



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Kommunikation vid omvårdnad hos patienter med annan kultur

Sharon Gerszbejn

Matilda Liljegren

Handledare: Carmen Sanmartin Torralba

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Januari 2015

Kommunikation vid omvårdnad hos patienter med annan kultur

Sharon Gerszbejn
Matilda Liljegren

Sammanfattning

Bakgrund: Det är av vikt att sjuksköterskor har kunskap om patienter med annan kulturell bakgrund och deras behov för transkulturell omvårdnad. Sjuksköterskor möter mångkulturella patienter inom vården och detta kan orsaka hinder i omvårdnadsarbetet då språkbarriären kan resultera i kommunikationssvårigheter. Madeleine Leininger används som teoretiskreferensram för att det ligger fokus på transkulturell omvårdnad och hur sjuksköterskor bemöter patienter med annan kulturell bakgrund.

Syfte: Syftet med studien var att belysa kommunikationen vid mötet i samband med omvårdnad mellan sjuksköterska och patient med annan kulturell bakgrund.

Metod: En kvalitativ litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Analysen gjordes utifrån inspiration av Graneheim och Lundman tolkning av Krippendorffs innehållsanalys.

Resultat: Följande kategorier framkom i resultat; språk som barriär vid omvårdnad, vikten av kunskap samt verbala och icke-verbala strategier vid mötet. De flesta av sjuksköterskorna upplevde att kommunikationen var det största hindret vid mötet där språkbarriären var den främsta orsaken till kommunikationssvårigheter. Det visade sig även att det fanns ett annat hinder, patienternas kultur. Kulturen hade inverkan på uppfattningen av omvårdnad och hur den tillämpades och när sjuksköterskorna var kulturellt medvetna blev mötet underlättat. Eftersom språkbarriären var ett faktum använde sig sjuksköterskorna av olika strategier såsom verbala och icke-verbala medel.

Slutsats: Sjuksköterskorna upplevde att språkbarriären var det främsta hindret i kommunikation vid mötet. De uttryckte även att det fanns ett hinder vid omvårdnad då patienterna uttryckte sig olika. Det visade sig att om sjuksköterskorna var mer kulturellt medvetna, kunde de möta patienternas kulturella omvårdnadsbehov i större utsträckning. Föreliggande studie har lett till ökad förståelse för sjuksköterskorna med patienter med annan kulturell bakgrund. Om omvårdnaden anpassas utefter deras kulturella behov underlättas omvårdnaden.

Nyckelord: Kommunikation, kulturell bakgrund, mötet, omvårdnad, patient, sjuksköterska.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	5
Kulturell bakgrund	5
Kommunikation vid mötet	5
Transkulturell omvårdnad	7
Teoretiskreferensram	8
Syfte	10
Metod	10
Datainsamling	10
Urval	11
Analys	11
Resultat	12
Språk som barriär vid omvårdnad	12
Vikten av kunskap	14
Verbala och icke-verbala strategier vid mötet	16
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Slutsats	22
Självständighet	23
Referenser	24
Bilaga 1 Databassökning	27
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	30
Bilaga 3 Analysförfarande	31
Bilaga 4 Artikelöversikt	31

Inledning

När kommunikationen inte är fullständig med patienter med annan kulturell bakgrund kan detta resultera i att sjuksköterskorna inte tydligt kan förmedla hälsosituationen och omvårdnadsåtgärderna för patienterna (Narayanasamy, 2003). När sjuksköterskor stöter på kommunikationssvårigheter i mötet med patienter med annan kulturell bakgrund lyfter Pergert, Ekblad, Enskär och Björk (2008) fram att detta kan vara orsaken till fördröjning av omvårdnadsåtgärder. Detta i sin tur kan orsaka att sjuksköterskorna känner sig obekväma i mötet med kulturen de inte hade mött tidigare (ibid.).

Kommunikation ingår i sjuksköterskornas omvårdnadsarbete och dagligen möter de patienter med annan kulturell bakgrund än sin egen (Murphy & Macleod-Clark, 1993). Det allt mer ökade mångkulturella samhället utmanar sjuksköterskor att de ska kunna tillhandahålla en korrekt, säker och anpassad omvårdnad påpekar Hultsjö och Hjelm (2005). Vidare lyfter Svensk sjuksköterskeförening (2014) fram att sjuksköterskor har det etiska ansvaret att tillhandahålla kulturell anpassad omvårdnad. Hultsjö och Hjelm (2005) påpekar att när sjuksköterskor möter patienter som skiljer sig från den kultur de tidigare inte hade mött finns det en viss osäkerhet hos sjuksköterskorna. De upplever att de inte kan tillgodose korrekt vård och detta kan leda till lägre vårdkvalité (ibid.). Cioffi (2003) belyser också att språket är en av hörnstenarna för kommunikationen vid mötet mellan sjuksköterskor och patienter med annan kulturell bakgrund.

Narayanasamy (2003) klargör att sjuksköterskor bör se individen bakom de kulturella behoven för att kunna kommunicera med patienter med annan kulturell bakgrund. Därför finns det ett behov av vidare undersökning inom kommunikation mellan sjuksköterskor och patienter med annan kulturell bakgrund (ibid.). Att sammanställa forskning inom området kan synliggöra de hinder och möjligheter som finns och påverkar kommunikationen vid mötet i samband med omvårdnad mellan sjuksköterskor och patienter med annan kulturell bakgrund. En sådan litteratursammanställning skulle kunna leda till kunskap och ökad förståelse hos sjuksköterskorna och på så sätt förbättra omvårdnaden och mötet med patienten oavsett kulturell bakgrund.

Bakgrund

Kulturell bakgrund

Leishman (2004) belyser vikten av kunskap hos sjuksköterskor gällande patienternas kulturella bakgrund då detta kan öka förtroendet för sjuksköterskorna. Kunskap om patienternas kulturella bakgrund etablerar respekt och förtroende för sjuksköterskorna varav detta kan öka kvalitén på vården (ibid.). Leininger (2002a) beskriver att det är av vikt för sjuksköterskorna att kunna förstå patienter med annan kulturell bakgrund, då kultur påverkar patienternas sätt att se på världen och hur de hanterar situationer. Enligt Murphy och Macleod-Clark (1993) beskrivs kultur som en sammanfattning av tro, uppfattningar och traditioner vilka har överförts från generation till generation som kan orsaka att olika kulturer hanterar och tolkar hälsa och sjukdom på olika sätt. Leininger (2002a) definierar kultur som inlärd och delad tro, värderingar och livssätt av en specifik grupp som ofta är överförbart och har inflytande i handlingar och tankesätt. Vidare i denna studie kommer kultur definieras i enlighet med Leiningers (2002a) definition av kultur.

Arieli, Friedman och Hirschfeld (2012) menar att kulturell bakgrund och ursprungsland inte är densamma. Patienter identifierar sig olika utifrån vilken kulturell bakgrund de tillhör eller vilket land de kommer ifrån. Sjuksköterskorna kan då ha svårt att tillgodose omvårdnad till alla patienter utifrån vilken kultur de kommer ifrån eftersom patienterna har individuella kulturella behov (ibid.). En av kärnkompetenserna för sjuksköterskorna är personcentrerad omvårdnad, som enligt Wadensjö (2013) beskriver att sjuksköterskorna bör se till att patienterna står i centrum för omvårdnaden. Arieli et al. (2012) menar därför att patienterna bör behandlas individuellt vid omvårdnad på grund av den kulturella bakgrunden som gör att betydelsen av vården uppfattas olika.

