



Sektion för hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

Upplevelse av möten mellan flyktingar och den svenska vården
- En litteraturstudie ur både sjuksköterskans och flyktingens perspektiv

Författare: Sladjana Dinic

Evin Hoorami

Handledare: Sigrid Johansson

Justerat och godkänd

Datum

11/1-08

Examinator

Ania Willman

Blekinge Tekniska Högskola

Sektionen för Hälsa

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Examensarbete 15hp

Författare: Sladjana Dinic och Evin Hoorami

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Allt fler personer kommer till Sverige från länder där kulturen skiljer sig från den svenska. Många av dessa personer har genomgått svåra trauman och det är en utmaning för den svenska vården att möta och hjälpa dessa personer. Flyktingar och sjuksköterskor har oftast olika förväntningar på möten i vården. **Syftet** med studien var att belysa upplevelser av möten mellan flyktingar och sjuksköterskor i den svenska vården. **Metod:** Innehållsanalys baserad på åtta artiklar med kvalitativ ansats. **Resultatet** visade att det ofta uppstår problem i vårdmöten mellan vårdare och personer som söker vård, på grund av kommunikationsproblem och kulturella skillnader. **Slutsats:** För att minska missförstånd i mötet mellan sjuksköterskor och personer med annan kulturell bakgrund, till exempel flyktingar med traumatiska upplevelser, bör svenska sjuksköterskor ha kunskaper i mångkulturell omvårdnad.

Nyckelord: Nurse attitude, Nurse patient relations, Refugees, Swedish health care och Transcultural nursing.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	
BAKGRUND	4
Definitioner	4
Hälsa och ohälsa hos flyktingar	4
Det vårdande mötet	6
Teoretisk referensram	6
SYFTE	8
METOD	9
Urval och tillvägagångssätt	9
Analys	9
RESULTAT	10
Upplevelse av lidande	10
Upplevelse av vårdlidande	12
Upplevelse av vårdande möte	13
Tolkning av resultat utifrån Leiningers faktorer i "Sunrise modellen"	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
SLUTSATS	18
REFERENSER	19
BILAGEFÖRTECKNING	21

BAKGRUND

Allt fler personer kommer enligt Ekblad, Janson och Svensson (1996) till Sverige från länder där kulturen skiljer sig från den svenska. Dessa personer till exempel flyktingar uppsöker ofta sjukvården för att få hjälp med sina upplevda besvär och många gånger visar sig besvären vara av psykosomatisk art. I en del fall går personens problem att relatera till tidigare traumatiska upplevelser. Sådana upplevelser behöver inte enbart medföra psykisk ohälsa utan kan även medföra att personen har svårt att anpassa sig till den nya kulturen och t ex att lära sig det nya språket. Vidare menar Ekblad et. al. (1996) att kommunikationen mellan sjuksköterskan och personen kan vara bristfällig vilket ytterligare kan förvärra situationen. Sjuksköterskan och flyktingen har många gånger olika uppfattningar om vad omvårdnad innebär. Varken sjuksköterskan eller flyktingen har tillräckliga kunskaper om varandras bakgrund, vilket kan medföra missförstånd och misstro. Dagens mångkulturella svenska samhälle avspeglar sig i vården och därför kan det underlätta om sjuksköterskan har kunskap om transkulturell omvårdnad. Leininger och McFarland (2002) menar att målet med transkulturell omvårdnad är att kunna se det kulturspecifika hos varje person och bistå med den omsorg som strävar mot hälsa och välbefinnande.

Definitioner

De flesta flyktingar kommer från länder där det har varit eller är krig, etniska och religiösa konflikter. De kan ha varit med och upplevt krigets fasansfulla verkningar, fattigdom, förföljelser och hot (Nicholl & Thompson, 2004). Förenta Nationernas flyktingkommissariat definierade under år 1951 att en flykting är: ”*A refugee is defined as someone who, owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group, or political opinion. Is outside the country of his nationality. Is unable to, or owing to such fear, is unwilling to avail him self of the protection of that country*” (UNHCR, 2007, s. 22). Flyktingen lämnar oftast sitt hemland ofrivilligt och kan inte återvända hem. En flykting kan bli invandrare om situationen i det gamla hemlandet förändras så att personen frivilligt kan återvända (Kristal-Andersson, 2001). Som invandrare räknas personer som är födda utanför Sverige och lämnar sitt hemland frivilligt. Invandraren kan, i motsats till flyktingen, återvända till hemlandet. Den bakomliggande orsaken till varför personen lämnar sitt hemland kan vara personlig, såsom anhöriginvandring eller ekonomisk, såsom arbetsmarknadsinvandring eller resultatet av naturkatastrofer. Invandrare är en person som söker efter en bättre tillvaro i ett annat land. Även invandrare kan ha varit med om traumatiska upplevelser såsom krig och förföljelse (Kristal-Andersson, 2001). Fortsättningsvis kommer föreliggande studie att behandla flykting och invandrare synonymt med person.

Hälsa och ohälsa hos flyktingar

Världshälsoorganisationen definierar hälsa enligt följande: ”*Health is ‘a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease, or infirmity’*” (WHO, 2007, s. 10).

För att en person ska kunna åtnjuta fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande måste det finnas tillräcklig med resurser för att tillgodose de grundläggande behoven. Idag finns det många människor som lider nöd på grund av krig, svält och fattigdom. Dessa människor saknar det materiella överskott, och ofta även det sociala och psykiska välmåendet som krävs för att kunna uppnå god hälsa enligt ovanstående definition (Hansson, 1998). Enligt Leininger och McFarland (2002) definieras hälsa som ett tillstånd av välbefinnande där kulturen har en given plats. För att kunna uppleva hälsa och välbefinnande måste personen

uppleva omvårdnadsbeslut och omvårdnadshandlingar som tillfredsställande och meningsfulla enligt gällande kultur.

Varje familj och samhälle har ett egenintresse av att främja hälsa genom att vårda sina svaga, sjuka, skadade och gamla. I västvärlden används framförallt diagnosen Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) om en person med posttraumatiska upplevelser. Några av bakomliggande orsaker till PTSD kan vara tortyr, krig och folkmord. För att få diagnosen måste personen ha uppvisat symtom i minst en månad. Några av symtomen kan vara depression, mardrömmar och sömnsvårigheter (Nicholl et al., 2004). Ibland är det en långdragen process med många besök inom den somatiska vården innan personen erhåller diagnosen (Lie, 2004). Trots västvärldens välutvecklade somatiska och psykiatriska vård är den oftast anpassad till västerlänningar och inte till personer från andra kulturer vilket kan medföra eventuell påverkan på vårdrelationen (Watters, 2001). När en vårdrelation inte fungerar tillfredsställande uppstår ett vårdlidande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

Begreppet lidande kan enligt Wiklund (2003) beskrivas i tre dimensioner såsom sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande innefattar de fysiska symtom som hör samman med en viss sjukdom och medför begränsningar i det dagliga livet. Livslidandet är det lidande som gäller hela människans liv och som ofta blir tydligt när individen blir sjuk. Med vårdlidande menas det lidandet som patienten upplever till följd av vård och behandling (Wiklund, 2003). Vårdaren orsakar lidande hos patienten när det föreligger brister i kommunikationen. Omvårdnad utgör en stor del av vårdarens arbete och kan uppfattas olika i varje samhälle och kultur. Om en person på grund av kulturella skillnader inte blir bekräftat i vårdmötet kan detta medföra ett vårdlidande (Dahlberg et al., 2003).

Dahlberg et al. (2003) menar vidare att ett vårdlidande uppstår när en person inte förstår vad som sker i en vårdsituation, vilket leder till förnekelse av den lidande personen. Vidare poängterar Dahlberg et al. (2003) att det är viktigt att skapa en personlig kontakt mellan sjuksköterskan och personen, för att kunna tillgodose personens omvårdnadsbehov. När den lidande personen förnekas leder det till osäkerhet och otrygghet. I den svenska kulturen finns en benägenhet att förneka, undanröja och ignorera lidandet, eftersom lidandet berör människans värdighet (Dahlberg et al., 2003). Travelbee (1972) menar att lidande är en fundamental allmänmänsklig erfarenhet och att alla människor någon gång i livet får uppleva vad lidande är. Ett vårdlidande kan minimeras genom att sjuksköterskan skapar en vårdande relation till personen som är i behov av vård. Sjuksköterskan bör se personen som en unik varelse för att kunna sätta sig in i personens vårdsituation och visa förståelse (Travelbee, 1972). Målet med vårdandet är att minska en persons vårdlidande samt möjliggöra upplevelse av välbefinnande. För att kunna uppnå välbefinnande måste personen erkänna lidandet först (Dahlberg, 2003).

