

Upplevelser av mötet med västerländsk hälso- och sjukvård bland personer med muslimsk bakgrund

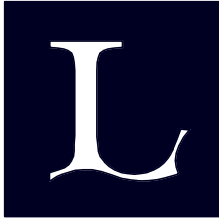
En litteraturstudie

Marie Olsson, Lena Waara

Luleå tekniska universitet

C-uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Upplevelser av mötet med västerländsk hälso- och
sjukvård bland personer med muslimsk bakgrund
-en litteraturstudie

Experiences of the meeting with western healthcare
among people with Muslim derivation
-a literature study

Marie Olsson, Lena Waara

Kurs: Examensarbete, 15 Hp
Sjuksköterskeprogrammet 180 p
Vårterminen 2008
Handledare: Britt-Marie Wälivaara

Upplevelser av mötet med västerländsk hälso- och sjukvård bland
personer med muslimsk bakgrund
- en litteraturstudie

Experiences of the meeting with western healthcare among people
with Muslim derivation
-a literature study

Marie Olsson

Lena Waara

Institutionen för hälsovetenskap
Luleå tekniska universitet

Abstrakt

Islam är den näst största av världens religioner med 1,5 miljarder utövare och är även det trossamfund som växer snabbast. I och med en eskalerande invandring till västerlandet ökar behovet av kunskap kring den kulturella relationen till hälso- och sjukvård. Syftet med denna studie var att beskriva upplevelsen av mötet med västerländsk hälso- och sjukvård hos personer med muslimsk bakgrund. Tio vetenskapliga artiklar analyserades genom kvalitativ manifest innehållsanalys vilket resulterade i sex slutkategorier: Att vara obekvämt med vårdare av motsatt kön; Att mötas av respektlöshet och kulturell okänslighet från sin vårdare; Att språkliga barriärer påverkar tillfredsställelse med vård; Att vara frustrerad över sjukvårdens struktur och organisation; Att få vara den man är och känna tacksamhet över vården; Att göra allt för att passa in. Resultaten visar olika svårigheter främst kopplade till vårdarens kön samt kommunikation. Det västerländska hälsovårdssystemet är en källa till frustration och deltagarna beskriver också hur personalen saknar kulturell kompetens och bemöter dem respektlöst. Tron är en av de viktigaste beståndsdelarna i livet och påverkar även individens syn på hälsa, sjukdom och sjukvård. Denna studie bidrar till en fördjupad förståelse för upplevelser bland personer med muslimsk bakgrund och ger sjuksköterskan möjlighet att med en breddad kunskap erbjuda en värdig och till individen anpassad omvårdnad.

Nyckelord: Muslim, islam, upplevelser, västerländsk hälso- och sjukvård, kvalitativ manifest innehållsanalys.

Inom hälso- och sjukvården sker möten mellan människor från olika kulturer ständigt. Personal, patienter och närstående med vitt skilda bakgrunder interagerar på alla plan i den dagliga vården. Enligt Newman och Davidhizar (2002) är kunskapen om andra kulturer än den egna samt den specifika omvårdnad som dessa medför är ofta ofullständig vilket även gör att vården av den enskilde riskerar att bli bristfällig. Då kunskap saknas är det lätt att omedvetet träda över dolda gränser och kränkningen blir ett faktum. Det som är okänt upplevs dessutom ofta som skrämmande vilket kan frambringa distanstagande och till och med motstånd och aggressioner.

Religion och kultur är en viktig och ofrånkomlig del i alla människors tillvaro och kan definieras på många olika sätt. Newman och Davidhizar (2002) definierar kultur som en strukturerad beteendemässig respons som utvecklas över tid genom en mental påverkan av sociala, religiösa, intellektuella och artistiska strukturer. Kulturen formas av värderingar, trosuppfattningar, normer och handlingar som accepteras och delas av medlemmarna i den kulturellt sammanfogade gruppen. Kulturen påverkar och leder tankar, handlingar och varande och blir till ett nedärvt mönster som visar vilka vi är. Detta är en rörlig, föränderlig, passiv eller aktiv process. Den kan också inkludera riktlinjer som från vilket synsätt världen kan ses, hur den upplevs samt hur beteendet riktas mot andra medmänniskor. Enligt Helman (1994, s. 4-5) spelar en individs bakgrund en viktig roll i dennes liv. Såväl språk, trosuppfattning, ritualer, beteenden, matvanor som klädsel har betydelse för dennes hälsa och vårdtagande. Den enskildes kultur måste också ses som en helhet som grundas i historiska, sociala, ekonomiska, politiska och geografiska faktorer.

Newman och Davidhizar (2002) beskriver den accelererande utvecklingen mot ett mångkulturellt samhälle i USA och poängterar betydelsen av att hälso- och sjukvårdspersonal är förberedda för interaktionen med personer tillhörande främmande kulturer. Vidare diskuterar de den konstant pågående, dynamiska processen mot kulturell omvårdnadskompetens. Denna individuella eller kollektiva kompetens baseras på kunskap om kulturellt arv, tro, attityder och beteende hos dem vården riktas till. Newman och Davidhizar (2002) beskriver vidare hur viktigt det är att se den unika individen i sitt kulturella sammanhang för att kunna ge en god vård. Trots faktumet att lika stora variationer råder inom en kultur som mellan dessa är det av stor betydelse att ha generella baskunskaper om den specifika kulturen som grund för god omvårdnad.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (International Council of Nurses, 2006) består av fyra områden, som alla avser etiska handlingar. De avspeglar sjuksköterskans profession i form av respekt för de mänskliga rättigheterna, värderingar, vanor och trosuppfattning hos den enskilde individen, dennes familj samt samhället i stort. Även den etiska koden berör således tydligt sjuksköterskans ansvar i samband med patienters och anhörigas kulturella bakgrund.

Vid pilotsökningar som författarna utfört i planeringsstadiet av denna studie uppenbarade sig flertalet artiklar som belyste sjuksköterskans upplevelse av att vårda patienter från en annan kultur, däribland muslimer. Halligan (2005) beskriver vården av personer med muslimsk bakgrund ur ett sjuksköterskeperspektiv, där begreppen stress och frustration lyfts fram, då sjuksköterskorna kände en oförmåga att vårda dessa patienter på rätt sätt samt över främmande, icke västerländska procedurer som patienten använde för att hantera exempelvis smärta. Cortis (2004) beskriver hur sjuksköterskor upplevde att synen på vård ur västerländskt- respektive österländskt perspektiv kunde skapa konflikter. Problematiken låg i att kunna tillgodose patienternas religiösa behov både till följd av personliga kunskapsbrister och vårdmiljöns icke anpassade omständigheter. Rassool (2000) menar att omvårdnadsmodeller anpassade till judiska och kristna traditioner även används för personer med muslimsk bakgrund i såväl islamistiska som icke islamistiska länder.

Ordet västerländsk används bland annat som en av utgångspunkterna i denna litteraturstudie. Begreppet kan tyckas svårt att definiera. Det går dessutom inte att sätta några exakta geografiska gränser då kulturella skiftningar inte följer sådana. I studien ingår artiklar som speglar upplevelser i Västeuropa, Amerika, Australien och Nya Zeeland som allmänt anses vara moderländerna för den västerländska kulturen.

