

# Hur iranska äldre patienter och deras anhöriga upplever strokevården

Författare: Victoria Azad, leg. Sjuksköterska Examensarbete: Omvårdnad  
– Självtändigt arbete II Magisternivå  
OM 1650 VT 2010  
Omfattning: 15 hp  
Handledare: Helle Wijk, docent  
Examinator: Solveig Lundgren, universitetslektor

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel: Hur iranska äldre patienter och deras anhöriga upplever strokevården

Titel: How Iranian elderly patients and their relatives experience stroke care

Arbetets art: Självständigt arbete II – Avancerad nivå

Fristående kurs/kurskod: Omvårdnad – Självständigt arbete II OM1650

Arbetets omfattning: 15 hp – Magister nivå

Sidantal: 35 sidor

Författare: Victoria Azad leg. Sjukskötersk

Handledare: Helle Wijk, docent

Examort citatteckeninator: Solvig Lundgren, univ.lektor

---

## Innehållsförteckning

Bakgrund .....	4
Syfte .....	4
Metod .....	4
Resultat.....	4
Slutsats .....	4
Key words .....	5
Introduction .....	6
Aim.....	6
Method .....	6
Results .....	6
Key Words.....	6
Inledning.....	7
Stroke .....	7
Afasi .....	7
Äldre iranier .....	8
Strokevård och etnicitet.....	8
Kommunikation mellan vårdgivaren och vårdtagaren .....	9
Vårdvetenskapligt perspektiv .....	9
Ontologiska och epistemologiska utgångspunkter .....	9
Teoretisk referensram.....	10
Människosyn .....	11
Kultur .....	11
Transkulturell omvårdnad .....	12
Empati .....	12
Kommunikation.....	12
Beröring.....	13
Tidigare forskning .....	13
Databas .....	14
Sökord .....	14
Antal artiklar som hittades .....	14
Antal artiklar som Användades .....	14
Etnicitets roll i vård av äldre patienter .....	14
Anhöriga till strokedrabbade patienter.....	15
Etnicitet inom sjukvården i andra länder.....	16
Syfte och frågeställningar.....	17
Metod .....	17
Analys metod.....	18
Urval.....	18
Pilotstudien.....	19
Förförståelse .....	19
Risk- nytta .....	19
Att vårdas på stroke enheten inom Sahlgrenska universitetssjukhuset .....	20
Resultat.....	20
Upplevelser av omvårdnads kvalitet .....	22
Omhändertagande.....	22
Maktlöshet.....	23
Relation i Omvårdnad .....	23

Familjerelation .....	23
Förtroende .....	24
Empati .....	24
Beröring (ickeverbal kommunikation) .....	25
Personalens yrkesskicklighet och kompetens .....	25
Utbildning.....	25
Integritet .....	25
Kulturs kompetens hos personalen.....	26
Kulturbaserad omvårdnad .....	26
Tema.....	26
Diskussion .....	27
Metod diskussion.....	27
Resultat diskussion.....	27
Slutsats .....	29
Kliniska implikationer .....	30
Referenser.....	31
Bilaga 1 .....	34
Bilaga 2 .....	35

## **Bakgrund**

Denna studie undersöker hur iranska äldre patienter och deras anhöriga upplever strokevården samt om deras vårdbehov tillgodoses. Slaganfall (stroke) är en av våra stora folksjukdomar. Varje timme drabbas ca tre svenskar av slaganfall som också är den främsta orsaken till bestående invaliditet. Utifrån socialstyrelsens slutsatser och bedömningar förutspås det att var fjärde person i Sverige kommer år 2010 att vara första eller andra generationens invandrare (Socialstyrelsen 2008). Emami (2004) menar att äldre invandrare är de grupper som flyttat och bosatt sig i Sverige sent i livet. Omvårdnad av äldre patienter med stroke från en annan kulturell bakgrund kräver både kulturell kompetens och professionellt förhållningssätt. Som specialistsjuksköterska inom vård av äldre måste man kunna identifiera patientens vårdbehov som ofta är komplexa när det gäller äldre patienter med stroke och i det här fallet med invandrarbakgrund.

## **Syfte**

Syftet med studien är att undersöka hur äldre iranska patienter och deras anhöriga upplever strokevården och tillgodoseendet av deras vårdbehov samt reflektera över sjuksköterskans förhållningssätt i omhändertagande av patienter med annan etnisk och kulturell bakgrund.

## **Metod**

Studien har en kvalitativ ansats med intervjuer som datainsamlingsmetod. Texten analyseras och struktureras med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Metoden prövades i en pilotstudie med tre semistrukturerade intervjuer med den drabbade och respektive anhöriga.

## **Resultat**

Resultatet av pilotstudien visade att transkulturell kompetens och hänsyn till kulturella olikheter främjar patientens upplevelse av hälsa och välbefinnande. Intervjuerna visade att patienterna och deras anhöriga upplevde vården olika beroende på personalens yrkesskicklighet, kulturella kompetens och den relation som de skapade med patienten och deras anhöriga. I många artiklar och studier talar man om språkhinder som påverkar tillgången till information och god kommunikation men i denna studie hade båda patienterna drabbats av afasi vilket gjorde att de inte kunde prata på svenska i alla fall. Den ickeverbala kommunikationen hade däremot en större betydelse för att vårdaren skulle kunna nå vårdtagaren.

## **Slutsats**

Slutsatsen av pilotstudien är att om sjuksköterskor vågar bemöta kulturella aspekter i sitt vårdarbete och ge kulturinriktad individuell vård till patienter med annan etnisk bakgrund än den svenska kan patientens upplevelse av omhändertagandet påverkas positivt. Dock krävs det en mer systematisk undersökning i en större skala för att kunna generalisera iranska äldre patienters upplevelse av hälso- sjukvården efter att de har drabbats av stroke.

## Key words

Stroke, Nursing, Ethnicity, Culture care, Multicultural Families, Transcultural, Multicultural.

Titel: How Iranian elderly patients and their relatives experience stroke care

Arbetets art: Självständigt arbete II – Avancerad nivå

Fristående kurs/kurskod: Omvårdnad – Självständigt arbete II OM1650

Arbetets omfattning: 15 hp

Sidantal: 35 sidor

Författare: Victoria Azad leg. Sjuksköterska  
E-post: [Sonja6321@gmail.com](mailto:Sonja6321@gmail.com)

Handledare: Helle Wijk, docent

Examinator: Solvig Lundgren, univ.lektor

---

## **Introduction**

This study examines the Iranian elderly patients experiences of the Swedish healthcare after that they have suffered a stroke. Stroke is one of the nation's most common diseases. Every hour, approximately three Swedish people are hit by a stroke which usually causes them permanent invalidity. As a specialist nurse, one must be able to identify the patient's care needs which are often complex especially when it comes to older patients whom have suffered stroke. On the basis of the Swedish social board's conclusions and assessments it is predicted that by year 2010 one in every fourth person in Sweden will be first or second generation immigrant (Socialstyrelsen 2008). Emami (2004) defines that older immigrants are those groups who moved and resided themselves in Sweden at a late stage in life.

The caring of elderly stroke patients with a different cultural background requires both cultural competence and a professional manner. As a special nurse within the field of elderly care one must be able to identify the caring needs of the patient whom often are complex when it comes to elderly stroke patients which in this case are immigrants.

## **Aim**

The aim of this study is to examine how elderly Iranian patients and their relatives experience stroke care and how their caring need is provided for and reflect on the nurse's approach to the care of patients with different ethnic and cultural backgrounds.

## **Method**

The survey is based on a pilot study with qualitative run-ups where the base perspective is an empirical holistic perspective where the context is of immense importance. In order to increase the probability of the study result, semi-structured interviews with both the patient and their relatives are conducted. The theoretical selection aims to show that the process of data collection is governed by the emerging theory.

## **Results**

The result of this pilot study shows that both patients and their relatives can experience the healthcare in various ways depending on which hospital and unit they end up in and which care personnel they meet. The result builds on a limited selection which hampers the possibility to general conclusions. The issue of language as a barrier affecting the accessibility to information and an adequate communication is discussed widely in many articles and numerous studies have undertaken the subject matter. In this study however both patients had suffered a severe case of aphasia which as a result ruled out any verbal communication. The non-verbal communication however gained a very important role in the care process between the care-giver and care-receiver.

## **Conclusion**

The conclusion of the study is that nurses should have the courage to meet the cultural aspects in their line of work and provide culturally focused care to patients with different ethnical backgrounds than the Swedish, only then can the experience of the care get affected in a positive way. A more systematic survey, in a bigger scale is required though in order to be able to generalize the older Iranian patients' experience of the Swedish healthcare after they suffer a stroke.

## **Key Words**

Stroke, Nursing, Ethnicity, Culture care, Multicultural Families, Transcultural, Multiculture

## **Inledning**

Det var år 1990 då en flod av människor från Iran kom till Sverige för att stanna och jag var en av dem. En ung kvinna på 29 år som tillsammans med sin man och ett litet barn bosatte vi oss i det kalla norrland och där började mina upplevelser och livshistoria i Sverige. Att lära mig svenska som vuxen var inte lätt, jag blev gravid igen och första mötet med den svenska sjukvården var en större utmaning än jag kunde föreställa mig. Som alla andra arbetsplatser fanns det både öppensinnig vårdpersonal samtidigt som det fanns vårdpersonal som hade stora fördomar mot människor med annan etnisk bakgrund som detta troligen var rotad i deras rädsla för det främmande och okända. Många gånger tänkte jag på hur de äldre som inte alls kan det svenska språket klarar sig i Sverige. Hur de upplever livet och sjukvården? Det tog mig inte många år innan jag kunde behärska språket och få en plats på sjuksköterske-programmet på Göteborgs universitet. Allt detta tack vare att jag hade en bra akademisk grund från universitet hemma i fosterlandet. Under utbildningsperioden praktiserade jag på olika ställen bland annat inom äldreomsorgen. Där träffade jag många äldre med utländsk härkomst, bland annat från Iran, som gärna delade med sig av sina personliga upplevelser från vården här. Det var många negativa intryck bland annat gällandes vårdpersonals bemötanden på äldreboenden. När jag började studera på specialistsjuksköterska programmet för vård av äldre läste vi om den mångkulturella vården samt gerontologi som innebär det normala åldrandet och dess betydelse för att ha en känsla av sammanhang. Idén om att skriva min magisteruppsats om iranska patienters och deras anhörigas upplevelser av strokevård förstärktes när jag fördjupade mina kunskaper inom ämnet tvärkulturella möten och äldre invandrarepatienters upplevelser inom den svenska sjukvården samt äldreomsorg. Dessa ovan nämnda faktorer inspirerade mig till att ägna min magisteruppsats åt dessa frågeställningar. Mitt mål är att utforska äldre iranska patienter med stroke och deras anhörigas upplevelser av strokevården samt ta reda på deras specifika problem i sina möten med den svenska strokesjukvården, detta vill säga problem utöver de vanliga som svenskarna också kan uppleva.

## **Stroke**

Enligt Ericson och Ericson (1996) är stroke en av våra stora folksjukdomar. Varje timme drabbas ca tre svenskar av slaganfall som också är den främsta orsaken till bestående invaliditet (Ericson & Ericson, 1996). Enligt en studie som gjord i Iran av Azarpazhooh och et al. (2010) förekomsten av stroke i Iran är betydligt större än i de flesta västerländska länder, även stroke inträffar vid yngre åldrar. Ischemisk stroke är också betydligt större än vad som rapporterats i västerländska länder.

Som specialistsjuksköterska måste man kunna identifiera patientens vårdbehov som ofta är komplexa när det gäller äldre patienter med stroke. Enligt Socialstyrelsen (2005) är en strokeenhet en verksamhet där det bedrivs systematiserad, specialiserad sjukhusbehandling av personer som drabbats av stroke. Detta innefattar akutenheter, rehabiliteringsenheter och kombinerade akut- rehabiliteringsenheter. Målsättningen för omvårdnaden är att hjälpa vårdtagaren att planera och genomföra handlingar som hör till det dagliga livet allt detta i syftet att förbättra hälsa/friskhet, förebygga ohälsa/ sjukdom samt återställa och besvara hälsa/friskhet (Socialstyrelsen 2005).

## **Afasi**

Eide och Eide (1997) beskriver afasi som en diagnos där förmåga till språklig kommunikation reduceras. Afasi uppstår ofta efter en skada i vänstra hjärnhalvan, där de olika språkcentren befinner sig. Skadan kan också leda till att andra centrum i hjärnan förstörs, bland annat det centrum som styr muskelaktivitet och det centrum som bearbetar känslorintryck. Hos många leder stroke till förlamning och reducerad känsel i högra delen av kroppen (hemiplegi). För den som drabbats av afasi kan en personlighets förändring bli konsekvensen av diagnosen. När man har afasi samt förlamning i kroppen kan man uppleva en känsla av skam och frustration. Att inte kunna göra sig förstådd innebär isolering och vrede för den drabbade. Att kommunicera med afasidrabbade kan vara en stor utmaning speciellt när de pratar ett helt annat språk än den som personalen talar. När man inte kan kommunicera via språket, blir icke verbal kommunikation än viktigare, eftersom det icke verbala blir det enda medlet till kommunikation. Genom kroppsliga uttryck och rörelser, ansiktsuttryck och mimik samt beröring är det möjligt



att skapa kontakt och förmedla det man vill säga. Enligt kliniska erfarenheter händer det att personer med ett annat modersmål förlorar förmågan att tala svenska i samband med insjuknade i slaganfall (Eide & Eide 1997).