Många av de flyktingar som kommer till Sverige lider av traumatiska upplevelser (Hermansson, Timpka & Thyberg, 2003). Traumatiska upplevelser kan orsakas av olika psykiskt påfrestande händelser och några av orsakerna kan vara att ha suttit fängslad, alternativt koncentrationsläger, bevittnat mord, levt undangömd, varit utsatt för våldtäkt, blivit torterad och tvingats bort från sin familj (Lie, 2004). Långvarig tortyr och förföljelse orsakar psykisk ohälsa hos flyktingar (Hermansson et al., 2003). En psykologisk chock, som är intensiv och ofta oförutsägbar, kan bryta ner personens psykologiska försvar. Upprepad psykisk och fysisk stress kan sänka en persons toleransnivå och göra personen mer

mottaglig för psykisk ohälsa (Kristal-Andersson, 2001). I detta arbete definieras trauma som "en kroppsskada orsakad av våld och/eller emotionell chock eller skada som ofta lämnar bestående psykisk effekt".

Det vårdande mötet

En bra vårdrelation kännetecknas enligt Dahlberg et al. (2003) av att vårdaren försöker förstå hur personen upplever situationen. En person som mår psykiskt dåligt handlar inte alltid rationellt. Vårdaren bör inte dra slutsatser av en persons handlande utan istället försöka möta personen på dennes nivå, för att kunna ge rätt hjälp. Ett professionellt bemötande minimerar en persons lidande. Hansson (1998) påtalar att vårdaren även bör ha ett empatiskt synsätt och känna inlevelse för att kunna ge en professionell omvårdnad. Förmågan till empati och inlevelse är nödvändig om vårdaren ska kunna åstadkomma en terapeutisk miljö. Begreppet "det vårdande mötet" är enligt Dahlberg et al. (2003) en del av vårdvetenskapen och kan uppfattas från två olika perspektiv, dels ur personens perspektiv, dels ur vårdarens perspektiv. Hansson (1998) påtalar att en grundläggande del i vårdandet är kommunikationen som är av vikt för olika kulturell utveckling och existens. Vårdare upplever många gånger att det är svårt att förstå och vårda personer från andra kulturer på grund av kommunikationsproblem. En annan anledning kan vara att en persons uppfattning om hälsa, sjukdom och behandling skiljer sig från vårdarens. Misstro till västerländska behandlingsmetoder kan leda till att personen upplevs besvärlig av vårdaren (Hansson, 1998).

Det är väsentligt att vårdaren har förståelse för kulturella och religiösa skillnader vid t ex egenvård och vid bedömning av vårdbehov. Vidare är det viktigt att vårdaren har förståelse för betydelsen av moraliska värderingar hos personer med annan etnisk bakgrund. För att kunna etablera tillitsfulla relationer mellan vårdare och personer är det viktigt att respektera varandras personliga autonomi, integritet, värdighet och grundläggande mänskliga rättigheter (Hadziabdic & Sandström, 2006).

Ekblad et al. (1996) betonar att i mötet mellan vårdare och personer med flykting eller invandrarbakgrund, är det väsentligt att vårdaren har ett holistiskt synsätt och är öppen för det som är annorlunda.

Enligt socialstyrelsens författning (SOSFS, 1993:17), "är syftet med omvårdnad att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död." Omvårdnad omfattar också åtgärder i syfte att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt att ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer (SOSFS, 1993:17).

I ovanstående bakgrund framkommer att det förekommer problem då flyktingen möter den svenska vården. Därför blir det intressant att sammanställa och analysera den kvalitativa data som finns tillgänglig inom området.

TEORETISK REFERENSRAM

Som teoretisk referensram valdes Leiningers omvårdnadsteori (Leininger & McFarland, 2002). Syftet med Leiningers teori "Culture care" var att studera den kulturella mångfald och universalitet som finns inom mänsklig omsorg. Leininger ville finna tillvägagångssätt för att bedriva en kulturellt anpassad vård. Som en del av teorin utvecklade Leininger "The Sunrise model" (1955) som en guide för sjuksköterskor för att lättare finna och identifiera kulturella

faktorer som påverkar en persons upplevelse av vård. I modellen ingår sju kulturella och sociala komponenter, så kallade faktorer, som omfattar personers syn på omvärlden, synen på teknologisk apparatur som hjälpmedel, religiösa faktorer, politiska och rättsliga (juridiska) omständigheter, familj och anhörigas roll, kulturella värderingar och uppfattningar om utbildning.

För att på ett konkret sätt hjälpa sjuksköterskan att bedriva kulturellt anpassad vård, utformade Leininger även tre strategier som ingår i Sunrise-modellen. Första strategin är bevarande eller upprätthållande omvårdnadsåtgärder som syftar till att hjälpa, stödja, underlätta eller förstärka åtgärder eller beslut som hjälper personer inom en särskild kultur att bevara eller upprätthålla relevanta omvårdnadsvärderingar så att de kan bevara sitt välbefinnande, tillfriskna från sjukdom, leva med handikapp eller nå en värdig död. Andra strategin är kulturrelaterad anpassning eller förhandling som syftar till att hjälpa, stödja, underlätta eller förstärka åtgärder eller beslut som hjälper personer inom en särskild kultur att anpassa sig till eller förhandla med annan vårdpersonal för att tillsammans nå tillfredställande hälsa. Tredje strategin är kulturrelaterade omformning eller omstrukturering, som syftar till att hjälpa, stödja, underlätta eller förstärka åtgärder eller beslut som hjälper personer inom en särskild kultur att förändra eller omorganisera sin livsstil i syfte att uppnå ett mer gynnsamt levnadssätt än tidigare, samtidigt som sjuksköterskan respekterar personens kulturella värderingar (Leininger & McFarland, 2002).

Enligt Leininger och McFarland (2002) är Sunrise-modellens faktorer:

Utbildningsfaktorer

Alla kulturer har inte kunskap och tillit till den biomedicinska vetenskapen, som tillämpas och värdesätts i västvärlden.

Ekonomiska faktorer

Ekonomiska faktorer påverkar vården i hög grad i utvecklingsländer, där det inte är självklart att ha tillgång till fri vård. Ibland kan personens sociala status och ekonomiska tillgångar vara avgörande för vilken vård personen erhåller.

Politiska och rättsliga faktorer

En sjuksköterska kan inte känna till alla politiska detaljer och veta vilka länder som krigar med varandra. Det är inte ovanligt att det uppstår konflikter i tolkningssituationer, även om bägge parter kommer från samma land. Detta behöver inte innebära att samma språk talas eller att samma religion utövas.

Kulturella värderingar och livsstilsfaktorer

Kulturella värderingar formar en person till den han/hon är och påverkar dessutom beteendet. Punktlighet och att passa tiden är en viktig sak i västvärlden medan många andra kulturer inte alls styrs av det.

Blodsband och sociala faktorer

Ett viktigt område för sjuksköterskan att känna till i den transkulturella omvårdnaden är hur personen hon vårdar ser på släktskap och blodsband. I en del kulturer är personerna beroende av andra familjemedlemmar och kräver deras närvaro i vårdsituationen. Det tillhör att ha ett stort socialt nätverk med många släktingar och vänner som tar hand om personen som går igenom ett sjukdomstillstånd.

Religiösa och filosofiska faktorer

En sjuksköterska måste ta hänsyn till religiösa faktorer när hon vårdar en person med en annan livsåskådning. Det kan gälla olika matseder såsom fasta. Många kulturer är noga med var och hur maten är tillagad. Stora livshändelser såsom födelse, död och sjukdom har också olika betydelser i olika kulturer.

Teknologiska faktorer

Hälso- och sjukvården är beroende av teknologiska apparater såsom datorer, övervakningsmaskiner, röntgenutrustning med mera. Det finns dock kulturer som känner misstro mot teknologin och vill ha mer traditionella behandlingsmetoder (a.a.).

Varje faktor i modellen bör ses utifrån den enskilde personens perspektiv och alla faktorer bör beaktas för att få en fullständig bild av kulturellt relaterad omvårdnad. Leininger ansåg att om sjuksköterskan är insatt i dessa komponenter får hon en helhetssyn av personernas livsvärld och kan då bistå med kulturellt anpassad vård. Teorin betonar vikten av att vårdaren känner till olika kulturer och deras särdrag, för att kunna bistå med den vård som personen är i behov av.