Då aktuella flyktingströmmar innebär en ökad andel personer med muslimsk bakgrund i såväl Sverige som västvärlden i stort ser vi det som motiverat att rikta in oss på denna kulturellt särskiljbara grupp. Enligt statistiska centralbyrån (SCB, 2004) uppnår den islamiska religionen omkring 22 % av världens befolkning och är därmed den näst vanligaste religionen efter kristendomen. Islam är också den snabbast växande religionen i världen med dryga billionen anhängare världen över.

Enligt Newman och Davidhizar (2002) har den västerländska allmänhetens attityd gentemot muslimsk kultur förändrats i och med terroristgrupperns koppling till den samma trots

religionens fredliga grundförutsättningar. Inom svensk hälso- och sjukvård, och även i andra västerländska länder, ingår en multikulturell befolkning, där islam är en stor del. I denna litteraturstudie belyses de kulturella påverkningar som religionen islam medför omvårdnadsmässigt ur ett västerländskt perspektiv.

Kunskap om islamistisk tro spelar stor roll för att sjukvårdare ska kunna vårda på ett korrekt sätt och inte kränka, på grund av att patientens religion inte kan separeras från patientens själ (Hammoud, White & Fetters, 2005). Johnson (2002) beskriver att muslimernas tro på Gud är stark och de ska tjäna honom och hans vilja. Många muslimer följer religiösa traditioner mycket strikt, vad gäller klädsel, matvanor, hygien samt kvinnors omvårdnad av kvinnor respektive mäns omvårdnad av män (Hammoud et al., 2005; Johnson, 2000). Hammoud et al. (2005) menar att kommunikation mellan muslimer och vårdpersonal bör vara på ett sätt som är förståeligt och Johnson (2000) visar också på att det inom sjukvården är av stor vikt att respektera patientens integritet, värdighet och religiösa och kulturella trosuppfattningar.

Hälsa uppfattas av muslimer som frånvaro av sjukdom, ett tillstånd av välbefinnande som inte behöver någon form av medicinskt ingripande, behandling eller användning av mediciner. ”Hälsan är perfekt” (Ypinazar & Margolis, 2006). Vad gäller muslimska personers syn på sjukdom, lidande och död så är det även för dem en del av livet och samtidigt en prövning sänd av Allah. De är mycket engagerade i att söka vård och behandling och böner är och förblir deras räddning i både hälsa och sjukdom (Rassool, 2000). Den muslimska tron innebär också att ta hand om personer som lever med sjukdom. Detta innefattar att respektera dennes tro, att besöka personen, att bevara dennes hälsa, att be tillsammans, att stötta de gamla samt att visa sympati (Johnson, 2000). Vårdandet är ett naturligt resultat av kärlek till Allah och profeten. Att vårda menas att ta ansvar för, känslig och oroad över åtagandet och att utföra rätt handlingar (Rassool, 2000). Det är inte Allah som skapat sjukdomen, men han har skapat en behandling till den. Gud behandlar genom vårdaren och vårdaren kan inte behandla om inte Gud önskar det. ”Både hälsa och sjukdom kommer från Allah” (Ypinazar & Margolis, 2006).

Syftet med denna studie var att beskriva upplevelsen av mötet med västerländsk hälso- och sjukvård hos personer med muslimsk bakgrund.

Metod

Denna litteraturstudie baserades på kvalitativa forskningsresultat vilket påverkade forskningsprocessens dynamik. Flexibilitet är ett kännetecken för kvalitativ forskning. Data analyseras under hela processen och planen omvärderas kontinuerligt efter behov (Polit och Beck, 2004, s. 55).

Litteratursökning

Val av tillvägagångssätt för utförandet av studien grundades i frågeställningen och dess formulering. Syftet med studien medförde således en sökning med upplevelser som ett huvudbegrepp för att få en inblick i den specificerade gruppens livsvärld. Med utgångspunkt i syftet formulerades inklusionskriterier enligt följande: Personer med muslimsk bakgrund som har upplevelser relaterat till kontakt med västerländsk hälso- och sjukvård.

Luleå tekniska universitets bibliotek var en resurs. Med hjälp av bibliotekarier och sökhjälp lades en god grund för kunskaper i effektiv sökning av relevant litteratur. Väl utformade sökvägar inkluderat raffinerade, användbara sökord och termer utvecklades innan och i samband med litteratursökningen. De referensdatabaser som användes vid sökningen var Cinahl, Academic Search och Medline/Pubmed. Sökningen begränsades till artiklar publicerade inom en femtonårsperiod, från 1993 till 2008, detta då företeelser som vård och kultur hela tiden förändras och för att i relation till detta få ett tidsenligt och rimligt resultat. Den äldsta artikeln som kvalificerade till analysen var dock publicerad 1998 vilket betyder att resultatet grundar sig på forskning under de senaste 10 åren. Peer reviewed var en funktion som användes då denna fanns tillgänglig i databasen. Även funktionen för sökning av MeSH-termer eller TSH, trunkering (* eller \$) samt användning av olika kombinationer av booleska operatorer (AND/OR/NOT) utnyttjades för att få ett ändamålsenligt urval artiklar. Vid genomgång av sökresultat i PubMed användes också funktionen för att se relaterade artiklar till vissa av träffarna. Omvårdnadstidskrifters hemsidor besöktes och deras sökfunktioner utnyttjades. Även referenslistor i funna artiklar och litteratur i närliggande områden genomsöktes för att hitta material som kunde svara mot syftet, dock utan resultat. Resultaten av databassökningarna illustreras i tabell 1:

Cinahl				
Söknr.	*)	Söktermer	Antal ref.	Valda
1.	FT	islam	665	
2.	FT	arab*	1763	
3.	FT	interaction	11649	
4.	FT	communication	53447	
5.	FT	nursing	317926	
6.	FT	communication barriers	1585	

Tabell 1: Översikt av litteratursökning

Cinahl				
Söknr.	*)	Söktermer	Antal ref.	Valda
7.	FT	health	420 930	
8.	FT	experience	49599	
9.		1 AND 4 AND 5	16	2
10.		2 AND 3	16	
11.		1 AND 6	8	
12.		2 AND 7 AND 8	16	
1.	FT	muslim*	295	
2.	FT	islam*	670	
3.	FT	caretaker	136	
4.	FT	patient	182099	
5.	FT	relative*	35043	
6.	FT	experience*	72543	
7.	FT	percept*	25628	
8.	FT	lived experienc*	1083	
9.	FT	west*	10624	
10.	FT	western society	121	
11.		1 OR 2	743	
12.		3 OR 4 OR 5	210644	
13.		6 OR 7 OR 8	92428	
14.		9 OR 10	10624	
15.		11 AND 12	126	
16.		13 AND 15	29	2
17.		14 AND 16	2	
1.	FT	islam*	659	
2.	FT	muslim*	288	
3.	FT	arab*	1428	
4.	FT	africa*	11898	
5.	FT	pakistan*	623	
6.	FT	afghan*	351	
7.	FT	experience*	71634	
8.	FT	percept*	25346	
9.	FT	nurs*	297356	
10.	FT	care*	301144	
11.	FT	healthcare*	93721	
12.	FT	acut*	37550	
13.	FT	acute care	4826	
14.		1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6	14742	
15.		7 OR 8	91302	
16.		9 OR 10 OR 11	481636	
17.		12 OR 13	37550	
18.		14 AND 15 AND 16	1340	
19.		17 AND 18	31	1
1.	FT	muslim*	286	
2.	FT	muslim	228	