## Äldre iranier

Hajigasemi (1994) har gjort en intervjustudie med 60 äldre iranier där ger hon en historisk inblick på iraniers invandringsbakgrund. Innan 1975 bodde det knappt tusen iranier i hela Sverige. När kriget mot Irak började och de våldsamma sammandrabbningarna mellan den islamiska regeringen och oppositionen ökade vid 1981, började regeringen massmörda de oppositionella medlemmarna i olika organisationer, nådde invandringen sin höjdpunkt. Antal iranier i Sverige ökade från 3348 år 1980 till 42694 vid slutet av 1990. Hajigasemi påstår att de flesta äldre iranier har flyttat till Sverige just för att ansluta sig till sina vuxna barn som redan var bosatta i Sverige. Hajigasemi menar att flytten till Sverige innebar en stor förändring för de flesta iranier speciellt de äldre iranierna. Att på äldre dagar hamna i en helt annorlunda kultur samt införskaffa nya vanor som skiljer sig från de vanor man tidigare haft är inte lätt att klara av. Man ska dock vara medveten om det faktum att iranier inte kan ses som en homogen folkgrupp. Iran är ett land med många nationaliteter och diverse kulturer. Emami (2004) genomförde en serie av intervjuer med äldre invandrare där flera av de intervjuade var iranier där de beskriver sina upplevelser av att bo i Sverige och kontakten med svenska sjukvården. Berättelserna visar att samhällets normer och resurser är uppbyggda utifrån den västerländska individualismen och tillgodoser ofta inte de äldre invandrades förväntningar och behov. Emami resonerar att vård och omsorg bör organiseras utifrån den särskilda gruppens kulturella intresse och behov.

## Strokevård och etnicitet

I media och socialstyrelsens rapporter ges exempel på ojämlika förhållanden mellan svenskfödda och invandrare till den senares nackdel i olika sammanhang. Samtidigt beskrivs en pågående polarisering av tillgänglighet till olika resurser där invandrare är en av de kategorier i befolkningen som riskerar att drabbas negativt av detta (Socialstyrelsen 1995). Utifrån socialstyrelsens slutsatser och bedömningar förutspås att år 2010 kommer var fjärde person i Sverige att vara första eller andra generationens invandrare (Socialstyrelsen 2008). Med äldre invandrare menas de grupper som flyttat och bosatt sig i Sverige sent i livet (Emami, 2004). Enligt Statistiska Centralbyrån, SCB (2009) finns det idag ca 200 000 personer över 64 år som är födda utanför Sverige. Framtida prognoser pekar på att totala populationen äldre kommer att öka tre gånger så mycket till över 600 000 personer innan år 2060 (Hajigasemi 1994). En äldre befolkning med kulturell och etnisk mångfald ställer hälso- och sjukvården inför nya utmaningar. I olika studier om äldre invandrades hälsa och levnadsvillkor lyfts det fram att dessa personer, jämfört med svenska jämnåriga, upplever sämre hälsa och konsumerar mer vård och läkemedel samt att de har i lägre ålder större vård och omsorgsbehov än svenska jämnåriga. Enligt Socialstyrelsen (2008) är det väldigt få äldre-invandrare samt deras anhöriga som utnyttjar de stödformer som finns. Allt detta sker på grund av bristande språkkunskaper samt dålig kännedom om vad som samhället har att erbjuda samt kulturella olikheter. Enligt Hajigasemi (1994) är det viktigt att urskilja de olika äldre invandragrupperna utifrån deras kulturella och religiösa tillhörigheter samt deras livserfarenheter. Vissa äldre invandrare har varit med om traumatiska upplevelser i sina hemländer såsom krig, våld eller tortyr. Andra har varit nära krigens offer. Därför krävs det en insikt om dessa faktorer för att ha förståelse för dessa gamla och deras upplevelse av vården. Enligt Ericson och Ericson (1996) innebär stroke en livskris, nedsättning av olika funktioner såsom svårigheter att äta, smärta, neglect, sår och afasi osv. Omvårdnaden måste anpassas till den enskilde personens behov och bygga på att personen och dess anhöriga är delaktiga i patientens vårdplanering och hennes/hans fortsatta vård. Av den anledningen är det angeläget att sjuksköterskor intresserar sig för hur dessa grupper av patienter upplever bemötandet inom vården samt om deras vårdbehov tillfredsställts på ett kvalificerat sätt enligt sedvanliga hälso-sjukvårds principer och rutiner.

## Kommunikation mellan vårdgivaren och vårdtagaren

Enligt Eide och Eide (1997) är förhållandet mellan vårdgivaren å ena sidan och vårdtagaren å andra sidan komplicerat. Bägge parter befinner sig ofta i ett visst emotionellt spännings-förhållande; vårdtagare på grund av sjukdomen, vårdgivare på grund av arbetssituationen och arbetets karaktär. Att ha det primära omvårdnadsansvaret för patienter med allvarliga sjukdomar, skador eller funktionshämningar kan lätt ge en känsla av att inte räcka till. Kommunikationens syfte är att skapa god kontakt med patienten, för att på denna grund bidra till att realisera professionens och patientens mål. Professionalitet i vårdrelaterad kommunikation kan karaktäriseras av fyra huvudpunkter:

- Kunskap
- Etik
- Empati
- Målorientering (Eide & Eide, 1997)

Eide och Eide menar att vara empatisk och professionell innebär också att medkänslan och förståelsen kommuniceras tillbaka- verbalt, icke verbalt eller genom handling. Särskilt handlingsaspekten är viktig. Det hjälper inte om man förstår patienten, om man inte också handlar med utgångspunkt i denna förståelse till patientens bästa enligt ett omvårdnadsbaserat perspektiv. Goda kommunikationsfärdigheter i omvårdnad förutsätter naturligtvis mer än enbart förmåga till inlevelse och medkänsla. Det omfattar också goda yrkeskunskaper. Hög omvårdnadsorienterad kompetens är den yrkesspecifika förutsättningen för god kommunikation och gott samarbete med patienter och anhöriga. Yrkeskunskap är viktigt båda för att kunna analysera situationen, förmedla sin förståelse till den andra parten och genomföra nödvändiga åtgärder. För att kunna kommunicera över kulturgränser behöver vi kunna se nyanser i vår kommunikation med andra, vi bör ha en kritisk distans till det som vi tar för givet. Som medlemmar av den dominerande kulturen måste vi vara flexibla i vår kommunikation och handling för att kunna möta patientens behov. Vi kan inte vänta på att patienten, i den utsatta position han/hon är, skall ta på sig det dominerande landets beteende. Leininger (1991) har utformat tre strategier för att kunna erbjuda kulturkonkurrent omvårdnad:

1. Kulturrelaterad bevarande och/eller upprätthållande
2. Kulturrelaterad anpassning och/eller förhandling.
3. Kulturrelaterande omformning och omstrukturering.

## Vårdvetenskapligt perspektiv

### Ontologiska och epistemologiska utgångspunkter

Studiens synsätt på människan och omvårdnaden vilar på Erikssons teori (1992) som har en humanistisk grund, som förespråkar att man ska betrakta människan som en helhet där kropp, själ och ande ständigt samverkar och bidrar till människans existens och välbefinnande.

Enligt Brattgård (1994) härstammar ordet ontologi från grekiska ordet ontos, det som är, det varande, och logos, lära. Ontologi= Verklighetsteori, huruvida verkligheten är och hur kan vi påverka. Verklighetens natur handlar om vår världsbild och värdegrund. Materialism, Idealism, Existentialism och Dialektik är de olika ontologiska hållningar. När man har ett ontologiskt synsätt ställs det stora krav på att man hela tiden reflekterar över vilka värderingar och normer som leder till att man handlar på ett visst sätt. Annars finns det uppenbara risker att man förlorar sig i själva situationen (Brattgård, 1994). Enligt Eriksson (1996) grundar sig humanistisk vård på respekt och vördnad inför den unika människan. Varje människa ska mötas som en person i relation till en annan människa, i detta fall vårdaren. Vården ska bygga på en tilltro till människans egna möjligheter till växt och

utveckling. Till den humanistiska hållningen hör att vi vågar möta den människa som lider och att vi vågar ge någonting av oss själva (Eriksson, 1996).

Enligt Bengtsson (2006) ska sjuksköterskan utgå från ett odontologiskt perspektiv där hon/han ser och förstår patienten och deras anhörigas uppfattningar av verkligheten och deras världsbild som är unika just för dem. Att som vårdare ha ett livsbildsperspektiv leder till att människor framträder inte bara som objektiva varelser utan även som subjektiva individer som har en egen vilja, världsbild, livshistoria och värderingar (Bengtsson, 2006). Ordet epistemologi härstammar från grekiska ordet »episteme» (grekiska; kunskap, vetande). Stensmo (1994) påstår att "Epistemologi är det samma som kunskapsteori och vetande". Särvimäki (2006) presenterar två epistemologiska inriktningar, rationalism och empirism. Enligt rationalismen ska kunskap baseras på förnuft och tro, kunskap om världen skulle kunna inhämtas utan iakttagelser eller observationer. Enligt empirismen erhålls kunskap genom erfarenhet, iakttagelser, mätning och experiment. Det finns en tredje uppfattning, Immanuel Kants kritiska idealism, som förenar synpunkterna från de två ovannämnda riktningarna. Enligt Birkler (2003) var Immanuel Kant å ena sidan överens med rationalisterna om att det finns kunskap som är oberoende av erfarenhet, till exempel uttryck som: Alla människor är odödliga,  $2 + 2 = 4$ . Å andra sidan var Kant överens med empiristerna om att all kunskap måste börja med erfarenhet. Erfarenhet är nödvändig för att avgöra om antaganden är sann eller falsk. Enligt Kant glömmar båda rationalister och empirister att det krävs vissa betingelser för att överhuvudtaget kunna använda sig av förnuft eller sinnen. Förutsättningen för att kunna uppfatta något med sina sinnen, och därmed erfara något är att man uppfattar något i tid och rum, och förutsättningen för att man ska kunna använda sitt förnuft är att kunna kategorisera sina tankar och föreställningar, till exempel etablera samband mellan upplevelser och bestämma egenskaper som kvantitet och kvalitet. Om sjuksköterskan vill förstå patientens situation måste hon eller han först uppfatta patienten i tid och rum (den verkliga bilden), inhämta kunskap, hitta en orsak, tala med patienten. Enligt Birkler med Kants hjälp får vi en inblick i betingelserna och grundvalen för det teoretiska vetande som utvecklas i hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan bör vara öppen för att ta sig an nya kunskaper, bepröva nya metoder och skaffa nya erfarenheter. Studiens utgångspunkt bygger på ett epistemologisk och odontologisk perspektiv där kunskapen är viktig för att nå verkligheten och verkligheten bestäms utifrån människans världsbild och värdegrund samt livserfarenheter (Birkler, 2003).

## **Teoretisk referensram**

Omvårdnadsteoretikern Leininger (1991) har utformat en kulturmodell med utgångspunkt i människan som en kulturell varelse. Hennes modell baseras på forskning av invandrades upplevelser och erfarenheter av vård och omsorg. Leiningers teorier om en kulturell anpassad vård har fått mycket uppmärksamhet i hela världen. Leininger anser att vår snabbväxande multikulturella värld gör det nödvändigt att sjuksköterskor förstår olika kulturer för att kunna arbeta effektivt med människor som har andra värderingar och funderingar om hälsa, vård, friskhet, sjukdom, död och funktionsstörningar. Leininger (2002) menar att omvårdnadsteorin är ett sätt att hjälpa sjuksköterskor att upptäcka nya perspektiv och att använda det de upptäcker till att uppgradera vården. När sjuksköterskor ser patienten som en kulturell främling som visar tecken på frustration, förvirring, ilska, eller att han/hon blir missförstådd så får hennes omvårdnadsteori relevans. I sin teori hävdar Leininger att kultur och vårdande är orubbligt förenade och att vård/ vårdande är av central betydelse för sjuksköterskor. De centrala begreppen i Leiningers teori (1995) som sjuksköterskan ska ta reda på i mötet med patienten och hennes/hans anhöriga är: verklighetsuppfattning, släktband, kulturellt värderingar, religion, ekonomi, språk, utbildning, etnisk historia och miljö. Leininger anser att transkulturell omvårdnad är en jämförande omsorgsutövning. Förutsättningen för detta är att personalen införskaffar sig kunskaper om olika kulturers specifika uppfattningar. Syftet med Leiningers teori är att ge underlag för kulturspecifik omvårdnad. Kärnan i teorin om det kulturrelaterade vårdandets mångfald och universalitet består i medvetandet om att det finns både skillnader och likheter inom omvårdnad i alla världens kulturer. De centrala begreppen: hälsa, omvårdnad, människa och miljö, som utgör hörnstenar i många omvårdnadsteorier anser Leininger är otillräckliga för att beskriva kulturell omvårdnad. Leininger ser människan som en kulturell varelse som är kapabel till egenvård och som bör bedömas

i sitt totala sammanhang. Watt och Norton (2004) refererar till Santis som menar att när patienter och sjuksköterskor möts är det ett möte av tre kulturer:

- sjuksköterskans egen professionella kultur, med dessa övertygelser, värderingar och praxis;
- patientens kultur, baserat på patientens livsupplevelser av hälsa och sjukdom och deras personliga övertygelser och praxis;
- institutionens kultur (T.ex. sjukhus)

Vårdpersonalen består av utövare från olika bakgrunder, nationaliteter, språk och trossystem. Om vi kan förstå vår egen kultur och bekräfta att andra kulturer finns när vi kommunicerar med patienter och deras anhöriga kommer det att vara möjligt för oss att känna igen några av de faktiska och potentiella problem som kan uppstå vid bedömning, planering, genomförande och utvärdering av patientens vård. En förutsättning för att patienterna ska få en säker och trygg vård är att personalen har ett vetenskapligt förhållningssätt där kultur och etnisk kompetens får sin plats. Att inte kunna kommunicera på sitt eget språk och inte förstå den andras språk på grund av språkbarriär innebär stor påfrestning för både vårdtagare och vårdgivare. Det är av ovanstående anledningar som det är viktigt att lära sig andra kommunikationsvägar än den verbala, att kunna förstå olika etniska kulturella uttryck kan ge styrka till vårdgivaren för att kunna uppfylla sitt uppdrag (Watt och Norton, 2004). Leiningers kulturmodell (1991) kommer att vara en rödtråd i min forskningsprocess då mitt syfte är att undersöka hur de iranska patienterna och deras anhöriga upplever strokevården utifrån deras etniska bakgrund.

