra grupper, som patienter med finskt ursprung, visade inte smärta ens när de hade en hjärtinfarkt. Sjuksköterskan hade i båda fallen svårt att göra en riktig bedömning av patientens smärttillstånd. Flera informanter hade erfarenhet av att finländare var tåligare, de bet ihop och visade inte att de hade ont.

I B: så frågade jag har du fått nått smärtstillande, han hade någonting med hjärtat. Nja, han hade, nej han hade inte tagit det. Jag sa ska du inte, vill du inte ta någonting. Nej, han

liksom neka väldigt länge, han ville inte ha men...//...Till slut så, fick jag då ordination och gick in och han blev ju bättre och smärtan släppte.

När smärtan släppte var den finska patienten mycket tacksam och erkände att han haft ont men att det vanligtvis brukade gå över av sig självt.

En annan sjuksköterska berättade att de eritreaner hon stött på var ganska tysta och istället visade mer med kroppsspråket var de hade ont. Sjuksköterskan visste inte om beteendet berodde på språklig förbistring, rädsla eller om det var ett kulturellt uttryck. Rädslan skulle i så fall kunna vara relaterad till erfarenheter av sjukvård i sitt hemland och i Sverige och det kulturella beteendet kunde bero på hur eritreaner uttrycker smärta i den egna kulturen.

### **Att visa fysisk och psykisk smärta på ett dramatiskt sätt**

Flera av de intervjuade sjuksköterskorna berättade om invandrarnas dramatiska sätt att visa smärta och känslor. En av dem skildrade en arabisktalande kvinna som fick vänta länge på smärtstillande på grund av att diagnosen var svår att ställa. Detta ledde till läkarbyte och det drog då ut på tiden innan ny undersökning kunde ske. Efter att flertalet gånger ha bett om smärtstillande utan att ha fått det, lade sig kvinnan ute på golvet i korridoren. Sjuksköterskan tyckte att patienten uppträtt på ett naivt sätt men förstod hennes desperation och tyckte att patienten hade fått lida i onödan. En annan informant tog upp en kollegas patientfall som hon bevittnat. Patienten hade en känsla av att inte överleva sin smärta. Kollegan tog hand om situationen men patienten var inte tillfredställd utan gav sig på akutmottagningens inredning på vägen ut innan han försvann. Informanten menade att beteendet skiljde sig från svenskt beteende men trodde att detta utagerande sätt var vanligt i den kultur patienten kom ifrån.

En sjuksköterska trodde att det låg i invandrarnas kultur att vara påstridiga för att få hjälp. Hon menade att invandrarna, efter att de blivit intagna på behandlingsrummet, stod mer utanför rummet och tittade uppfodrande på personalen i väntan på att få hjälp. Svenskar höll sig oftast inne på rummet med stängd dörr.

En av intervjupersonerna berättade om en bosnisk kvinna med svåra buksmärtor. Med sig i väntrummet hade hon en man som var väldigt stressad och agiterande. Kvinnan var mycket högljudd och hördes ända in på avdelningen. Personalen misstänkte att hennes tillstånd var allvarligt och hon togs in på ett rum i väntan på undersökning. Personalen tittade till henne med jämna mellanrum men hade svårt att bedöma hennes smärta då svenska kunskaperna var dåliga och beteendet var annorlunda än vad personalen var van vid.

I C: sen så var hon väldigt så där att när hon var inne på rummet så var... och vi var utanför rummet och hade stängd dörr så var det knäpptyst men så fort man öppnade dörren lite på glänt och var på väg in så började hon att skrika och hon blev mer och mer stressad och sen så kunde man gå ut igen och så blev det tyst och så nästa gång man gick in så började hon skrika igen

När doktorn inte hittade något fel blev både kvinnan och mannen arga och menade att de inte togs på allvar.

Vid sorg och psykisk smärta i samband med dödsfall kunde närstående visa ett självdestruktivt beteende som kunde vara skrämmande för svenskar som var mindre vana vid stora känslostormar.

I G: man drog sitt hår så att det var stora tussar ute i ambulanshallen och man slog liksom sina knytnävar och huvud i väggen därute så att någon nästan segnade ner för att han liksom inte, ja han blev väl så påverkad utav att han dunkade sitt huvud i väggen hela tiden. Det är klart det här skrämmer ju mig och det är svårt att förhålla sig

Sjuksköterskan tyckte att invandrarna skulle få leva ut sin sorg och smärta oavsett situation men att det ställer andra krav på vårdpersonalen. Rädsla, okunskap och ovana för dessa situationer gjorde att sjuksköterskan kunde reagera på ett sätt som hon egentligen inte ville.

## **Att kommunicera missnöje**

Trots att alla sjuksköterskor uttryckte att de mötte patienterna på ett professionellt sätt hände det ibland att patienterna var missnöjda. Flera av intervjupersonerna berättade om patienter som sökt för tandvärk och som trodde att det alltid fanns en tandläkare till hands på akutmottagningen vilket det inte gjorde. Det enda som sjuksköterskorna var delegerade att erbjuda vid dessa tillfällen var smärtstillande över natten tills patienten kunde träffa sin tandläkare.

I A: Och rätt vad det är så slänger han upp dörrarna där...//...också på vid gavel kommer in och skriker och gapar att detta var ju det värsta och sämsta han har varit med om och blir verkligen hotfull. En sån här scen som jag aldrig glömmer för det är en sån här nästan filmscen. Han tog sin skjorta så här och phhg slet den så knapparna flög... för att riktigt visa sin frustration och sin smärta och var verkligen hotfull så det slutade med att vi fick ringa på vakten som fick komma och lugna ner det hela.

Verbalt hotfulla situationer uppstod ofta vilket ledde till rädsla hos personalen. Det kunde också bli hotfulla situationer då manliga närstående blev besvikna på bemötandet av sin mamma eller dotter eller att de inte fått den medicinska behandling som var förväntad.

I B: [mamman] skrek på sitt språk och var ju väldigt högljudd, det var hon och det var han också men han kunde ju svenska, kunde göra sig förstådd och förstå vad en annan sa också...//...Man har väl vart med om såna situationer förut, men visst den var väl lite hotfull för han var ju lite aggressiv och tyckte att vi var dåliga som inte tog hand om hans mamma

Flera intervjupersoner ansåg dock att många uppjagade situationer med smärtpåverkade patienter från andra kulturer trots allt ledde till positiva slut med tacksamma patienter. Uppjagade situationer kunde flera gånger vända till lugna fina möten efter patienten fått smärtstillande. En av intervjupersonerna trodde att patienterna blev bättre bemötta inom svensk sjukvård än i hemlandet och att det var därför som dessa visade stor tacksamhet.

I C: många utav dom är i alla fall väldigt, väldigt tacksamma för dom kanske inte var vana vid den här vården ifrån sitt hemland så de tycker att de blir mötta, bemötta på ett bra sätt och de tycker att vi tar hand om dom

### **Att kommunicera avvikande åsikt**

Flera intervjupersoner berättade om möten med smärtpåverkade patienter från andra kulturer som slutade med att ingen fysisk eller medicinsk orsak till smärtan kunde fastställas. Detta besked kunde i vissa fall till slut accepteras av patienten som fick gå hem utan behandling.

I C: men när doktorn hade förklarat att det är inga bekymmer med dig och du har inga inget fel på dig och då efter många om och men, så tog hon det och så gick dom hem... så hon köpte det där till slut. Sen så kom hon ju inte tillbaka så det gick väl över men... hon gick hem i alla fall så det löste sig ju till slut.

Intervjupersonen menade att i de fall där ingen fysisk orsak hittas till patientens smärta kan det finnas en psykisk orsak, särskilt om patienten är asylsökande och har flytt från krig och traumatiska händelser. Det finns då möjlighet att som sjuksköterska uppmärksamma doktorn på detta.

En sjuksköterska upplevde det svårt att förklara för invandrarföräldrar att barn kunde ha ont även om de var tysta. Föräldrarna kunde ibland inte förstå att andra barn, som låg tysta inne på sina rum på grund av att de var så dåliga att de inte orkade skrika, kunde ha mer ont än deras barn som skrek.