Kommunikation vid mötet

Cioffi (2003) belyser att kommunikationen är en av de huvudsakliga svårigheter som uppstår vid omvårdnad mellan sjuksköterskor och patienter med annan kulturell bakgrund där ett icke gemensamt språk finns mellan parterna. Vidare beskriver Cioffi (2003) att en effektiv kommunikation vid mötet mellan sjuksköterskorna och patienterna med annan kulturell bakgrund innehåller olika strategier för att hantera kommunikationen. Dessa delas in i

emotionell-, kognitiv- och beteendestrategier (ibid.). Vidare förklarar Cioffi (2003) att den emotionella strategin inkluderar respekt, uppskattning, bekväm med kulturella skillnader, vilja av att lära sig genom kulturutbyte, förmåga att observera utan att döma och medvetenhet om de egna kulturella värderingarna, fördomar och tro i kulturen. Den andra strategin som sjuksköterskorna kan använda sig av är den kognitiva strategin. Denna innebär att ha kunskap om kulturella skillnader, förmåga att känna igen när det behövs en kulturell förklaring vid kommunikationssvårigheter, samt att förstå betydelsen i situationen kan innebära olika för olika kulturer (ibid.). Den tredje och sista strategin som Cioffi (2003) förklarar är att sjuksköterskorna kan använda sig av beteendestrategin som inkluderar variation av verbala och icke-verbala kommunikationsstrategier. Dessa förmågor är att kunna prata långsamt och tydligt, uppmuntran till att andra ska uttrycka sig, kommunicera med uppriktigt intresse och med empati, kommunicera med tålmod, förmåga att observera och vid missuppfattning ingripa (ibid.).

Pergert et al. (2008) skriver att när sjuksköterskor och patienter inte talar ett gemensamt språk kan sjuksköterskorna ta till eventuella icke-verbala hjälpmedel som bilder, kroppsspråk, ögonkontakt och charader för att kommunicera med patienterna med annan kulturell bakgrund. Cioffi (2003) menar på att när möjligheten finns används professionell tolk vid mötet när sjuksköterskor och patienter med annan kulturell bakgrund ska kommunicera med varandra. Vidare beskriver Cioffi (2003) att när den professionella tolken inte har möjlighet att komma direkt, behöver sjuksköterskorna trots allt utföra omvårdnadsarbetet utan tolk den första avgörande tiden.

Cioffi (2003) beskriver att när sjuksköterskor kommunicerar med patienter med annan kulturell bakgrund upplever sjuksköterskorna att detta möte medför att de får insikt i patienternas kultur. Sjuksköterskorna beskriver att de känner empati, respekt och vilja att göra ett försök att minska utanförskapet och därmed socialisolering som kan uppstå hos patienterna (ibid.). Ryan, Twibell, Brigham och Bennett (2000) beskriver att vid mötet mellan sjuksköterskor och patienter med annan kulturell bakgrund behöver sjuksköterskorna anpassa sitt språk för att kommunicera med patienterna. Sjuksköterskorna anpassar även den skrivna texten till en nivå som patienterna förstår för att båda parterna ska förstå varandra (ibid.).

Roberts (1994) belyser att sjuksköterskor har insett att inskrivning på sjukhuset kan vara en stressig situation och detta kan göra att kommunikationen försvåras vid mötet med patienter

med annan kulturell bakgrund. Detta kan även försvåra för sjuksköterskorna att både förstå och bli förstådda i kommunikationen (ibid.). Narayanasamy (2003) lyfter även fram att det väsentliga i omvårdnaden vid mötet mellan sjuksköterskor och patienter är att utveckla en nära relation och att detta kan försvåras när ett gemensamt språk inte delas. Nivån på omvårdnaden kan bli annorlunda när den rätta informationen inte når fram från sjuksköterskorna till patienterna (ibid.). Narayanasamy (2003) påpekar att kommunikationen är en förutsättning för att kunna förstå den andres behov som ligger till grund för hälso- och sjukvård och vårdkvalitén. Fredriksson (2012) definierar kommunikation som när sjuksköterskor och patienter utbyter och överför information mellan varandra. Vidare i denna studie kommer kommunikation definieras i enlighet med Fredrikssons (2012) definition.

Transkulturell omvårdnad

Leininger (2002b) definierar transkulturell omvårdnad där sjuksköterskorna jämför skillnader och likheter i den tro och värderingar som patienter uttrycker i omvårdnadsarbetet. Detta för att sjuksköterskorna ska kunna tillgodose kulturellt anpassad omvårdnad. Cioffi (2003) skriver att sjuksköterskor arbetar dagligen med patienter som har annan kulturell bakgrund än sin egen och på grund av detta blir det svårt att kommunicera på ett förståeligt sätt. Vidare skriver Cioffi (2003) att i dagens beresta samhälle med många olika kulturer visar sjuksköterskorna en medvetenhet, att bättre kunskap om kulturella olikheter kan vara nödvändigt för sjukvårdspersonalen. Detta för att kunna se behovet hos patienter med annan kulturell bakgrund och därmed för att kunna bedriva transkulturell anpassad omvårdnad (ibid.).

Arieli et al. (2012) beskriver att sjuksköterskor saknar tillräcklig kunskap om olika kulturer och därav kan patienterna med annan kulturell bakgrund få sämre kvalitet på vården eftersom sjuksköterskorna inte har möjlighet att utöva transkulturell anpassad omvårdnad. Murphy och Macleod-Clark (1993) och Narayanasamy (2003) lyfter även fram att sjuksköterskorna bemöter patienter med annan kulturell bakgrund annorlunda på grund av att de inte har tillräckligt med kunskap om kulturen patienten tillhör, de kan även kategorisera patienter efter en specifik stereotyp. Narayanasamy (2003) skriver att synen på och upplevelsen av sjukdom har stor betydelse i vilken kultur patienterna kommer ifrån. Murphy och Macleod-Clark (1993) belyser att det är av vikt att sjuksköterskor bör ha kunskap om den aktuella

kulturens värderingar, tro, tradition och vanor för att kunna erbjuda omvårdnad på bästa möjliga sätt som gynnar patienterna med annan kulturell bakgrund.

Murphy och Macleod-Clark (1993) menar att bättre kunskap för sjuksköterskor om kommunikation mellan patienter med annan kulturell bakgrund borde förbättras. Detta för att kunna bemöta patienter med en annan kulturell bakgrund på en individanpassad nivå då sjukdom uppfattas olika (ibid.). Murphy och Macleod-Clark (1993) beskriver vidare att sjuksköterskorna bör ha mer kunskap om kulturella skillnader och behov för att kunna ge en säker och effektiv omvårdnad för alla patienter. Svensk sjuksköterskeförening (2014) påpekar att sjuksköterskorna bär ansvaret för att tillämpa korrekt information till patienter på ett kulturellt anpassat sätt.

Leininger (2002a) skriver att sjuksköterskor bör få mer kunskap om transkulturell omvårdnad för att kunna bemöta patienter med annan kulturell bakgrund bättre. Det finns tre olika faser för sjuksköterskorna att kunna anpassa transkulturell omvårdnad (ibid.). Leininger (2002b) förklarar att i fas ett får sjuksköterskorna kunskap om transkulturell omvårdnad och blir mer medveten om patienternas situation och deras behov. I fas två går sjuksköterskorna in på djupet med transkulturell omvårdnad, där det används kulturella principer för att förstå kulturen patienterna tillhör. Fas två kan även användas som en guide för att förstå patienternas tro och upplevelser. I fas tre används observationer, erfarenheter och dokumentationer, dessa används för att ge en transkulturell anpassad omvårdnad (ibid.).