Leininger et al. (2002) menar att transkulturell kommunikation är fokuserad på att förmedla och ta emot idéer och budskap. En sådan kommunikation kan ske när representanter från två eller flera kulturer förstår varandra, kan kommunicera med varandra och behandla varandra med respekt och medmänsklighet. Sjuksköterskan bör i dessa möten vara observant på kulturella skillnader. I kulturmöten finns en tendens att den dominerande kulturgruppen påtvingar sin kultur på den mindre dominerande kulturgruppen. I teorin jämförs olika kulturer för att på så sätt erhålla kunskap om gemensamma och kulturspecifika synsätt, vad det gäller omvårdnad, hälsa, sjukdom och även hur olika kulturer uppfattar orsaker till hälsa och sjukdom. Besitter sjuksköterskan dessa kunskaper medför detta ökad förståelse även för personens anhöriga (Leininger et al. 2002).

Med kultur avser teorin, inlärdade värden, trosuppfattning och livsformer som styr en persons tänkande, handlingar och beteendemönster. Nyckelorden i teorin är välbefinnande, copingbeteende, empati, intresse, hälsoinstruktioner, kärlek, närvaro, stöd, beröring och trygghet. Dessa begrepp har olika betydelse i olika kulturer. Det finns en skillnad i synen på omvårdnad mellan högteknologiska och lågteknologiska sjukvårdssystem. Kulturer som har förväntningar på släktingars deltagande i omvårdnadsprocessen har högre krav på god mänsklig omvårdnad, värdesätter teknologisk apparatur lägre och är ofta misstänksamma mot krav på egenvård (Leininger et al. 2002).

Leininger et al. (2002) skiljer skarpt mellan begreppen ”nursing” och ”caring”. Nursing är kopplat till sjuksköterskans arbetsområde, medan caring är den omvårdnad som utförs av anhöriga. Vidare betonar teorin betydelsen av omsorg som omvårdnadens kärna och menar att omsorg är beroende av kultur och att kultur inte kan överleva utan omsorg. Transkulturell omvårdnad fokuserar på interaktionen mellan sjuksköterskan från en kultur och en person från en annan kultur. Alla kulturer har sina givna normer och livsmönster. Synen på hälsa/ohälsa kan skilja sig åt hos sjuksköterskan som vårdar och personen som tar emot vården.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa upplevelser av möten mellan flyktingar och sjuksköterskor i den svenska vården.

METOD

Metoden som valdes var litteraturstudie med kvalitativ ansats. Undersökningar med kvalitativ ansats försöker nå en förståelse för livsvärden hos en individ eller en grupp individer. En litteraturstudie utgår från ett tydligt formulerat problem som besvaras genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning. När all data har samlats in bearbetas urvalet (Forsberg & Wengström, 2004). I föreliggande studie kommer ordet sjuksköterska att vara synonymt med ordet vårdare, eftersom sjuksköterskan är en profession bland vårdarna. Ordet flykting och invandrare kommer att vara synonymt med ordet person.

Urval och tillvägagångssätt

Databaser som användes var CINAHL, Academic Search Elite och PubMed.

Sökord som användes var: refugee, trauma, health care, nurse experience, care, migrants, Sweden, family, nursing, encounter och meeting. I PubMed gjordes sökningarna med hjälp av MeSH termerna, refugees, nurse patient relations, nurse attitude, transcultural nursing och Swedish health care. Sökorden kombinerades i olika kombinationer (tabell 1 och 2).

Sökningarna som gjordes i de tre databaserna gav likartat resultat och därför bestämdes att använda enbart databaserna CINAHL och PubMed. Träffarnas referenslistor lästes igenom och ytterligare artiklar beställdes via Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek och vissa artiklar plockades fram från tidskrifters hemsida i fulltext.

Inklusionskriterier som användes var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade för att få tillförlitlig information. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska. De studier som artiklarna baserades på skulle vara utförda i Sverige. Ytterligare inklusionskriterier var att artiklarna antingen skulle vara skrivna utifrån sjuksköterskans eller flyktingens perspektiv. Andra inklusionskriterier var avgränsning från år 1995 samt att undersökningsmaterialet som artiklarna baserades på hade analyserats utifrån en kvalitativ ansats.

Exklusionskriterier som användes var att artiklarna inte skulle vara medicinskt inriktade och inte handla om personer under 19 års ålder. Ytterligare exklusionskriterie var att artiklarna inte skulle handla om flyktingar utanför Sverige. När urvalsprocessen var gjord återstod åtta artiklar (Tabell 3). För att granska dessa artiklar användes Willmans, Stoltzs och Bahtsevanis (2006), protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ ansats.

Analys

Analysmetoden som användes var innehållsanalys med kvalitativ ansats, inspirerad av Findahl och Höijer (1981). Innehållsanalysen utfördes i fem olika steg.

I steg ett gjordes materialgenomläsning för att skaffa en överblick och en förståelse för det totala textmaterialet. Materialet lästes igenom flera gånger av författarna var för sig, detta för att minimera påverkan på varandra.

I steg två markerades meningsenheter som motsvarade syftet, understrykningarna gjordes med hjälp av olika överstrykningspennor av olika färger för att kunna urskilja eventuella olikheter. Även detta steg utfördes var för sig. Därefter gjordes en gemensam genomgång av de markerade meningsenheterna för att jämföra om samma meningsenheter valts ut. Nästintill samma meningsenheter hade valts ut. Skillnaden kunde bestå i att fler ord eller meningar hade strukits under av den ena, men inte av den andre. Där samstämmighet inte förelåg diskuterades de olika meningsenheterna tills samstämmighet uppnåddes. Ett exempel på en

meningsenhet som markerades var: ”*Memories from the past limits the possibilities of a healthy and satisfied life*” (Samarasinghe och Arvidsson, 2002, s. 296).

I steg tre kodades de markerade meningsenheterna efter innehållet och ett visst mönster växte fram. Detta gjordes gemensamt. Koderna översattes direkt till svenska med ambitionen att inte förändra innehållets betydelse. Ovanstående meningsenhet kodades till följande: Gamla minnen begränsar möjligheterna till att leva ett hälsosamt och tillfredsställande liv.

I steg fyra skapades subkategorier utifrån koderna och dess innehåll, mönster. Subkategoriernas benämning diskuterades tills enighet uppnåddes. Ovanstående meningsenhet placerades i subkategori: Ängslan.

I steg fem kombinerades subkategorier med liknande innehåll till kategorier. Ovanstående mönster fick utgöra grunden till kategoribildningen. Subkategorierna Ängslan, Identitetskris, Stöd och motivation, Livskvalitet och Skuld känslor fick bilda kategorin: Upplevelse av lidande. Subkategorin Ensamhet fick bilda kategorin: Upplevelse av vårdlidande. Subkategorierna Kulturella skillnader, Möten och Kommunikationsproblem bildade kategorin: Upplevelse av vårdmöten (Tabell 4).

RESULTAT

Vid kvalitetsbedömningen av artiklarna enligt Willmans et al., (2006) användes skalan Bra, Medel och Dålig (Bilaga 2). Samtliga artiklar hade en tydlig problemformulering, urvalet var relevant i de olika studierna. Datainsamlingarna och analysmetoderna var tydligt beskrivna och samtliga studiers resultat var klart och tydligt formulerade. I samtliga artiklar framkommer det, att de har blivit godkända av en etisk kommitté för att få genomföra intervjuer av flyktingar och svenska sjuksköterskor. Vid genomläsningen av artiklarna framkom att flyktingarna såväl som vårdarna inom den svenska vården upplevde kommunikationsproblem på grund av kulturella skillnader och religiösa seder. Detta medförde oftast ett vårdlidande för flyktingen och ledde till att sjuksköterskan upplevde maktlöshet i det vårdande mötet. För att göra resultatet mer överskådligt och lättläst kommer kategorierna att anges som rubriker under resultatet. Därefter kommer resultatet att tolkas med hjälp av de olika faktorerna i Leiningers Sunrise-modell.

Upplevelse av lidande

Samarasinghe, Fridlund och Arvidsson (2006) konstaterar att ofrivillig migration medförde stress och lidande på grund av en del faktorer såsom att vara ovetande, bära på obearbetade traumahändelser, få förändrade familjeroller, möta annorlunda attityder i det nya hemlandet och att uppleva social segregation. Flyktingar i Sverige visade sig ha konstant hemlängtan och saknade sina familjemedlemmar som var kvar i hemlandet. Samtidigt fanns rädslan för att inte få vara kvar i Sverige utan att bli utvisade.