Några av intervjupersonerna menade att i de fall patientens beteende, trots knappa svenska kunskaper, inte skiljde sig från en svensk patients beteende, blev kulturmötena oftare positiva.

I F: Hennes smärtbeteende var väl inte mer ovanligt än för en svensk. Hon grimaserade, hon pekade på var hon hade ont. Hon förstod ju svenska och talade lite svenska också men hon var väl tyst för det mesta. Jag förstod ju på hennes kroppsspråk att hon hade

ont...//...Så att det mötet tyckte jag var bra det gick snabbt och hon fick den hjälp hon ville ha

I C: vi är väldigt vana och träffar mycket patienter från olika kulturer och de har ett annorlunda sätt mot svenska människor att uttrycka sin smärta...//...finns det föräldrar som tar det på ett bra sätt så brukar det bli jättepositivt det hänger mycket på föräldrarna. Är föräldrarna jättestressade... ja oroliga så smittar det av sig på barnet och det smittar av sig på oss och då blir det... inte ett lika bra möte

### **Skillnader mellan kön och generationer**

Majoriteten av informanterna ansåg att det bland invandrarna var de manliga patienterna eller medföljande manliga närstående som kunde vara mer påstridiga och hotfulla. Några sjuksköterskor menade att det var de unga männen, medan det bland svenskar var vanligast att det var de medelålders männen och kvinnorna som var de mest otåliga. Flera av informanterna tog upp att motsatsen kan förekomma och att även svenskar kan vara högljudda liksom det finns invandrare som är tysta.

I D: Oftast kan det ju vara så att äldre män och kvinnor, utländska, kanske inte pratar så bra svenska, kanske inte förstår så bra svenska heller, kanske har med sig yngre anhöriga, då är oftast den äldre personen som är sjuk väldigt tålig och tacksam för det man gör och så medan anhöriga kanske är lite mer påstridiga

Det var också olika hur män och kvinnor från andra kulturer uttryckte sig. Majoriteten av de intervjuade uttryckte att männen hördes mest.

I F: Jag upplever att män är oftast mer högljudda och kvinnor de ligger och gnyr eller kvider eller ja de sluter sig mer inåt, män vill gärna vara lite mer högljudda och visuella

En sjuksköterska var av annan åsikt och upplevde att invandrarkvinnorna uttryckte smärta på ett starkare sätt än invandarmännen. Hon kände igen kvinnornas uttryckssätt från TV och hade därför aldrig ställt sig frågan om varför de betedde sig som de gjorde. Informanten menade att beteendet inte kändes konstigt för invandrarkvinnan själv men att det kändes väldigt annorlunda och överdrivet för informanten som person.



## **Verktyg och strategier som underlättar kommunikationen**

Vid möten med smärtpåverkade invandrapatienter uttryckte de intervjuade sjuksköterskorna att de följde de riktlinjer som fanns på avdelningen och behandlade alla patienter lika oavsett kultur. En av intervjupersonerna tyckte att det fanns fördelar med att individualisera och bemöta människan bakom patienten utifrån deras behov. Invandrapatienter har ett annat behov av att bli sedda och mötta och genom att sjuksköterskan gjorde ett individuellt bemötande blev mötet dem emellan oftast positivt för båda parter menade intervjupersonen. Några sjuksköterskor trodde att personalen och svensk sjukvård kunde bli bättre på att hantera kulturmöten genom att tillägna sig en större kunskap om andra kulturer. Eftersom personal och patienter inte kände till varandras kulturer blev det kulturkonfrontationer.

I C: det handlar om att vi inte vet varandras kulturer sen tidigare tror jag...//...Vi behandlar ju utländska patienter precis som svenska patienter och det gäller att försöka sätta sig in i...och egentligen skulle man nog läsa på mer och ta reda på mer fakta om hur det är i deras hemländer så att man får mer kött på benen.

I möten med patienter där det uppstod kommunikationsproblem använde sig flera av intervjupersonerna av olika hjälpmedel. Det vanligaste hjälpmedlet var professionell tolk men det fanns även bildmaterial, olika skalor och ibland kunde kommunikationsproblem även lösas med hjälp av endast papper, penna och kroppsspråk. En av intervjupersonerna tyckte att hjälpmedlen som fanns användes alldeles för sällan. Det viktigaste var ändå att sjuksköterskan visade förståelse och empati för patienten med hjälp av sitt kroppsspråk.

I F: man får ju säga att kontakten blir bättre när man kan kommunicera på patientens hemspråk...//...absolut på ett mer nyanserat sätt de kanske bara på svenska kan säga vilken kroppsdel det är inte riktigt säga hur det gör ont...//...ibland får man visa med teckenspråk och ibland får man rita eller visa bilder.

Det var viktigare vid kulturmöten än andra möten att sjuksköterskan använde sig av all kunskap och alla sinnen vid en smärtbedömning. Några intervjupersoner menade att eftersom många invandrapatienter uttryckte smärta mer dramatiskt än vad många

svenskar gjorde kunde det vara svårt att smärtbedöma dessa patienter med hjälp av hjälpmedel som VAS-skalan. En av sjuksköterskorna berättade att invandrare vid användning av skalan kunde se opåverkade ut men ändå skatta sig till högsta steget (tio). Detta för en åkomma, som svenskar inte ser som ett allvarligt tillstånd, som till exempel halsont.

I C: Vi går ju mycket efter den här VAS-skalan de flesta kan ju säga att de ligger på en nio tio max i smärta medan kanske en annan hade legat på medel nånstans...//...det är svårt att veta hur ont de har man skall ju självklart lyssna på patienten och ge smärtlindring efter det men samtidigt så är det ju lätt att ge för mycket smärtlindring också

Informanten frågade sig hur dessa patienter skulle skatta sig vid benbrott när det inte fanns högre steg att gå än tio. Det var viktigt att ta patientens upplevelse på allvar men sjuksköterskans egen bedömning var svår att bortse ifrån. Detta ledde till att patienten fick mindre smärtlindring än vad den borde ha fått i relation till sin VAS-skattning. En annan av intervjupersonerna tyckte att de inom akutsjukvården var duktiga på att läsa av patientens smärttillstånd och att denna förmåga förbättrades med åren.

Vid möten med patienter som hade språksvårigheter gick flera av sjuksköterskorna annorlunda till väga. De uttryckte sig långsammare och tydligare både verbalt och med sitt kroppsspråk. En av dem hade också erfarenhet av att det inte var bra att förklara för mycket innan smärtlindring gavs eftersom språkförbistringen kunde leda till ökad smärta. Patienten var mer mottaglig för information efter smärtlindring och då kunde sjuksköterskan berätta vad som var gjort och varför. En av de intervjuade sjuksköterskorna bad patienten relatera sin smärta till tidigare upplevda smärtor då patienten hade svårigheter att förstå VAS-skalan på grund av språksvårigheter. Det var viktigt att se patientens kroppsspråk och lyssna på vad den har att säga oavsett kulturell bakgrund och att alla patienter uttrycker sin smärta mer personligt än kulturellt tyckte en av intervjupersonerna.

## **Att kommunicera via tolk**

Majoriteten av informanterna använde sig ofta av professionell tolk då det var språkproblem. Professionell tolkning kunde ske på olika sätt. Det vanligaste var att tolken kom till avdelningen. Det kunde också ske via telefontolk där luren räcktes fram och tillbaka mellan patienten och läkaren som turades om att prata med tolken. Tolkning via högtalartelefon där alla i rummet kunde höra allt samtidigt var ytterligare ett sätt vilken uppskattades mycket av alla parter berättade flera av informanterna.

Även närstående användes som tolk trots att flera av sjuksköterskorna tyckte att det var vanskligt. Närstående användes ändå i till exempel det akuta skedet. Detta för att den verbala kommunikationen mellan patienten och vårdpersonalen skulle börja omedelbart eftersom det kunde ta tid innan den professionella tolken kom. Närstående användes som tolk i de fall som de själva ville och kunde tolka, menade flera av informanterna. Det var då viktigt för personalen att vara säker på att rätt information kom fram till patienten och vice versa.