Teoretiskreferensram

Leiningers (2002b) teoretiska referensram kommer i denna studie att användas då det ligger mycket fokus på transkulturell omvårdnad och sjuksköterskornas bemötande till patienter med annan kulturell bakgrund. Leininger (2002b) skriver att målet är att kunna bedriva transkulturell omvårdnad i samhället. Då Leininger (2002b) utvecklade sin teori under 1960-talet började människor bli mer beresta och de kunde resa till alla världens delar och uppleva olika kulturer. Detta innebär att människor med olika kulturer är i behov av vård i alla länder och sjuksköterskor stöter på olika kulturer oavsett vilken del av världen sjuksköterskorna jobbar i (ibid.). Leininger (2002a) belyser vikten av att sjuksköterskor bör se patienterna i helhet med den kultur de tillhör för att förstå patienterna och bedriva holistisk omvårdnad. Om omvårdnaden inte är kulturellt anpassad kan den bidra till konflikter som kan fördröja

tillfrisknandet, förhindra välbefinnandet eller till och med förorsaka dödsfall hos patienter med annan kulturell bakgrund (ibid.). Leksell och Lepp (2013) lyfter fram att en av kärnkompetenserna för sjuksköterskorna är förbättringskunskap som innebär att utveckla hälso- och sjukvården för att tillgodose patienternas behov. Därför menar Leininger (2002b) att alla sjuksköterskor bör vara kulturellt förberedda redan på utbildningsnivå, detta för att kunna genomföra ett effektivt och korrekt kulturellt anpassat omvårdnadsarbete till patienter med annan kulturell bakgrund.

Leininger (2002c) beskriver även att när behovet ökade för att förstå olika kulturer inom vården utvecklades "soluppgångsmodellen". Modellen gjorde det lättare för sjuksköterskorna att förstå patienterna med annan kulturell bakgrund och vilka komponenter som spelade roll i patienternas världsuppfattning och vad som influerade upplevelsen av hälsa och sjukdom (ibid.). Leininger (2002c) beskriver i "soluppgångsmodellen" att sju sociala och kulturella komponenter finns som sjuksköterskorna bör ta hänsyn till för att identifiera patienternas syn på hälsa och sjukdom. De sju faktorerna är patienternas syn på omvärlden, teknologisk apparatur som ett hjälpmedel för att öka välbefinnandet, religiösa och filosofiska faktorer som kan påverka patienternas vård, släktskap och sociala faktorer, kulturella värderingar, tro och livsstils faktorer, politiska och juridiska faktorer inom kulturen de tillhör som kan påverka patienternas hälsa, ekonomiska och utbildnings faktorer (ibid.). Leininger (2002c) lyfter även fram att "soluppgångsmodellen" är en symbolisering av omsorg men på vilket sätt omsorg uttrycks är varierande utifrån vilken kultur patienterna tillhör. I modellen beskrivs det att sjuksköterskorna bör vara medvetna om att det finns individuella behov utöver de kulturella behoven och att inte ta för givet att patienter som kommer från samma kultur har samma behov (ibid.). Leininger (2002c) skriver även att sjuksköterskorna bör ta hänsyn till likheter och skillnader som patienterna upplever. Detta för att om möjligt kunna erbjuda bättre omvårdnad för alla oavsett kulturell tillhörighet. Leininger (2002c) förklarar att skillnaderna mellan olika kulturer är marginella, men samtidigt inom vård och omsorg finns det mer kulturella skillnader än likheter. Vilket kan leda till kulturella konflikter mellan sjuksköterskorna och patienter med annan kulturell bakgrund (ibid.).

Syfte

Studiens syfte var att belysa kommunikationen vid mötet i samband med omvårdnad mellan sjuksköterska och patient med annan kulturell bakgrund.

Metod

Metoden som tillämpades var en litteraturstudie med kvalitativ ansats som enligt Dahlborg-Lyckhage (2012) beskriver att forskarna ska utveckla och fördjupa sin kunskap utifrån kunskapen som redan finns att tillgå inom huvudområdet omvårdnad. Olsson och Sörensen (2011) menar att en litteraturstudie inte ska genomföras med för mycket förutfattade meningar och förförståelse som riskerar att ta över helhetssynen på ämnet. Intentionen var att inte gå in med förutfattade meningar som skulle ta över helhetssynen på studien.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde i databaserna Cinahl och PubMed med valda sökord i olika kombinationer för att svara på syftet (se bilaga 1). När sökningen skedde kombinerades sökorden med booleska termer som "AND" eller "OR" för att få fram väsentliga artiklar som svarade på syftet. "OR" användes för att få ett bredare resultat på sökningen och "AND" användes för att avgränsa sökningen (se bilaga 1) (Backman, 2008). I sökningarna på Cinahl har sökfunktionen "peer-reviewed" och "research article" markerats för att artiklarna som kom upp på sökningen skulle vara vetenskapligt granskade innan de publicerades enligt Backman (2008). "English language" hade också markerats eftersom det var ett språk som behärskades. I sökningen på PubMed hade MeSH-termer använts för att få fram rätta definitionen på sökordet och "Restrict to MeSH Major Topic" hade använts för att ha sökordet som huvudämne på artiklarna. Sökfunktionerna "journal article" markerades för att artiklarna som kom upp på sökningen skulle vara tryckta i tidskrifter och "english language" eftersom det var ett språk som behärskades. Efter att ha läst titeln och abstract valdes artiklarna ut, sedan vid noggrannare genomläsning bestämdes det om de var aktuella eller inte för studien. Artiklarna lästes igenom flertal gånger, tillsammans och var för sig för att få en korrekt bild av texten och undvika misstolkning. De artiklar som valdes att ingå i studien ansågs svara på syftet.

Urval

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara vetenskapliga för att få fram pålitlig evidens. Artiklarna skulle begränsas från år 2000 och fram till år 2014. Artiklarna skulle även svara på syftet, de skulle vara "peer-reviewed" och skrivna på engelska. Något urval av specifikt land förekom inte då det inte sågs som relevant för syftet men artiklarna begränsades till inom Europa.

Exklusionskriterierna var att artiklarna inte skulle vara medicinskt inriktade och kvalitetsgranskningen skulle inte vara under medel kvalitet.

Sökningarna i Cinahl och PubMed resulterade i 3926 artiklar, de som ansågs relevanta för syftet lästes på abstractnivå och detta blev 439 artiklar. Om abstractet var av intresse för studien lästes hela artikeln, detta resulterade i 65 artiklar. Efter genomläsningen återstod 22 artiklar som ansågs relevanta för studien, dessa kvalitetsgranskades utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) protokoll för kvalitativa studier (se bilaga 2). Sedan gjordes en helhetsbedömning på artiklarna utifrån kvalitetsbedömnings mallen, blev artikeln bedömd som medel eller hög inkluderades den i studien. Detta resulterade i sex artiklar medel kvalitet och två artiklar var av hög kvalitet som användes i studien.

Analys

Innehållsanalys av de valda åtta artiklarna gjordes med inspiration av Graneheim och Lundmans (2004) pedagogiska tolkning av Krippendorffs kvalitativa innehållsanalys. Artiklarna lästes igenom ett flertal gånger för att få en bättre förståelse och övergripande blick på innehållet. Sedan lästes artiklarna igenom var för sig, samtidigt som meningar markerades med markeringspennor som ansågs vara relevanta för studiens syfte. Därefter jämfördes och diskuterades det sinsemellan om meningsenheterna var relevanta för syftet. Meningsenheterna som valdes ut skulle inte vara för långa med risk för feltolkning eller för korta med risk för att missa helheten i texten enligt Graneheim och Lundman (2004). Meningsenheterna plockades ut ur varje artikel för att ha mer specifik text att jobba med och för att irrelevant information inte skulle ingå. Meningsenheterna diskuterades gemensamt och tillfälliga kategorier bildades. Sedan översattes meningsenheterna från engelska till svenska med hjälp av engelska-svenska lexikon och med förförståelse för engelska språket för att betydelsen i texten skulle framhävas. Därefter kondenserades meningsenheterna för att fånga

kärnan, detta gjordes även gemensamt. Vidare kortades kondenseringarna ner till koder som beskrev vad meningsenheterna handlade om. Därefter bildades tre sammanställda kategorier utifrån vad koderna och meningsenheterna hade gemensamt, som i resultatet kommer agera som rubriker (se bilaga 3).