## Centrala begrepp

### Människosyn

Birkler (2003) beskriver att vår människosyn är ett uttryck för våra grundläggande förställningar om vad det innebär att vara människa. Sjuksköterskans människosyn utgör tillsammans med en vetenskapssyn ett viktigt grundval för den professionella vården. Det är på detta fundament vårdarbete vilar. Det är därför av avgörande betydelse att varje sjuksköterska klargör för sig själv vilken människosyn som ligger till grund för hennes/hans handlingar. Da Silva och Ljungquist (2005) menar att den öppna och holistiska vårdmodellens människosyn och etiska grunder är humanistiska. Med en humanistisk vårdideologi menar vi en vårdideologi som grundas på humanistisk människosyn och etik, som understryker alla människors lika och unika värde, medborgerliga friheter, trygghet samt rätten till sjukvård

Idag är Sverige ett pluralistiskt samhälle och därför bör vården vara holistisk och grundad på en öppenvårdsmodell och en flerdimensionell människosyn så att den kan vara i stånd för att i princip tillgodose alla kategorier av patientens vårdbehov. Da Silva och Ljungqvist kallar en vård med dessa förutsättningar för en öppen och holistisk vårdmodell. Vården ska bygga på svensk lagstiftning och FN:s deklaration. FN:s generalförsamling antog en allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. Enligt FN:s deklaration ska alla människor ha grundläggande rättigheter som ska respekteras och gälla lika för alla oavsett ålder, kön, social tillhörighet, utbildning, ekonomi, sexuell läggning, etnisk bakgrund och/eller religion. Alla människor ska bemötas med respekt. Åsikter, önskningspunkter ska tas på allvar och uppmärksammas (FN:s Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna).

### Kultur

Ahmadi (2008) som refererar till Taylor (1871:1) beskådar kulturen som en komplex helhet som medför tro, moral, värderingar, lagar, sedvänjor, konst och kunskap. Papadopulos och Omeri (2008) påstår att kultur inom omvårdnadsteori är en grund för sociala och kulturella determinanter av hälsa. Ahmadi (2008) beskriver kultur som ett system av normer och värderingar som delas av ett samhälle, eller en grupp medlemmar som tydligt

uttrycker dessa normer och värderingar – nödvändiga för konstruktionen av individernas identiteter och deras moraliska värld. Dessa i sin tur fungerar som ett orienteringssystem i sociala relationer. Därför är individens trossystem, tankesätt och livsstil framför allt kulturellt konstruerade. Kultur påverkar dock hela det sociala livet, dess institutioner, lagar, kunskap, relationer, seder, moral och livsstilar. Siantz (1991) menar att kulturella värderingar är ett önskvärt sätt att bete sig och veta något som under en period av tid är upprätthållandet av kultur och styr ens handlingar och beslut. Davidhizar (1997) betonar i sin studie att för många kulturella grupper är familjen den viktigaste sociala organisationen. Då är familjen ofta större och mer omfattande än den svenska kärnfamilj, mer delaktig i vad som händer i en vårdssituation. Detta styr hur anhöriga hanterar en familjemedlems sjukdom. I vissa kulturer avstannar allt arbete för att ta hand om den sjuka familjemedlemmen. Familjens åsikt i olika frågor är viktig. Da Silva och Ljungquist (2005) påstår att i mötet mellan invandrare och svenskar kan det av olika kulturella orsaker ske antingen en kulturdialog eller kulturkonfrontation. Kulturkonfrontation betraktas negativ medan kultur dialog är någonting positiv. Kulturkonfrontation har sin orsak i bl. a. okunskap, olikheter, okunnighet och ömsesidig fördomar som svenskar och invandrare har mot varandra. För att motverka detta behövs en kulturdialog. Da Silva och Ljungquist (2005) menar att för sjukvårdpersonal som handskas med patienter från andra kulturer än svenska är det oerhört viktigt att veta t.ex. orsaken till sjukdom kan uppfattas och värderas olika i olika kulturer. Också i en och samma kultur kan olika individer uppfatta orsaken till sin sjukdom olika. En kulturkonfrontation kan ske på olika nivåer: den kan vara relaterad till verklighetsuppfattning, människosyn och kommunikation (verbalt eller icke verbalt) och på etisk, ideologisk och livssyns eller religiös nivå. Sättet att uttrycka sjukdomsupplevelse (d.v.s. sjukdomsbeteende) varierar från kultur till kultur. Att gråta, skrika, klaga och visa att man har mycket ont och därför är mycket ledsen är i sådana länder ett tecken på outhärdlig smärta. Detta bör svenska/nordiska sjukvårdare känna till för att kunna undvika en kulturkonfrontation på detta område.

## **Transkulturell omvårdnad**

Enligt Leininger och McFarland (2002) innebär transkulturell omvårdnad att ge en kulturbaserade omvårdnad där målet är att erbjuda patienten allmän och specifik omvårdnad utifrån deras etniska och kulturella bakgrund. Transkulturell omvårdnad utgår ifrån människors kulturella värderingar och syn på hälsa, sjukdom, omvårdnad och död.

## **Empati**

Enligt Eide och Eide (1997) definierar empati som förmågan att lyssna och förstå den andra partens känslor och reaktioner. Empati är förmågan att kunna känna vad som händer i en situation utan att behöva diskutera eller förklara det. Det är känslan för den andre som tillåter oss att ta på oss den andres roll och beteende. Empati tillåter oss att känna hur en annan människa känner, och när vi tagit på oss rollen då kan empatisk kommunikation spira.

## **Kommunikation**

Ordet kommunikation kommer från latinets ”communis” som betyder att något blir delat och gemensamt; Ordet kan översättas med ömsesidigt utbyte. Att vi meddelar och delar med oss av någon bl.a. upplevelse, tankar och värderingar – så att det blir gemensamt ( Nilsson & Waldemarson 2005). Enligt Nilsson och Waldemarson (2005) består kommunikationen bl.a. av information, påverkan och bekräftelse. Den är en process där två eller flera personer skickar olika slags budskap till varandra och där de visar hur de påverkas av varandra, uppfattar sig själva och vilket innehåll de lägger in i sina budskap. Samspelet sker via många kanaler: språk och tal, ansiktsuttryck och kroppsrörelser. Även förväntningar och värderingar påverkar processen. Wiio (1983) talar om olika bakgrundsfaktorer som påverkar kommunikationsprocessen som hör samman med individen och miljön omkring. Dessa bakgrundsfaktorer är de individuella, de sociala, den fysiska miljön, störningar av inre eller yttre

art, återföringsmöjligheten och vilka medier som använts för kommunikation. Enligt Eide och Eide (1997) finns det ofta två olika typer av kommunikation: verbal och icke verbal.

Med verbal kommunikation avses att innehållet har förmedlats språkligt, antingen genom tal eller skrift. Da Silva och Ljungquist (2005) refererar till Ruth Purtilo som påstår att den verbala kommunikationen är det redskap som framför allt skapar samförstånd mellan patient och vårdpersonal. Hon anger de fyra viktiga funktioner inom verbal kommunikation som är relevanta för vården 1) att knyta kontakt, 2) att ta reda på patientens tillstånd och framsteg, 3) att vidarebefordra behövlig information till annan vårdpersonal och 4) att ge instruktioner till patienter och hans anhöriga. Enligt Eide och Eide (1997) innebär icke verbala kommunikation utbyte av signaler genom kroppshållning, rörelser, ansiktsuttryck, röst användning och beröring. I mellanmänskliga relationer signalerar vi verbalt och icke verbalt på många nivåer och med varierande styrka – rationellt och emotionellt, direkt och indirekt, distanserat och empatiskt, kontrollerat och spontant, medvetet och omedvetet. I kontakten mellan människor spelar ofta det icke verbala en lika viktig roll som det verbala. Felaktiga tolkningar, missförstånd och känslomässiga reaktioner är oundvikliga delar av kommunikation. Enligt Da Silva och Ljungquist (2005) har dessa olika sätt att kommunicera olika betydelser i olika kulturer. De icke-verbala kommunikationssätten uttrycker bestämda attityder eller hållningar och värderingar, vilka tycks vara kulturbundna. För att förstå den icke-verbala kommunikationen måste man ha god kännedom om kulturens kommunikationskoder. En asiat, en afrikan och en europé kommunicerar icke verbalt på helt olika sätt. Detta bör vårdpersonalen veta och ta hänsyn till i mötet med invandrapatienter från icke europiska länder. Sundin et al. (2003) anser att vi med våra ögon kan förmedla en mängd meddelande till den vi kommunicera med. Vi kan ge uppmärksamhetssignaler och bekräftelse på att vi lyssnat på vad den andre har att säga. Undviker vi ögonkontakt kan det uppfattas om kyligt, undvikande eller nedlåtande. Det finns ytterligare två viktiga komponenter i kommunikationsprocessen med stroke patienter med afasi som spelar stor roll för att kunna skapa en bra relation med patienten och det är att använda ett vänlig och lugn tonläge och samtalsvolym i kontakt med patienten.

## **Beröring**

Backlund (1991) menar att beröring är en stark signal som uttrycker att vi tycker om någon. Beröring kan också vara ett uttryck för makt och vrede. Beröring är ett sätt att kommunicera och föra över känslor. Det kan vara t.ex. att smeka någons kind eller att hålla någons hand. Beröring kan betyda mycket för en patient som har drabbat av stroke och afasi. Anledning till att man som patient accepterar beröring är att man är i behov av hjälp. Beröring från sjuksköterskan och vårdpersonalen ökar patientens positiva attityd gentemot vårdpersonalen och omvårdnadsarbetet.

## **Tidigare forskning**

Litteratur söktes i databaserna CINAHL, GUNDA och PUBMED. En del material till studien beställdes och hämtades på Göteborgs universitetsbibliotek och andra delar hämtades genom att ladda dem direkt från databasen. Sökord och artiklar som var relevanta för syftet valdes. Alla artiklar som valdes var vetenskapliga och skrivna på engelska. Genom att läsa rubriken och abstrakten kunde beslut fattas att ladda ner eller beställa hela artikeln för vidare fördjupning eller så avfärda dess artikel på grund av olämplighet. Artiklar sorterades efter inklusion och- exklusionskriterier d.v.s. med hänsyn till kön, åldersgrupp, typ av material (artiklar, avhandlingar), tidsaspekt, artiklarnas publicerings datum och Språk (engelska, svenska, etc). Forsberg och Wengström (2003) att ta hänsyn till ålder, typ av material, språk inkluderades som kriterier. Könsperspektivet exkluderades då denna faktor inte ansågs vara relevant för studien samt tidsperspektivet exkluderades med anledning av den bristande forsknings underlag vilket resulterade i att jag inte satte något tidsintervall utan sökte alla artiklar som kunde vara relevanta . Artiklar som användes som underlag för studien sträcker sig inte längre än till år 1989. De patienter som omfattades av artiklarna tillhörde åldersgrupp 65+.

I nedanstående tabell I redovisas litteratursökningen.

**Tabell I Sökträd litteratursökning**

Databas	Sökord	Antal artiklar som hittades	Antal artiklar som Användades
CINAHL	Ethnicity, elder, Nursing	2	1 Rempusheski VF
CINAHL	Experiences, Nursing care, ethnicity	24	2 1.Gunaratnam Y. 2.Cortis JD.
CINAHL	Elderly, Ethnicity, Nursing	21	0
CINAHL	Iranian, Ethnicity, Nursing	0	0
CINAHL	Communicatin, Ethnicity, Nursing	34	2 1.Hamilton N. & Essat Z. 2.Nilsen B. & Birkelund R.
CINAHL	After Stroke, Multicultural	2	0
GUNDA	Catarina Wallengren Avhandling	1	1 Wallengren C.
CINAHL	Stroke, Ethnicity, elderly	6	0
CINAHL	Ethnicity, Meeting, Nursing	52	2 1..Nilsen B. 2. Cortis JD
CINAHL	Ethnicity, Satisfaction, Patients	62	0
CINAHL	Family, Cultural diversity, Transcultural Nursing	37	1 Davidhizar R.
PUBMED	Minorities & quality	2	1 Sheikh A.
CINAHL	Transcultural, Nursing, Education	910	1 Reeves JS.
CINAHL	multicultural families, Nurses	2	1 1.Papadopoulo I. 2. Omeri A.
PUMED	Leininger MM.	31	1
CINAHL	Caregivers, Ethnicity, stroke	2	0
CINAHL	Turkish family, nursing	2	1 Brink van den Y.
CINAHL	Culture, ethnicity, care	10	2 1. Watt S. 2. Norton D.
CINAHL	Azarpazhooh , Stroke, Iran	1	1 Azarpazhooh Et. al.