I F: För det mesta försöker vi ha professionella tolkar för när man märker att anhöriga tolkar så översätter de inte allting. De för en konversation sig emellan och så frågar man vad patienten säger, då säger de kanske bara några få ord men man vet liksom att de har pratat flera meningar.

En av de intervjuade sjuksköterskorna menade att barn som ville kunde få tolka medan en annan menade att barn endast användes som tolk i nödfall. Detta för att de oftast inte har tillräckliga språkkunskaper eller utvecklade begrepp men också för att det finns information om förälderns smärta och allmäntillstånd som inte lämpar sig för barnet att ta del av.

För att underlätta den verbala kommunikationen vid språkförbistring användes också språkkunnig personal på avdelningen som tolk i mån av tid och möjlighet berättade en av intervjupersonerna.

Vid tillfällen då det uppstått kulturella problem fanns det möjlighet för personalen att diskutera och få förslag på hur problemet kunde ha lösts på andra sätt. Detta gjordes

genom att prata med varandra, med sjukhuskyrkan eller med integrationsmentorn. Integrationsmentorn kunde lära ut hur personalen skulle hantera diskrimineringsproblem som kunde uppstå med invandrare och andra minoriteter.

## **Personlig och rumslig sfär (space)**

### **Närma sig med respekt**

En av informanterna menade att sjuksköterskans uppgift inte enbart var att behandla smärta utan också att förmedla trygghet så att den okunskap och rädsla som fanns hos patienten försvann. Hon menade att det var viktigt att visa att hon inte var rädd för att närma sig invandrapatienten.

I G: det handlar lite grann också om att förmedla någon slags trygghet och jag tycker att man ser det väl, jag menar man ser det i ansiktsuttrycket i ögonen, man nickar och man kan förstå att de tackar för hjälpen... och man kan få liksom en liten kram så här

Informanten kände sig nöjd med de flesta möten med invandrapatienter och trodde att det berodde på att hon försökte behandla alla som enskilda individer och inte som en grupp. Flera av informanterna menade att det var viktigt att närma sig personerna med respekt och att vara lyhörd vid kroppskontakt.

## **Social organisation**

### **Familjens betydelse**

Flera sjuksköterskor berättade att invandrapatienten oftare kom tillsammans med ett större sällskap till akuten än vad svenskarna gjorde. En informant tog upp att invandrapatienter som sökt för fysisk smärta, men där smärtan snarare hade en psykisk orsak, hellre tog familjen och närstående till hjälp än professionell psykologhjälp. En annan av sjuksköterskorna ansåg att det var positivt för invandrapatienten att ha ett stort kontaktnät som vill vara med när de är sjuka och som kan tala samma språk men även tolka, samt ställa upp med skjuts.

Flera av informanterna sa sig vilja försöka respektera invandrarnas seder men upplevde det svårt eftersom de samtidigt måste följa akutavdelningens regler.

I C: vi kan inte ta in hur mycket anhöriga som helst på rummen här heller och vi har ju våra restriktioner så vi måste vara ganska hårda med det samtidigt som de har sina vanor...//...där kan det bli lite problem ibland när vi måste säga till på skarpen att nu vill vi att ni går ut härifrån för att det blir för mycket folk

Flera av sjuksköterskorna menade att ju sjukare och ju mer smärtpåverkad patienten var desto fler släktingar kom det. Det stora antalet personer på den sjukens rum utgjorde ett hinder i sjuksköterskans arbete. En av intervjupersonerna ansåg att problemet kunde lösas genom att sjuksköterskan satte en gräns på två som kunde stanna och att resten av de närstående skulle gå ut till väntrummet. Patienten skulle då fortfarande känna trygghet eftersom den inte var helt ensam. Oftast accepterade de närstående att sitta i väntrummet men det kunde också hända att de snart var tillbaka hos patienten igen.

Om den smärtpåverkade patienten var en kvinna eller barn förde ofta mannen deras talan. En sjuksköterska upplevde att halvstora barn blev mer beskyddade av sina fäder än vad svenskar var vana vid. Hon menade att det kändes omhuldande och omtänksamt men att barnens smärtupplevelse inte kom fram eftersom de själva inte fick komma till tals.

I G: framför allt pappan är det ju ofta som tar över i dom situationerna. Att man liksom på ett vänligt och förstående sätt men ändå lite grann markerar att om mamman nu försöker säga något att man lyssnar på henne också. Men jag tror just det här att bekräfta att man bekräftar att jag har sett dig, jag har hört dig

### **Syn på manlig och kvinnlig vårdpersonal**

Det fanns invandrargrupper, ofta muslimska män med smärta, som inte var nöjda med att en sjuksköterska gjorde den första bedömningen innan läkaren kom. En informant visste inte om det berodde på att sjuksköterskan oftast var kvinna eller om det var på grund av att det inte var en läkare. Hon spekulerade i om orsaken var att hennes yrkeskategori hade lägre befogenhet i invandrarens land än vad den hade i Sverige eller

om det berodde på invandrarens kultur eller religion. En annan av de intervjuade sjuksköterskorna hade varit med om att kvinnliga muslimska patienter efterfrågade en kvinnlig läkare. För det mesta kunde önskan uppfyllas men de gånger som problemet inte kunnat lösas hade patienten ändå gått med på att den manliga läkaren hade gjort undersökningen.

I E: så får den manliga läkaren kanske känna på magen på kläderna och det sitter anhöriga med och tittar också så det blir godkänt ändå, men det kan vara svårt och så har vi ju inte så mycket läkare så det får bli att de antingen nöjer sig med den läkaren som är här annars så går de hem

I vissa fall efterfrågades manliga läkare och intervjupersonen trodde att detta önskemål berodde på att en del av dessa patienter med smärtsymtom var av uppfattningen att kvinnliga läkare inte var lika kompetenta som manliga.

## **Tid**

### **Att vänta på sin tur**

Både bland svenskar och bland invandrare fanns det personer med smärta som hade svårt att vänta. En av intervjupersonerna ansåg att yngre svenska män var mer otåliga än äldre svenska kvinnor och män medan det inte var någon skillnad mellan invandrarmän och invandrarkvinnor. Däremot hade tonåringen från en annan kultur ofta större tålamod att vänta än sina föräldrar.

I C: när det gäller barn som kanske är i tonåren som är 15-16 år då är det oftast inte barnet utan då är det föräldern, som inte orkar vänta trots att barnet kanske inte har några problem att vänta. Vi kanske går in och frågar barnet när mamman är på toaletten eller pappan är på toaletten att, hur går det egentligen och då är det inga som helst bekymmer

Flera av sjuksköterskorna uttryckte att de kände sig kränkta när invandrapatienterna tyckte att de blev särbehandlade och fick vänta längre på grund av sitt ursprung.

I A: det värsta är när man får det kastat i sig, till sig att det är bara för att jag är invandrare som jag får vänta. Det får man ibland i ansiktet och det känns väldigt svårt att ta därför att

så är det ju naturligtvis inte. Vi är professionella...//...Det är som en hink vatten över sig, men man får ju tala om att så är inte fallet, utan förklara om igen att dom sjukaste går först.

En annan informant trodde att påståenden som att svenskar fick bättre och snabbare hjälp berodde på att invandrar patienterna kände sig i underläge. I dessa lägen var det viktigt att inte ta det personligt utan att försöka ta sig tiden att professionellt bemöta och tydligt förklara varför de fick vänta.

En av intervjupersonerna menade att invandrapatienterna hade sämre tålamod än svenskar och att de efter en halvtimmes väntan stod ute i korridoren och frågade varför det inte kom någon läkare fastän sjukvårdspersonalen förklarat varför det tog tid. En annan av intervjupersonerna menade att när svenska kunskaperna var knappa och någon var sjuk kunde en väntan kännas som en evighet. Det kunde då vara svårt för personalen att förklara varför väntan blev lång och vid vissa tillfällen hade patienter blivit så aggressiva att det var tvunget att tillkalla vakt.