3.	FT	islam*	642
4.	FT	experienc*	68209
5.	FT	cross cultural	1101
6.		1 OR 3	714
7.		4 AND 6	114
8.		5 AND 7	2
9.	FT	transcultural	2612
10.	FT	transcultur*	2616

Tabell 1: Översikt av litteratursökning

Cinahl				
Söknr.	*)	Söktermer	Antal ref.	Valda
11.		7 AND 10	10	1

Academic search

Söknr.	*)	Söktermer	Antal ref.	Valda
1.	FT	islam	13538	
2.	FT	interaction	66348	
3.		pakistani	4394	
4.	FT	communication	103196	
5.	FT	nursing	86967	
6.	FT	experience	96524	
7.		service	818670	
8.		1 AND 2	117	
9.		1 AND 3 AND 6	3	
10.		2 AND 5 AND 7	13	1

Pubmed

Söknr.	*)	Söktermer	Antal ref.	Valda
1.	MS	islam	13538	
2.	MS	communication barriers	2940	
3.	MS	Pakistan	6004	
4.	MS	nursing	182074	
5.		experience	290893	
6.		muslim women	1578	
7.		care	1048740	
8.		1 AND 2	20	1
9.		3 AND 4 AND 5	7	
10.		6 AND 5 AND 4	16	
11.		3 AND 5 AND 7	25	1

*) = MS - MeSH, FT = Fritextsökning

De övriga artiklarna i träffarna där vi valde ut material valdes bort på grund av att de inte svarade mot syftet, inte var relevanta eller hade uppenbara brister i kvalitén. Många av de artiklar vi valde ut kom upp igen vid andra sökningar och är därför inte presenterade i tabellen ovan. Datorstöd brukades för all lagring och bearbetning av det funna materialet. Excel och Word var de program som förekom. Enligt Holloway och Wheeler (2002, s. 242-244, 246) är datoranvändning inom omvårdnadsforskning fördelaktigt av många skäl, exempelvis för att spara, organisera, sortera och identifiera data samt för att tillverka illustrativa diagram och

tabeller. De menar att datoranvändning sparar tid och poängterar vikten av att spara data på rörliga disk, exempelvis USB.

För att kunna genomföra studien samlades material in tills datamättnad rådde. 10 relevanta artiklar fick belysa det område vi önskade studera. Därefter genomfördes en granskning av alla artiklar rörande den vetenskapliga kvalitén enligt ett granskningsprotokoll (bilaga 1) utformat enligt principer beskrivna i Willman, Stoltz och Bahtesevani (2006). Artiklarna bedömdes relaterat till skalan låg-medel-hög kvalitet. Innan granskningen beslutades det om att endast inkludera artiklar på medel eller hög nivå vilket inte kom att ha betydelse i realiteten då alla funna studier föll under denna intervall. Artiklar som vi bedömt vara av hög kvalitet hade ett bra innehåll, var lättlästa och hade ett förståeligt upplägg. Artiklar som vi bedömde som medel hade brister gällande att det var svårt att se avgränsningar i studiens upplägg, samt att vissa delar saknades eller var bristfälligt beskrivna. Resultatet av granskningen samt en sammanfattning av artiklarnas innehåll visas i tabell 2.

Tabell 2. Översikt över artiklar ingående i analysen (n=10)

Författare År Land	Typ av studie	Deltagare (bortfall)	Metod Datainsamling Analys	Huvudfynd	Kvalitet (Hög, Medel, Låg)
Bray, Goodyear- Smith 2007 Nya Zeeland	Kvalitativ	n=4 (0)	En kollektiv, ostrukturerad, bandinspelad intervju i en familj. Fallstudie. Analys m.h.a. NVivi. Inkluderat triangulation.	Kulturell känslighet är ett komplext begrepp men kan definieras via studiens resultat. Stöd, kommunikation och relation med vården beskrivs.	Hög
Clegg 2003 England	Kvalitativ	n=7 (0)	Ostrukturerade, bandinspelade intervjuer. Grounded theory. Analys inkluderat micro-analys och triangulation.	Kulturellt känslig vård inkluderar respekt, ömsesidig förståelse och har utgångs- punkt i andliga behov.	Hög
Cortis 1998 England	Kvalitativ	n=17 (0)	Semistruktur- erade, video- bandade intervjuer samt fokusgrupper. Innehållsanalys.	Sjuksköterskor var etno- centriska, oförstående och hade stereotypa antaganden. Bristande överensstäm- melse mellan patienternas	Hög

Cortis 2000 England	Kvalitativ	n=55 (0)	10 bandinspelade fokusgrupps- och 18 enskilda intervjuer. Grounded theory. Analys inspirerad av Glaser & Strauss.	förväntningar och upplevelser. Kongruensen mellan för- väntningar och upplevelser brast. Sjuksköt- erskor hade dålig förståelse och agerade etnocentriskt Rasism upp- levdes i det brittiska hälso- vårdssystemet.	Hög
Gerrish, Chau, Sobowale, Birks 2004 England	Kvalitativ	n=((7-13) x 13)	13 bandinspelade fokusgrupps- intervjuer. Framework- analys	Tolk användning en varierade avsevärt. Dålig träning av sjuksköterskor och tolkar påverkade interaktionen. Sjuksköters- korna fungerade som portvakter till tolknings- tjänster.	Medel (Svårt att få fram antalet deltagare)
Kulwicki, Miller, Myers Schim 2000 USA	Kvalitativ	n=67 (0)	10 bandinspelade fokusgrupps- intervjuer. Analys m.h.a. NUD*IST.	Vårdbeteende bland araber, upplevelsen av kommunikat- ionsgap, upp- fattningar om kulturell kom- petens samt tillgänglighet till vård.	Hög
Lawton, Ahmad, Hanna, Douglas, Hallowell 2006 England	Kvalitativ	n=32 (0)	Enskilda, bandinspelade djupintervjuer. Konstant jämförande analysmetod.	Tacksamhet för den fria diabetesvården. Ogillade att lita på tolkar och behov av tvåspråkig personal.	Medel (Dataanalysen ej beskriven, metoden kort beskriven)
Simpson, Carter 2008 USA	Kvalitativ	n=7 (0)	Bandinspelade intervjuer, frågeformulär, uppföljnings- samtal. Husserliansk fenomenologi.	Upplevelsen av personalens makt och förhållandet till vårdarens kön samt att varande en främling inför det amerikanska hälsovårdssyste- met.	Hög
Tsianakas, Liamputtong 2002	Kvalitativ	n=15 (0)	Ostrukturerade djupintervjuer där alla utom en	Positiva erfarenheter av vården.	Medel. (Svårt att hitta avgränsningen)

Australien			bandinspelades. Tematisk analys.	Bekymmer vid bristande kommunikation men även på grund av vårdarens kön. Behovet av en kvinnlig doktor för vårdandet.	för syftet)
Vydelingum 2000 England	Kvalitativ	n=16 (0)	Bandinspelade semistrukturera de intervjuer kompletterat med fält- anteckningar. Fenomenolog- isk, Heidegger- iansk hermen- eutik	Alltifrån belåtenhet med vården till missnöje med servicen. Strategier för att passa in och kopingstrategier efter utskrivning.	Hög