”*We know now that we are not welcome here, this makes for bad health*” (Samarasinghe och Arvidsson, 2002, s. 296).

Enligt Samarasinghe et al. (2002) kände sig många av flyktingarna inte välkomnade i det nya hemlandet, vilket bidrog till att de mådde dåligt, vilket i sin tur kunde bidra till sämre livskvalitet. Oro, huvudvärk och sömnsvårigheter var symtom som ofta återkom och som inverkad på personernas livskvalitet. Ekblad, Abazari och Eriksson (1999) bekräftar att flyktingens tidigare krigsupplevelser påverkade nuvarande livskvalitet och förmågan att

anpassa sig i det nya landets samhälle. Västerländska koncept av livskvalitet och hälsa, där ande, kropp och själ delar sig från ett holistiskt synsätt, där det finns en strävan till interaktion mellan ande, kropp och själ.

Under asyltiden hade flyktingarna inga rättigheter vilket ofta medförde psykisk ohälsa som kunde leda till självmordsförsök. Flyktingfamiljernas dagliga liv präglades av oro och sorg och de kände sig splittrade. Föräldrarnas oro avspeglade sig ofta på barnen. Många av familjerna upplevde att de saknade motivation och hopp om sin framtid. Kvinnorna kände att de hade större krav på sig att backa upp och ge stöd åt resten av familjen (Samarasinghe et al. 2002). Många av kvinnorna hade varit hemmafruar innan de kom till Sverige, där de plötsligt fick helt nya krav på sig. De skulle lära sig det nya språket, skaffa arbete och sköta hushållet, vilket resulterade i stress och depressioner och även somatiska symtom såsom värk och trötthet (Samarasinghe et al. 2006).

Ekblad, Marttila och Emilsson (2000) skriver att sjuksköterskor upplevde att flyktingar mådde dåligt på grund av att de inte kunde utöva sin kultur och sina traditioner på samma sätt här i Sverige som i hemlandet. Sjuksköterskorna ansåg att det var väsentligt för personerna att de gavs möjlighet att få utöva sina traditionella seder eftersom de utgjorde en del av personernas identitet och trygghet. Sjuksköterskorna menade vidare att Sverige ansågs vara ett traditionsbundet land och då borde det vara tillåtet för personer med annan kulturell bakgrund att få utöva sina traditioner.

Vidare ansåg sjuksköterskor att identiteten är fundamental för hälsan och för att flyktingfamiljerna skulle kunna skaffa sig en egen identitet och motverka identitetskris borde sjuksköterskor i den svenska vården bistå med stöd och motivation. En stärkt identitet skulle även bidra till stabilitet och ökat självförtroende inom flyktingfamiljen (Samarasinghe et al. 2006).

Flyktingarna upplevde att de förlorade sin identitet och att de inte kunde påverka sin sociala situation vilket orsakade psykisk lidande både för den enskilda personen och för resten av familjen (Samarasinghe et al. 2002).

"I was somebody, now I am nobody. I lost status and myself completely; suicide is actually the last resort in keeping my status" (Samarasinghe et al., 2002, s. 297).

Ekblad et al. (1999) menar, att många personer led eftersom de upplevde att de inte levde ett fullvärdigt liv. Många led av andra problem här i Sverige än de som de upplevt i hemlandet såsom arbetslöshet, social isolering, begränsade tillgångar, kommunikationsproblem, stress, somatiska symtom och familjekonflikter. De upplevde att de levde ett dubbelliv, bodde i Sverige medan tankarna hela tiden kretsade kring det gamla hemlandet och släktingarna som var kvar där.

Kivling-Boden och Sundbom, (2002) bekräftar att sämre livsförhållanden hade samband med psykisk ohälsa hos flyktingar och att flyktingars nuvarande livssituation och obearbetade trauman ofta resulterade i posttraumatiska symtom, såsom sömnsvårigheter, oro, ångslan och depression.

Samarasinghe et al. (2002) menar att personerna upplevde lidande dels på grund av de egna kraven, dels på grund av kraven som ställdes på dem i det nya landet. En del av kraven kunde vara att lära sig språket att skaffa sig utbildning, arbete och att etablera sig i det svenska

samhället. Det var vanligt att flyktingar upplevde att de inte blev erkända och att de saknade social status.

En av de tillfrågade sjuksköterskorna uttryckte sig så här om sambandet mellan flyktingarnas upplevda trauman och anpassningen i ett nytt samhälle:

"This may reflect the refugees' previous exposure to trauma and the ongoing dilemma of integration in a new society" (Ekblad et al., 1999, s. 338).

Samarasinghe et al. (2002) bekräftar att flyktingarnas dagliga tillvaro präglades av hemlängtan och skuldkänslor, för att de hade lämnat hemlandet och släktingarna. En av de intervjuade personerna uttryckte det så här:

"I had only thoughts of my children whom I had left behind, I cried incessantly and couldn't think of anything else but my children" (Samarasinghe et al., 2002, s. 295).

Flyktingarna upplevde att tiden från att de lämnade sitt hemland till de beviljades permanenta uppehållstillstånd i Sverige innebar stress för hela familjen och ibland en tillfällig splittring. Det hände ofta att en familjemedlem var tvungen att fly omedelbart från hemlandet, vilket medförde att resten av familjen blev kvar i hemlandet under några månader eller till och med flera år. Flyktingens hälsa präglades ofta av en pendling mellan känslor av hopp, hopplöshet och uppgivenhet (Samarasinghe et al. 2002).

Upplevelse av vårdlidande

Lundberg (2000) menar att en sjukhusvistelse kunde hos många personer medföra att de upplevde vårdlidande eftersom de kände sig missförstådda. De fick inte ha sina nära och kära hos sig på sjukhuset på samma sätt som i hemlandet, vilket medförde att de kände sig ensamma och utlämnade.

"Here I do not feel the same as I did in Thailand when I was in hospital, because my family in Thailand cannot visit and stay with me here to give support" (Lundberg, 2000, s. 277).

Många personer upplevde att de inte fick tydlig information och ingen medicin från svenska vårdare, vilket medförde att de vände sig till sina traditionella behandlingsmetoder i form av örtbehandlingar. Trots att personerna i stor utsträckning använde sig av traditionella behandlingsmetoder och tilltron till en högre makt såsom att be till Gud varje dag, förkastade de inte moderna medicinska och teknologiska behandlingsmetoder. Det fanns personer som hade vårdats på sjukhus där sjuksköterskan hade arbetat utifrån Leiningers omvårdnadsteori. Dessa personer menade att deras kulturella behov i samband med olika behandlingar på så sätt blev tillgodosedda.

Flyktingar är under asyltiden berättigade till endast akutsjukvård, som de ofta sökte sig till i ren desperation för att få hjälp. Efter att ha fått avslag på uppehållstillstånd, försökte många att begå självmord i tron att få stanna i Sverige. Detta resulterade i att de endast fick nödvändig vård och därefter skickades tillbaka till flyktingförläggningen utan någon uppföljning alls. Vårdarna på akutmottagningen upplevde att de orsakade vårdlidande hos personerna som de inte kunde hjälpa. Personerna var helt enkelt utlämnade åt sitt eget öde. Även sjuksköterskorna inom psykiatri uttryckte samma hopplöshet, i mötet med de asylsökande flyktingarna och upplevde att dessa personer fick lida på grund av bristande vårdinsatser och att de många gånger förpassades till psykiatrisk vård för att det inte fanns någon annanstans ta vägen (Hultsjö & Hjelm, 2005).

Ekblad et al. (1999) poängterar, att många av flyktingarna blev diskriminerade på olika sätt, då de uppsökte den svenska vården. Några orsaker kunde vara att de upplevde att de inte togs

på allvar, som till exempel när dessa uppgav somatiska symtom och dessa bortförklarades och relaterades till psykisk ohälsa.

Det kunde märkas att flyktingar hade andra förväntningar på behandlingsmetoder än de som erbjöds i den svenska vården. Flyktingar förväntade sig inte att möta en sjuksköterska, utan antog att de skulle få träffa en läkare, även vid enkla åkommor (Samarasinghe et al., 2006).