När väntetiden blev lång hetsade släkt och vänner som satt inne hos patienten varandra. Detta ledde till att frustrationen ökade och att hoten mot sjuksköterskan ökade.

I A: Vi blir ju ofta hotade vet du utav att det dröjer och så. Det är klart att ju fler människor som sitter där inne och väntar på ett rum ju större frustration blir det ofta för den sjuke är ju sällan, som tjarar om vi säger om tiderna för den är här och nu... den är sjuk och behöver hjälp men det är folk runt omkring

De långa väntetider som ibland, enligt flera av informanterna, uppstod på akutmottagningen gjorde att många patienter avvek innan de fått hjälp. En sjuksköterska berättade att hon hade varit med om att kvinnliga invandrapatienter blivit tvingade att lämna mottagningen på grund av att deras män inte haft tålamod att vänta. Hon menade att dessa situationer var svårlösta men att det var viktigt att jobba vidare med dessa frågor för att invandrarkvinnans åsikter skulle komma fram.

## **Kontroll av omgivningen**

### **Egenvård**

En av informanterna berättade om ett litet barn med en brännskadad arm där föräldrarna hade smörjt hela armen med tandkräm. Informanten trodde att detta gjordes i vissa kulturer för att få en kylande effekt. Barnet fick smärtstillande och lugnade sig och därefter kunde sjuksköterskan behandla enligt sjukhusets policy som skiljde sig från familjens behandling.

### **Stor tilltro till medicinsk behandling**

Flera av informanterna tyckte att det var vanligt att patienter från andra kulturer ville ha antibiotika utskrivet som smärtlindring och för behandling av hals och öroninfektioner. Denna inställning till antibiotika hade varit vanlig även bland svenskar tidigare. I de fall patienten inte fick den förväntade antibiotika behandlingen, blev det en kulturkonflikt.

I D: vi tog ett halsprov och det var ingen halsfluss så dom fick ingen penicillin. Den pappan blev totalt jättearg alltså. Han skulle anmäla oss och han skulle anmäla doktorn och var väldigt arg för hans dotter hade ont i halsen och hon skulle ha penicillin...//...man ska inte äta penicillin i onödan utan det kan gå över av sig själv...//...Han var jättearg han gick härifrån i väldig vrede...//...När vår doktor förklarade att det kommer att gå över av sig själv så trodde han nog inte på det, utan han blev nog arg för att hon inte fick penicillin alltså tror jag. För han tyckte har hon ont i halsen då ska hon ha medicin för det och det fick hon inte.

En av sjuksköterskorna trodde att läkaren i deras hemland alltid skrev ut ett recept på någon medicin för smärtan som patienten sökt för. Tilltron till antibiotika, som inte blev utskrivet av den svenska läkaren, kunde vara orsaken till missnöje bland dessa patienter och deras närstående.

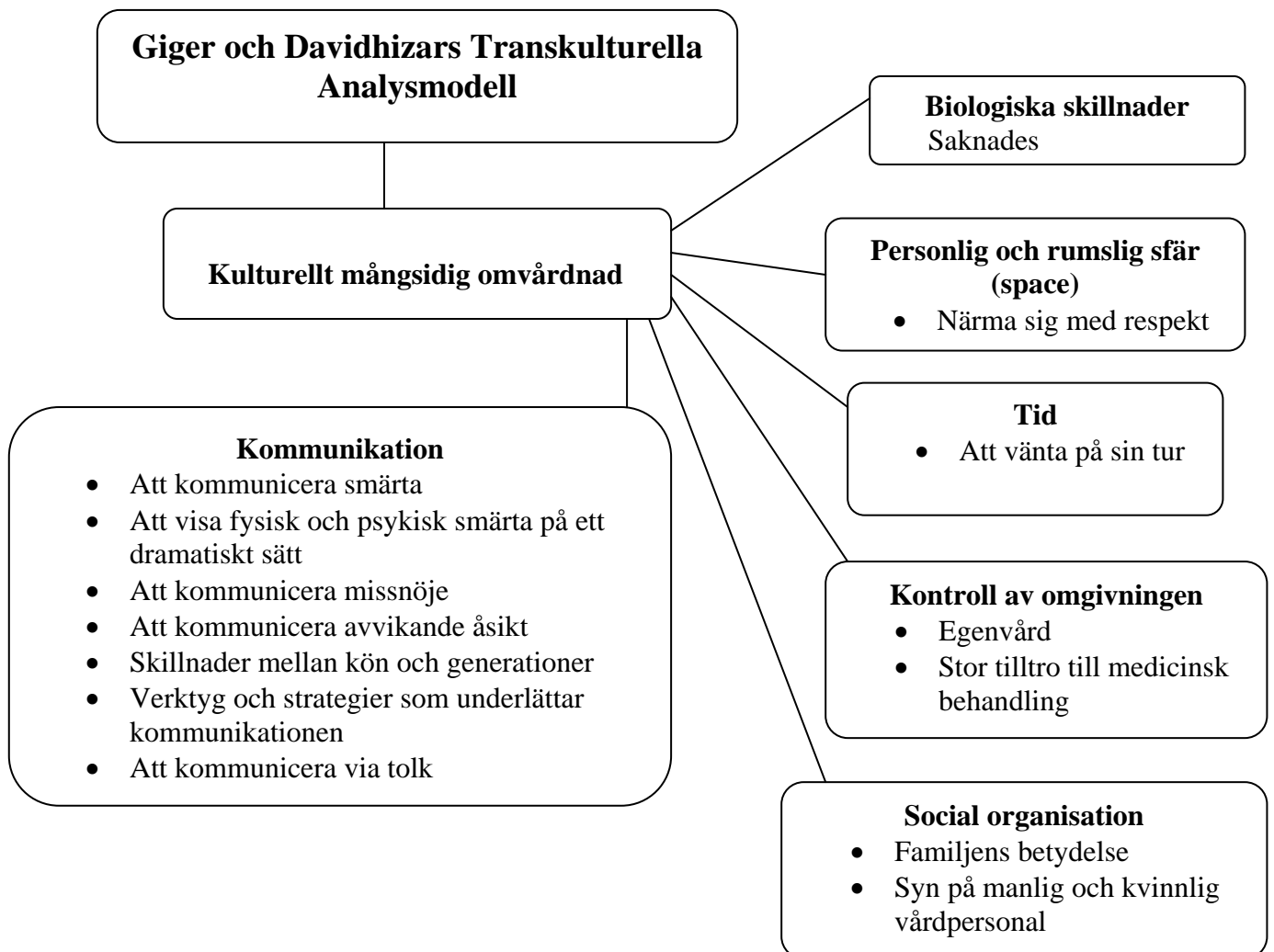
## **Biologiska skillnader**

Ingen av de intervjuade sjuksköterskorna nämnde några biologiska skillnader.



## Sammanfattning

Vid dataanalysen framkom fem av Giger och Davidhizars sex fenomen ur deras Transkulturella Analysmodell. Varje fenomen fick sedan en eller flera underrubriker varav kommunikation blev den med mest analysmaterial. Biologiska skillnader togs inte upp av informanterna.



Figur 2. Schematisk bild av resultatet med utgångspunkt i Giger och Davidhizars Transkulturella Analysmodell.

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av möten med smärtpåverkade patienter från andra kulturer och även mötet med deras närstående. Intervjuerna analyserades också med utgångspunkt i Giger och Davidhizars sex kulturella fenomen. Eftersom vi ville fånga sjuksköterskans upplevelser användes en kvalitativ öppen intervju som sedan analyserades med en deduktiv ansats.