Analys

Vid analysen av materialet användes kvalitativ manifest innehållsanalys då personernas upplevelser önskades bli framlyfta. Analysprocessen inspirerades av den metod som är uppbyggd kring 14 steg och som beskrivs av Burnard (1991). Endast de steg som ansågs relevanta i utförandet av studien, det vill säga delar av steg 2-9, brukades. Alla utvalda studier lästes igenom upprepade gånger för att vinna ett helhetsintryck av dem. De textenheter som hade betydelse i relation till syftet identifierades, markerades och extraherades. Ur de 10 artiklarna extraherades sammanlagt 326 textenheter som översattes till svenska. Enheternas omfattning kunde sträcka sig från några få ord till hela stycken. Vidare kortades enheterna ned, kondenserades, då endast det som var intressant för studien behölls utan att kärnan förlorades och innebörden ändrades. Nästa steg innebar en abstrahering av texterna via koder och grova kategoriseringar av texten vilket enligt Holloway och Wheeler (2002, s. 239) och Burnard (1991) ger en högre logisk ordning i materialet.

Processen fortsatte i kategoriseringsfasen där de enskilda textenheterna stegvis delades in i olika grupper utifrån innehåll, vilka sedan sammanfördes tills de var varandra uteslutande och rena i sin karaktär. Första kategoriseringen mynnade i 72 kategorier som i andra kategoriseringen sammanfördes till 39 kategorier. Dessa förenades sedan, efter en tredje kategorisering, till 6 slutkategorier vilka presenteras i tabell 3. I detta moment av analysen är det av stor vikt att inte gå för snabbt fram och ta för stora steg då risken finns att textenheter hamnar i fel kategori (Holloway & Wheeler, 2002, s. 240-241). Enligt Graneheim och

Lundman (2003) kan slutkategorin beskrivas som en tråd som löper ned genom kategoriseringsstegen mot ursprunget.

Resultat

Analysen resulterade i sex kategorier, presenterade i tabell 3. Varje kategori presenteras var för sig i löpande text varvat med citat som styrker de beskrivna upplevelserna.

Tabell 3. Kategorier.

Att vara obekvämt med vårdare av motsatt kön

Att mötas av respektlöshet och kulturell okänslighet från sin vårdare

Att språkliga barriärer påverkar tillfredsställelse med vård

Att vara frustrerad över sjukvårdens struktur och organisation

Att få vara den man är och känna tacksamhet över vården

Att göra allt för att passa in

Att vara obekvämt med vårdare av motsatt kön

I studier (Cortis, 1998; Kulwicki, Miller & Myers Schim, 2000; Simpson & Carter, 2008; Tsianakas & Liamputtong, 2002) uttryckte kvinnor ett behov av att vilja ha en kvinnlig vårdare för att kunna känna sig bekväm vid intima undersökningar. I Kulwicki et al. (2000), Simpson och Carter (2008) och Tsianakas och Liamputting (2002) berättande kvinnorna att de ibland blev utsatta för läkare av motsatt kön trots sitt ogillande och att valmöjligheter och tillgång till kvinnliga vårdare upplevdes begränsad även då extrem obekvämlighet förelåg. Blyghet inför det motsatta könet uttrycktes främst bland kvinnor men framkom även bland manliga deltagare. En man uttryckte sina upplevelser relaterade till kvinnliga vårdare med ursprung i hans hemland (Lawton, Ahmad, Hanna, Douglas & Hallowell, 2006).

I'd ask everything from white people, but because it was a Pakistani woman, I was shy (Lawton et al., 2006, 1005).

Andra deltagare uttryckte att vårdarens kön inte hade betydelse så länge undersökningarna var av icke intim karaktär (Lawton et al., 2006; Simpson & Carter, 2008). I mötet med manliga vårdare ansågs beröring, ögonkontakt och handskakning som ej nödvändig eller önskvärd vid utförandet av vården vilket också påverkade huruvida vårdaren accepterades eller ej. Även

avklädning hade betydelse för upplevelsen då kvinnor helst avstod från att ta av huvudduken och hemmakläderna inför en främmande man (Simpson & Carter, 2008).

Att mötas av respektlöshet och kulturell okänslighet från sin vårdare

Personer beskrev brist på respekt från personalens sida i form av negativa reaktioner, ohövlighet, så som grimaser och fördomar (Cortis, 2000; Kulwicki et al., 2000; Tsianakas & Liamputtong, 2002). De förklarade att de förväntade sig att sjuksköterskor utmanade rasistiska kommentarer från kollegor och patienter, samt att sjuksköterskor förväntades agera som advokater (Cortis 2000). Personer i Tsianakas och Liamputtongs studie (2002) beskrev också hur de betraktades som någon som inte visste eller förstod, vilket resulterade i irritation. En av deltagarna beskrev hur hon kände sig behandlad som inkompetent, trots sin bakgrund som sjuksköterska.

I studier (Cortis, 1998; Simpson & Carter, 2008) beskrev personer hur de kände sig krävande och påträngande och som att de var till besvär. I Simpsons och Carters studie (2008) beskrev en person hur hon kände att det var distraherande för läkaren då denne pratade eller undervisade henne och att hon i stället litade på att läkaren utan hennes inblandning tog professionella beslut. I studier (Lawton et al., 2006; Simpson & Carter, 2008) beskrev personer hur de kände att de hamnade i en passiv roll till följd av minskat personligt ansvar som vårdarens handlingar och systemets uppbyggnad, i form av automatiska återkallanden, medförde. Passiviteten innebar ibland att personer tvingades utföra handlingar som stred mot deras tro (Simpson & Carter 2008). Även tillgången till hälsovård upplevdes minska till följd av den traditionsenliga, täckande klädseln (Simpson & Carter, 2008; Tsianakas & Liamputtong, 2002).

Deltagare menade att vårdarens kulturella kompetens brast till följd av stereotypa bilder av personer med muslimsk bakgrund och deras kultur och stämpling bland icke arabisk personal. Termen muslim tillämpades på alla trots att kulturen skiljde sig åt (Cortis, 1998; Cortis, 2000; Kulwicki et al., 2000; Vydelingum, 2000). Sjuksköterskor upplevdes ha etnocentriska värderingar då de inte verkade acceptera att samhället förändrades (Cortis, 2000). Personer beskrev känslan av att sjuksköterskorna avvisade och inte ville bry sig om dem, deras tro eller religiösa behov, att de inte var omtyckta eller önskade. Sjuksköterskorna ignorerade och visade inte intresse för personers levnadssätt, de ville inte veta någonting eller lära sig av personerna (Cortis, 1998; Cortis, 2000; Tsianakas & Liamputtong, 2002; Vydelingum, 2000).

I Cortis (2000) beskrevs detta som orsakat av att inte kunna prata engelska eller på grund av hudfärgen.

Those [patients] who cannot speak English get into trouble, and they get a bit bullied as well. They feel that way, you see, because they are not getting the attention that they want. (Cortis, 2000, s. 115).