## Etnicitets roll i vård av äldre patienter

Enligt Rempusheski (1989) har äldre människor en oerhört stark känsla av etnisk tillhörighet då de under hela sitt liv byggt en etnisk identitet grundat på vart de kommer ifrån, och då inte bara vilket land, utan också vilken del utav det landet, vart den delen av landet gränsar till, vilken religion de har haft samt vad för social status de har haft. Dessa faktorer har byggt upp deras etniska identitet och påverkat deras syn på livet, födelse, död, åldrande och sjukdom. Den etniska identiteten är även avgörande för den äldres förväntningar av vårdtagandet från sin omgivning. Detta påverkar hur de tar emot vård och ger vård till sin omgivning. Rempusheski talar om två

studier utfört av Guttman och Cuellar som påvisar att de mest dominerande barriärerna i USA:s sjukvårdssystem inom vård av äldre etniska patienter är det engelska språket och kommunikationsförmågan. Men även den skillnad som finns mellan sjukvårds tillgänglighet för den äldre och de faktiska behov som de äldre har är beroende på deras etniska tillhörighet. Hon fortsätter med att förklara att sjuksköterskan även måste utvärdera sina egna fördomar och förväntningar av att ge och ta emot vård. Samtalsmetodiken med den andra, menar Rempusheski är nyckeln till en lyckad vårdplan, där vårdgivaren, för att kunna utvärdera vårdtagarens förväntningar samt förutfattade meningar måste vara otrolig försiktig i sitt sätt genom att ställa sina frågor. Genom att observera den äldres handlingar både innan och efter samtal med denne kan sköterskan få ledtrådar till den äldres ömma punkter m.m. Dock måste sjuksköterskan vara oerhört alert för att kunna ge respons till de med deras behov som t.ex. bekvämlighetsnivå eller andra behov. Vårdpersonal måste förstå och inse att deras egna ritualer som t.ex. duscha inför andra, inte är norm för alla äldre patienter med andra etniska bakgrund. Rampusheski menar att genom att t.ex. utforska patientens sömn- personliga hygien- samt matvanor kan man få en mycket god förståelse samt information om patientens kulturellt baserade vårdbehov. Mat är en av huvudingredienserna i varje persons etniska identitet och genom att försöka implementera lite av den äldres etniska matvanor och traditioner kan man knyta en kontakt och ge en trygghet till den äldre att vilja dela med sig av sina tankar och behov. På detta sätt kan man även öka förståelsen mellan vårdpersonalen för de olika etniciteter, tradition och beteenden som kan finnas i det vardagliga vårdgivandet och tagandet. Rempusheski menar att man genom dessa metoder kan eliminera fördomar, missförståelse och istället öka förståelsen för att på så sätt kunna ge en mer anpassad vård. Gunaratnam (2007) menar att erkännande av vikten av "kulturell kompetens" är ett centralt begrepp för hälso- sjukvården och inte minst bör det tillföras till sjuksköterska utbildningen inom det internationella spektrumet. Han anser att kulturell kompetens modeller är relativt ny fenomen inom hälso- och sjukvården. Hans artikel handlar om resultat från ett utvecklingsprojekt för äldre palliativ patienter samt anhörigvårdare från olika etniska grupper Syftet med projektet var att öka personalens medvetenhet om palliativ vård samt att öka förståelsen för dessa gruppers behov av vård. I denna artikel beskrivs sjuksköterskors erfarenheter av palliativ vård till äldre patienter med andra etniska bakgrund. Han uppmärksammar de komplicerade relationerna mellan kulturella kunskaper och praxis och icke- rationella dimensioner av interkulturell vård. Han föreslår att ett erkännande av dessa marginaliserade kulturella kunskaper inom sjukvården bidrar till utveckling av nya vägar för den interkulturella omvårdnads arbete som också då blir bättre anpassade till etik och värderingar inom palliativ vården.(Gunaratnam 2007). Reeves et al (2001) beskriver i sin forskning utvecklingen och genomförandet av en pedagogisk strategi för att öka kunskapen om transkulturell omvårdnad i sjuksköterskeskola grundutbildningsprogram. De tycker att begreppen mångfald och transkulturell omvårdnad bör integreras i hela grundutbildningens läroplan. Ett team av kursmedlemmar har utvecklat en serie kurser som kallas för "Sjuksköterska och Samhälle", där ingår kulturell mångfald, etik, professionalism och politik som strimmar eller trådar vävda genom kurserna baserat på grupputvärderingar i slutet av varje kurs. De flesta studenter var efter kursen medvetna om behovet av att tillhandahålla kulturellt kongruent vård. Det finns dock ett behov av att utveckla en sund programmatisk utvärdering som omfattar empiriska resultat av kulturell kompetens bland akademiker.

## **Anhöriga till strokedrabbade patienter**

Enligt Davidhizar et al (1997) är för många etniska grupper familjen den viktigaste sociala organisationen. Detta styr hur anhöriga hanterar en familjemedlems sjukdom. I vissa kulturer avstannar allt arbete för att ta hand om den sjuka familjemedlemmen. Familjens åsikt i olika frågor är viktig. För att kunna möta denna patientgrupp på ett bra sätt som möjligt är det viktigt att vi skaffar oss en kulturell medvetenhet, menar Davidhizar.

Wallengren (2009) har intervjuat anhöriga till stroke drabbade patienter om hur de upplever sjukdomen och bemötandet från vårdpersonal. Hennes studier visar att många anhöriga inte tycker att sjuksköterskorna har tid med dem. De flesta anhöriga upplevde att de fick för lite information och uppmärksamhet. Hennes studie visade att anhöriga upplevde att vårdpersonalen är det beslutande organen där de anhöriga inte har något inflytande. Wallengrens åsikt är att professionella sjuksköterskor skall ge mer plats till närstående samt passa på vid de stunder då närstående är mer mottaglig att ta emot information och stöd och det är då kanske man kan skapa en



dialog och relation med närstående. Wallengren menar att de pedagogiska program och stroke skolor som erbjuds anhöriga är förutbestämda, konforma och sällan anpassade efter individens behov och önskemål. De genomförs ofta i form av föreläsningar om det medicinska, där tider, omfattning och föreläsare redan är inplanerade. Detta medans de närstående kanske vill ha en helt annan typ av kunskap, praktiskt stöd som att följa maken på toaletten eller hjälp att förstå varför en hustru som levtt så sunt hela livet ändå har drabbats av stroke (Wallengren 2009). I en studie om turkiska äldre familjer i Nederländernas sjukvård, beskriver Brink (2003) att enligt en turkisk hierarki så ses familjen som den viktigaste sociala enheten i den turkiska kulturen, med stark patriarkal struktur och hierarki baserad på ålder, kön, och status. Vård ges till hela familjen, inklusive makar, farbröder och mosttrar, bröder och systrar, barn och barnbarn. All vård är rotad i det religiösa sammanhanget och traditionerna, där att ta hand om varandra är en viktig livsfråga för att överleva (Brink 2003). Familjemedlemmar måste visa respekt för de äldre i alla situationer. Äldre förväntas inte be om vård, snarare få det på ett naturligt och frivilligt sätt genom familjens medlemmar. Omvårdnad är ett naturligt och självklart fenomen hos sådana familjer. I Socialstyrelsens (2005) nationella riktlinjer för stroke sjukvård står att anhöriga är en betydelsefull resurs för dem som insjuknat i stroke. Två tredjedelar av de personer som insjuknat för två år sedan var helt eller delvis beroende av stöd från anhöriga och närstående. Behovet av stöd i hemmet till dem som insjuknar i stroke anfall och till deras anhöriga kommer att öka i framtiden.

## **Etnicitet inom sjukvården i andra länder**

Hamilton och Essat (2008) har gjort en annan studie i Storbritannien där de försöker utforska om det pakistanska folkets upplevelse av hälso- sjukvården i England och sjuksköterskors omvårdnads kvalitet. De tycker att vården måste svara på de utmaningar som skall uppfylla behoven hos de olika etniska grupperna och uppfylla kraven i den uppförande kodexen. Deras forskning presenterar resultaten av en undersökning och beskrev den pakistanska (urdu språkig) samhällets erfarenheter av hälso- sjukvården på ett sjukhus i Storbritannien. Resultaten visar en brist på överensstämmelse mellan gruppens förväntningar och deras verkliga erfarenheter. Sjuksköterskor ansågs ha dålig förståelse för de olika etniska behoven samt att uppmärksamma etnocentriska attityder och beteenden. Bristen berodde först och främst på förekomst av rasistiska attityder i den brittiska hälso- och sjukvårdssystemet. Författarna föreslår eventuella förändringar i de strategiska lednings-, och utbildningsnivån i hälso- och sjukvården i Storbritannien.

Cortis (2004) intervjuade 30 registrerade sjuksköterskor som jobbade på ett sjukhus i Storbritannien och tog hand om pakistanska patienter. Hans studie visade att sjuksköterskorna hade svårt att förklara innebörden av kultur och andlighet och dess betydelse för sjukvårdspraxis. De hade också begränsad förståelse för det pakistanska samhället. Han identifierade sjuksköterskors attityder vilka som inte uppfyller de utmaningar som de stod inför. Bristfälligt genomförande av "holistisk" tänkande, dålig förberedelse för att möta behoven hos en etnisk mångfalds grupp och förekomsten av rasism i praktiken var de slutsatser som forskaren kom fram till. Holism måste avspeglas mer i leveransen av vård till patienter med etnisk bakgrund menar Cortis. I Cortis (2004) studie visar man att "holismen" var ytligt uppfattad av sjuksköterskor. De verkade vara selektiva i vilka av dess komponenter som de tillämpade i praktiken. Studien har visat hur "kultur", som en av de viktigaste delarna av "holistisk" vårdfilosofi, inte är tillräckligt välkänt och tillämpat i praktiken, medans yrkesorganisationer och Regering förväntar att sjuksköterskor skall vara "kulturellt kompetenta". Avsaknaden av hänvisning till kultur/etnicitet är anmärkningsvärt i denna studie resultat. Detta är en utmaning för sjuksköterskors utbildning, forskning och profession. Nilsen och Birkelund (2009) gjorde en studie med patienter som har andra etniska bakgrund inom den danska hälso- och sjukvård. Den är en kvalitativ studie om sjuksköterskors upplevelser i mötet med etniska patienter. Deras studie visade att etniska minoriteters patienters möten med det danska hälsovårdssystemets problem är relaterad till kulturella skillnader och antagandet att dessa problem inte kan lösas av sjuksköterskor, men måste åtgärdas och förhindras med hjälp av ett generellt och korrekt perspektiv på integration. Det mest förekommande problem för sjuksköterskor i hanteringen av etniska patienter är språkproblem och svårigheten att kommunicera. Svårigheterna för en god kommunikation gör det svårt att upprätthålla en ömsesidigt förtroendefull relation mellan patient och sjuksköterska. Att använda släktingar som

översättare för att spara pengar gör inte saken bättre och skapar mer problem på lång sikt. Dels på grund av missförståelse och dels på grund av att anhörigas relation med sjukvården påverkades negativ. Studien visar att en bättre språklig integration för etniska grupper skulle kunna förbättra några av de problem som är knutna till minoritet etnisk patienters språk svårigheter. Samtidigt pointerar studien också vikten av att hålla sjuksköterskornas kunskap om diverse kulturella betydelser och värderingar uppdaterad, så att de kan visa hänsyn till dessa patienters "kulturella normer". Kunskapsnivå och ekonomiska förhållanden har också en avgörande inverkan på kvaliteten av vård för dessa grupper av patienter. Sammanfattningsvis visar deras studie att sjuksköterskor har olika attityder gentemot samma fenomen och gör på olika sätt för varje patient. De förslår att man sammanställer de vanliga regler och rutiner som redan är utarbetad på vårdavdelningen i en "pm" pärm för allas vetskap och på så sätt förbättrar och utvecklar vårdkvaliteten i längden (Nilsen & Birkelund 2009). Enligt Papadopoulos och Omeri (2008) finns mer än hundra olika språk som talas av personer från olika kulturella och språkliga bakgrunden. Kommunikation mellan kulturer är fortfarande en viktig fråga för kulturell förståelse vilket är en utav grundstenarna för att kunna genomföra en transkulturell och effektiv omvårdnad i praktiken. Morgan (1988) beskriver kunskap som en beståendedel i det breddare kompetensbegreppet. Med kompetens menar man "förmåga att handla och bedriva ett mål fram tills att uppnå resultat". Kompetens är besläktad med uttrycket "erfarenhetsbaserat kunskap". Med kompetens menar Morgan att man inte enbart tänker på kunskaper och färdigheter i sig, utan framför allt fokuserar man på de kunskaper och färdigheter som krävs för att utföra en viss arbetsuppgift på ett effektivt sätt. Att höja personalens kompetens och möjligheter att synliggöra kompetens i arbetet är en lednings fråga. Den här studien är ett försök att fördjupa förståelsen för iranska anhöriga och patienters upplevelser av strokevården utifrån deras kulturella och etniska bakgrund. Genom berättelserna kan man även få en bild av hur de upplever kvalitén på vårdgivarens omvårdnadsarbete samt de vardagliga problem som kan förekomma på grund av kulturkrockar i vården. Studien ger möjlighet att ta del av patienter och anhöriga med en iransk bakgrund upplevelser av strokevården. Genom att utforska detta område kan resultatet används som ett bra redskap för att förbättra mötet mellan vårdgivaren och vårdtagaren med annan etnisk och kulturell bakgrund samt förhoppningsvis kunna ge en kulturkongruent omvårdnad enligt den modell som bland annat Leininger presenterar.

## Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att öka kunskapen om hur iranska äldre patienterna och deras anhöriga upplever strokevården utifrån deras kulturella bakgrund samt reflektera över sjuksköterskans förhållningssätt i omhändertagande av patienter med annan etnisk och kulturell bakgrund.

Studien är baserad på nedanstående frågor:

- \* Hur upplever iranska äldre patienter och deras anhöriga att de blir bemötta inom strokevården?
- \* Hur upplever iranska äldre patienter och deras anhöriga att deras vårdbehov blir tillgodosedd?
- \* Sjuksköterskans förhållningssätt i omhändertagande av patienter med annan etnisk och kulturell bakgrund.

## Metod

För att fånga målgruppens upplevelser används kvalitativa intervjuer som huvudsaklig metod enligt Kvale (1997). Berättelserna analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys metod med induktiv ansats. De upplevelserna som presenteras i undersökningen är den verkliga berättelserna som patienterna och anhöriga upplevde under vistelsen på stroke avdelningar. I denna studie används semistrukturerad kvalitativ intervju som ger människor mer svars möjligheter och utrymme för att uttrycka sina åsikter. I en sådan intervjumodell ställs samma frågor till alla informanter och informanterna får tillfället att förtydliga och utveckla sina svar på frågorna. Enligt Kvale (1997) är intervjun en scen på vilket kunskap byggs upp genom samspelet mellan intervjuare och

intervjupersonen. Att intervjuaren kan skapa en stämning där informanten kan öppna sitt hjärta och börja yppa erfarenheter och känslor för en främling är en konst som kräver färdighet och mycket intresse (Kvale, 1997).

## **Datainsamlingsmetod**

### **Kvalitativa intervjuer**

För att uppnå syftet med studien kommer både patienter och anhöriga att intervjuas. Att använda även anhöriga i intervjuprocessen kan vara nödvändig på grund av att stroke patienter ofta är drabbad av afasi och minnesförlust vilket gör att de antingen inte kan uttrycka sig eller komma ihåg vad som hänt med dem under sjukdomstiden. De första minuterarna av en intervju är avgörande och därför försöker jag att skapa en god kontakt med informanten genom att presentera mig själv och min studie. Under samtalet försöker man att vara en god lyssnare, att visa intresse och förståelse och respekt för vad den intervjuade säger. Intervjuerna analyseras med hjälp av en tematisk strategi som bygger på forsknings frågorna. Intervjuundersökningen genomförs i sju metodstadier enligt Kvale (1997): 1) Tematisering med teoretisk reflexion över forskningsämnet och formulering av forsknings frågorna, via 2) planering av undersökningen i syftet att söka besvara forskningsfrågorna, där båda konstruktionen av kunskap och de moraliska implikationerna beaktas, till 3) intervju, 4) Utskrivning, 5) analys, 6) Verifiering och 7) rapportering.

### **Analys metod**

Analysmodellen är gjord enligt Lundman och Hällgren-Graneheims (2008) metodik. Analysen är baserad på kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats där man efter utskrift kategoriserar det som informanterna säger på bandade intervjuer. Val av kvalitativ innehålls analys med induktiv ansats ger möjlighet till en förutsättningslös analys av texter och informanternas upplevelser och berättelser (Lundman & Hällgren-Graneheim 2008). Kvalitativa ansatser handlar om beskrivning och analys utan att använda statistik vilket används ofta inom humanvetenskap. Kvalitativa ansatser innebär att beskriva och förstå men inte att förklara varför. Data från intervjuerna ska nedskrivs ordagrant och översätta till svenska. Intervjun sorteras och utmärkas på olika meningsbärandeenheter som är mest relevanta för syftet. Meningsbärande enheter kategoriseras och kondenseras. De kondenserade meningsbärande enheterna sammanförs till kategorier och underkategorier och till sist den sökande teman väljes som är mest relevant till innehållet. Enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2008) bestämmer man sig slutligen för ett tema utifrån ”den röda tråden” av mening som återspeglas i kategori och svarar på frågan ”Hur?” på en tolkande nivå.

### **Urval**

I den fullskaliga studien kommer urvalet att bestå av minst 10 patienter som drabbades av stroke samt 10 anhöriga i hemmet, sjukhuset eller på ett äldreboende.

Urvalskategorierna ska omfatta:

- Patienterna skulle vara över 65 år.
- Intervjupersonerna ska ursprungligen komma från Iran
- Patienterna skulle ha flyttat till Sverige på grund av sina barn.
- De skulle ha drabbat av stroke i Sverige
- Anhöriga ska vara insatta i patientens vård
- Populationen kan vara båda bland män och kvinnor
- Informanterna hittas via annonser på iranska lokal radio och TV samt genom att kontakta stroke enheterna på olika sjukhus och sjukhem inom Västra Götaland
- Informanterna ska få ett samtycke brev där får de information om studiens innehåll och genomförande. Informanterna ska visa sitt samtycke genom att ge sin namnunderskrift på samtycke brevet där står att deltagandet är helt frivilligt.

## Pilotstudien

För att testa ovanstående metod genomfördes och analyserades tre intervjuer i en pilotstudie. Att kunna hitta flera strokepatienter på avdelningarna på sjukhuset inom SU var väldigt svårt. Patienter för studien söktes genom att kontakta Mölndals Sjukhus, Östra Sjukhus, Sahlgrenska Sjukhuset och Högsbo Sjukhuset och även hemsjukvården i Härlanda och i Kortedala, men bara på Sahlgrenska hittade man en utskriven stroke patient med iransk bakgrund på stroke enheten och en ineliggande patient på Mölndalssjukhuset. I patientregistret kan man hitta många olika utländska namn men det står inte vilken nationalitet de tillhör till, och därmed går det inte att identifiera personernas etniska tillhörighet.

För att kunna genomföra pilotstudien kontaktades i första hand cheferna på respektive avdelningar för att få tillstånd till att göra en sådan undersökning. Därefter kontaktades patienternas ansvariga sjuksköterska för att få hjälp med att ta reda på om patienterna och deras anhöriga ville delta i studien. Genom att intervjua dem kunde man få bekräftelse hur de upplevde svensk sjukvård och om deras behov blev tillgodosedda. Intervjuerna genomfördes med ett personligt besök på stroke enheten och ett besök hemma hos den andra patienten. Deltagarna kontaktades för överenskommelse om tid och rum som passade för intervjun och även användning av bandspelare. Informanterna blev upplysta om att inga personuppgifter kommer att redovisas, samt att informanterna skulle få vara anonyma. Upplysning lämnades även om att en översättning från persiska till svenska måste göras. Patienten blev även informerad om att deras medverkan är helt frivillig, och när som helst kan avbrytas. Resultatet skulle presenteras i form av en studie vid Göteborgs Universitet. Deltagarna kunde ta del av studiens resultat. Deltagarna har bott i Sverige i ungefär 18 år. En av patienterna (M) var 82 år och den andra (kallas för F) var 83 år gammal. Dotter till den 82 åringen härmed kallad för "F.dotter", hon var ungefär 46 år gammal och jobbade som lärarinna. "F" har mer avancerade afasi då går det inte att intervjua honom men hans dotter ställde upp på intervju. Den andra patienten var 83 år och kommer att kallas "M". Hans fru var 81 år kommer att kallas (E). Intervjupersonerna kom från olika delar av Iran, både landsbygd och större städer. De pratade persiska. När det gällde utbildningsnivå, var 82 åringen analfabet men 83 åringen hade en gymnasieutbildning samt var konstnär. Båda patienterna hade drabbats av stroke med afasi som komplikation.

## Förförståelse

Som leg. sjuksköterska med många års arbetserfarenhet inom vård av äldre och med en bakgrund från Iran har jag upplevt olika former av särbehandling både inom och utanför sjukvårdssystemet. Jag har sett hur sjukvårdspersonalen bemöter äldre patienter med en annan etnisk tillhörighet och jag har även bevittnat dem äldre utländska patienternas utsatthet. Samtidigt har jag även sett mycket stora resurser som har tillägnats just åt dessa utsatta grupper. I tolkningen av resultatet har jag försökt att beskriva patienternas och anhörigas upplevelser från sjukvårdskontakter efter att patienterna drabbats av stroke, allt detta utan att lägga in några egna värderingar eller erfarenheter.

## Risk- nytta

Informanterna kommer att informeras att de intervjuas på sjukhuset eller hemma hos dem. Det är de som ska välja platsen för intervjun. De kommer att få berätta om de händelser som hänt de utan jag påverka de. Det finns inga risker för psykiska eller fysiska skador. När informanterna berättar om sina upplevelser kan det hända att de kännas sig frustrerad eller ledsna vilket ska man ha full förståelse för. Vid intervjutillfället ska det finnas möjlighet till avbröt och återhämtning. Intervjuerna kan ta lång tid om jag som intervjuare inte styr upp intervjun inom ramen. Informanterna kommer från en annan kultur där människor har ett annat synsätt på sjukdom och hälsa vilket kan skapa missförstånd och misstolkning.

## **Forskningsetiska överväganden**

Studien baseras på etiska riktlinjer i Helsingforsdeklarationen (World Medical Journal 2004) och etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (Northern nurses´ federation 2003) och etiska principer fastslagna i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (FN:s Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna 1948) omfattande försäkran om sekretess, respekt, anonymitet och frivillighet för deltagarna, Konfidentialitet, Säkerhetsaspekten och information. Informanterna informerades genom ett informationsbrev (bilaga 1). Tillstånd och samtycke om intervju med hjälp av bandspelning inhämtades från deltagarna.

Av mänskliga skäl blev samtalen inte så begränsade som man hade planerat från början. Det är viktigt att man visar intresse, empati och lite flexibilitet så att människor kan känna sig trygga och välkomna i samtalet.

Pilotstudien styrs av etiska principer som är beskrivna i Helsingforsdeklarationen (World Medical Journal 2004). Se nedan:

- Principen om självbestämmande (autonomi)
- Principen om välbefinnande (göra gott)
- Principen om icke-maleficence (inte skada)
- Principen om Lika vård på lika villkor

Informanterna har inte uppgett några tecken på obehagliga upplevelser i samband med intervjun. Informanterna var positiva att medverka i intervjun.

## **Att vårdas på stroke enheten inom Sahlgrenska universitetssjukhuset**

Avdelningarna är inriktade på utredning, behandling och rehabilitering av hjärnans kärlsjukdomar, dvs. infarkter (proppar) och blödningar. De tar hand om vuxna strokepatienter i alla åldrar. Dessutom står de för den högspecialiserade strokevården inom Västra Götalandsregionen, vilket innebär att de ansvarar för alla strokepatienter samt för trombolys (upplösning av proppar med hjälp av läkemedel) inom Sahlgrenska universitetssjukhus upptagningsområde. Inom stroke enheten finns ett Stroke Forum som är ett resurs- och aktivitetscenter för strokedrabbade och deras anhöriga. På Stroke Forum arbetar ett stroke team bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeuter, logoped och kuratorer. Personalen på stroke forum erbjuder råd, stöd, stimulans och kunskap till patienter och deras anhöriga.

## **Resultat**

Studiens resultat grundar sig på tre intervjuer med iranska patienter med afasi samt två anhöriga. De hade behandlats på två olika strokeenheter och sjukhus, den ena på Sahlgrenska sjukhus och den andra på Mölndals sjukhus. Patienternas och anhörigas upplevelser från sjukvården var väldigt varierande mellan olika avdelningar. Analysen av patientintervjuerna resulterade i fyra kategorier och nio subkategorier samt ett tema som exemplifieras i nedanstående tabell 2.