Upplevelse av vårdande möte

Samarasinghe et al. (2006) påtalar att sjuksköterskor inom primärvården uttryckte att det ofta förekom problem i mötet med flyktingar. Det var svårt att ge adekvat vård på grund av kommunikationsproblem och kulturella skillnader. Sjuksköterskorna upplevde också att dessa problem medförde att flyktingar många gånger struntade i preventiva besök såsom vaccinationer och uppföljningsbesök. De äldre flyktingarna besökte inte vårdcentralen överhuvudtaget i tron att det skulle leda till sjukhusvistelse och/eller död. Under besök på vårdcentralen fick kvinnor sällan komma till tals utan maken fick föra deras talan. Sjuksköterskorna upplevde att flyktingkvinnorna mådde sämre än männen och uppvisade mer somatiska symtom. Dock kunde de lättare prata om sina traumaupplevelser än de manliga personerna. Genom studier gjordes jämförelser i hälsotillstånd med den svenska befolkningen och det kunde konstateras att flyktingar mådde sämre än svenskfödda personer.

Även flyktingarna upplevde att det ofta uppstod kommunikationsproblem i möten med vården och andra myndigheter i det svenska samhället. De kunde känna frustration när de inte kunde uttrycka sig och få vårdaren att förstå. Dessa problem kunde även uppstå fast en tolk var närvarande, därför att det svenska sjukvårdsystemet var svårt att förstå och skiljde sig från det i det gamla hemlandet (Samarasinghe et al., 2006).

"The mental health has been badly affected... especially amongst the asylum seekers, they live in uncertainty too long, they don't have a future... they live in some kind of a vacuum and I believe this is extremely stressful to their sense of wellbeing" (Samarasinghe et al., 2006, s. 303).

Enligt Ekblad et al. (2000) hade sjuksköterskor svårt att förstå varför personer med annan kulturell bakgrund betedde sig annorlunda i jämförelse med svenska personer. Personerna upplevdes som mer känslamma och visade starkare reaktioner vid sjukdom och dödsfall, än svenskfödda personer. Detta kunde relateras till de religiösa och kulturella skillnader som fanns mellan svenska vårdare och de personer de vårdar. Sjuksköterskorna ansåg att de borde skaffa sig mer kunskaper om olika religioner och hur de kan utövas i olika vårdssammanhang såsom sjukdom och dödsfall. Ekblad et al. (2002) menar vidare att sjuksköterskor i den svenska vården och flyktingar hade oftast olika förväntningar i vårdssituationer såsom vid dödsfall. Under en sjukhusvistelse dog en ung kvinna och den förväntade reaktionen bland sjuksköterskorna var att anhöriga till kvinnan skulle ta hand om hennes barn, vilket de inte gjorde. Istället blev kvinnans anhöriga helt förtvivlade, grät och skrek och fick tas omhand av sjuksköterskorna, medan barnen glömdes bort helt. De kulturella skillnaderna kunde även märkas genom maten som serverades på sjukhus. Personerna som vårdades ställde krav på att äta den maten som de själva hade tillagat, enligt egna traditioner. Detta kunde innebära att en del personer vägrade äta sjukhusmaten och att släktingar då fick ta med sig annan mat till dem. Personerna upplevde att sjuksköterskan ibland var oförstående när de ställde krav på annan mat och uppfattades som besvärliga.

Även Hultsjö et al. (2005) bekräftar att sjuksköterskor på en akutmottagning upplevde att de hade vissa svårigheter att möta personer med annan kulturell bakgrund. En del av problemet

var språksvårigheter, som gjorde att de ofta missförstod varandra. Personerna som sökte vård var ofta omgivna av många anhöriga, vilket kunde bidra till svårhanterbara situationer för sjuksköterskan. Sjuksköterskan kunde uppleva det som störande att ha för många personer i ett rum, vilket hindrade henne i utövandet av professionen och dessutom ansågs det tidskrävande att ta hand om anhöriga. Ambulansvårdare upplevde att flyktingarna hade begränsade kunskaper om det svenska sjukvårdssystemet och kostnaderna, vilket gjorde att de ofta fick rycka ut utan att det var en akut situation.

"Often you have to take care of the relatives and the patient so it takes longer. People standing all over and they don't move so you almost have to push them away. There have been a couple of times when I have had to unload people from the ambulance to make room for myself" (Hultsjö et al., 2005).

Jarkman-Björn och Björn (2004) menar, att kommunikationsproblem och brist på tillit i vårdmöten kunde reduceras betydligt om det fanns bättre kunskaper om de etniska och kulturella olikheterna. Missförstånd uppstod ofta på grund av att vårdarna endast såg till det yttre hos personen, såsom klädstil, hårstil och det inre förbisågs. Önskvärt vore att varje familj sågs som en unik kulturell grupp och inte utsattes för generalisering.

Tolkning av resultat utifrån Leiningers faktorer i "Sunrise-modellen"

I resultatet framkommer flera olika problemområden som skulle kunna underlättas genom Leiningers "Sunrise Model".

Enligt Lundberg (2000) innebar en sjukhusvistelse ett lidande för många personer därför att de inte fick ha sina anhöriga hos sig. Även Hultsjö et al (2005) påtalar att vårdpersonal upplevde att personer hade många anhöriga med sig till en akutmottagning vilket försvårade sjuksköterskans arbete. Leininger menar att vissa kulturer ställer krav på släktingars deltagande i vårdsituationer och att det tillhör att ha ett stort socialt nätverk. Den sociala faktorn har stor betydelse i vårdsituationer och sjuksköterskan bör vara insatt i hur personen som vårdas ser på blodsband och socialt nätverk. I vissa kulturer anses mannen vara "överhuvud" och fattar alla beslut angående familjens vårdinsatser.

Lundberg (2000) påtalar att flera personer använde sig av alternativ medicin i form av örter. Detta kunde härledas till viss misstänksamhet mot teknisk apparatur och även otydlig information från vårdaren. Enligt Leininger har teknologiska faktorn olika betydelse i olika kulturer. Vissa kulturer hyser misstro mot tekniska apparater och den biomedicinska vetenskapen.

Vidare påtalar Leininger att utbildningsfaktorn påverkar den syn en person har på medicinsk behandling. I västvärlden finns ofta stor tilltro till biomedicinska behandlingsmetoder, medan utvecklingsländer hyser större tilltro till alternativa medicinska behandlingsmetoder.

Samarasinghe et al. (2006) skriver att flyktingar ofta hade andra förväntningar på behandlingsmetoder och utgick från ett hierarkisystem där läkaren hade högre status än sjuksköterskan, och de förväntade att möta läkaren även vid enkla åkommor. Leininger talar om den ekonomiska faktorn som en avgörande del i vården och menar att den påverkar omvårdnadens resultat. Det är inte självklart att ha tillgång till fri vård, speciellt inte i utvecklingsländer där vården i hög grad baseras på vilken social status och ekonomisk tillgång personen har. En person som kommer från ett högre klasssamhälle vill inte bli vårdad av en vårdare som kommer från lägre klass.

Enligt Ekblad (2000) upplevde sjuksköterskor att många personer de vårdade reagerade annorlunda i vissa situationer såsom dödsfall. Detta kan enligt Leininger relateras till de religiösa och kulturella faktorerna som påverkar en persons livsvärld. Det förekommer många religiösa matseder inom olika kulturer såsom fastan och hur och var maten är tillagad. Detta bör sjuksköterskan beakta i sin profession eftersom en del personer till exempel inte vill äta sjukhusmaten, eller att de vill avhålla sig från mat från gryningen till skymningen när det är "fastemånad".

Enligt Hultsjö et al. (2005) är flyktingar extra utsatta under asyltiden då de har få rättigheter och är berättigade endast till akutsjukvård. Leininger påtalar att i varje land finns ett komplext samspel mellan politiska och rättsliga faktorer som borde ingå i utformandet av vårdrutiner. Saknas kunskaper om dessa faktorer leder det till kulturellt olämplig vård och vårdlidande för personer.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa upplevelser av möten mellan flyktingar med traumatiska upplevelser och sjuksköterskor i den svenska vården. För att föreliggande studie skulle uppnå validitet och trovärdighet granskades utvalda artiklar systematiskt utifrån Willmans et al. (2006) kvalitetsbedömningsprotokoll. Bedömningen av artiklarna underlättades avsevärt genom att använda kvalitetsbedömningsprotokoll. Efter att artiklarna hade bedömts enligt protokollets punkter gjordes en sammanfattande bedömning av artikelns kvalitet där skala Bra, Medel och Dålig användes (Bilaga 2). Vid denna sammanfattande bedömning erhöll sex artiklar bedömningen Bra och två artiklar bedömningen Medel.

Urvalet av artiklarna var begränsat eftersom resultatet skulle baseras på svenska sjuksköterskors erfarenheter och flyktingar som kommit till Sverige. Anledningen till att Sverige valdes kan relateras till personliga erfarenheter av flyktingar inom den svenska vården och eftersom vi ska bli verksamma inom den svenska sjukvården.