För att pröva intervjufrågorna och öva på intervjuteknik gjordes var sin pilotintervju som ledde till korrigeringar i frågeställningarna. *Positivt möte* ändrades till *möte som var tillfredsställande* och *negativt möte* byttes ut till *mindre tillfredsställande möte*. Pilotintervjuerna utfördes med varsin sjuksköterska. Ingen av dessa två informanter kom att ingå i den slutliga studien. Det var en bra träning att göra pilotintervjuer innan de riktiga intervjuerna. Intervjuguiden var ett bra hjälpmedel som komihåg lista vid intervjuerna.

Öppna intervjufrågor användes för att ge informanten utrymme att besvara frågorna relativt fritt. För att få fram så spontana svar som möjligt och underlätta för informanten att minnas möten användes två öppna huvudfrågor. Syftet var också att se vilka av fenomenen som spontant skulle lyftas fram. Följdfrågor användes för att lyfta upp de fenomen som informanten spontant tagit upp och att om möjligt få ett mer uttömmande svar. Vi anser att informanterna, tack vare följdfrågorna, utvecklade sina svar. Det poängterades att det inte fanns några rätta eller felaktiga svar utan att det handlade om dennes levda erfarenheter, upplevelser och uppfattningar av en händelse (Dahlberg, 1997). Hade resultatet blivit annorlunda om informanterna medvetet hade blivit ombedda att berätta om de sex fenomenen?

Tillstånd för genomförandet av intervjuerna gjordes i god tid hos verksamhetschefen. Utskick av missiv- och informationsbrev med frågeställningarna gjordes också innan för att alla informanter skulle ges möjlighet att tänka igenom frågorna innan för att ge ett så uttömmande svar som möjligt. Den första informanten hade inte fått informationsbrevet och var därför inte förberedd utan fick istället en stund på sig, innan bandspelaren sattes

på. Två av informanterna hade fått informationsbrevet en liten stund innan intervjun skulle ske. För att undvika upprepning av problemet, ombads en av informanterna vidarebefordra nya informationsbrev till kommande informanter. Det hade varit bättre att personligen ha delat ut informationsbreven till informanterna för att undvika informationsbortfall. Det var fel att lägga ansvaret på akutmottagningens personal.

För att förtydliga begreppet ”annan kultur” beskrev vi att det var en person med icke svenskt namn, kulturellt annorlunda klädsel, ser utländsk ut eller inte talar svenska. För att undvika missuppfattning borde det ha stått att egenskaperna inte ska ses en och en utan gäller mer om personen har flera eller alla av egenskaperna. Ordet *smärtpatient* användes i syfte och i de frågor som gick ut till akutmottagningen innan intervjuerna. Efter noggrant övervägande ändrades ordet till *smärtpåverkad patient* för att få bort eventuell stämpel på patienten som kan uppfattas som negativ.

Valet av sjuksköterskor på en akutmottagning sågs som ett lämpligt alternativ då många, oavsett kulturell bakgrund, söker sig till akuten i första hand, vid smärttillstånd. Det hade varit av intresse att se om en jämnare könsfördelning eller utomskandinaviska informanter hade påverkat resultatet. Eftersom det redan innan intervjuerna fanns en befintlig teori med bestämda fenomen att utgå ifrån vid analysen, kunde inte allt intervjumaterial användas. Exempel på detta är närståendes beteende i samband med dödsfall. Det hade varit intressant att se hur annorlunda resultatet blivit om en induktiv ansats hade använts. Vi anser att syftet är uppfyllt. Att använda kvalitativa intervjuer som metod var lärorikt, roligt och intressant. Arbetet har också lärt oss att det är viktigt att tänka efter noga innan missivbrev skrivs och intervjuer görs. Den kunskap vi tillägnat oss kommer att följa oss i arbetet som sjuksköterskor.

## **Resultatdiskussion**

Till en akutmottagning kommer det människor från olika etniska grupper för att få hjälp med sin smärta. En del patienter kommer ensamma men många har också släkt och vänner med sig. Alla är de individer med varierande erfarenhet av svensk sjukvård. Deras kultur, synsätt och levnadshistorier skiljer sig åt. Det ligger ett stort ansvar på sjuksköterskorna på akutmottagningen att ge den bästa möjliga omvårdnad under ibland

stressade förhållande. Under intervjuerna framkom en hel del material som även handlade om närståendes beteende. Eftersom närstående är en del av patienten beslöt vi oss för att även ta med detta material.

Vi menar att goda kunskaper om andra kulturer, övergripande och på individnivå, ger insikt om skillnader i att uttrycka smärta och underlättar för sjuksköterskan i hennes omvårdnadsutövande. Detta leder förhoppningsvis till att patienten känner sig bemött med värdighet. Genom att studera forskning och använda modeller som underlag för frågor till patienten kan detta uppnås. Leiningers omvårdnadsmodell samt Giger och Davidhizarz Transkulturella Analysmodell är ett par exempel. Egna frågor med utgångspunkt i dessa modeller är: – Vilka olika sätt kommuniceras smärta på i din kultur? – Vilket avstånd känns behagligt i din kontakt med sjukvårdspersonalen? – Hur känns det när du måste vänta på att få hjälp? – Vilken hjälp för smärta hade du fått om du befunnit dig i din kultur? – Vad tror du din smärta beror på? I litteraturen ställs det också frågor som: – Vilken stöttning kan du få av din familj när du har ont och känner dig sjuk? (Lasch, 2000) och – Vilka sjukdomar är vanliga i din familj? (Giger & Davidhizar, 2004)

## **Kommunikation**

Vid kommunikationsproblem var det enligt några informanter svårt att veta om den smärtlindring de givit patienten hade någon effekt. Bonham (2001) menar att många studier har visat att ras och etnicitet utgör betydande kulturella barriärer i kommunikationen mellan patienten och vårdaren. Vårdpersonalen kanske inte heller förstår patientens uttryck för sina symtom. Vi anser att det är ett stort problem när sjuksköterskans och patientens åsikter skiljer sig åt. Akutmottagningen har nyligen infört ett nytt bedömningssystem, Triage. I detta system finns bland annat en smärtstege där både patientens och sjuksköterskans skattning jämförs parallellt för att få fram ett snitt. Vi tror att åtgärder i denna riktning är en bra lösning.

Resultatet visar att många etniska grupper uttryckte smärta högljutt men det fanns också de som var tysta, som eritreaner, och stoiska som finländare. Vårt resultat sammanfaller med Finnström och Söderhamns studie (2006) där somaliska kvinnor visade att det inte

var accepterat att kommunicera smärta genom att skrika och klaga högljutt i deras kultur. Detta överensstämmer med andra studier gällande attityder till smärta på den afrikanska kontinenten. Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä och Halonen (2003) visade att en minoritet av finska respondenter förväntade sig att barnen, särskilt pojkar, skulle lära sig att stå ut med viss smärta som till exempel efter en operation. Vi menar att invandrarna bör i ett tidigt skede få information om hur den svenska sjukvården fungerar och hur svenskar ser på smärta för att ha en chans att förstå den svenska sjukvårdens bemötande av dem. Sjuksköterskestudenter bör få information om andra kulturers synsätt, redan under utbildningen i större utsträckning, för att kunna förklara och anpassa bemötandet.

Flera av de intervjuade sjuksköterskorna menade att invandrapatienterna många gånger reagerade på ett sätt som skiljde sig från den svenska kulturen. Vår studie överensstämmer med Laschs (2000) forskning som menar att många kulturella faktorer som smärtspråk, sociala roller, förväntningar och uppfattningsförmåga relaterar till smärtupplevelsen. Några av dessa kulturella faktorer kan vara en rimlig orsak till beteendet av patienterna i vår studie. De kanske var förväntade att visa smärtan på detta sätt eller trodde att detta beteende behövdes för att få hjälp. För att klara av situationer som dessa bör sjuksköterskan acceptera att det finns olika sätt att uttrycka smärta på. Hon kan också förklara för patienten att detta beteende är ovant för henne, att hon inte vet hur hon skall reagera på detta samt fråga patienten om varför den gör som den gör.