Personer relaterade upplevelsen av respekt till kulturellt känslig vård (Clegg, 2003) och kände behov av en sådan samt en ökad medvetenhet bland hälsovårdspersonal (Cortis, 1998; Kulwicky et al., 2000; Tsianakas & Liamputtong, 2002). I Clegg (2003) och Kulwicky et al. (2000) beskriver deltagarna olika skillnader i synen på olika koncept gällande det andliga och det som är passande och kulturellt känsligt mellan dem och den icke arabiska vårdpersonalen. Det framkom även att det inte förelåg förväntningar om att personalen skulle ta specifikt hänsyn till eller veta så mycket om den islamistiska religionen. Att ha en läkare som inte förstod islam ledde till svårigheter och negativa känslor (Tsianakas & Liamputtong, 2002). Deltagare beskrev även vikten av att få förståelse och bekräftelse för sin religion och sina traditioner (Clegg, 2003) men upplevde att de hindrades i att upprätthålla sina seder på grund av sjuksköterskors negativa attityder (Cortis, 2000).

Att språkliga barriärer påverkar tillfredsställelse med vård

En kvalificerad översättare värderades högt bland deltagare då de inte kunde tala språket flytande (Tsianakas & Liamputtong, 2002). I studier (Gerrish, Chau, Sobowale & Birks, 2004; Vydellingum, 2000) beskrev personer hur de använde icke professionella personer som tolkar. Män tolkade åt sina kvinnor, barn åt sina åldrade föräldrar och även hushållspersonal och små barn fick agera som tolk då inte vårdpersonal kunde hitta någon annan. Tvången att lita på andra i form av tolk beskrevs som en källa till oro och frustration (Lawton et al., 2006). Information misstänktes bli redigerad och gå förlorad i kommunikation via en anhörig. Detta exempelvis då ett barn användes som tolk vilket innebar begränsningar kring att öppet tala om vissa sjukdomar. Deras traditioner medförde att viss information undanhölls från anhöriga (Gerrish et al., 2004; Lawton et al., 2006; Vydellingum, 2000).

The doctor explains more to her (daughter), they tell her more in English, and she understands more, and she only tells a bit to me (Lawton et al., 2006, s.1006).

Det uttrycktes en önskan om att vårdas av personal som pratade det egna språket, i förekommande fall arabiska. Därför föredrogs tvåspråkig personal med ursprung från deras eget land och kultur som förstod deras preferenser, språk och religion (Clegg, 2003; Kulwicki et al., 2000; Lawton et al., 2006). De västerländska sjuksköterskorna upplevdes brista i sin förståelse för betydelsen av tolk och i att försäkra att sådana resurser fanns tillgängliga (Cortis, 1998; Cortis, 2000; Vydelingum, 2000). Deltagare upplevde hur personalen antog och förutsatte att de inte kunde tala engelska och beskrev hur de gjorde narr av och skrattade åt dem, vilket också ledde till förolämpande kommunikationsmönster (Cortis, 2000; Kulwicki et al., 2000; Tsianakas & Liamputtong, 2002).

...it is a lot of shock for them when I speak English... maybe that is because the way we look or because we come from a specific religion, I'm not sure (Tsianakas & Liamputtong, 2002, s. 28).

Personer i studier (Gerrish et al., 2004; Vydelingum, 2000) beskrev att de hade svårare att få tillgång till primärvård på grund av tolkbristen. I studier (Gerrish et al., 2004; Kulwicki et al., 2000; Lawton et al., 2006; Tsianakas & Liamputtong, 2002; Vydelingum, 2000) beskrev deltagare hur de lämnades med otillfredsställande och ofullständig information om syfte och resultat vid undersökningar, behandlingar och eftervård samt om tillgängliga tjänster i hälsovårdssystemet.

Kommunikationen sågs av personer som en viktig del i vårdandet för att personalen skulle förstå dem och hur de kände. De språkliga barriärerna i kombination med negativa attityder uppvisade av sjuksköterskor lämnade deltagarna med obekväma känslor och upprördhet inombords (Cortis, 1998; Cortis, 2000).

Communication is very important because if I am not able to talk to communicate how does the nurse know how I feel? I need to talk to the nurse and [the] nurse [needs to talk] to me. (Cortis, 2000, s. 114).

Deltagare visade svårigheter i att kunna visa känslor inför främmande människor relaterat till språkförbistring (Clegg, 2003; Cortis, 1998; Cortis, 2000). Försök till att kommunicera sina känslor möttes med leenden och tillbakadragenhet från sjuksköterskor (Clegg, 2003). Att inte kunna tala engelska och således inte kunna kommunicera gav känslor av extrem ensamhet och hjälplöshet (Vydelingum, 2000) och påverkade hur påträngande deltagarna kände sig samt hur mycket kommando de tog som personer (Cortis, 2000; Simpson & Carter, 2008).

Att vara frustrerad över sjukvårdens struktur och organisation

Hälsovårds- och försäkringssystemet sågs av personer som ett mysterium och svårt att förstå för immigranter. Det var förvirrande och gav tillfälliga konflikter på grund av personalrotation och stor variation av vårdare (Kulwicki et al., 2000; Simpson & Carter, 2008).

*Both my husband and I have private insurance
and we don't know how it works (Simpson &
Carter, 2008, s. 20)*

Svårigheter uppstod även till följd av kostnader, försäkringar och låga inkomster och medförde att personerna dröjde med att gå till läkare och hälsoinrättningar (Kulwicki et al., 2000; Simpson & Carter, 2008). Deltagare i Kulwicki et al. (2000) och Vydelingum (2000) kände missnöje och frustration över servicen och upplevde den otillgänglig. De upplevde även indikationer på att en felaktig behandling skett eller att uteblivna undersökningar förekom (Lawton et al., 2006). Personer beskrev hur de vände sig till resurser i samhället utanför sjukvården där de möttes av det egna språket. Exempelvis kunde lokala apotekare, läkare, vänner och grannar vara till hjälp och stöd (Vydelingum, 2000).

Att få vara den man är och känna tacksamhet över vården

Deltagare kände att de blev väl guidade mellan instanser och genom hela sjukdomsprocessen. De blev tillsagda att bara försöka slappna av (Bray & Goodyear-Smith, 2007). Personalen upplevdes av personer i studier (Cortis, 2000; Lawton et al., 2006; Tsianakas & Liamputtong, 2002) som ansvarstagande, omtänksamma och uppföljande. Vårdarna sågs som hjälpsamma och bidragande till bra stöd exempelvis genom remittering till en kurator. Personer beskrev även vårdarnas omtänksamhet och deras omsorg om dem om någonting hände. De kom hela tiden tillbaka och kontrollerade att allt var som det skulle och brydde sig om vad som hände

personerna i framtiden. Doktorerna beskrevs som mycket beskyddande och till och med överomtänksamma.

*...the doctor, he cared too much about me!
(laughs) He always called me at home, he asks
how you're feeling, he's good, very good...but that
is very good because he cares very much but I
was just not used to it (Tsianakas & Liamputtong,
2002, s. 27).*

Deltagare respekterades för den de var av personalen, de kände humanitet och fick bibehålla sin självrespekt, oavsett anpassning till den kulturella normen (Clegg, 2003; Tsianakas & Liamputtong, 2002). Någonting som upplevdes positivt och som en del i god omvårdnad var känslighet för personens rättighet att upprätthålla och utföra sina kulturella seder, exempelvis gällande kläder och mat (Cortis, 2000; Kulwicki et al., 2000; Vydelingum, 2000).