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska eftersom dessa språk behärskas. Ett annat inklusionskriterie var att artiklarna skulle vara publicerade från år 1995, för att få tillräckligt med textmaterial. Det fanns många träffar att tillgå inom området, men tyvärr baserades dessa på studier från andra länder, främst USA och fick därför uteslutas. Många av artiklarna handlade dessutom om flyktingbarn och fick därför sorteras bort.

Metoden som valdes till studien var litteraturstudie med en kvalitativ ansats. En kvalitativ innehållsanalys är tillämpbar för denna typ av studie, speciellt eftersom samtliga studier som artiklarna baserades på hade analyserats med kvalitativa metoder.

En negativ effekt av att endast analysera artiklar med kvalitativ ansats är att antalet personer i de olika studierna kan vara lågt (Willman et al. 2006). I de studier som föreliggande litteraturstudie baserar sig på, måste nog antalet persondeltagande betecknas som tillräckligt och vanligt förekommande för kvalitativ metod (Tabell 3).

Resultatet i studien baseras på åtta vetenskapliga artiklar. Fyra av artiklarna kommer från databaserna CINAHL och PubMed. Övriga fyra artiklar hittades via referenser. CINAHL är en förkortning som betyder, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. CINAHL är en internationell referensdatabas som innehåller artiklar i form av referenser från

alla engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter. Litteraturen utgörs främst av vetenskapliga artiklar som berör omvårdnaden, tandvården, sjukgymnastik och nutrition. CINAHL online uppdateras varje vecka (Willman et al. 2006).

PubMed är en bred databas som täcker olika tidskrifter inom medicin, omvårdnad och odontologi. Artiklarna är skrivna på olika språk och är vetenskapliga (Forsberg et al. 2004). Eftersom artiklarna är skrivna på engelska kan detta inverka på resultatet på grund av de översättningar som gjorts. Detta tillsammans med förståelse för flyktingproblematik kan ha påverkat resultatet.

Analysmetoden som användes var en systematisk innehållsanalys inspirerad av Findahl och Höijer (1981). Analysmetoden utfördes i fem steg. Ett sjätte steg ingår i innehållsanalysen, att bilda teman av resultatet, vilket inte var relevant i föreliggande studie.

Under formuleringar av kategorier och subkategorier uppstod vissa problem, som löstes genom att diskutera tills enighet nåddes. En subkategori som diskuterades var om kulturella skillnader skulle bilda en egen kategori. Eftersom kulturella skillnader återkom i olika studier med olika betydelser beslutades att kulturella skillnader skulle bilda en subkategori under kategorin upplevelse av vårdande möte.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer att migrationen i sig medförde stress och ett lidande på grund av faktorer såsom traumatiska minnen, förändrade familjeroller, annorlunda attityder i det nya hemlandet och social segregation. Flyktingarna i Sverige visade sig ha en ständig hemlängtan och de saknade sina familjemedlemmar som var kvar i hemlandet. Detta överensstämmer med vad Hansson (1998) säger nämligen att uppbrottet från hemlandet och migrationen medför en mängd sociala, kulturella och psykologiska förluster. Flyktingen berövas sitt fysiska, intellektuella och känslomässiga värde, vilket ger upphov till en djup sorgereaktion och ett krisförlopp. Även Ekblad et al. (1996) bekräftar att migration vare sig den är självvald eller framtvingad av flyktingskap, kan vara förenad med traumatiska omständigheter, vilket ställer höga krav på personens anpassningsförmåga, särskild när det föreligger en stor kulturell och språklig skillnad mellan den plats personen lämnade och den plats han/hon kommer till. Leininger bekräftar att det är svårt för personer att anpassa sig till nya kulturer om den ursprungliga kulturen som personen kommer ifrån skiljer sig mycket från den nya.

Vidare visar resultatet att många flyktingar inte kände sig välkomnade i det nya landet, vilket bidrog till ytterligare lidande i form av återkommande somatiska symtom som oro, huvudvärk och sömnsvårigheter. Dessa problem medförde också till sämre livskvalitet hos flyktingarna. Ekblad och Hännestrand (1998) menar att god livskvalitet innebar känslan av att vara integrerad i det svenska samhället och att inte ha stämpeln invandrare på sig. I resultatet framkommer även att personer som upplevt trauma ofta kände misstänksamhet, dels gentemot vårdare som företräder den svenska sjukvården, dels inför olika undersökningsmoment. För att motverka detta påtalar Leininger vikten av kulturellt anpassad vård för personer med annan kulturell bakgrund. Vidare förespråkar hon ett holistiskt synsätt när det gäller att vårda personer med en annan kulturell bakgrund och att det är viktigt för vårdaren att känna till de kulturella värderingar personen har som är i behov av vård, eftersom dessa formar personen och dess handlingar.

Såväl sjuksköterskor och flyktingar upplevde att det ofta uppstod problem på grund av förväntningar, kulturella skillnader, kommunikationsproblem och ibland förutfattade meningar. Bägge parter hade oftast olika förväntningar i mötet som skedde dem mellan. Sjuksköterskorna upplevde att det var svårt att bemöta flyktingkvinnorna eftersom deras män

oftast förde deras talan. Detta kunde relateras till den kulturella bakgrund och synen på könsroller som förekommer inom vissa kulturer, där det finns stränga regler för beröring mellan könen. Många av kvinnorna ville inte bli vårdade av manliga vårdare och tvärtom för männen. Det ansågs vara tabubelagt att visa sig naken eftersom detta kopplas ihop med sexualitet i många kulturer. Dock fanns det kulturer som ansåg att det är kvinnans uppgift att vårda de sjuka (Hansson, 1998). Leininger menar, att dessa problem inte skulle behöva uppstå om sjuksköterskan har kunskaper inom transkulturell omvårdnad och synen på vården och könsroller.

Resultatet visar att sjuksköterskan upplevde att flyktingar var i behov av omvårdnad och även bättre kunskaper inom den svenska sjukvården. Vidare upplevde sjuksköterskorna att de saknade kunskaper om andra kulturer, något som skulle ha underlättat mötet med flyktingar. De ville gärna hjälpa flyktingar fast de ofta kände en maktlöshet och att det var svårt att nå fram till en person som genomlidit svåra trauman. Även Barbosa da Silva och Ljungqvist (2003) skriver om vikten av kulturdialog mellan vårdare och personer som vårdas, och menar att vårdarens respekt för personer utgör en del av förståelsen för personens problematik. Hansson (1998) menar för att kunna samarbeta effektivt med personer från andra kulturer, krävs att vårdaren har kunskaper om andra kulturers kommunikationssätt. Genom att besitta sådana kunskaper kan vårdaren bistå med professionell hjälp. Flyktingars okunskap om den svenska sjukvården och själva sjukhusvistelsen gör att de känner sig rädda och otrygga, vilket också har samband med deras syn på hälsa, sjukdom och behandling. Detta bekräftas även av Leininger som menar, att sjuksköterskan bör ha kunskap om vilken syn personen har på dessa komponenter för att kunna ge kulturellt anpassad vård. Om omvårdnaden inte är kulturellt anpassad kan det bidra till konflikter som kan fördröja tillfrisknandet, förhindra välbefinnandet eller till och med förorsaka dödsfall hos personen. Även Ekblad et al. (1996) menar att det vårdande mötet präglas inte enbart av skillnader i fråga om språk, social bakgrund, kultur och religion utan också av synen på hälsa och sjukdom. Personens och vårdarens förväntningar, roller och relationer, präglar en omvårdnadssituation och dess utgång.

Av resultatet framgår att även flyktingar upplevde att det ofta uppstod problem i mötet med vårdare, vilket gjorde att de kände sig missförstådda och att de inte togs på allvar. Flyktingarna upplevde att de mådde dåligt och att det inte alltid berodde på traumatiska händelser som de varit med om, utan situationen i det nya hemlandet. Många kände sig ovälkomna, isolerade och utfrusna vilket medförde stress. Förutom sjukvården och andra myndigheter hade flyktingar inte daglig kontakt med svenskar. De levde med begränsade tillgångar eftersom många gick arbetslösa under flera år. Ibland kände sig flyktingarna tvingade till att utbilda sig till något som de inte ens var intresserade av. Detta bekräftas av Ekblad et al. (1996) som menar att många utlandsfödda personer tvingas att läsa och skola om sig till yrken de inte ens var intresserade av, på grund av den arbetslöshet som råder i Sverige.