Resultat

Syftet i studien var att belysa kommunikationen vid mötet i samband med omvårdnad mellan sjuksköterska och patient med annan kulturell bakgrund. Efter innehållsanalysen uppkom tre kategorier som svarade på syftet; språk som barriär vid omvårdnad, vikten av kunskap och verbala och icke-verbala strategier vid mötet (se bilaga 3).

Språk som barriär vid omvårdnad

I denna kategori framkom det att sjuksköterskorna konstaterade att kommunikationen identifierades som ett problem, de påpekade att språkbarriären var den främsta orsaken till kommunikationssvårigheter med patienter med annan kulturell bakgrund. Sjuksköterskorna påpekade även att det var ett problem att förstå patienternas situation när verbal kommunikation inte var möjlig mellan sjuksköterskan och patienten med annan kulturell bakgrund (Boi, 2000; Nielsen & Birkelund, 2009; Ozolins & Hjelm, 2003; Taylor, Nicolle & Maquire, 2013).

“When the nurses and the patients did not share the same first language, the communication processes were often strained and conversations between them were limited” (McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy, 2013, s. 335).

En av de första funderingar sjuksköterskorna hade i mötet med en patient med annan kulturell bakgrund var om patienten förstod den information som förmedlades (Nielsen & Birkelund, 2009). Det var svårt för sjuksköterskorna att bedöma om patienterna inte svarade på tilltal på grund av att de inte förstod språket eller om de inte var helt adekvata med tanke på sjukdomstillståndet. Sjuksköterskorna beskrev även att de kände oro när de skulle kommunicera med patienter med annan kulturell bakgrund där det fanns en språkbarriär. De

beskrev svårigheter gällande förklaring och förståelse av informationen vid mötet (Cortis, 2004; Ozolins & Hjelm, 2003).

“She had communicated her intent through using gestures and felt that the patient had understood what she was planning to do. However, when she began the procedure the patient became distressed and started to cry out” (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010, s. 439).

Sjuksköterskorna upplevde det svårt att förklara omvårdnadsåtgärder till patienter med annan kulturell bakgrund då språket var ett hinder i kommunikationen (Cortis, 2004; Taylor et al. 2013). Vidare påpekade sjuksköterskorna att på lång sikt var problemet hos patienterna att de inte förstod direktiv för omvårdnaden från sjuksköterskorna, de kunde inte heller förstå följderna av att inte behandlas då detta kunde leda till fler återinläggningar på sjukhuset (Taylor et al. 2013). Sjuksköterskorna bekräftade att de kände sig illa till mods när de skulle göra en klinisk bedömning baserad på patienternas verbala svar när språket inte var tillräckligt för patienterna att uttrycka sig på (Cortis, 2004; Taylor et al. 2013).

“Nurses felt uneasy about making nursing care based on patients’ verbal responses, especially when the latter’s English was poor.” (Cortis, 2004, s. 54).

När språkbarriären begränsade konversationen poängterade sjuksköterskorna att spontaniteten och innehållet i konversationen försvann och att de ofta använde sig av personliga strategier med patienterna. Kommunikationen kunde upplevas som ansträngd och begränsad när ett gemensamt språk inte delades mellan sjuksköterskorna och patienterna med annan kulturell bakgrund. Sjuksköterskorna uttryckte även att det fanns risk för begränsad information till patienterna vid omvårdnad. När språket hindrade kommunikationen hade sjuksköterskorna svårt att förstå situationen och omvårdnaden blev opersonlig, mötet blev misslyckat och den personliga stöttningen till patienterna sågs förbi (Jirwe et al. 2010; McCarthy et al. 2013; Ozolins & Hjelm, 2003). Sjuksköterskorna bekräftade att efter en tid in i konversationen när patienterna började bli agiterad och gestikulerade våldsamt insåg de att patienterna inte förstod informationen som förmedlades (Jirwe et al. 2010; Ozolins & Hjelm, 2003).

“Nurses voiced concern that they were at risk of giving limited information when they were explaining nursing care to patients” (Jirwe et al. 2010, s. 438).

Att förmedla komplett och fullständig information till patienterna med annan kulturell bakgrund var en förutsättning för en lyckad kommunikation ansåg sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna uttryckte även att det kunde vara komplicerat och förvirrande att förmedla informationen på ett annat språk än deras modersmål. För att sjuksköterskorna skulle vara säkra på att informationen hade förståtts var de tvungna att se till att patienterna hade förstått informationen som förmedlades (Høye & Severinsson, 2009). Vidare beskrev sjuksköterskorna att en del av dem var positiva till att använda sig av professionell tolk för att översättningen skulle vara objektiv och sjuksköterskorna fick då en sann bild av patienternas situation. När professionell tolk inte var tillgänglig använde sig en del av sjuksköterskorna familjemedlemmar för att kommunicera med patienterna, men upplevde att de under konversationen undanhöll viss information. Därmed var sjuksköterskorna kritiska till att använda sig av patienternas familjemedlemmar som tolk vid mötet (Høye & Severinsson, 2009; McCarthy et al. 2013).

“The content of information can be complex and confusing when delivered in a different language, and the nurses had to check what the patient had understood” (Høye & Severinsson, 2009, s. 862).

Vikten av kunskap

I denna kategori framkom det att språkbarriären inte var det enda hindret i kommunikationen vid mötet med patienter med annan kulturell bakgrund. Det visade sig även att patienternas kultur, syn på hälsa och deras uppfattning på sjukdom spelade roll i uppfattningen av omvårdnaden och hur den tillämpades (Nielsen & Birkelund, 2009; Taylor et al. 2013). Detta gjorde att om sjuksköterskorna inte hade tillräckligt med kunskap om kulturen patienterna tillhörde, kunde ett dilemma upplevas vid mötet. Detta kunde upplevas för att patienterna uttryckte sig på olika sätt och hanterade sjukdom olika utifrån vilken kultur de tillhörde. Sjuksköterskorna hade svårt att bedöma sjukdomstillståndet hos patienterna med annan kulturell bakgrund när vissa kulturer uttryckte sig mer extremt och trovärdigheten blev svår att bedöma i omvårdnadsarbetet (Høye & Severinsson, 2009; Nielsen & Birkelund, 2009).

“The man was very upset and started screaming, gesticulating and speaking in his own language” (Ozolins & Hjelm, 2003, s. 87).

Sjuksköterskorna likställde ofta kultur med vilket land patienterna kom ifrån och menade då att de inte delade ett gemensamt språk och kommunikationen blev ett hinder. Det var därför av vikt att sjuksköterskorna skulle se individuella skillnader hos patienter med samma kulturella bakgrund. Patienternas kulturella bakgrund ansågs spela roll vid mötet, därför var det viktigt att kulturellt anpassa informationen för att patienterna skulle förstå. Sjuksköterskorna upplevde oro när de mötte patienterna i omvårdnadsarbetet när de inte hade tillräckligt med kunskap om den aktuella kulturen. Det fanns då en rädsla om att kränka den kultur patienterna tillhörde, eftersom de inte kunde kommunicera med varandra. Detta gjorde att sjuksköterskorna inte kunde tillhandahålla transkulturell omvårdnad (Jirwe et al. 2010; Taylor et al. 2013). Sjuksköterskorna upplevde sig mer oroliga när de mötte patienter med annan kulturell bakgrund som de tidigare inte hade mött, patienternas olika beteenden gjorde att sjuksköterskorna inte visste hur de skulle hantera mötet (Jirwe et al. 2013).