Deltagare kände tacksamhet över vården i det västerländska landet. De kände sig lyckligt lottade då de ansåg att de inte skulle få samma möjlighet till vård i hemlandet (Bray & Goodyear-Smith, 2007; Kulwicki et al., 2000; Lawton et al., 2006; Tsianakas & Liamputtong, 2002; Vydelingum, 2000). Personer i Brays och Goodyear-Smiths (2007) samt Kulwickis et al. (2000) studier upplevde vården som bättre och mer omfattande än i ursprungslandet gällande exempelvis tillgång till medicinpumpar och hemleveranser. Deltagare i Tsianakas och Liamputtong (2002) föredrog standarden i det nya landet och upplevde vården som mer bekväm på grund av modernitet och materiell nivå vilken de inte var bekanta med sedan tidigare. Personer i en studie (Simpson & Carter, 2008) upplevde även att interaktionen och samarbetsviljan mellan patient och vårdare var av en högre grad jämfört med i hemlandet.

Att göra allt för att passa in

I en studie (Simpson & Carter, 2008) framkom att deltagare försökte begripliggöra upplevelser i vården, främst de som de ogillade. Det kunde handla om att acceptera interaktion med manliga vårdare, att ta av sig kläderna och att vårdarens handlingar sågs som nödvändig och som det bästa alternativet.

Deltagare utvecklade och använde sig av copingstrategier och gjorde vad som helst för att passa in på avdelningen. Situationer under hospitaliseringen gjordes hanterbara och begripliga med hjälp av religiösa traditioner, andlighet och tro (Clegg, 2003; Vydelingum, 2000). De

klargjorde att det bästa var att överensstämna med de västerländska traditionerna eller att utföra sina religiösa skyldigheter utan att störa avdelningens rutiner (Vydelingum, 2000). Som personen i följande citat uttryckte det, kunde detta vara kopplat till en osäkerhet av vad som förväntades och vad som var acceptabelt.

I did not know I could wear my own clothes in the ward. Therefore, I took some pyjamas with me. I thought it would be nice to conform to the western ways as all the other patients wear pyjamas in hospital. I felt that maybe the hospital would not like me wearing my cultural dress. Anyway, in the hospital leaflet, it also says: 'Bring pyjamas'. (Vydelingum, 2000, s. 103)

Diskussion

Syftet med den här studien var att beskriva hur personer med muslimsk bakgrund upplevde mötet med den västerländska hälso- och sjukvården. I studien framkom en rad upplevelser, som presenterats i följande sex slutkategorier: Att vara obekväm med vårdare av motsatt kön; Att mötas av respektlöshet och kulturell okänslighet från sin vårdare; Att språkliga barriärer påverkar vårdens kvalitet; Att vara frustrerad över sjukvårdens struktur och organisation; Att få vara den man är och känna tacksamhet över vården; Att rationalisera vården och göra allt för att passa in.

Personerna uttryckte ett behov av att ha en vårdare av samma kön och uttryckte även ett ogillande av att vårdas av det motsatta könet. Mohammadi, Evans och Jones (2007) har studerat den islamistiska kulturen vid mötet med sjukvården i Australien. De kom fram till att det inte var ovanligt att manliga sjukvårdare gav vård åt kvinnliga patienter, men att detta kunde leda till obehag för kvinnan och även skapa onödiga spänningar i relationen mellan patienten och sjuksköterskan. De menade även att enligt Hijab, den regel som anbefaller att skylla sig, ska muslimer täcka både hår och kropp. Även att kvinnor skakar mäns händer är avskräckande. För att sjukvårdspersonal ska kunna ge alla personer god vård, oavsett kultur, bör de ta reda på hur personerna vill behandlas och respektera exempelvis att män vårdar män och kvinnor vårdar kvinnor. I en studie (Lawrence & Rozmus, 2001), som tar upp religiösa och filosofiska faktorer som kan påverka hälsovården, beskrevs att de muslimska personerna trodde att de inte fick röra människor av det motsatta könet, om det inte var en

familjemedlem. Bara att stöta lite i en arm kunde räcka för att den muslimska personen skulle känna sig obekvämt. Carter och Rashidi (2004) har studerat vårdarens sätt att vårda personer med muslimsk bakgrund, både från österländskt och västerländskt perspektiv. De belyste vikten av att sjukvårdspersonal hade skaffat sig kunskap om att personen med muslimsk bakgrund inte ville få intima delar av kroppen undersökta om det inte fanns en andra person närvarande i rummet. Det är viktigt att som sjuksköterska tänka på att begränsa beröring med personer av det motsatta könet då detta av personerna kan upplevas mycket obehagligt (Carter & Rashidi, 2004). Beröring av personer tillhörande det egna könet restriktas dock inte.

Brist på respekt från personalen framkommer i denna studie i form av att inte bli förstådd. Widäng, Fridlund och Mårtensson (2007) har studerat kvinnors tänkande angående integritet i sjukvård. Kvinnorna berättade att de kände sig respekterade när de blev bekräftade, förstådda och när deras behov blev tillfredsställda. De uttryckte även en känsla av respekt när de blev tagna på allvar när de kände sig oroliga. Med respekt menas också att alla personer har samma värde och rättigheter oberoende på sjukdom, profession eller sociala status. Respekt upplevdes inte när de blev störda eller kritiserade eller när personalen pratade över deras huvuden. I vår studie kan detta liknas vid vårdarnas stereotypa bilder av muslimer och deras kultur och stämpling bland icke arabisk personal. Zurmehly (2007) har beskrivit faktorer förenat med förändringar inom klinisk vård från akut vård till vård i samhället. Där anses autonomi som viktigt hos personer. Även här inkluderades frihet i beslut som togs inom hälso- och sjukvård i autonomi genom att personer själva fick vara med och ta beslut om åtgärder. Leeuwen, Tiesinga, Post och Jochemsen (2006) har studerat andliga aspekter på vård i nederländerna och gav dessutom rekommendationer för utvecklande av vård. Sjuksköterskorna i studien betonade kvalitén som att visa respekt och inte döma människor som kom från andra kulturer. Halligan (2005) beskrev vården av muslimska patienter ur ett sjuksköterskeperspektiv, där begreppen stress och frustration lyftes fram, då sjuksköterskor kände en oförmåga att vårda dessa patienter på rätt sätt samt över främmande, icke västerländska procedurer som personen använde för att hantera exempelvis smärta. I och med detta ser vi i denna studie att det krävs en etnisk medvetenhet hos personalen för att de ska kunna tillmötesgå personers behov och traditioner. Det framkom även att deltagare behandlades som att de var mindre vetande, att de inte riktigt förstod och sågs som inkompetenta. Coffman (2004) har gjort en review av 13 olika artiklar om hur sjuksköterskestudenter upplevde att vårda personer från andra kulturer. Där beskrevs hur

personer tillhörande minoritetsgrupper fick sämre vård. Dessa personer behandlades som att de inte kunde förstå och som att de skulle ha en lägre intelligensnivå, fast så inte var fallet.