Tabell 2. Analysmetod enligt Lundman och Hällgren-Graneheims

Meningsbärande Enheter	Underkategori	Kategori	Tema
<p><b>Omhändertagande</b>                      "...hans lakan var smutsig, personalen bytte aldrig regelbundet sängkläderna och hans kläder, ibland tog mamma lakan från skåpet och bytte ut det i smyg"</p> <p><b>Maktlöshet</b>                      "när pappa hade vänt upp och ner på dygnet då sov han på dagen då väckte personalen honom klockan kl.8:00 bara för att sätta honom i "Rutin", vilket ledde till att han skrek..."</p> <p><b>Familjen relation</b>                      "De första dagarna var vi återminstone 2-3 personer här hela tiden. Vi märkte Personalen inte är särskild glada över vår närvaro..."</p> <p><b>Förtroende</b>                      Pappa blev aggressiv mot vissa sjuksköterskor och undersköterskor för att han hade vissa negativa upplevelser",</p> <p><b>Empati</b>                      "De enda gångerna de kom in var vid behov eller vid medicinering..."</p> <p><b>Beröring</b>                      "en av sköterskorna gick förbi oss, hon sa hej till pappa, pappa svarade inte, hon vände sig och ställde sig framför pappas rullstol och satte sig på huk, la sina händer på pappas och tittade</p>	<p><b>Omhändertagande</b></p> <hr/> <p><b>Maktlöshet</b></p> <hr/> <p><b>Familje relation</b></p> <hr/> <p><b>Förtroende</b></p> <hr/> <p><b>Empati</b></p> <hr/> <p><b>Beröring</b></p>	<p><b>Upplevelser av omvårdnads kvalitet</b></p> <hr/> <p><b>Relation i Omvårdnad</b></p> <hr/> <p><b>Personalens yrkesskicklighet och kompetens</b></p>	<p><b>kulturell kunskap, empati, flexibilitet, god kommunikation och engagemang är viktiga faktorer för att förhindra kulturella och etniska konflikter inom strokevård.</b></p>

<p>honom i ögonen och sa hej, pappa sa hej och log så berett han bara kunde”.</p> <p><b>Utbildning</b> ”pappa hade bättre syn åt hans vänstra sida som var emot fönstret, fortfarande kom personalen och ställde sig på hans vänster sida,då låg pappa och stirrade i taket och försökte lista ut var rösten kom ifrån.”.</p> <p><b>Integritet</b> ”Pappa behövde lyftas, personalen tyckte att de inte klarar av att lyfta honom på två då hämtade de en tredje men framför oss började de diskutera om de ska vara två el tre pers. vilket ledde till att pappa blev arg och ledsen”</p> <p>”vårdpersonal inte kan ersätta den kärlek som vi kan ge som anhöriga. Vi invandrare ser på den som en mänsklig plikt! Jag tycker att vissa personal saknar den kulturella kunskapen...”</p>			
	<p><b>Utbildning</b></p>		
	<p><b>Kulturbaserad Omvårdnad</b></p>	<p><b>Kulturs kompetens hos personalen</b></p>	

## Upplevelser av omvårdnadskvalitet

### Omhändertagande

Under intervjun berättade dotter till F. att de upplevde att den basala omvårdnadskvaliteten på ena sjukhus på stroke avdelning inte var tillräcklig bra och att sjuksköterskorna inte hade direkt kontroll över utförandet av omvårdnadsarbetet. F.s anhörig upplevde omhändertagandet av patienten som ofullkomligt och otillräckligt. De berättade om en situation som följande:

”... hans lakan var smutsig, då när han spillt på sina kläder då han hade ätit men personalen bytte aldrig ut sängkläderna och hans kläder som de borde, ibland tog mamma lakan från skåpet och bytte ut det i smyg”.(F.s dotter)

M. och hans fru E. som vistades på stroke enheten på en annan sjukhus på strokeenheten berättade att de kände sig delaktiga i vårdprocessen. Den goda interaktionen mellan vårdpersonalen och vårdtagaren ledde till en positiv upplevelse av omhändertagandet. Det lät så här när dem beskrev situationen:

*”De var väldigt hjälpsamma, han fått utmärkt vård. När det gäller de basala hygieniska skötsel har vi förståelse för personalen, här gör man på det här sättet att de är vana vid, här tillhör det inte det hemma eller de rutiner som vi är vana vid, till exempel att ha en bidéslang i toaletten och tvätta sig efter varje toa besök är vi vana vid men även om det hade funnits en bidéslang i toaletten så hade M. inte kunde använda den med bara en fungerande arm...”*

En jämförelse mellan dessa två olika situationer och dessa två olika upplevelser, kan ge goda möjligheter till att förstå hur olika bemötande/omhändertagande kan leda till åtskilda upplevelser i vård av samma grupp patienter.

## **Maktlöshet**

Informanterna beskrev att de ibland upplevde en känsla av total maktlöshet när personalen åsidosatte patienternas önskemål och istället följde sina egna rutiner som passade bäst för deras arbete.

*”Till exempel ibland gjorde de också idiotiska saker såsom att när pappa hade vänt upp och ner på dygnet och sov på dagen då väckte de honom klockan 8:00 på morgonen bara för att sätta honom i ”Rutin”, han skrek. Min mor ville att jag skulle säga till den välutbildade mannen att väcker man en frisk man mitt i sin sömn på det viset de väckte honom skulle man inte kunna förvänta sig något annat.”(F.s dotter)*

Personalen var mer vana att utföra en ”standardomhändertagande” än en individuell omhändertagande, där patienten får utrymme att påverka sitt vårdande utifrån sin kulturella bakgrund och vanor. F.s anhörig ville hjälpa till i vårdprocessen då hon visste exakt hur hennes pappa önskade att bli behandlad men hon fick inte chansen att delta, för att vårdpersonalens fokus låg på patienten och deras egna rutiner utan att ta hänsyn till anhörigas roll i sammanhanget.

## **Relation i Omvårdnad**

### **Familjerelation**

F.s dotter upplevde att personalen önskade att skapa en relation med patienterna men att de inte visste hur de skulle gå till väga. Denna anhörig uttryckte att deras upplevelse av vårdpersonalen var att de såg dem som ett hinder vilket skapade en känsla av osäkerhet hos anhöriga.

*”De första dagarna var vi åtminstone 2-3 personer här hela tiden. Vi märkte att personalen inte är särskild glada över vår närvaro hos pappa. Pappa blev aggressiv mot vissa sjuksköterskor, de kom och pratade med oss och sa att detta inte är bra att er pappa inte accepterar oss, vi kan inte närma oss till honom, det blir bättre om ni lämnar honom och inte stannar här hela tiden, vi var säkra på att de aldrig skulle klara av att sköta honom utan oss ...”(F.s dotter)*

Enligt dotter till F.s berättelser hade personalen inget annat val till slut än att kalla på anhöriga mitt på natten. Till skillnad från F.s dotter ger den andra anhörig E. hustru till M. ett helt annat bild av liknande situation. Hon låter mer belåten, då hon hade fått vara med och befann sig på avdelningen nästan dygnet runt. Hon fick komma och



vara hos M. flera timmar om dagen och personal uppskattade hennes närvaro. Personal kände sig inte besvärade, utan ansåg hennes närvaro som ett stöd och normal företeelse.

## Förtroende

Relation mellan sjuksköterska och patient var en av de punkter som informanterna betonade under sina berättelser och de tyckte att det är relationen som skapar förtroende och tillit. De menade att man känner sig mer avslappnad och trygg när man märker att personal är vänliga och anstränger sig för att patienten ska ha det så bra som möjligt, trots skadorna och begränsningarna som hade uppkommit på grund av stroke. Det blir däremot, helt omvänt effekt, när personal agerar osäkert, vill "slippa" "jobbiga" situationer. Detta kunde ha mycket allvarliga följder för patientens hälsa. Det kunde omvandla en patient i ett behovande, underlägset läge till en arg och aggressiv människa som inte gick att komma i kontakt med eller att kunna avleda:

*"... pappa behövde gå på toaletten och då kommer ena sköterskan och säger "jag klarar inte av att ta honom ensam, jag behöver hämta hjälp". Sedan går hon iväg och kommer tillbaka efter en lång tid som känns som tusen år. När personalen kom olyckan hade redan skett. Då blev pappa väldigt upprörd och arg, men personalen betecknade detta som om han var "Våldsam"...".*

Förtroendet och trygghetskänslan förstärks i takt med att patienten och dess anhörig känner sig mer förstådd av vårdpersonalen. Språket verkar ändå ha en stor plats i den här frågan för den anhörig som inte kunde svenska språket så bra alltså fru E.

*"Det måste tilläggas att det fanns två persisktalande sjuksköterskor på avdelningen och med tanke på vår språkbarriär så var de guld värda...",* uppger M. under intervjun.

## Empati

Informanterna hade minnen från stunder då saknad av empati hos personal förorsakade onödiga lidande för dem. De önskade att personal gav sig mer tid att observera och försöka tyda patienternas uttryck. Detta skulle hjälpa dem att förstå bättre vad som skulle behöva göras än att förlita sig endast på ordinationer från läkare, som ändå inte kunde ge bot på alla krämpor. F.s dotter berättar att:

*"...pappans tunga hade svullnat och tungan hängde utanför munnen, det såg ut som om han inte ens kunde andas eller svälja, vi undrade om det var allergi reaktion, ... efter 6 timmar kom en läkare dock kunde inte han konstatera vad felet var. Men vi visste vad felet var, det var ett symptom på panikångest som pappa visade då när han var arg och ängslig. Anhörig frågade sköterskan "kan det vara panikångest?" och hon svarade "ja, det kan det vara!" men ändå inget gjordes åt saken. De enda gångerna de kom in var vid behov eller vid medicinering. Jag menar de observerade inte pappa så väl som oss. Jag bad de att ge pappa en lugnande tablett men de kom efter två timmar med en storpille stesolid efter att min far hade legat i kramp och kippat efter luft. Under tiden smekte jag pappa på kinden och pratade lugnt med honom. Efter 20 minuter hade pillret gjort sin verkan pappa blev helt avslappnad och somnade..."*

E. & M.s berättelse visade på hur förmåga till empati kunde underlätta situationer som var svåra. Personal med empati hade även bättre förhållningssätt gentemot patientens integritet och behov. Detta kom patienterna ihåg långt efter vård tillfällen.

*"... De ställde upp så mycket, jag har aldrig i mitt liv sett så disciplinerade och så bra personal någon annanstans i sjukvården i Sverige inte i Iran heller. En av patienterna hade för vana att ta av sig kläderna och*

*gå omkring naken men han blev bemött med respekt och värdighet. personalen blev aldrig arga eller otrevliga på honom, de har medlidande med patienterna och känner empati för dem”( E. & M.)*

## **Beröring (ickeverbal kommunikation)**

F.s dotter beskriver situationer där den verbala kommunikationen inte kunde fungera och om personal hade kunnat använda andra kommunikations sätt, då hade dem fått mycket bättre kontakt med sin patient. Vikten av den ickeverbala kommunikationen belystes starkt i följande meningar:

*”... en av sköterskorna... gick förbi oss... hon sa hej till pappa, pappa svarade inte, hon vände sig och ställde sig framför pappas rullstol och satte sig på huk, la sina händer på pappas och tittade honom i ögonen och sa hej, pappa sa hej och log så brett han bara kunde”.*

## **Personalens yrkesskicklighet och kompetens**

### **Utbildning**

Informanterna påpekade vikten av specifik kunskap i omvårdnad av stroke patienter. De talade om sina förväntningar när det gällde personalens yrkesskicklighet och kompetens som en grundförutsättning för god omvårdnad. Det märktes tydligt när personal inte hade eller inte ville använda sina kunskaper inom vård av stroke patienter. Det kunde då undermineras primitiva men grundläggande krav på omhändertagande av stroke patienter. Sådana krav som att ställa sig på höger sida när man tilltalar en patient med synbortfall på vänster öga och tvärtom kunde glömmas bort eller förbises.

F. berättar att;

*”... pappa hade bättre syn åt hans vänstra sida som var emot fönstret, fortfarande kom personalen och ställde sig på hans vänster sida”.*

F.s dotter fortsätter att berätta om sina upplevelser från mötet med sjuksköterskor och deras handlingsförmåga efter sin kompetens;

*”Andra problem dök upp också, hans mage slutade att fungera och han var förstoppad under några dagar, samtidigt fick han någon slags svamp på tungan som ökade hans smärta. De hade gett honom microlax men magen kom inte igång. Till slut lyckades en av sjuksköterskorna genom sin ihärdighet och kärlek till jobbet nå fram till min far efter sju dagar och fixa till honom så att magen kom i gång.”*

### **Integritet**

Informanterna beskrev hur de upplevde personalens bemötande vad det gäller integritet. Att stå vid sidan av patienten och diskutera sinsemellan om hur tung patienten var, eller hur motvilligt dem kände sig inför vård momentet, sänkte patientens självkänsla och värdighet.

F.s dotter berättade att:

*”... Jag larmade för att få hjälp för att lyfta pappa. Det kom en sjuksköterska och en undersköterska. Undersköterskan sa att ”Han är för tung, vi måste vara tre för att lyfta”, det tog flera timmar att hitta någon som kunde hjälpa till och lyfta pappa. Den tredje personen sa till de två personalen ”jag tror att ni nog ganska lätt*

klarar av att lyfta honom på två” och gick, varpå jag sa, ”ja på dagen är de ju alltid två som lyfter och det verkar ju gå bra då. De tog inte upp pappa vilket gjorde pappa arg och kränkt”.

## **Kulturs kompetens hos personalen**

### **Kulturbaserad omvårdnad**

Det framkom i intervjuerna att de flesta av personalen på ena sjukhuset hade en negativ inställning till att ha anhöriga som en extra resurs i närheten av patienten. En informant berättade att personalen inte hade förståelse för patientens kulturella familjeförhållanden.

*”Det tog lång tid innan de förstod oss, de kunde inte använda oss som en extra resurs. De såg oss som ett hinder... Besökstiden mellan klockan 12-19:00 är för lite. Vi var de enda som alltid var kvar, om vi nu gör detta och finns där som en resurs för personalen varför tar de illa vid sig för vår närvaro? Detta gör vi oavsett att vårdpersonal befinnas. För att vårdpersonal inte kan ersätta den vård och kärlek som vi kan ge som anhöriga. Vi ser på det som en mänsklig plikt och förförståelse. Jag tycker att vissa av vårdpersonalen saknar den kulturella kunskapen och empatin”(F.s dotter)*

M. & E. tyckte däremot att personalen hade respekt för deras kulturella vanor och värderingar. De tyckte att deras etnicitet inte upplevdes som ett hinder för att få en god omvårdnad. Personalen hade lätt för att hantera olika patienter med olika bakgrund och vanor. De såg patienten och dess anhöriga som en positiv utmaning och ett intressant fall att göra med och lära sig av.