“Although cultural differences existed it was important to recognize that differences occurred between people from the same immigrant background and respond to these individual differences” (Jirwe et al. 2013, s. 441).

Genusattityd sågs vid omvårdnad hos vissa patienter med annan kulturell bakgrund, detta resulterades som tolkningsproblem i kommunikationen. I samband med detta visade sjuksköterskorna osäkerhet vid samtycke av omvårdnadsarbetet med patienterna. Vidare menade sjuksköterskorna att om genusattityder inte var kända i förväg kunde problem uppstå vid omvårdnadsarbetet (Taylor et al. 2013). Sjuksköterskorna upplevde att de hade brist på kulturell medvetenhet som gjorde att de kände sig otillräckliga och oförberedda vilket försvårade mötet med en patient med annan kulturell bakgrund (Boi, 2000).

“... nurses did not have adequate knowledge about cultural differences. Some expressed feelings of unease and inadequacy as a result” (Boi, 2000, s. 385).

Verbala och icke-verbala strategier vid mötet

I denna kategori framkom det att sjuksköterskorna fastställde lyckad kommunikation med patienterna med annan kulturell bakgrund genom att använda sig av verbal och icke-verbal kommunikation, omvårdnaden blev därmed tillfredsställd och mötet ansågs lyckat.

Sjuksköterskorna använde sig ofta av strategier så som olika icke-verbala strategier som alternativ när verbal kommunikation inte var möjlig, som till exempel förenklad information och vara kreativa för att de skulle kunna kommunicera med patienterna (Jirwe et al. 2010; McCarthy et al. 2013).

“The nurses described a range of strategies that they used to establish communication with patients in situations where they did not share a common spoken language” (Jirwe et al. 2010, s. 439).

Sjuksköterskorna beskrev situationer där de behövde använda sig av medel för att kunna kommunicera med patienterna. Till exempel att lära sig enstaka ord på patientens språk, användandet av kroppsspråket, spegla patientens känslor, lyssna aktivt på vad de säger, visa bilder och även användandet av olika föremål. När sjuksköterskorna hade använt sig av strategierna för att kommunicera med patienterna vid mötet trodde sjuksköterskorna att de hade förstått. Det visade sig senare att när patienterna blev oroliga insåg sjuksköterskorna att de inte var införstådda i situationen och på grund av språkbarriären kunde inte patienterna uttrycka sin oro verbalt. Vidare påpekade sjuksköterskorna att mötet och språkbarriären hanterades lättare mellan sjuksköterskorna och patienterna med annan kulturell bakgrund om de hade en positiv syn på transkulturell omvårdnad. Det visade sig även att sjuksköterskorna hanterade situationer som de tidigare inte hade mött bättre om de var kulturellt medvetna (Jirwe et al. 2010).

“You use body language instead and a smile... we have learnt that 70% of communication is body language so why not use it; it is a great tool for communication.” (Jirwe et al. 2010, s. 440).

Sjuksköterskorna uppmärksammade användningen av icke-verbal kommunikation för att överkomma kommunikationssvårigheter med patienter med annan kulturell bakgrund. Efter erfarenhet av att ge omvårdnad till patienter med annan kulturell

bakgrund var det uppenbart att sjuksköterskorna stod inför hinder som inverkad på omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskorna ansåg att familjemedlemmar till patienter med annan kulturell bakgrund användes som verbal strategi och sågs som den huvudsakliga länken mellan sjuksköterskorna och patienterna för att avancera kommunikationen (Boi, 2000; Høye & Severinsson, 2009; McCarthy et al. 2013). Ett hinder var även att patienterna inte kunde ta till sig rätt eller komma ihåg informationen från sjuksköterskorna. De belyste användningen av familjemedlemmar i sällskapet för att föra vidare informationen till patienterna då detta inte kunde tas emot från sjuksköterskorna i den tillfälliga situationen (Taylor et al. 2013).

“Relatives were seen to be a source of support for the patient and in the forming of a good relationship between the nurse and the patient.” (Boi, 2000, s. 386).

Diskussion

Metoddiskussion

Studien var en litteraturstudie med kvalitativ ansats för att kunna besvara syftet på bästa sätt och den kvalitativa ansatsen ansågs vara mest lämplig för denna studie. Enligt Olsson och Sörensen (2011) och Willman et al. (2011) beskrev de att en kvalitativ ansats var en beskrivning av en upplevelse. Metoden passade in i denna studie för att fånga sjuksköterskornas upplevelse av kommunikationen vid mötet i samband med omvårdnad mellan patienter med annan kulturell bakgrund. Litteraturstudie med kvantitativ ansats användes inte i denna studie för att i förhållande till den tidsaspekt som fanns var det inte genomförbart att läsa igenom alla artiklar som erbjöds. Willman et al. (2011) lyfte fram att den negativa effekten med att använda sig av en kvalitativ ansats kunde vara att antalet deltagare i artiklarna var få och studien kunde då inte generaliseras till alla sjuksköterskor.

I artikelsökningen användes sökkombinationer med booleska termer “AND” eller “OR” (se bilaga 1) med hjälp av sökorden för att svara på syftet. Resultatet i sökningen visade att vissa artiklar uppkom flertal gånger under olika sökkombinationer, detta visade att sökorden var aktuella och svara på syftet. I inklusionskriterierna ingick det att artiklarna skulle vara på

engelska och utgivna senast år 2000 för att påvisa att problem i kommunikationen mellan sjuksköterskor och patienter med annan kulturell bakgrund har funnits sedan tidigare. De nyare artiklarna som var upp till år 2014 påvisade att problemet fortfarande kvarstod och för att evidensen skulle vara aktuell. Något urval av specifikt land gjordes inte för att studien skulle påvisa att problemet fanns i Europa och för att resultatet skulle kunna tillämpas i Europa. I exklusionskriterierna ingick det att artiklarna inte skulle vara medicinskt inriktade på grund av att studien var inriktad på vårdvetenskap. Det ingick även att kvalitetsgranskningen inte skulle vara under medel kvalitet, detta för att metod- och resultatdelen i de lågt bedömda artiklarna ansågs vara otillräckliga för studien.

Vetenskapliga artiklar användes med tanke på att Rosén (2013) lyfte fram att sjuksköterskornas kärnkompetens innefattar evidensbaserad omvårdnad för att kunna tillämpa vetenskapligt stöd i omvårdnadsarbetet. Artiklarna granskades utifrån Willman et al. (2011) granskningsprotokoll (se bilaga 2) eftersom den ansågs vara lättförståelig och skriven på svenska. Några av frågorna i granskningsprotokollet sågs svåra att besvara, detta ledde till en diskussion sinsemellan för att klargöra innehållet i frågan. Modifiering av granskningsprotokollet valdes att inte göras för att hålla ett kritiskt tänkande och för att få ut mesta möjliga information från protokollet. Utefter granskningen bedömdes kvalitén på artiklarna tillsammans med granskningsprotokollet och diskussion av helheten på artiklarna bedömdes till låg, medel eller hög kvalitet. De som inkluderades i studien var artiklarna med medel eller hög kvalitet efter helhetsbedömningen.