Resultatet visade att en tolerant atmosfär och öppen kommunikation underlättade och främjade det mångkulturella mötet inom sjukvården. Vårdarna markerade att de inte var bekanta med andra traditioner och seder från andra kulturer. Därför ansåg de att det var viktigt att personerna själva och deras anhöriga tog initiativet och informerade vårdarna om personernas behov och önskemål. Leininger menar att det bästa sättet att ta reda på hur en person känner är att fråga dem direkt, och därmed få reda på vilka kulturella värderingar som styr dess handlande. Vilket ibland kan resultera i att personen sluter sig och inte vill öppna sig för sjuksköterskan. Leininger menar att sjuksköterskan ändå ska ställa frågor för att kunna skapa en bra relation till personen hon vårdar.

Heikkilä och Ekman (2000) har forskat bland finskfödda personer och menar att sjukvårdssystemet är unikt för varje land och för varje etnisk grupp, eftersom det formar tänkandet, idealet, attityder och mål för personer som tar emot vård. I sin studie påvisar Heikkilä et al. (2000) att finskfödda personer trots att de bott många år i Sverige och att den finländska kulturen är snarlik den svenska, ändå relaterade de till den finländska kulturen som den självklara och den som de kände tillhörighet till. Detta tyder på att den etniska och kulturella bakgrund präglar en persons liv oavsett hur länge de har bott i ett annat land. Heikkilä et al. (2000) bekräftar Leiningers teori om transkulturell omvårdnad som en bra utgångspunkt för sjuksköterskor när de bedriver kulturanpassad vård.

SLUTSATS

Efter genomförd studie framkom det att möten i vården, mellan sjuksköterskor och personer med annan kulturell bakgrund ofta präglades av missförstånd. Mycket av missförstånden berodde på kommunikationsproblem och kulturella skillnader. Eftersom kommunikation är väsentlig i olika vårdmöten och helt avgörande för relationen mellan personen och vårdaren bör det satsas mer på detta i sjuksköterskeutbildningen. Även kulturella skillnader i möten mellan vårdare och personer som är i behov av vård, kunde underlättas genom att "mångkulturell omvårdnad" skulle ingå som ett obligatoriskt ämne i sjuksköterskeutbildningen. Alla sjuksköterskor vårdar ibland personer som inte är svenskfödda, och det vore en fördel om att känna till vad mångkulturell omvårdnad innebär. En utmärkt hörnsten i omvårdnadsarbetet borde vara Madeleine Leiningers omvårdnadsteori och att utgå från den för att bedriva kulturellt anpassad omvårdnad. Möten i den svenska vården skulle ytterligare förstärkas genom att bistå med flerspråkig personal, förutom tolk-service. Ämnet är långtifrån utforskat och flera studier bekräftar att invandringen till Sverige kommer att öka ytterligare och speciellt utomeuropeiska länder, vilket innebär att högre krav kommer att ställas på den svenska vården. Detta medför att ytterligare forskning behövs.

REFERENSER

- Barbosa da Silva, A. & Ljungqvist, M. (2003). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekblad, S., Abazari, A. & Eriksson, N-G. (1999). Migration Stress-related Challenges Associated with Perceived Quality of Life: A Qualitative Analysis of Iranian Refugees and Swedish Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 36, (3), 329-345.
- Ekblad, S., Janson, S. & Svensson, P-G. (1996). *Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber.
- Ekblad, S. & Hännestrand, B. (1998). Migrationsmedicin primärvården somatiska och psykiska symtom. *Läkartidningen*. 20, (95), 2345-2348.
- Ekblad, S., Marttila, A. & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*. 31, (3), 623-630.
- Findahl, O. & Höjjer, B. (1981). *Text och innehållsanalys – en översikt av några analystraditioner*. Stockholm: SR Publik och programforskning.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2004). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hadziabdic, E. & Sandström, S. (2006). Äldre bosniska personers hälsa, lidande och välbefinnande analyserade av livsberättelser. *Vård i Norden*. 4, 31-36.
- Hansson, I. (1998). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Heikkilä, K. & Ekman, S-L. (2000). Health Care Experiences and Beliefs of Elderly Finnish Immigrants in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*. 11, (4), 281-289.
- Hermansson, A-C., Timpka, T. & Thyberg, M. (2003). The long-term impact of torture on the mental health of war-wounded refugees: findings and implications for nursing programmes. *Scand Journal Caring Science*. 17, 317-324.
- Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staffs experiences. *International Nursing Review*. 53, 276-285.
- Jarkman-Björn, G. & Björn, Å. (2002). Ethical aspects when treating traumatized refugee children and their families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 58, 193-198.
- Kivling-Bodén, G. & Sundbom, E. (2002). The relationship between post-traumatic symptoms and life in exile in a clinical group of refugees from the former Yugoslavia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 105, 461-468.

- Kristal-Andersson, B. (2001). *Att förstå flyktingar, invandrare och deras barn – en psykologisk modell*. Lund: Studentlitteratur.
- Leininger, M. & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing, concepts, theories, research & practice*. (3rd ed) New York: Mc Graw-Hill.
- Lie, B. (2004). The psykological and social situation of repatriated and exiled refugees: a longitudinal, comparative study. *Scand Journal Public Health*. 32, 179-187.
- Lundberg, P. C. (2000). Cultural Care of Thai Immigrants in Uppsala: A Study of Transcultural Nursing in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*. 11, (4), 274-280.
- Nicholl, C. & Thompson, A. (2004). The psykological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psykological therapies. *Journal of Mental Health*. 13, (4), 351-362.
- Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. (2006) Primary Health Car Nurses conceptions of involuntarily migrated families health. *International Nursing Review*. 53 301-307.
- Samarasinghe, K. & Arvidsson, B. (2002). ”It is a difrent war to fight here in Sweden”- the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition. *Scand Journal of Caring Sciences*. 16, 292-301.
- SOSFS (1993:17). (2007). Tillgänglig: <http://www.sos.se/sosis/1993_17/1993_17.htm>
Hämtat 2007 11 15.
- Travelbee, J. (1972). *Interpersonal aspects of nursing*. (Andra uppl.). F.A. DAVIS Company.
- UNHCR. (2007). Tillgänglig: <http://www.unhcr.se/Fdi/protecu/English_handbook.pdf>
Hämtat 2007 11 23.
- Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine*. 52, (11), 1709-1718.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO (2007). Tillgänglig: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf>
Hämtat 2007 11 23.

BILAGEFÖRTECKNING

BILAGA 1

Tabell 1: Databas CINAHL

Tabell 2: Databas Pubmed

BILAGA 2

Tabell 3: Artikelöversikt/Kvalitetsbedömning

BILAGA 3

Tabell 4: Exempel på kategorisering

BILAGA 4

Tabell 5: Protokoll för kvalitetsbedömning

BILAGA 1

Tabell 1: Databas CINAHL

Sökning	Sökord	Antal träffar	Utvalda artiklar
1#	Refugees	1522	0
2#	Transcultural care OR Transcultural nursing	3316	0
3#	2# AND 1#	79	0
4#	Sweden	6647	0
5#	4# AND 3#	0	0
6#	Sweden AND Refugees	28	2
7#	Attitude of health -personnel	9511	0
8#	1# AND 7#	12	1
9#	2# AND 7#	63	0
10#	2# AND 1# AND 7#	1	0
13#	Nurse attitudes	8954	0
14#	13# AND 1#	12	0
15#	4# AND 13# AND 1#	2	0
16#	Quality of health care	14753	0
17#	1# AND 16#	0	0

Tabell 2: Databas Pubmed

Sökning	Sökord	Antal träffar	Utvalda artiklar
1#	Nurse-Patient Relations	23405	0
2#	Refugees	5604	0
3#	Refugees AND Nurse-Patient Relations	34	0
4#	Sweden	51931	0
5#	Sweden AND 3#	0	0
6#	Swedish	68948	0
7#	5# AND 4#	0	0
8#	Nurses	130442	0
9#	Relations	265134	0
10#	Relations AND 8# AND 2#	19	0
11#	9# AND 8# AND 2# AND 4#	1	0
12#	Health care	715332	0
13#	12# AND 9# AND 2# AND 4#	5	0
14#	Nurse attitude	17473	0
15#	14# AND 2#	32	0
16#	6# AND 2#	210	0
17#	Transcultural nursing	2574	0
18#	Transcultural nursing AND 2#	63	0
19#	4# AND 2# AND Trauma	33	1

BILAGA 2 (1/3)