*”... ”Jag var där i princip dygnet runt för att hjälpa min man med mat intaget och andra saker. Barnen var hos oss också. Vi fick alltid väldigt bra respons genom personalen, de uppskattade vår närvaro och allt stöd som vi gett till M.”. (E.)*

## **Tema**

*kulturell kunskap, empati, flexibilitet, god kommunikation och engagemang är viktiga faktorer för att förhindra kulturella och etniska konflikter inom strokevård.*

Slutligen kan man se det genomgående temat som är mest relevant för att personalen ska kunna främja hälsa och välbefinnande hos patienten, och det är när de har tillräckligt med kulturella kunskaper och engagemang för att utöva sin kunskap. Studiens tema uppmärksammar också de komplicerade relationerna mellan kulturella kunskaper och praxis och icke-rationella dimensioner av interkulturell vård. Att ha det svårt och se patienten som en helhet, en varelse med en annan kulturell bakgrund visar på de marginaliserade erfarenheter och kunskaper som kan bidra till konflikt istället till utveckling av nya vägar till en bättre anpassade individuell vård till var och en. På den individuella nivån finns sjuksköterskorna och deras kunskap och engagemang som slutligen avgör hur de planerar och hur de går till väga för att främja den enskilda patientens välbefinnande och hälsa. Försämring av prestation och engagemang uppstår till följd av strukturella svagheter vilket skall åtgärdas med hjälp av omstrukturering.

## Diskussion

### Metod diskussion

Denna studie har varit lärorik då de frågor som har tagits upp påverkar omvårdnadsarbetet i stor utsträckning, liksom sjuksköterskans utvecklingsmöjligheter och arbetsmiljö. Eftersom studien är baserad på en pilotstudie är kvalitativa intervjuer en oundviklig del av arbetet. Att välja patienter med stroke blev i praktiken som ett stort problem för att kunna genomföra studien. Jag hittade bara två iranska patienter med stroke inom hela Göteborg och slumpmässig båda hade drabbats av afasi men det ena hade mildare afasi så det var möjligt att genomföra en intervju med honom (M.). På grund av detta hinder valde att involvera även anhöriga för att genom dem besvara mitt syfte och frågeställningar. Detta val hade sina fördelar då hade anhöriga ganska mycket att berätta om hur de upplevde sjukvården men samtidigt det var en nackdel för att ta reda på patienternas upplevelser. I alla fall för en patient (F.) var det mycket svårt att delta på undersökningen då hade han grövre afasi. Intervjuerna infördes med öppna frågor för att skapa en öppen dialog och stämning där informanterna kunde öppna sina hjärtan och berätta så mycket som möjligt om sina upplevelser och erfarenheter. Jag som intervjuare var ibland tvungen att styra och vägleda informanterna i samtalen för att följa studiens riktlinjer.

Att hitta äldre iranska patienter med stroke var mycket svårt. Hos patientregistret fanns det många utländska namn, men saknaden av information om deras nationalitet gjorde underlaget för att hitta patienter mycket snäv. Inom hela Göteborgs område fanns det bara två iranska patienter med stroke varav en var ineliggande på Stroke enheten och den andra hade blivit utskriven för ca en månad sedan. Han befann sig hemma tillsammans med sin fru som tog hand om honom. Användandet av Kvalitativ innehållsanalys som bygger på en empirisk vetenskaplig metodik var en lämplig metod och gav en bra struktur för identifiering av patienternas och de anhörigas upplevelser. Tyvärr fanns det få iranska patienter med stroke och därför blev det få intervjuer vilket kan leda till svårigheter för att genomföra en empirisk studie i en större skala.

Att finna relevanta artiklar, speciellt studier var mycket svårt pga att jag inte kunde hitta artiklar om just äldre iranska stroke patienter i Sverige eller något annat land i data baserna CINAHL, PUBMED, GUNDA. Slutligen fann jag två medicinska artiklar i databasen CINAHL som handlade om iransk stroke patienter i Iran dock inte äldre. Dessutom var studien fullständigt medicinsk och icke omvårdnadsrelaterad.

Det finns många studier om etnicitet och kulturellt relaterad omvårdnad men sällan handlar de om en specifik folkgrupp utan ämnet behandlas oftast generellt och detta trots att olika folkgrupper har olika kulturella och etniska uppfattningar och värderingar.

För att kunna genomföra denna studie har jag läst många intressanta artiklar och böcker men omvårdnadsteoretikern Leininger var mest intressant och relevant för mitt arbete. Leiningers har utformat en kulturmodell med utgångspunkt i människan som en kulturell varelse baserat på forskning om invandrarers upplevelser och erfarenheter av vård och omsorg. Hennes teorier om en kulturell anpassad vård har fått mycket uppmärksamhet i hela världen.

Jag tycker att jag har lyckats att hitta relevanta artiklar som återger undersöknings resultatet en trovärdig karaktär. I en fullskalig studie skulle jag fokusera mig på anhörigas upplevelser av sjukvården. Hoppas att den här studien kan vara en god agenda för framtida forskning inom samma område.

### Resultat diskussion

Leininger (2002) anser att kultur och vårdande är orubbligt förenade i en omvårdnadsprocess. Allt det vi gör och säger är präglad av den kultur och dess normer och värderingar som vi är uppfostrade med. Alla kulturer och folkgrupper har sina egna värderingar och seder och vanor med nackdelar och fördelar. Det finns inget högre eller lägre värde varken i eget kultur eller någon annans. Kärnan i alla kulturer bärs av människor och människan är en unik varelse över alla gränser. Det finns flera faktorer som Leininger (2002) ser som viktiga element för att kunna bedriva en transkulturell omsorg, bland annat etniska grupper definition av familjens relation och dess roll i

sjukdomsprocessen. Studien bekräftar Leningers idéer om en transkulturell omvårdnad där sjukvårdaren ger en individ anpassad vård som är lyhörd för människans kulturella värderingar och behov. Studien har visat att ritualen där man tar hand om sin nära och kära när de blir sjuka, särskild om det är äldre personer, ses som en normal och naturligt företeelse i många familjer från mellan- östern som till exempel iranier. Enligt pilotstudien kan spänningar mellan sjuksköterskor och anhöriga undvikas om de inser patientens kulturella behov samt har tillräckligt med kulturell kunskap och mänskliga resurser inom sin organisation. Om sjukvårdspersonalen slutar att se anhöriga som ett hinder kan de göra sitt arbete lättare för sig själva genom att låta att patientens närstående är delaktiga i vården. Om vårdpersonalen kommunicera med anhöriga med empati, upplevelse förmåga och bekräftelse kan de hjälpa patienten att fullfölja vården istället för att motarbeta den. För majoriteten av familjer med iransk bakgrund kan det faktum att inte få vara delaktig och närvarande i vården av en familjemedlem, upplevas väldigt negativt och ibland även kännas som kränkande. Denna studie bekräftar denna teori. Studien visar en klar skillnad mellan två olika sätt att hantera patientens fysiska, psykiska och andliga behov. Att se hela människan och inte bara en sjuk kropp och att ha respekt för individen skapar respekt och värdighet både för vårdtagaren och för vårdgivaren. Studien visar också att en del av personalen på det ena sjukhuset inte hade tydliga individuella handlingsplan medan personalen på Sahlgrenska sjukhuset hade det.

Vad som framkommer från resultaten av studien är den centrala roll som kultur, etnicitet, kommunikation (ickeverbala och verbala) och empati i utformningen av vård till stroke patienter med iransk bakgrund spelar. Intervjuerna visar att det finns brister i vården när det gäller omvårdnad av utländska patienter. Man ser tydligt att omvårdnads koncept och innehåll utövas olika beroende på olika organisationer och dess resurser. Temat kan framställas i två delar, den strukturella och den individuella delen. Den strukturella delen är anknuten till organisationsnivå, det vill säga hur man organiserar arbete, vilken handlingsplan följer man, vad det är med målet, hur ser ut med arbetsstyrkan, Personalens trivsel och fortbildning, osv. Berättelserna visar att beroende på vårdpersonalen och sjuksköterskornas förhållningssätt gentemot anhöriga och patienten, kan upplevelsen av vården variera oerhört mycket. Det är oerhört viktigt för sjuksköterskan att ta reda på anhöriga och närståendes betydelse för patientens välbefinnande och inte minst anhörigas tillfredsställelse.

Da Silva och Ljungquist (2005) förslår en del åtgärder för att förebygga kulturkonfrontation i vården: bland annat att vårdpersonalen få mer kunskap om hälso- och sjukvårdens kulturella dimensioner. De menar att en bättre utbildning i främmande religioner och kulturer och deras inverkan på vård och omvårdnad kan öka vårdpersonalens kompetens för interkulturell kommunikation. Detta skulle hjälpa vårdpersonalen att förstå hur kulturbunden människas tänkande, hennes uppfattningar, värderingar, vanor, normer och attityder är. En sådan kunskap hos vårdpersonalen är en förutsättning för en mer uttalad helhetssyn på vården och patienten, en helhetssyn som inte bara tar hänsyn till biologiska och psykosociala behov utan även till kulturella, existentiella, andliga och/eller religiösa behov. Leininger (1995) framhåller att klienter som visar tecken på kulturkonflikt, oförmåga att följa ordinerade åtgärder, stress eller etiska eller moraliska problem är i behov av kulturrelaterad omsorg vilket vi sett i pilotstudien. För att kunna ge en transkulturell omvårdnad behövs kontinuerlig fortbildning och handledning av vårdpersonalen. Utifrån det etniska perspektivet är förståelse för individens vanor och värderingar av stor betydelse för hur man agerar som vårdpersonal. I en relation mellan sjuksköterska och patient är det av stor betydelse att patienten känner förtroende för sjuksköterskan och vårdpersonalen. Många studier visar att hur enkelt förtroendet kan skadas och påverkas på grund av missförstånd. Tillit, empati och förtroende är ett centralt begrepp inom vården. Det ständiga missförståndet och konflikten mellan personalen och de anhöriga var ett tecken på misstro och bristfällig tillit hos alla inblandade parter. God vård kräver tid, kontinuitet och engagemang vilket i sin tur skapar förtroende och tillit. I många artiklar och studier talar man om språkhinder som påverkar tillgången till information och god kommunikation men i ovanstående studie hade båda patienterna drabbats av afasi vilket gjorde att de inte kunde prata på svenska i alla fall. Den ickeverbala kommunikationen hade däremot en större betydelse för att vårdaren skulle kunna nå vårdtagaren. Även i det första fallet då patientens dotter kunde prata bra svenska framkom det under intervjun att relationen mellan nattpersonalen och henne inte fungerade på ett bra och behagligt sätt. Från detta kan man dra slutsatsen att själva svenska språket är det inte den centrala orsaken till missförhållandena som förekom i ett utav mina fall, utan att det fanns andra

bakomliggande orsaker och faktorer som har spelat roll. Viktigt är att påpeka att det inte fanns så mycket skillnader mellan de två typer av anhöriga, båda hade förmågan att ifrågasätta och båda var reflekterande, det som skilde patienterna ifrån, var att de hade hamnat på olika sjukhus. Rempusheski (1989) förklarar att beroende på vem du är, vilken omvårdnads filosofi din professionalitet grundar sig på kommer ditt sätt att ge vård att påverkas. Beroende på vilken religiös, etisk och vetenskaplig tro du har, kommer du att välja vem du ger vård till, vilka vård strategier du använder dig av, din attityd om egen- vård, delad vård samt kontakt och relation till kolleger. En sjuksköterskas etniska fördomar grundar sig på olika tron, t.ex. att vårdpersonalen på grund av kommunikationsbarriär med anhöriga uppfattar dem som mycket störande istället för kompletterande för vårdgivandet eller sjukvårdspersonalen upplever frustration när de anhöriga ger egen ”personliga” vård till den äldre och sjuka patienten, som t.ex. att klä på de, mata de eller sköta deras hygien på ett visst sätt som går tillbaka till deras etniska tillhörighet och tro. Här kan man fråga sig om anhörigas omvårdnad av patienten ska inkluderas i patientens omvårdnadsplan eller inte. Rempusheski (1989) föreslår att när sjuksköterskan förstår att dennes patient inte talar det inhemska språket kan han/hon med hjälp av patientens familjemedlemmar försöka lära sig ett par ord på patientens språk som kan bidra till en bättre relation mellan vårdgivaren och vårdtagaren. Studien visade också att få personal som talar dennes språk kan vara värdefull och höja tryggheten och vårdkvalitet. Eftersom stroke patienter drabbats av afasi och funktionshinder är det oerhört viktig att man inte behandlar de som om de är kognitiv eller psykisk skadade särskild när patienten redan är utsatt på grund av sin etniska bakgrund och ålder. Studien bekräftar hur lätt man kan behandla patienterna på fel sätt genom brist på kunskap. Studien uppmärksammar de komplicerade relationerna mellan kulturella kunskaper och praxis och icke-rationella dimensioner av interkulturell vård inom stroke vård.

Avslutningsvis kan man sammanfatta resultatet av ovanstående pilotstudie med att konstatera att både patienterna och dess anhöriga upplevde sjukvården olika beroende på vart de hamnade och vilka vårdpersonal som behandlade patienten. Studien är ännu en varningssignal som talar om för oss att vi än inte har lyckats att implementera de sedvanliga rutinerna för omhändertagandet av patienter med andra etniska bakgrund. Studien är en bekräftelse på att kulturell kunskap, human människosyn, intresse, flexibilitet, kommunikationsförmåga och engagemang är viktiga faktorer för att förhindra kulturella och etniska konflikter inom strockevården samt för att kunna ge transkulturell omvårdnad. Resultatet bygger på ett begränsat urval vilket försvårar överförbarheten till allmänna slutsatser. Det krävs en mer systematisk undersökning i en större skala för att kunna pröva överförbarheten.