Artiklarna genomgick en innehållsanalys som var inspirerad av Graneheim och Lundmans (2004) pedagogiska beskrivning av Krippendorffs kvalitativa innehållsanalys för att den upplevdes som tydlig och strukturerad. Meningsenheter valdes ut för att få mindre och relevant text att jobba med och som svarade på syftet. Meningsenheterna översattes från engelska till svenska med hjälp av engelska-svenska lexikon för att texten skulle vara lättare att arbeta med. Willman et al. (2011) menade att översättning på olika språk riskerade feltolkning och risken fanns att förlora innehållet i texten. Ambitionen var att inte förlora eller ändra kärnan i texten trots att den översattes till svenska. Kondenseringen gjorde det lättare att arbeta med texten för att få fram de olika koderna som sedan ledde till kategorier som användes i resultatet som rubriker. Det upplevdes komplicerat att arbeta fram lämpliga kategorier som stämde överens med syftet, meningsenheterna och innehållet av texten. Trots

att det upplevdes komplicerat ändrades kategorierna under tiden arbetet fortlöpte och när resultatet sammanställdes, stämde rubrikerna överens med innehållet i resultatet.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde att kommunicera med patienter med annan kulturell bakgrund i samband med omvårdnad försvårades på grund av språket.

Sjuksköterskorna upplevde även att de inte hade tillräckligt med kunskap om de kulturella olikheterna för att möta dessa patienter.

Studiens resultat visade att det största problemet sjuksköterskorna beskrev var att patienterna med annan kulturell bakgrund uppvisade kommunikationssvårigheter på grund av språkbarriären. Jirwe et al. (2010) bekräftade att sjuksköterskorna upplevde att när ett gemensamt språk inte delades uppkom det kommunikationssvårigheter. För att kunna tillämpa transkulturell omvårdnad var det av vikt för sjuksköterskorna att kunna kommunicera med patienterna (ibid.). Murphy och Macleod-Clark (1993) identifierade även kommunikationen som det största hindret för att förklara omvårdnad till patienter med annan kulturell bakgrund, språkbarriären sågs även som ett hinder i konversationen. Holland (1993) påpekade även att när språkbarriären var ett hinder i kommunikationen försvårades mötet och det var svårt för sjuksköterskorna att tillgodose patienternas behov utifrån deras kultur.

Resultatet påvisade att sjuksköterskorna tog illa vid sig när de skulle bedöma omvårdnaden hos patienterna med annan kulturell bakgrund när språket hindrade kommunikationen. Detta ledde till att patienterna inte förstod omvårdnadsbeskrivningen och det fanns en risk för återinläggning på sjukhuset. Ozolins och Hjelm (2003) påtalade även att sjuksköterskorna inte förstod patienterna med annan kulturell bakgrund på grund av att språket hindrade kommunikationen. Detta visade sig med att sjuksköterskorna inte kunde beskriva korrekt och lämplig omvårdnad till patienterna och ledde till fler återinläggningar på sjukhuset (ibid.). Leininger (2002b) poängterar att om sjuksköterskorna var mer kulturellt medveten bedrevs transkulturell omvårdnad bättre och omvårdnadsbeskrivningen kunde bli mer lämplig för patienternas kulturella behov. Det är möjligt att olika kursmoment, redan under sjuksköterskeutbildningen, med syfte att öka den kulturella medvetenheten skulle kunna leda till att sjuksköterskor blir bättre förberedda på att möta patienter med olika kulturell bakgrund och även förbättra omvårdnaden av patienterna.

I resultatet framkom det även att när språket var ett hinder i kommunikationen upplevde sjuksköterskorna att spontaniteten försvann och omvårdnaden blev opersonlig. Detta ledde till att kommunikationen blev ansträngd mellan sjuksköterskorna och patienterna med annan kulturell bakgrund. Svensk sjuksköterskeförening (2014) lyfte även fram att sjuksköterskor har riktlinjer att följa angående informationen som ges till patienterna med annan kulturell bakgrund. Denna information skulle vara korrekt, tillräcklig och lämplig för att patienterna skulle förstå informationen (ibid.). Taylor et al. (2013) bekräftade att spontaniteten försvann i kommunikationen och att den verbala kommunikationen blev ansträngd mellan sjuksköterskorna och patienterna. Vilket ledde till att informationen behövdes förenklas och upprepas ett flertal gånger till patienterna med annan kulturell bakgrund eftersom de inte förstod det som förmedlades från början (ibid.).

Resultatet visade att sjuksköterskorna ansåg att det var komplicerat och förvirrande att ge information på ett annat språk än deras modersmål. Trots detta var vissa sjuksköterskor positiva till att använda sig av professionell tolk då de fick en objektiv syn på patienternas situation. Det förekom ibland att familjemedlemmar behövde tolka i mötet mellan sjuksköterskorna och patienterna med annan kulturell bakgrund när professionell tolk inte var tillgänglig. Sjuksköterskorna upplevde då att viss information undanhölls som kunde påverka och försvåra omvårdnadsarbetet. Jirwe et al. (2010) bekräftade att användandet av professionell tolk hade sina fördelar genom att tolken förmedlade objektiv och fullständig information. Cioffi (2003) motsade sig detta genom att sjuksköterskorna använde sig i större utsträckning av familjemedlemmar eller tvåspråkig vårdpersonal som hjälp till att tolka informationen. Sjuksköterskorna ansåg att professionell tolk inte var tillräckligt tillgänglig och vände sig hellre till familjemedlemmar och tvåspråkig vårdpersonal (ibid.). Detta stämde överens med vad Cortis (2004) beskrev att efter överenskommelse mellan sjuksköterskorna och patienterna kunde deras familjemedlemmar tolka informationen i konversationen. Däremot motsade Ozolins och Hjelm (2003) att sjuksköterskorna använde sig inte av familjemedlemmar som tolk eftersom de inte kunde garantera att informationen översattes korrekt till patienterna. Leininger (2002a) lyfte därefter även fram att sjuksköterskorna borde med försiktighet använda sig av familjemedlemmar som tolk för att inte lägga över ansvaret på familjen.

I resultatet framkom det även att patienternas kultur hade inverkan på synen på hälsa, välbefinnandet och deras uppfattning av sjukdom. Detta medförde att patienterna uttryckte sig annorlunda beroende på vilken kultur de tillhörde. Leininger (2002c) lyfte fram i ”soluppgångsmodellen” att det fanns faktorer som spelade roll i patienternas uppfattning och upplevelse av hälsa och sjukdom, som på grund av detta uttryckte sig patienterna annorlunda. Hultsjö och Hjelm (2005) bekräftade även att sjuksköterskorna upplevde att kulturen hade inverkan i hur patienterna uttryckte sig i upplevelsen av hälsa och sjukdom. Sjuksköterskorna lyfte även fram att patienterna med annan kulturell bakgrund gestikulerade och var mer högljudda i deras sätt i att uttrycka sig på. Vilket ledde till tolkningsproblem och kunde försvåra omvårdnadsarbetet (ibid.).

Studiens resultat visade att det var viktigt för sjuksköterskorna att se individen bakom kulturen och inte likställa patienterna som utövade samma kultur, utan individuell omvårdnad var specifikt viktigt att tillhandahålla. Ozolins och Hjelm (2003) och Narayanasamy (2003) bekräftade att individuell omvårdnad var viktigt med tanke på att patienterna med annan kulturell bakgrund skulle känna sig unika och tillfredsställda med den omvårdnad som gavs för att uppnå hälsa och välbefinnande. Leininger (2002c) poängterade även att det var viktigt att se patienternas likheter likväl som skillnader i kulturen och dess behov för att bemöta patienterna med lämplig transkulturell omvårdnad. Resultatet visade även att sjuksköterskorna upplevde oro att kränka patienternas kultur när de inte hade mött patienterna med dennes kultur tidigare och visste inte hur de skulle hantera mötet. Høye och Severinsson (2010) skrev däremot att ibland var det svårt att möta kulturella behov för sjuksköterskorna då de inte var tillräckligt medvetna om vilka behov som ingick i kulturen patienterna tillhörde. Därför lyfte Leininger (2002b) fram vikten av att sjuksköterskorna borde ha mer kulturell medvetenhet redan på utbildningsnivån för att bättre tillgodose transkulturell omvårdnad.