Kommunikation är en stor del i själva vårdandet av en person och förekommer i alla situationer. Deltagarna uttryckte språkliga barriärer som ett stort problem för att få bra vård. Meddings och Haith-Cooper (2008) har studerat svårigheter vid vårdandet av personer från andra kulturer, främst när lite eller ingen engelska talas. Ineffektiv kommunikation kopplat till bristen på gemensam grund och förståelse för kulturella utfärdanden förvärrade oron. Enligt författarna var det 28% av alla personer från Pakistan som inte kunde prata engelska. Forskning har visat på att icke engelsktalande personer avhölls från att få vård från vårdpersonal på grund av bristen på förståelse av dess betydelse och att de inte tillät manliga vårdare utföra behandlingen/undersökningen. I frånvaron av effektiv kommunikation fanns det lite hopp om att kvalitén på vården mottagen av muslimska kvinnor var av samma standard som den som gavs till andra som mottog vården. Genom att inte kunna prata engelska, eller bara lite engelska, blev de muslimska personerna betraktade som omotagliga, ohövliga och ointelligenta. De språkliga barriärerna påverkade vårdens kvalitet och påverkade vården i kommunikation med vårdpersonalen och behovet av tolk. I en studie (Ekblad, Marttila & Emilsson, 2000) har författarna sett på reflektioner om kulturella frågor bland sjukvårdspersonal efter ett 3-dagars seminarium om multikulturell vård vid livets slut. Där berättade vårdpersonalen om upplevelsen av att vårda personer med en annan kulturell bakgrund i livets slutskede och beskrev det som komplicerat att använda en anhörig som översättare då de ibland utelämnade känsliga fakta som patienten tagit upp. Deltagarna beskrev även hur kollegor som själva immigrerat utgjorde en länk till hur patienterna och deras anhöriga upplevde hälsovården. I och med detta visar det sig att vårdpersonal med multikulturell bakgrund utgjorde en berikande resurs inom vården likväl för patienterna som för medarbetare. Detta kan liknas i vår studie då deltagare berättade att information gick förlorad eller uteslöts genom att använda en anhörig som tolk.

Chevannes (2002) har belyst förbättringar av vård för både personer från andra kulturer och den egna kulturen. I studien framkom att vårdpersonal behövde information om etniska behov och deras största hinder i vårdandet av en person från en annan kultur var kommunikationen. Deltagarna oroades över att den mesta tiden gick åt till att ”behandla och misslyckas”, istället för att verkställa personers behov av vård. I en studie (Hultsjö & Hjelm, 2005) studerades vårdpersonalens upplevelse av problem vid vårdandet av immigrerade personer. Deltagarna

menade att det fanns mycket information som borde ges, men ges inte på grund av brister i förståelse av patientens problem och kommunikations-barriärer. Detta kan likas med vår studie då kommunikationsproblemen inte bara berör patienten, utan även personalen som får svårigheter att prata med patienten och försöka få fram information.

Deltagare i studien var missnöjda med den västerländska hälso- och sjukvården på grund av svårtillgängligheten att få tag i vård och att förstå systemet. Hjelm, Bard, Nyberg och Apelqvist (2004) har jämfört svenska och män med arabisk bakgrund. Hos män med arabisk bakgrund uppstod svårigheter som kostnader av mediciner och höga telefonräkningar då de hade ett stort behov av att kontakta sin familj i hemlandet. I Hultsjö och Hjelm (2005) framkom att migranter hade svårt att förstå det svenska hälsovårdssystemet. De visste inte vart de ska vända sig om de hamnade i en nödsituation. Personalen såg det som sitt ansvar att bedöma om migranterna var i en nödsituation eller inte när de ringde till avdelningen. Personalen såg det som en svårighet att få tolkhjälp av rätt kön, särskilt nattetid. Detta kan liknas med personerna i vår studie då de upplevde hälsosystemet som ett mysterium vilket gav en känsla av förvirring. I Hultsjö och Hjelm (2005) väcktes frustration hos patienterna som trodde att de fick vänta på vård på avdelningen på grund av sin etniska bakgrund.

I studien framkom att deltagare kände tacksamhet över den vård de mottog i det nya landet då de blev väl guide mellan olika instanser samt att de respekterades för de de var av personalen, vilket gjorde att de kände humanitet och fick bibehålla sin självrespekt, oavsett anpassning till den kulturella normen. Coffman (2004) visade på sjuksköterskors syn att vårda patienter från en annan kulturell bakgrund i 'deras värld, inte vår'. De sjuksköterskor som hade det djupaste engagemanget gällande att ge en kulturellt anpassad vård hade ofta själv erfarenhet av att leva i en minoritetsgrupp i ett annat land. I vår studie upplevde deltagarna det som positivt att få utföra sina kulturella seder. Enligt Chevannes (2002) upplevde många sjuksköterskor en brist i den grundläggande utbildningen gällande minoritetsgruppers specifika omvårdnadsbehov. Den kunskap de ägde hade de förvärvat genom erfarenhet och egna initiativ. I Halligan (2005) beskrev en sjuksköterska hur hon mötte personer med muslimsk bakgrunds behov genom att tillåta dom be i riktning mot Mecka. Jämfört med vår studie är detta en likhet då deltagare uttryckte tacksamhet när de fick utföra sina kulturella seder. Genom att skaffa kunskap om den specifika religionen blir vården bättre och den enskilda patientgruppens etniska behov blir tillfredsställda på ett relevant sätt.

Personerna försökte se vården de fick i västerlandet som det bästa alternativet. De använde olika coping-strategier som exempelvis sin tro, andlighet och traditioner för att hantera hospitaliseringen. Böner var något som var mycket viktigt för de muslimska personerna och som även tillhörde deras samhälle (Lawrence & Rozmus, 2001; Mohammadi et al., 2007). Böner gav deltagarna ett lugn, mental frihet och en möjlighet till att glömma ondska och problem i livet (Hjelm et al., 2004). De visade även på hur deltagarna från olika länder ser olika på vård och behandling, främst svenskar och personer med muslimsk bakgrund. De personer som kom från Sverige fokuserade mer på skötsel för sjukdomen, som i detta fall var att eliminera komplikationer vid sjukdomen diabetes. Det handlade exempelvis om dieten, fotvård, mediciner och att ta regelbundna kontroller. Icke svenska deltagare fokuserade mer på att upphäva stress och orolighet, medan många araber istället föredrog en behandling genom diet och träning. Detta tyder på att alla kulturer har olika strategier för att behandla sjukdom. Man kan inte säga att strategierna är specifika för just den kulturen eftersom det bara beskrivs två kulturer i ovanstående studier.

Metoddiskussion

Graneheim och Lundman (2003) definierar manifest innehåll som det synliga, uppenbara som en text säger och menar att både manifest och latent innehåll innebär en viss tolkning dock med olika djup och abstraktionsnivå. Resultatet i denna studie är en **frukt** av arbetet med kvalitativ manifest innehållsanalys. Enligt Graneheim och Lundman (2003) lämpar sig denna metod väl för forskare som inte har så stor erfarenhet av kvalitativa metoder. En latent innehållsanalys, där det underliggande budskapen lyfts fram, hade dock varit ett intressant alternativ om vi hade haft större kunskap och insikt i metoden.