Flera informanter menade att kulturmöten oftare blev positiva när patienten hade ett smärtbeteende som inte skiljde sig från svenskars. Vårt resultat stämmer delvis överens med Bates, Rankin-Hill och Sanchez-Ayendez (1997) som menar att det finns stora skillnader mellan hur sjuksköterskor i olika kulturer ser på patienter som uttrycksfullt beskriver sin smärta. Sjukvårdspersonal i Puerto Rico tog uttrycksfulla klagomål väldigt allvarligt och såg patientens sätt att uttrycka allvarlig smärta, som ett behov av att få snabb behandling. I New England, USA, däremot tog personalen mindre allvarligt på det uttrycksfulla sättet. De menade att det var känslomässigt överdrivet och inget övervägande om snabb behandling gjordes. Vår upplevelse är att det är lättare att bemöta en människa som betar sig på ett sätt som är bekant. Det "annorlunda" kan

kännas jobbigt, vara mer svårarbetat och ge en känsla av obehag. Bästa sättet att lära känna det ”annorlunda” är kunskap om det.

Det visade sig i resultatet att majoriteten av informanterna upplevde de manliga invandrapatienterna och manliga närstående som mer påstridiga och som mer högljutt klagade över sin smärta än de kvinnliga invandrapatienterna. Zborowski (1952) har inte gjort någon jämförelse mellan kvinnor och män men anser att en person kan visa smärta på olika sätt beroende på om de är i hemmet eller på sjukhuset. Den italienske mannen som är medveten om sin vuxna mansroll, undvek verbalt klagande hemma och överlämnade detta till kvinnan men blev mer verbal och känslös på sjukhuset. Vårt resultat överensstämmer med Zborowskis forskning, gällande att män kan uttrycka sig högljutt. Vilken orsak finns det till att männen uttrycker sig mer högljutt än kvinnorna? Kan det vara ett uttryck för att kvinnor uthärdar starkare smärta än männen eller förväntas mannen uttrycka smärtan starkare än kvinnan?

En sjuksköterska menade att barnen bara tolkade åt sina föräldrar i nödfall eftersom de oftast inte har tillräckliga språkkunskaper eller utvecklade begrepp. All information om förälders smärttillstånd är heller inte lämpliga för barnet att ta del av. Detta påminner om Ekblad, Janson och Svenssons (1996) forskning som anser att barn ofta saknar tillräckliga kunskaper om medicinska, psykologiska och sociala problem men också att de inte har erfarenhet nog för att förstå vuxnas problem. Vi kan förstå att sjuksköterskor många gånger tycker det är en enkel och bra lösning att använda barn och andra närstående som tolk men menar att det är betänkligt både ur medicinsk och också etisk synvinkel. Vi upplever att svenskar många gånger är öppna och talar om känsliga saker med sina barn som känns tabubelagt i andra kulturer. Om invandrarföräldrarna inte berättar hela sanningen för barnet som tolkar tror vi att fel eller underbehandling kan ske.

### **Personlig och rumslig sfär (space)**

En av informanterna menade att sjuksköterskans uppgift var att smärtlindra och förmedla trygghet till invandrapatienten. Hon försökte också behandla alla som enskilda individer och inte som en grupp. Lasch (2000) stödjer vårt resultat i och med att sjuksköterskan betonar vikten av att behandla patienterna individuellt. Laschs studie

visar att vårdpersonal har svårare och svårare att ge en god omvårdnad i mångkulturella samhällen, som USA där många modersmål inte är engelska. Vårdpersonalen gör ofta en stereotyp av befolkningen istället för att se patienten som en enskild individ med många utmärkande egenskaper. Vi menar att det borde vara en självklarhet att se vilka behov den enskilde patienten har. Kan det vara så att vårdpersonalen känner sig "låst" för att patienten har en annan kultur? Sjuksköterskan borde istället tänka på att hon själv i alla lägen kanske inte vill bli behandlad som alla andra svenskar och att detta även kan gälla för personer från andra kulturer.

### **Social organisation**

I resultatet framkom att vårdpersonalen/läkaren inte alltid kunde fastställa någon fysisk orsak till smärtan. Orsaken kunde då vara psykisk ohälsa. Särskilt hos patienter som var asylsökande och hade traumatiska upplevelser från till exempel krig. Patienter som blev erbjudna psykologkontakt avväjde dock detta eftersom de hellre ville sköta sådana problem inom familjen. Detta bekräftas av Finnström och Söderhamn (2006) som menar att smärta kan vara ett sätt att kommunicera lidande. Även om personen är omedveten om det kan smärtan vara ett psykosomatiskt uttryck för andra problem. *Stress* eller *känslor* var ord som kulturellt var mer accepterade att använda än att prata om psyket eller kropp och själ. Vi menar att invandrapatienten kan finna stöd i sin familj på ett enklare sätt än svenskar på grund av vårt sätt att hålla andra utanför problemen.

Flera informanter berättade att patienterna ofta hade många närstående med sig till akutmottagningen. Detta kunde utgöra hinder i sjuksköterskans arbete men var ändå ett problem som gick att lösa. Vår studie finner stöd i Triandis (1994) som menar att orsaken till att invandrapatienter har många familjemedlemmar med sig är att gruppen är förväntad att hjälpa och stötta den person som är i behov av det. Kvinnorna i Finnström och Söderhamn (2006) studie uttryckte att familjemedlemmar är viktiga att ha nära sig för att lindra smärtan vid smärttillstånd. Ur patientens synvinkel är det positivt för tillfrisknandet och detta problem borde enligt oss kunna lösas om det förs en öppen dialog med familjen.

## **Tid**

När Giger och Davidhizar tar upp begreppet tid fokuserar de mer på hur viktigt det är för människor av olika kulturer att passa en tid. I vår studie framkom inget sådant utan istället tar informanterna upp förmågan att vänta på att bli behandlad.

Flera sjuksköterskor uttrycker att invandrapatienterna är otåliga och har svårare för att vänta än svenskar trots att de behandlar alla lika där de sjukaste patienterna får hjälp först. Patienterna menar att de blir särbehandlade och får vänta längre på grund av att de är invandrare. Kulwicki, Miller och Meyers Schim (2000) menar att långa väntetider inom hälso- och sjukvården är ett hinder som orsakar mycket frustration för arabiska patienter i västra USA. Sjuksköterskor som inte hade arabiskt ursprung menade att de alltid behandlade alla lika oavsett patienternas ras och kultur och att ingen tilläts särbehandling på grund av kulturella behov. Vilken innebörd lägger våra informanter i att behandla alla lika? Är det att göra exakt samma med alla eller är det att behandla alla efter var och ens behov? Vi tror och hoppas att alla behandlas individuellt oavsett kulturell bakgrund, kön och religion. Ett sätt att undvika känsla av särbehandling kan vara tydliga bilder och informationsmaterial på olika språk på akutmottagningen om vilken prioritetsordning som görs. Detta saknade vi på den akutmottagning vi besökte.

## **Kontroll av omgivningen**

Flera informanter ansåg att patienterna många gånger ville ha antibiotika utskrivet som behandling vid infektioner i hals och öron. Patienterna var missnöjda när de inte fick preparatet utskrivet eftersom läkarna i deras hemland alltid skrev ut någon medicin för det som patienten sökt för. Detta överensstämmer med Giger och Davidhizar (2004) som menar att kulturers hälsoutövande beteenden kan skilja sig betydligt från moderna vetenskapens utövande. Sjuksköterskan måste aktivt uppmuntra moderna behandlingar men måste ha i åtanke att en behandlingsstrategi som överensstämmer med patientens har en större chans att bli lyckad. Vi tror att vårdpersonalen bör vara smidig och uttrycka sig på ett sätt att inte patienten blir kränkt när de berättar om vilka behandlingsmetoder som gäller här och nu i Sverige. Vi får inte glömma bort att det inte var så länge sedan som svenskar trodde att antibiotika kunde hjälpa mot både bakterier och virus.



## **Biologiska skillnader**

Det var ingen av informanterna som tog upp något om biologiska skillnader vilket var en överraskning för oss eftersom vi innan intervjuerna trodde att vi även under detta fenomen skulle få en del information.