I resultatet visade det sig även att i vissa kulturer som patienterna tillhörde framkom det genusattityder som resulterade i hinder i omvårdnadsarbetet mellan sjuksköterskorna och patienterna. Sjuksköterskorna upplevde då att de hade brist på kulturell medvetenhet som försvårade mötet. Ozolins och Hjelm (2003) styrkte detta genom att genusattityder fanns inom vissa kulturer och att detta hindrade sjuksköterskorna i olika situationer inom omvårdnadsarbetet vid hjälp av patienterna med annan kulturell bakgrund. Høye och Severinsson (2010) bekräftade att genusattityder förekom i omvårdnadsarbetet men de

motsade sig till att genusattityder inte hade inverkan i och försvårade inte omvårdnadsarbetet hos sjuksköterskorna.

Resultatet visade att sjuksköterskorna använde sig av strategier för att göra mötet tillfredsställt och lyckat med patienterna med annan kulturell bakgrund. Cioffi (2003) bekräftade att sjuksköterskorna använde sig av olika strategier såsom verbal och icke-verbal kommunikation för att kommunicera med patienter med annan kulturell bakgrund. Vidare visade resultatet att de olika strategierna som användes av sjuksköterskorna var bland annat att lära sig enstaka ord på patienternas modersmål, användning av kroppsspråket, bilder och olika föremål för att underlätta kommunikationen vid mötet. Detta lyfte även Pergert et al. (2008) fram att hjälpmedel för icke-verbal kommunikation som användningen av bilder och föremål, ögonkontakt, charader och kroppsspråket. Dessa strategier användes av sjuksköterskorna för att kommunicera med patienterna med annan kulturell bakgrund i samband med omvårdnad för att underlätta situationen.

Slutsats

I föreliggande studie har det framkommit att språkbarriären var det främsta hindret i kommunikationen vid mötet i samband med omvårdnad mellan sjuksköterskor och patienter med annan kulturell bakgrund. Sjuksköterskorna uttryckte även att det fanns ett dilemma vid omvårdnad då patienterna uttryckte sig olika på grund av att de såg hälsa och sjukdom olika utifrån vilken kultur de tillhörde. Det visade sig även att det fanns oro hos sjuksköterskorna när de mötte patienter med annan kulturell bakgrund när de inte var tillräckligt kulturellt medvetna. Sjuksköterskorna använde sig av verbala och icke-verbala strategier i mötet för att kommunikationen skulle förbättras som till exempel med kroppsspråk, förenklad information och med hjälp av familjemedlemmar.

I föreliggande studie har resultatet visat hinder och möjligheter för kommunikationen vid mötet mellan sjuksköterskorna och patienter med annan kulturell bakgrund. Sjuksköterskorna bör öka sina kunskaper och sin förståelse för patienter med annan kulturell bakgrund och därigenom öka säkerheten inom vården. För att patienten ska känna sig förstådd och sedd i vården bör sjuksköterskorna tillämpa transkulturell omvårdnad så väl som personcentrerad omvårdnad. Det är av vikt att sjuksköterskorna har kunskap om patienternas kulturella och individuella behov för att kunna ge patienten personcentrerad omvårdnad som är väl

förankrad. Genom att sjuksköterskorna tillämpar personcentrerad omvårdnad underlättas mötet, vilket får patienterna att känna sig förstådda. För att få fram mer specifikt vad sjuksköterskor i olika landsting och kommuner stöter på för kulturella hinder vid omvårdnad med patienter med annan kulturell bakgrund föreslås empiriska studier. Genom att jämföra de hinder i kommunikationen som uppstår i de olika landstingen och kommuner, kan det leda till att se likheter och skillnader sinsemellan. Efter jämförelsen kan det skapas gemensamma omvårdnadsåtgärder för att skapa en trygg och säker omvårdnad som är anpassad efter patienternas kulturella behov. Genom att tillämpa ytterligare studier ges möjligheten att sjuksköterskor får en ökad förståelse och insikt i hur kommunikationen förbättras genom att vara kulturellt medvetna.

Självständighet

Artikelsökning till inledning, bakgrund, resultat och diskussion har sökts gemensamt. Sharon har haft huvudansvaret för inledning och kommunikation vid mötet i bakgrunden. Matilda har haft huvudansvar för kulturell bakgrund, transkulturell omvårdnad och teoretiskreferensramen med Sharon vid tangentbordet. Metoden, resultatet och diskussionen skrevs gemensamt med Sharon vid tangentbordet. Meningsenheterna till resultatet togs ut enskilt men sammanställdes gemensamt. Bilaga 1, 3 och 4 skrevs gemensamt, bilaga 2 skrevs av Matilda. Sharon har även haft huvudansvaret för referenslistan och layouten. Huvudansvaret betyder inte att personen har haft fullständigt ansvar, utan i enlighet med den andra parten. Både Matilda och Sharon anser att de har tillfört lika mycket till studien.

Referenser

- Arieli, D., Friedman, V-J., & Hirschfeld, M-J. (2012). Challenges on the path to cultural safety in nursing education. *International Nursing Review*, 59 (2), 187-93.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Boi, S. (2000). Nurses experiences in caring for patients from different cultural backgrounds. *Transcultural Nursing*. 5 (5), 382-389.
- Cioffi, J. (2003). Communication with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurse's experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40 (3), 299-306.
- Cortis, JD. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1), 51-58.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten (23-35) (2uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Elg, M., & Olsson, J. (2013). Organisera för ständiga förbättringar i hälso- och sjukvården. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser (218-252)*. Stockholm: Liber.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, UH., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2), 105-112.
- Holland, C-K. (1993). An ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual. *Journal of Advanced Nursing* 18 (9), 1461-70.
- Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review* 52 (4), 276-285.
- Høye, S., & Severinsson, E. (2009). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (4), 858-867.
- Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Student nurse's experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (3), 436-444.

Leininger, M. (2002a). Essential transcultural nursing care concepts, principles, examples, and policy statements. I M. Leininger & M.R. McFarland (Red.), *Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices* (3uppl.). (45-70). United States of America: MacGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. (2002b). Transcultural nursing and globalization of health care: importance, focus, and historical aspects. I M. Leininger & M.R. McFarland (Red.), *Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices* (3uppl.). (3-44). United States of America: MacGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leininger, M. (2002c). Part I. The theory of culture care and the ethnonursing research method. I M. Leininger & M.R. McFarland (Red.), *Transcultural Nursing concepts, theories, research & practice* (3uppl.). (71-98). United States of America: MacGraw-Hill Medical Publishing Division.

Leishman, J. (2004). Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing standard*, 19 (11), s 33-38.

McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, MM., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British Journal of Nursing*, 22 (6), 335-339.

Murphy, K., & Macleod-Clark, J. (1993). Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (3), 442-450.

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

Nielsen, B., & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (3), 431-437.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3uppl.). Stockholm: Liber.

Ozolins, LL., & Hjelm, K. (2003). Nurses experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7 (2), 84-93.

Pergert, P., Ekblad, S., Enkär, K., & Björk, O. (2008). Bridging obstacles to transcultural caring relationship- tools discovered through interviews with staff in pediatric oncology care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12 (1), 35-43.