Tabell 3: Artikelöversikt

Författare/Land	Titel	Tidskrift/årstal	Syfte	Metod	Resultat/Kvalitetsbedömning
Samarasinghe, K. & Arvidsson, B. Sverige	"It is a difrent war to fight here in Sweden"- the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition.	Scand Journal of Caring Sciences. 2002	Syftet med studien var att undersöka hur flyktingar i Sverige upplever sin hälsa/ohälsa.	Intervjuer av 16 familjer som flytt från Balkan, Kurdistan och Afrika och som nu är bosatta i södra Sverige.	Flera orsaker till ohälsa beror inte på traumatiska upplevelser som flyktingar har varit med om, utan snarare att det nya livet i det nya landet är otillfredsställande pga. ändrade familjroller, rasism, arbetslöshet osv. Bra
Hultsjö, S. & Hjeltn, K. Sverige	Immigrants in emergency care: Swedish hehth care staffs experiences.	International Nursing Revew 2005	Var att identifiera om sjukvårdspersonal inom den somatiska och psykiatriska akutvården har upplevt några problem i samband med vård av invandrare.	Intervjuer av 22 kvinnliga och 13 manliga sjuksköterskor och undersköterskor på en akutmottagning, en ambulansenhet och PIVA intervjuades.	Visade att det ofta uppstod problem i olika vårdssituationer. Sjuksköterskor beskrev specifika svårigheter som hade med migranternas kulturella bakgrund och svårigheter med det svenska språket. Bra
Samarasinghe, K., Fridlund, B. & Arvidsson, B. Sverige	Primary Health Car Nurses conceptions of involuntarily migrated families health.	International Nursing Review 2006	Att undersöka hur flyktingfamiljers hälsa upplevs av sjuksköterskor på vårdcentral.	Datasamlingen gjordes genom att intervjua 34 sjuksköterskor som arbetar på vårdcentraler i två kommuner i södra Sverige	Av sjuksköterskors svar framkom att familjer som väntar på uppehållstillstånd mår dåligt pga. stress som ovissheten medför, och att de lever i osäkerhet, insträbla förhållanden, segregerade från samhället i övrigt. Bra

BILAGA 2 (2/3)

Författare/Land	Titel	Tidskrift/årstal	Syfte	Metod	Resultat/Kvalitetsbedömning
Lundberg, P. C. Sverige	Cultural Care of Thai Immigrants in Uppsala: A Study of Transcultural Nursing in Sweden.	Journal of Transcultural Nursing 2000	Var att beskriva de kulturella skillnaderna bland thailändska immigranter och den svenska sjukvården.	Intervjuer av 39 thailändska immigranter i Uppsala kommun.	I resultatet framkom att svenska sjuksköterskor bör lära sig mer om andra kulturer, för att kunna ge en optimal omvårdnad. Bra
Ekblad, S., Martila, A. & Emilsson, M. Sverige	Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups interviews with hospice staff in Stockholm.	Journal of Advanced Nursing 2000	Var att samla in reflektioner om vården i livets slutskede i en multikulturell miljö. Att skaffa sig information om erfarenheterna att arbeta med patienter med olika kulturell bakgrund i ett hårbärge.	Under tre dagars seminarium intervjuades 19 sjuksköterskor från tre olika hospice	Visade att i den multikulturella hälsovården uppstod situationer, kulturkrockar, som av vårdaren uppfattades som utmaningar till hälsovården. Att en tolerant atmosfär och öppen kommunikation underlättar/främjar det multikulturella mötet inom sjukvården. Bra
Ekblad, S., Abazari, A. & Eriksson, N-G. Sverige	Migration Stress-related Challenges Associated with Perceived Quality of Life: A Qualitative Analysis of Iranian Refugees and Swedish Patients	Acta Psychiatrica Scandinavica 1999	Var att utfråna svenska hälso- och sjukvården, undersöka samband mellan livskvalitet och trauma upplevelser hos krigsdrabbade flyktingar.	Intervjustudie 14 iranska patienter som sökt vård vid Karolinska sjukhusets akutavdelning och två vårdcentraler i Stockholms län.	Visade att det behövs mer studier om immigranter i Sverige, och deras krav på bättre sociala förhållanden och språkkunskaper. Bra

BILAGA 2 (3/3)

Författare/Land	Titel	Tidskrift/årtal	Syfte	Metod	Resultat/Kvalitetsbedömning
Kivling-Bodén, G. & Sundbom, E. Sverige	The relationship between post-traumatic symptoms and life in exile in a clinical group of refugees from the former Yugoslavia.	Acta Psychiatrica Scandinavica 2002	Var att undersöka sambandet mellan livsfaktorer och posttraumatiska symptom bland flyktingar från det forna Jugoslavien.	Intervjuer av 26 flyktingar från forna Jugoslavien	Visade att negativa livsförhållanden i form av isolering och arbetslöshet gjorde att flyktingarna var mer mottagliga för psykisk ohälsa. Medel
Jarkman-Björn, G. & Björn, Å. Sverige	Ethical aspects when treating traumatized refugee children and their families.	Acta Psychiatrica Scandinavica 2004	Var att undersöka vilka etiska problem som kunde uppstå i svensk sjukvård i behandling av flyktingar med annan kulturell bakgrund.	Fallbeskrivning	Visar att flyktingfamiljer med andra traditioner ofta upplever problemen i möten med den svenska sjukvården. Medel

BILAGA 3

Tabell 4: Exempel på kategorisering

Meningsenhet	Kod	Subkategorier	Kategorier
Additionally, PHCNs (primary health care nurses) need to be sensitive to the reactions to the acculturation process such as refugee families rejecting the new culture, which hinders the creation of identity.	Sjuksköterskor behöver bli mer uppmärksamma på flyktingfamiljers avvisande inställning till den nya kulturen, som ett hinder för identitetsutvecklingen.	Identitetskris	Upplevelse av lidande
As identity is fundamental to health, nurses need to support the identity creation process of the involuntary migrated family in order to promote self-esteem and subsequently the stability of the family.	Identitet är fundamental för hälsa. Sjuksköterskor bör stödja flyktingfamiljers identitetsprocess, för ett bättre självförtroende och stabilitet inom familjen.	Stöd och motivation	Upplevelse av lidande
The thought of friends and relations who stayed back gave a lot of guilty feelings.	Att tänka på vänner och släktingar som var kvar, gav skuld känslor.	Skuld känslor	Upplevelse av lidande
Here I do not feel the same as I did in Thailand when I was in hospital, because my family in Thailand cannot visit and stay with me here to give support.	Det stöd som fanns i Thailand, finns inte här på sjukhuset. Familjen kan inte närvara på samma sätt.	Ensamhet	Upplevelse av vårdlidande
Limited knowledge about behaviours related to different cultures sometimes causes difficulties for health care staff when being confronted with different cultural traditions and ceremonies.	Begränsade kunskaper om beteenden relaterade till olika kulturer medför ibland svårigheter för vårdpersonalen när de konfronteras med olika kulturtraditioner och ceremonier.	Kulturella skillnader	Upplevelser av vårdande möte
Care means that we take care of each other with love, understanding and responsibility even though we do not have the same nationality or language.	Omsorg innebär att vara kärleksfull och förstående mot varandra, trots olika nationaliteter och språk.	Möten	Upplevelse av vårdande möte
Memories from the past limit the possibilities of a healthy and satisfied life.	Gamla minnen begränsar ens möjligheter att leva ett friskt och tillfredsställande liv.	Ängslan	Upplevelse av lidande
We have a lot of information to give them, it's difficult to understand what the problem is and it's hard for us to form an opinion because of the communication barriers.	Vi har mycket information att ge dem, det är svårt att förstå vad problemet är och det är svårt för oss att få en uppfattning pga. kommunikationsbarriärer.	Kommunikationsproblem	Upplevelser av vårdande möte
Western concepts of QoL (Quality of Life) and health often separate mind, body and spirit, whereas those of many non-western societies tend to emphasize holistic integration, mind-body interaction.	Västerländska koncept av livskvalitet och hälsa delar ofta på ande, kropp och själ, medan ickevästerländska länder strävar mot ett holistiskt synsätt och interaktion mellan kropp och själ	Livskvalité	Upplevelse av lidande
Refugee families from countries with strong oral traditions experience problems when they encounter a healthcare system with ingrained notions of giving messages in a written language.	Flyktingfamiljer som har muntliga traditioner upplever problem i möten med ett sjukvårdssystem som uttrycker sig skriftligt.	kommunikationsproblem	Upplevelsen av vårdande möte

Tabell 5: Protokoll för kvalitetsbedömning

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktistik 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

– datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej

– Råder datamätnad? 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

Bra Medel Dålig

Kommentar.....

.....

.....

Granskare (sign).....