## **Konklusion**

Slutsatsen av denna intervjustudie är att kulturskillnader inverkar en hel del på både patienter, närstående och sjuksköterskor. Kommunikationsproblem ledde till att det tog längre tid innan patienten fick rätt behandling på grund av feltolkningar av patientens beteende och svårare smärtbedömning. Situationer som sjuksköterskan inte hade vana och kunskap om kunde leda till rädsla och ofrivilliga negativa reaktioner. Patienterna och närstående ger ibland uttryck för att de känner sig särbehandlade på grund av att de var invandrare. Detta påstående kan leda till att sjuksköterskorna känner sig kränkta. Trots alla problem som uppstod upplevde sjuksköterskorna att många kulturmöten slutade positivt.

Kulturkrockarna som uppstod mellan sjuksköterskan och den smärtpåverkade invandrapatienten och dennes närstående kunde undvikas genom större kunskap om andra kulturer och synen på sjukdom och hälsa. Denna kunskap skulle göra det enklare för sjuksköterskan att förstå patienten och hennes situation och kunna bemöta olikheter på ett mer tillfredställande sätt. Det skulle också leda till en effektivare smärtbehandling som är kulturellt och individuellt anpassad. Även invandraren bör vid sin flytt till Sverige få större kunskaper om svenskars syn på sjukdom och hälsa genom skriftlig och muntlig information på sitt eget språk. Det behövs ytterligare forskning om kulturella olikheter och beteenden men också om skillnader i behandling av patienter från andra kulturer än den egna. Forskningen skulle då kunna fokusera på hur invandrapatienter känner sig bemötta av svensk sjukvård och "svenska" sjuksköterskor.

## REFERENSER

- Barbosa da Silva, A. & Ljungquist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige: en teoretisk och empirisk analys av några nödvändiga villkor för en öppen – holistisk vård i ett pluralistiskt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Bates, M., Rankin-Hill, L. & Sanchez-Ayendez, M. (1997). The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Social Science & Medicine*, 45 (9), 1433-1447.
- Bonham, V. L. (2001). Race, ethnicity, and pain treatment: striving to understand the causes and solutions to the disparities in pain treatment. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29, 52-68.
- Brattberg, G. (1998). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Davidhizar, R. & Giger, J. N. (2004). A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse. *International Nursing Review* 51 (1), 47-55.
- DeMarinis, V. (1998). *Tvärkulturell vård i livets slutskede: att möta äldre personer med invandrarbakgrund*. Lund: Studentlitteratur.
- Dimbleby, R. & Burton, G. (1997). *Oss emellan: mellanmänsklig kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekblad, S., Jansson, S. & Svensson, P-G. (1996). *Möten i vården: transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber.
- Emami, A., Benner, P. & Ekman, S-L. (2001). A sociocultural health model for late-in life immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, 12 (1), 15-24.
- Finnström, B. & Söderhamn, O. (2006). Conceptions of pain among Somali women. *Journal of Advanced Nursing*, 54 (4), 418-425.
- Giger, J. & Davidhizar, R. (2004). *Transcultural Nursing: assessment & intervention*. (4 uppl.). London: Mosby.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112
- Hanssen, I. (1999). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Hawthorn, J. & Redmond, K. (1999). *Smärta: -bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

- Helman, C. (2000). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth – Heinemann, N.Y.
- IASP, The International Association for the Study of Pain. (1994). Classification of Chronic Pain, 2:a uppl. (ss. 209-214) Seattle, USA: IASP Press. [Online]. Tillgänglig [www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain](http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain)
- Illman, R. & Nynäs, P. (2005). *Kultur, människa, möte: ett humanistiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2000). *The ICN Code of Ethics for nurses* [Online]. Tillgänglig [www.icn.ch/icncode.pdf](http://www.icn.ch/icncode.pdf)
- Juarez, G., Ferrell, B. & Borneman, T. (1998). Influence of culture on cancer pain management in Hispanic patients. *Cancer practice*, 6 (5), 262-269.
- Kankkunen, P. M., Vehviläinen-Julkunen, K. M., Pietilä, A-M. K., & Halonen, P. M. (2003). Parents' perceptions of their 1-6-year-old children's pain. *European Journal of Pain*, 7, 203-211.
- Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (2005). Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- Kulwicki, A. D., Miller, J. & Meyers Schim, S. (2000). Collaborative partnership for culture care: enhancing health services for the Arab community. *Journal of Transcultural Nursing*, 11 (1), 31-39.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lasch, K. E. (2000). Culture, pain and culturally sensitive pain care. *Pain Management Nursing*, 1 (3), 16-22.
- Malmsten, K. (2001). *Etik i basal omvårdnad: i någon annans händer*. Lund: Studentlitteratur.
- Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Reynolds, C. & Leininger, M. (1993). *Madeleine Leininger: cultural care diversity and universality theory*. Newbury Park, California: SAGE Publications, Inc.
- Sarvimäki, A. (1996). *Vård ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.
- Scollon, R. & Wong Scollon, S. (2001). *Intercultural communication: a discourse approach*. Malden, MA. USA: Blackwell Publishers.

- SFS. (1982:763). Hälsa- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS (1998: 204). Personuppgiftslagen. Stockholm: Socialdepartementet. [Online]. Tillgänglig  
<http://www.datainspektionen.se/pdf/skrifter/nr11.pdf>
- SOSFS. (1993:17). Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Triandis, H.C. (1994). *Culture and social Behaviour*. New York: Mc Graw – Hill Inc.
- Vetenskapsrådet. (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. [Online]. Tillgänglig  
<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>
- Werner, M. & Strang, P. (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.
- Zborowski, M. (1952). Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*, 8 (14), 16-30.

## Intervjuguide

*Att än en gång informera sjuksköterskan om:*

Din medverkan i denna intervjustudie är av stor betydelse. Du deltar frivilligt samt kan avbryta intervjun om du så önskar. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att alla enskilda svar och personuppgifter kommer att avidentifieras i resultatredovisningen. De enda som kommer att ha tillgång till informationen är undertecknade och vår handledare.

Det finns inga rätta eller felaktiga svar utan avsikten är att du ska berätta om dina upplevelser. Med annan kultur än svensk menar vi person med icke svenskt namn, kulturellt annorlunda klädsel, ser utländsk ut eller inte talar svenska

- Berätta om ett möte som var tillfredställande och positivt för dig med en smärtpatient från en annan kultur.
- Berätta om ett mindre tillfredställande möte med en smärtpatient från en annan kultur.

Vid eventuella oklarheter som t ex brus eller ohörbart ljud på den tekniska utrustningen önskar vi få kontakta Dig igen.

*Bra att försöka få svar på dessa begrepp som ingår i Giger och Davidhizars Transkulturella Analysmodell :*

- Kommunikation
- Utrymme (space) = avstånd i cm till andra
- Social organisation = kulturella beteende, socialt nedärvda.
- Tid
- Kontroll av miljön = uppfatta, uppleva reagera på hälsa/ohälsa.
- Biologiska variationer = hudfärg, EKG, hormon, upptag av penicillin etc.

Trollhättan den 27 mars 2006

**Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur**

**Sjuksköterskeprogrammet**

Till verksamhetschef xxxxx xxxxxxxxx

Undertecknade går sjuksköterskeprogrammet i Vänersborg. Under vår utbildning ingår det att skriva ett examensarbete som omfattar 10 poäng.

Syftet med vår undersökning är att ta reda på hur sjuksköterskans möte med smärtpatienter från olika kulturer kan se ut.

I dagens svenska samhälle finns det människor från många olika kulturer. Människor söker sjukvård oavsett kulturell bakgrund och akutmottagningen är många gånger den första kontakten med sjukvården. Vi vänder oss därför till dig i egenskap av verksamhetschef för akutmottagningen för att fråga om vi får lov att intervjua sju sjuksköterskor. Ditt tillstånd kan leda till att vi kan genomföra intervjun och få klarhet i vår frågeställning.