Roberts, GW. (1994). Nurse/patient communication within a bilingual health care setting. *British Journal of Nursing*, 3 (2), 60-67.

Rosén, M. (2013). Evidens och evidensbaserad vård. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (201-217). Stockholm: Liber.

Ryan, M., Twibell, R., Brigham, C., & Bennett, P. (2000). Learning to care for clients in their world, not mine. *Journal of Nursing Education*, 39 (9), 401-408.

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.

Taylor, SP., Nicolle, C., & Maguire, M. (2013). Cross-cultural communication barriers in health care. *Nursing Standard*, 27 (31), 35-43.

Wadensjö, P. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (81-110). Stockholm: Liber.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 Databassökning

Sökning i Cinahl

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sök datum	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Databas
Nurse* AND communication* AND patient AND experience AND culture	56	30/9 2014	19	4	0	Cinahl
Nurse* AND experience* AND culture AND patient	211	30/9 2014	50	7	2	Cinahl
Cross-cultural differences AND nurse AND patient	69	30/9 2014	69	10	0	Cinahl
Metting AND communication AND patient AND transcultural nursing	3	30/9 2014	3	3	0	Cinahl
Culture AND nurse AND communication	141	1/10 2014	29	3	0	Cinahl
Communication barrier AND culture	3	1/10 2014	3	0	1	Cinahl
Communication AND nurse AND patient illuminate	18	1/10 2014	5	0	0	Cinahl
Nursing AND cross-cultural AND communication AND patient	1	1/10 2014	1	1	0	Cinahl
Nursing AND experience AND communication AND cross-cultural	3	1/10 2014	3	3	1	Cinahl
Nursing AND communication AND experience AND cultural	52	1/10 2014	52	3	0	Cinahl
Communication barrier AND cultural AND patient	3	6/10 2014	2	0	0	Cinahl
Linguistically diversity AND nurse	6	6/10 2014	3	0	0	Cinahl
Culture AND communication AND nurses	117	7/10 2014	50	10	1	Cinahl

Culture OR cultural AND communication OR transcultural OR cross-cultural AND nurse OR nursing	3037	13/10 2014	50	3	2	Cinahl
---	------	---------------	----	---	---	--------

Sökning i PubMed

Sökordskombinationer	Antal träffar	Sök datum	Lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar	Databas
Transcultural [Major] AND communication [Major]	96	6/10 2014	15	4	0	PubMed
Transcultural nursing [Major] AND communication [Major] AND experiences [Major]	13	6/10 2014	10	3	0	PubMed
Communication barrier [Major] AND transcultural nursing [Major]	32	6/10 2014	25	5	0	PubMed
Communication [Major] AND culture [Major] AND nursing [Major]	65	6/10 2014	50	6	1	PubMed

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Kvalitetsbedömningsmall för studier med kvalitativ metod efter Willman, Stoltz & Bahtsevane (2011).

Beskrivning av studien, t.ex. metodval

Finns det ett tydligt syfte?	Ja	Nej	Vet ej
Patientkaraktäristika:	Antal.... Ålder..... Man/Kvinna.....		
Är kontexten presenterad?	Ja	Nej	Vet ej
Etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej
Urval – Relevant?	Ja	Nej	Vet ej
Strategiskt?	Ja	Nej	Vet ej

Metod för

Urvalsförfarande tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
Datansamling tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
Analys tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej

Giltighet

Är resultatet logiskt, begripligt?	Ja	Nej	Vet ej
Råder datamättnad? (om tillämpligt)	Ja	Nej	Vet ej
Råder analysmättnad?	Ja	Nej	Vet ej

Kommunicerbarhet

Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja	Nej	Vet ej
Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	Ja	Nej	Vet ej
Genereras teori?	Ja	Nej	Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

Sammanfattande bedömning av kvalitet Låg Medel Hög

Kommentar...

Granskare (sign).....

Bilaga 3 Analysförfarande

Meningsenheter	Översättning och kondensering	Kod	Kategori
<i>“By contrast, where communication was lacking, participants described the nursing care and the outcome of the encounter as unsatisfactory”</i> (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010).	När kommunikation saknas, blev omvårdnaden och resultatet av mötet otillfredsställande.	Språk.	Språk som barriär vid omvårdnad.
<i>“The findings in this category suggested that participants did not have adequate knowledge about cultural differences. Some expressed feelings of unease and inadequacy as a result”</i> (Boi, 2000).	Sjuksköterskorna har inte tillräckligt med kunskap som kulturella skillnader. Det resulterade i oro och otillräcklighet.	Kunskap.	Vikten av kunskap.
<i>“Others strategies used included the use of pictures or artefact such as showing a patient equipment to try to convey a message and encouraging the patient to do the same”</i> (Jirwe et al. 2010).	Strategier för att underlätta kommunikationen där ingår bilder och föremål för att förmedla sig.	Strategier.	Verbala och icke-verbala strategier vid mötet.

Bilaga 4 Artikelöversikt

Författare, år och land	Titel	Syfte	Metod	Kvalitet
Boi, S. (2000) Storbritannien.	Nurses' experiences in caring for patient from different cultural backgrounds.	Belysa eventuella problem som sjuksköterskor stöter på i mötet när de ger vård till kulturella patienter.	Kvalitativ metod. Semistrukturerad intervju med sju sjuksköterskor.	Medel.
Cortis, J. (2004). Storbritannien.	Meeting the needs of minority ethnic patients.	Undersöka upplevelser av sjuksköterskor inom vården av inneliggande Pakistanska patienter.	Kvalitativ metod. Semistrukturerad intervju med 30 sjuksköterskor.	Medel.
Høye, S., & Severinsson, E. (2009). Norge.	Professional and cultural conflicts for intensive care nurses.	Undersöka intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av konflikter i samband med praktiska situationer när de stöter på kulturellt olika familjer av kritiskt sjuka patienter.	Kvalitativ metod. Gruppintervju med 16 sjuksköterskor.	Medel.
Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Sverige.	Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters.	Undersöka sjuksköterskestudenters upplevelser av att kommunicera i tvärkulturella möten.	Kvalitativ metod. Semistrukturerad intervju med tio sjuksköterskor. Fem sjuksköterskor med svensk bakgrund och fem med invandrar bakgrund.	Medel.

Författare, år och land	Titel	Syfte	Metod	Kvalitet
McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M., & Tuohy, D. (2013). Irland.	Conversations through barriers of language and interpretation.	Sjuksköterskors upplevelser av språkbarriärer och användningen av tolk inom ramarna för en förändrad vårdmiljö.	Kvalitativ metod. Semistrukturerad intervju med sju sjuksköterskor. Fem var kvinnor och två var män.	Hög.
Nielsen, B., & Birkelund, R. (2009). Danmark.	Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients.	Undersöka sjuksköterskors upplevelser i vårdandet av patienter med minoritet etnisk bakgrund.	Kvalitativ metod. Explorativ intervju med fyra kvinnliga sjuksköterskor med ålder 40-55.	Medel.
Ozolins, LL., & Hjelm, K. (2003). Sverige.	Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden.	Undersöka och förklara sjuksköterskors återkoppling av situationer med invandrare i sjukvården som har upplevt som problematiska.	Kvalitativ metod med 49 sjuksköterskor. 32 deltagare var kvinnor och 17 deltagare var män.	Medel.
Taylor, SP., Nikolle, C., & Maquire, M. (2013). Storbritannien.	Cross-cultural communication barriers in health care.	Undersöka vårdpersonalens perspektiv av att ta hand om personer från etnisk minoritet med svag eller ingen engelsk kunskap i sjukvården.	Kvalitativ metod. Semistrukturerad intervju med 34 deltagare varav elva var sjuksköterskor.	Hög.