## Slutsats

**Vägen till förståelse för andra människors kulturella tillhörigheter passerar från en själv som skall betraktas som en kulturell varelse.**

Stroke förändrar människas liv fullständigt. Att bli beroende av de andra upplevs som en stor utmaning speciellt när man är invandrare. Kultur kan ses som en dynamisk, ständigt föränderlig process. Människors kulturella riktning utvecklas och förändras med tiden. För att kunna vårda patienter med olika etniska bakgrunder måste sjuksköterskor ha utbildning och stöd. De ska kunna bemöta och hantera kulturella olikheter på ett kompetent sätt. Man ska inte vara rädd att fråga - man kan inte veta allt om någon annans kultur. Varje enhet/lag bör ha respekt för patienter från andra länder med andra vanor och värderingar. Som specialist sjuksköterska förväntas att man själv ska ta initiativ för att stödja patienten än att invänta att patienten kräver hjälpen. Det ska finnas tillgänglig information på olika språk. För att tjäna patientens och anhörigas förtroende måste man som vårdpersonal visa dem respekt och empati. I Sverige är begreppet transkulturell omvårdnad ett begrepp som växer långsamt. Man har än inte den nödvändiga kompetensen för att bemöta folk från andra länder. Även om det finns information så saknar vi ändå förmågan att tillämpa teorin i praktiken. Genom att utbilda vårdpersonalen och öka kunskapen om transkulturell omvårdnad ökar man tryggheten för alla involverade parter.

## **Kliniska implikationer**

Dessa aspekter av omsorg är marginaliserade i dagens strategier för kulturell kompetens som betonar det rationella förvärv och tillämpning av kulturella kunskaper och färdigheter som sjuksköterska. Det föreslås att ett erkännande av dessa marginaliserade erfarenheter kan bidra till utveckling av nya vägar för interkulturella sjuksköterskor som också då blir bättre anpassade till etik och värderingar inom sjukvården. Resultaten tyder på att kulturella bedömningar bör göras genom en ansvarig sjuksköterska för att identifiera de fenomen som kan hjälpa eller störa omvårdnadsarbetet. Utifrån studiens resultat och slutsats föreslås en del kliniska implikationer som ni kan följa i Bilaga 2.



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

## Referenser

Ahmadi F.; Kultur och hälsa., Hungray: Studentlitteratur, 2008.

Azarpazhooh M, Etemadi M, Donnan G, Mokhber N, Majdi M, Ghayour-Mobarhan M, et al. Excessive incidence of stroke in Iran: evidence from the Mashhad Stroke Incidence Study (MSIS), a population-based study of stroke in the Middle East. *Journal research*, 2010; 41(1): 3-10.

Backlund B. *Inte bara ord*. 2 uppl. Stockholm: PA Nordstedt & Söner förlag, 1991

Bengtsson J. Ontologiskt perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap. In: Östländer G (red.). *Erfarenhetsbaserad kunskap - vad är det och hur värderar vi den?* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, 2006; 66-70.

Birkler J. *Filosofi & omvårdnad, Etik och människosyn*. Stockholm Liber AB: 2003.

Brink van den Y. ; Nurses in the Netherlands; Diversity in Care Values and Expressions Among Turkish Family Caregivers and Dutch Community; *Journal Transcult Nurs the Netherland Rotterdam*, 2003;14 (2): 146-154.

Brattgård D. *Det gäller livet*. Lidingö: Institutet för Medicinsk rätt AB, 1994.

Cortis JD. ; Meeting the needs of minority ethnic patients, *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 48(1):51-8.

Davidhizar R., Dowd SB., Newman-Giger J.; *Model for cultural diversity in the Radiology department*. 3rd ed., *Radiol Technol* 1997; 68(3): 233-8

Da Silva BA., Ljungquist M.; *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige: en teoretisk och empirisk analys av några nödvändiga villkor för en öppen-holistisk vård i pluralistiskt samhälle*. Lund: Studentlitteratur, 2005; 45-56 & 161-201

Emami A., *Att vara äldre och invandrare*. In: Blomqvist K., Edberg AK. ;(red). *Att vara äldre "man har ju sina krämpor..."*, Stockholm: Studentlitteratur, 2004;(8);111-117.

Ericson E., Ericson T.; *Medicinsk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, 1996.

Eide H., Eide T. *Omvårdnadsorienterad Kommunikation: relationsetik, Samarbete och konfliktlösning*, Lund: Studentlitteratur, 1997.

FN:s Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna. Förenta Nationernas generalförsamling 10 december 1948; Tillgänglig 2010.05.15

[http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/swd.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/swd.pdf)

Forsberg C., Wengström Y. "Att göra systematiska litteraturstudier." Stockholm: Nature och Kultur, 2003.



- Gunaratnam Y.; Intercultural palliative care: do we need cultural competence? International journal of palliative nursing, 2007;13(10): 470-477.
- Hajigasemi F.; Invandring på äldre dar, Sextio äldre iranier berättar, FOU Rapport. Stockholm: Tryckgruppen AB; 1994.
- Hamilton M., Essat Z.; Perceptions and experiences with nursing care: a study of Pakistani (Urdu) communities in the United Kingdom. Journal of Research in Nursing 2008; 13(2): 102-110.
- Kvale S. En kvalitativ forskningsintervju. Lund: Studentlitteratur; 1997.
- Leininger M., Reynolds CL. ; Teorin om mångfald och universalitet i kulturrelaterad omsorg. I Grundberg T, Rooke L, Larsson Wenzel K. (red). Lund: Studentlitteratur; 1995;57-67.
- Leininger MM.; Culture Care Diversity and Universality: A theory of nursing; National League for Nursing Press: New York, 1991 ;( 15); 5-68.
- Leininger M., Mc Farland M. ; Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practises. New York: Mc Graw-Hill, 2002.
- Lundman B., Hällgren-Graneheim U.; Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär M & Höglund-Nielsen B (red) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur, 2008; 159-172.
- Morgan G.; Riding the waves of change: Developing managerial competencies for a turbulent world. Jossey-Bass, San Francisco, 1988.
- Nielsen B., Birkelund R. ; Minority ethnic patients in the Danish healthcare system -- a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients; Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2009;23(3);431-7
- Nilsson B., Waldermarsson A.M. Kommunikation för ledare. Lund: Studentlitteratur, 2005
- Northern nurses' federation; Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning I Norden. Vård i Norden 2003; 23(4);1-19.
- Papadopoulos I., Omeri A.; Transcultural nursing theory and models: The challenges of application: Contemporary Nurse UK 2008; 28 (1-2); 45-47
- Rempusheski VF.; The role of ethnicity in elder care. The Nursing clinics of North America 1989; 24(3);717
- Reeves J.S.; Weaving a Transcultural Thread , University of New Hampshire , Journal of Transcultural Nursing; 2001; 12(2); 140-145
- Socialstyrelsen; Fokus på anhöriga till äldre med invandrarebakgrund, handlings plan nr 6, Malmö 2008, tillgängligt: 2010-10-29  
[http://www.socialstyrelsen.se/aldre/stodtillanhoriga/artiklar/Documents/fokus\\_anhoriga\\_6.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/aldre/stodtillanhoriga/artiklar/Documents/fokus_anhoriga_6.pdf)
- Socialstyrelsen; Nationella riktlinjer för strokesjukvård, Stockholm, Socialstyrelsen 2005.

- SCB; Den utrikes födda befolkningen fortsätter att öka i Sverige, Befolkningsstatistik Stockholm: Maj 2009
- Siantz ML., Dee V., Ingram C.A. ; How can we become more aware of culturally specific bodylanguage and use this awareness therapeutically? *Journal Psychosis Nursing* 1991;29(11); 38-41
- Sheikh A., Ethnic minorities and their perceptions of the quality of primary care, Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, 2009
- Statens folkhälsoinstitut, Rapport om hälsobefrämjande verksamhet för äldre- en kartläggning; Stockholm: 1998:15
- Stensmo C.; Pedagogisk filosofi. Lund: Studentlitteratur, 1994.
- Sundin K., Norberg A., Jansson L. ; Understanding and being understood as a creative caring phenomenon – in care of patients with stroke and aphasia: *Journal of Clinical Nursing*, 2003;12,107-116
- Särvimäki A.; Kunskapsteoretiska och odontologiska perspektiv på erfarenhetsbaserad kunskap, In: Östlinder G (red), *Erfarenhetsbaserad kunskap - vad är det och hur värderar vi den?* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2006;(4);61-64.
- Wallengren G. C. Doktor Avhandling: De kan, de vill och de orkar, men-: studier av närstående till personer drabbade av stroke samt granskning av informationsmaterial från svenska strokeenheter, Högskolan i Borås, 2009
- Watt S., Norton D.; Culture, ethnicity, race: what's the difference? *Paediatric Nursing*. 2004; 16(8): 37-42
- Wii O. A. Kommunikation – Vad är det? 3 uppl., Stockholm: Natur och kultur; 1983.
- World Medical Journal., Official journal of the world medical association. Declaration of Helsinki. 2004 (50)1. Available: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/wmj1.pdf>

# Bilaga 1

## FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

### Titel på studien

En studie om situationen för stroke drabbade äldre iranska patienter!

### Studiens bakgrund

Mitt namn är Victoria Azad och jag är legitimerad sjuksköterska. Ursprungligen kommer jag från Iran och är persisk och kurdisk talande. Jag jobbar som sjuksköterska inom kommunen och är intresserad av omvårdnads frågor kring vård av äldre. Mina arbetserfarenheter som sjuksköterska från olika vård tillfällen av vårdtagaren med annan etnisk bakgrund än europisk, Spec. iransk har väckt en del frågor och funderingar som jag anser vara vitala att studera.

Detta är en magisteruppsats i Specialistsjuksköterskeutbildningen inom vård av äldre vid Göteborgsuniversitet där jag studerar situationen för stroke drabbade äldre iranska patienter.

Syftet med denna studie är att öka kunskapen om hur iranska äldre patienterna och deras anhöriga upplever strokevården. Forskningen avgränsas till äldre (över 65) personer med iransk bakgrund som kom till Sverige i sina äldre år. Studien kommer att utifrån patienternas upplevelser och perspektiv undersöka hur de upplever den svenska sjukvården och dess bemötande.

### Studiens genomförande

Jag avser göra en kvalitativt beskrivande studie, där datainsamlingen sker med intervjuer. Intervjuerna kan ske under ett personligt besök eller om det önskas, per telefon. Intervjuerna beräknas ta cirka ½ - 1 timma och kommer att spelas in på band. Frågor kommer att ställas kring

\* Hur upplever iranska äldre patienter och deras anhöriga att de blir bemötta inom strokevården?

\* Hur upplever iranska äldre patienter och deras anhöriga att deras vårdbehov blir tillgodosedda?

Jag kommer att kontakta de för att komma överens om en tid som passar de bäst. Inga personuppgifter kommer att redovisas. Uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt. Patientens medverkan är frivillig, och kan avbryta när helst de önskar detta utan att behöva ange skäl. Resultatet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats och eventuellt som en vetenskaplig publikation. Min handledare är Helle Wijk Leg. sjuksköterska, Dr. Med. Vetenskap, Institution för omvårdnad vid Göteborgs universitet.

### Ansvariga

Student

Handledare

Victoria Azad

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Box 457, 405 30 Göteborg

## Bilaga 2

### Kliniska implikationer

Dessa aspekter av omsorg är marginaliserade i dagens strategier för kulturell kompetens som betonar det rationella förvärv och tillämpning av kulturella kunskaper och färdigheter som sjuksköterska. Det föreslås att ett erkännande av dessa marginaliserade erfarenheter kan bidra till utveckling av nya vägar för interkulturella sjuksköterskor som också då blir bättre anpassade till etik och värderingar inom sjukvården. Resultaten tyder på att kulturella bedömningar bör göras genom en ansvarig sjuksköterska för att identifiera de fenomen som kan hjälpa eller störa omvårdnadsarbetet. Utifrån studiens resultat och slutsats föreslås nedanstående kliniska implikationer för dem som vårdar patienter med etnisk bakgrund inom stroke avdelningar:

1. Motverka ojämlikhet i omvårdnadsarbetet relaterad till etniska faktorer
2. Information till invandrargrupper på deras språk om de inte kan svenska
3. Evidensbaserat och individuell omvårdnadsplanering utifrån patientens kulturella bakgrund och behov
4. Upptäckas obehagliga upplevelser hos patienterna och deras anhöriga i tidigt skede innan de eskalerar och blir mer komplicerade
5. Kompetensutveckling bland personal om allt som berör transkulturell omvårdnad
6. Att ledningen anordnar tema dagar som berör ämnet etnicitet för att ge utrymme till en dialog och diskussion runt personalens specifika problem inom det transkulturella omvårdnadsarbetet.
7. Att sträva efter en gemensam strategi för omhändertagande av etniska patienten inom stroke enheter
8. Att våga bemöta främmande kulturer och människor och skapa mänskliga relationer
9. Att betrakta anhöriga och närstående som en resurs och inte hinder för att minska de bekymmer som förekommer hos många strokepatienter särskild från etniska grupper
10. Att visa respekt för patientens integritet och självbestämmande även om han/hon inte kan tala för sig själv