För att få svar på våra frågor kommer personliga intervjuer att göras med sjuksköterskorna. Medverkan i studien är frivillig och kan avbrytas när så önskas. Intervjuerna beräknas pågå 30-60 minuter och kommer att spelas in på band. Efter att bandintervjuerna överförts till skriftspråk kommer de att raderas. Vid eventuella oklarheter önskar vi få kontakta sjuksköterskorna igen för att få ett förtydligande. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att alla enskilda svar och personuppgifter kommer att avidentifieras i resultatredovisningen. De enda som kommer att ha tillgång till informationen är undertecknade och vår handledare.

Den färdiga studien kommer att finnas tillgänglig på biblioteket på Högskolan Väst från och med våren 2007. Adressen är <http://www.hv.se>

Vid eventuella frågor kontakta oss gärna. Tack på förhand.

Med vänliga hälsningar

Sevinç Bayar, tel: hem xxx-xxxxxxx  
eller mobil xxxxxxxxxxxxxx  
Mailadress: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Annette Ryckenberg, tel: hem xxx-xxxxxx  
eller mobil xxxxxxxxxxxxxx  
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Vänligen bekräfta tillståndet till undersökningen med din underskrift nedan och lämna till avdelningschef xxxxx xxxxxxxxxxxxxx snarast.

Namn: \_\_\_\_\_

Trollhättan den 27 mars 2006

**Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
Sjuksköterskeprogrammet**

Till avdelningschef xxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxx

Undertecknade går sjuksköterskeprogrammet i Vänersborg. Under vår utbildning ingår det att skriva ett examensarbete som omfattar 10 poäng.

I dagens svenska samhälle finns det människor från många olika kulturer. Människor söker sjukvård oavsett kulturell bakgrund och akutmottagningen är många gånger den första kontakten med sjukvården.

Syftet med vår undersökning är att ta reda på hur sjuksköterskans möte med smärtpatienter från olika kulturer kan se ut.

För att få svar på våra frågor kommer personliga intervjuer att göras med sjuksköterskorna. Medverkan i studien är frivillig och kan avbrytas när så önskas. Intervjuerna beräknas pågå 30-60 minuter och kommer att spelas in på band. Efter att bandintervjuerna överförts till skriftspråk kommer de att raderas. Vid eventuella oklarheter önskar vi få kontakta sjuksköterskorna igen för att få ett förtydligande. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att alla enskilda svar och personuppgifter kommer att avidentifieras i resultatredovisningen. De enda som kommer att ha tillgång till informationen är undertecknade och vår handledare.

Vi vänder oss till dig i egenskap av avdelningschef för akutmottagningen med en förfrågan om du har möjlighet att förmedla kontakt med sju sjuksköterskor. Undersökningen är av stor betydelse för att få klarhet i vår frågeställning. Kriterierna för informanterna är att de skall ha arbetat som sjuksköterska i minst sex månader. Vi är tacksamma om du kan dela ut missivbrevet till de intresserade informanterna samt ta emot namn och telefonnummer för vidarebefordran till oss via mail.

Den färdiga studien kommer att finnas tillgänglig på biblioteket på Högskolan Väst från och med våren 2007. Adressen är <http://www.hv.se>

Vid eventuella frågor kontakta oss gärna. Tack på förhand.  
Med vänliga hälsningar

Sevinç Bayar, tel: hem xxx-xxxxxxx  
eller mobil xxxxxxxxxxxxxxxx  
Mailadress: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Annette Ryckenberg, tel: hem xxx-xxxxxxx  
eller mobil xxxxxxxxxxxxxxxx  
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



Trollhättan den 27 mars 2006

**Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur**

**Sjuksköterskeprogrammet**

Till Dig som är sjuksköterska på akutmottagningen.

Undertecknade går sjuksköterskeprogrammet i Vänersborg. Under vår utbildning ingår det att skriva ett examensarbete som omfattar 10 poäng.

I dagens svenska samhälle finns det människor från många olika kulturer. Människor söker sjukvård oavsett kulturell bakgrund och akutmottagningen är många gånger den första kontakten med sjukvården. Vi som intervjuar har intresse för kulturmöten. Sevinç är född i ett annat land men uppväxt i Sverige och Annette har bott utomlands. Med denna bakgrund har vi valt att vända oss till er mottagning och intervju Dig som sjuksköterska med minst sex månaders erfarenhet.

Syftet med vår undersökning är att ta reda på hur sjuksköterskans möte med smärtpatienter från olika kulturer kan se ut.

För att få svar på våra frågor kommer personliga intervjuer att göras med Dig. Medverkan i studien är frivillig och kan avbrytas när så önskas. Intervjuerna beräknas pågå 30-60 minuter och kommer att spelas in på band. Efter att bandintervjuerna överförts till skriftspråk kommer de att raderas. Vid eventuella oklarheter önskar vi få kontakta Dig igen för att få ett förtydligande. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att alla enskilda svar och personuppgifter kommer att avidentifieras i resultatredovisningen. De enda som kommer att ha tillgång till informationen är undertecknade och vår handledare.

Vi vänder oss till Dig i egenskap av sjuksköterska på akutmottagningen. Din medverkan i denna intervjustudie är av stor betydelse för att få klarhet i vår frågeställning.

Om Du ger ditt samtycke till deltagande, meddela avdelningschef xxxxxx xxxxxxxxxxxxxx. Vi kommer därefter att kontakta Dig via telefon för bokning av tid och plats för intervjun enligt ditt önskemål. Vänligen fyll i svarstalongen och tag med till intervjun.

Den färdiga studien kommer att finnas tillgänglig på biblioteket på Högskolan Väst från och med våren 2007. Adressen är <http://www.hv.se>

Vid eventuella frågor kontakta oss gärna. Tack på förhand.  
Med vänliga hälsningar

Sevinç Bayar, tel: hem xxx-xxxxxxx  
eller mobil xxxxxxxxxxxxxx  
Mailadress: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Annette Ryckenberg, tel: hem xxx-xxxxxx  
eller mobil xxxxxxxxxxxxxx  
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



## SVARSTALONG

**Ja,** Underskrift: \_\_\_\_\_  
jag samtycker till att delta i studien

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Trollhättan den 10 april 2006

**Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
Sjuksköterskeprogrammet**

Tack för att Du har valt att ställa upp på vår intervju!

För att du skall känna dig förberedd inför intervjun skickar vi dig här huvudfrågorna. Har du möjlighet att fundera över frågan innan vi träffas underlättar det för dig under intervjun.

**Intervjufrågor:**

- Berätta om ett möte som var tillfredställande och positivt för dig med en smärtpatient från en annan kultur.
- Berätta om ett mindre tillfredställande möte med en smärtpatient från en annan kultur.

Med annan kultur än svensk menar vi person med icke svensk namn, kulturellt annorlunda klädsel, ser utländsk ut eller inte talar svenska.

Din medverkan i denna intervjustudie är av stor betydelse. Du deltar frivilligt samt kan avbryta intervjun om du så önskar. All information kommer att behandlas konfidentiellt. Detta innebär att alla enskilda svar och personuppgifter kommer att avidentifieras i resultatredovisningen. De enda som kommer att ha tillgång till informationen är undertecknade och vår handledare. Vid eventuella oklarheter som t ex brus eller ohörbart ljud på den tekniska utrustningen önskar vi få kontakta Dig igen.

Vänligen skriv under svarstalongen du fått av xxxxxx xxxxxxxxxxxxxx och tag med till intervjun.

Vid eventuella frågor kontakta oss gärna. Tack på förhand.

Med vänliga hälsningar

Sevinç Bayar, tel: hem xxx-xxxxxxx  
eller mobil xxxxxxxxxxxxxx  
Mailadress: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Annette Ryckenberg, tel: hem xxx-xxxxxx  
eller mobil xxxxxxxxxxxxxx  
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx



**Högskolan Väst**  
**Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur**  
**461 86 Trollhättan**  
**Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99**  
**[www.hv.se](http://www.hv.se)**