Vi har i denna studie inte begränsat oss i ett specifikt problem som kan uppstå inom vård av personer med muslimsk bakgrund. Detta på grund av att vi har haft svårt att hitta material i kombination med den begränsade tiden för arbetet. Det skulle kännas mer relevant att kunna specificera på ett utvalt område om tiden fanns vilket kan vara ett uppslag för vidare forskning. Sökningarna är gjorda med fokus på kommunikation vilket syns i sammanfattningen tabell 2, då forskningsfrågan från början var snävare och fokuserad kring detta område. Vi har dock funnit samma artiklar vid de bredare sökningarna kring det modifierade syftet och väljer därför att visa de ursprungliga källorna för det funna materialet.

Med pålitlighet menas att en studie ska kunna göras om på nytt varför hela processen måste beskrivas i detalj (Holloway & Wheeler, 2002, s. 255). Denna studies pålitlighet har stärkts genom att metoden skrivs mycket utförligt för att läsare och eventuellt andra forskare ska kunna följa och göra om arbetet. De genomgående utförliga hänvisningarna till referenser ger också läsaren möjlighet att spåra ursprunget och identifiera arbetets grundvalar. Svårigheterna ligger oftast i frågan till hur analysen ska genomföras efter det att data samlats in. Därför spelar analysmetoden en stor roll för hur en forskare bäst kan gå till väga i sitt fortsatta arbete med datainsamlingen (Burnard, 1991). Vi har i den här studien valt att inspireras av Burnard (1991) när vi analyserat våra data då vi tyckte att det var den mest relevanta metodreferensen som grundas på vår frågeställning samt skapade en tydlig bild över analysprocessen, samt var mycket lätt att följa. I Graneheim och Lundman (2003) ges två olika exempel på hur en analys kan gå till. De baserar sig dock enbart på referenser och utvecklar ingen egen metod. Graneheim och Lundman (2003) är ett nyare tillägg till den i något äldre artikeln som är skriven av Burnard (1991) och vi använder dem som ett utomordentligt stöd med tanke på att allt förändras med tiden. Vi har haft möjlighet att ventilera frågor och få vägledning av medstudenter och deras handledare under regelbundet anordnade seminarier. Detta förstärker tillförlitligheten och minskar risken för personliga tolkningar av resultatet.

Holloway och Wheeler (2002, s. 239-240) menar att kodning innebär vissa risker. Det holistiska perspektivet kan gå förlorat om fokus riktas mer mot de enskilda delarna utan att ta hänsyn till helheten. Viktiga data kan även förloras i beslut om vad som passar in under de tänkta kategorierna. Under processens gång såg vi det således viktigt att ständigt skifta perspektiv och se textens helhet i de enskilda meningsenheterna och enheterna i helheten.

Trovärdigheten i en studie innebär att deltagarna kan rekognosera betydelsen de själva ger av situationen och uppfattar den egna sanningen i resultatet (Holloway & Wheeler, 2002, s. 255). Då denna studie bygger på redan existerande resultat finns ingen möjlighet att återgå till ursprungskällan i de analyserade studierna, alltså de intervjuade personerna. Trots att data som använts är av mycket rik karaktär är det oundvikligt att nyanser i de ursprungliga intervjuerna gått förlorade. Problem som har funnits med vid kategoriseringen har varit att vi först tagit för stora steg och förlorat verkligheten vilket mycket lätt leder till tolkningar. Detta har dock korrigerats genom omkategorisering. Som Graneheim och Lundman (2003) beskriver, föreligger det alltid en viss grad av tolkning när forskaren tar sig an en text, vilket är en central fråga gällande trovärdigheten i resultatet. Detta har funnits i medvetande främst

då data består av engelskspråkiga artiklar. I översättningsprocessen riskeras förlust av nyanser och språkliga misstolkningar. Författarna har varit medvetna om detta och gjort översättningar med största möjliga försiktighet.

Överförbarheten av en studie betyder att resultatet kan föras över till liknande situationer med liknande deltagare (Holloway & Wheeler, 2002, s. 255). Trots det relativt sett begränsade dataunderlaget för vår studie ser vi hur vissa koncept återkommer gång på gång vilket kan uppfattas som ett tecken på att resultaten även kan vara en spegling av upplevelsen hos liknade grupper i liknande kontext. Detta innebär inte att vi generaliserar resultatet då mänskliga upplevelser alltid karaktäriseras av sin individualitet, unikheter och situationsbundenhet.

Vi valde att inte inbegripa artiklar som skulle beställas utan använde oss endast av artiklar som redan fanns i fulltext. Detta dels på grund av den begränsade tiden som fanns och dels på grund av att det fanns en osäkerhet i kring huruvida innehållet svarade mot vårt syfte. Vi inser att vi kan ha förlorat en del viktigt material i och med detta.

Forskningsetiska överväganden

Diskussioner mellan författarna och kollegor kring huruvida utformningen av arbetet kan tolkas som diskriminerade eller kulturellt känsligt har förekommit i det inledande arbetet för att medvetandegöra dylika risker under processens gång. Vidare finns en genomgående medvetenhet om det gynnsamma, etiskt sett, i att sträva efter validitet och reabilitet i forskningen.

Slutsatser

I denna litteraturstudie framkom att personer med muslimsk bakgrund hade mycket varierande erfarenheter och upplevelser av vården i västerlandet. De dominerande aspekterna av mötet rörde sig kring problematiken som vårdarens kön medförde samt kommunikationsproblem till följd av språkliga barriärer. De kände bristande respekt i bemötandet och upplevde att personal hade otillräcklig kunskap om deras kulturella och religiösa seder och traditioner. Intryck av att vårdstrukturen var annorlunda och svår att förstå påverkade också upplevelsen av mötet. Det framkom dock även positiva erfarenheter gällande såväl bemötande som den materiella vårdkvaliteten.

Enligt detta resultat drar vi slutsatsen att det existerar ett stort behov av undervisning och uppmärksamhet kring minoritetskulturer bland all vårdpersonal. Att lyfta fram vad det innebär att vårda en person tillhörande en annan kultur än ens egen och diskutera frågeställningen ingående redan under grundutbildningarna skulle vara en bra grund i utvecklingsarbetet mot en bättre vård. Då kulturella skiftningar existerar i oändliga variationer ligger det på sjuksköterskans individuella ansvar att fördjupa sig i de kulturer som är aktuella i de unika vårdsituationerna. Det är viktigt att uppfatta och ta reda på just de individuella behoven och inte förutsätta att alla medlemmar av en viss religion eller kultur ska behandlas lika.

Vi ser det som viktigt att respektera de könsmässiga önskemålen om vårdare så långt det är möjligt. Särskilt i invandrartäta områden kunde en organisatorisk fördelning av vårdarnas kön vara ett mål. Att införa en bättre rutin gällande anskaffande av tolkhjälp är väsentligt för att tillfredställande information ska växla mellan parterna.

I och med detta kan slutsatsen dras att hälsosystemet ses som förvirrande inte bara av muslimer, utan även av av andra immigrerande och asylsökande personer som kommer till ett annat land eller annan kultur.

Referenser

* = artiklar som använts i analysen och resultatet.

- *Bray, Y.M., & Goodyear-Smith, F.A. (2007). A migrant family's experience of palliative care. A qualitative case study. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9, (2), 92-99.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.
- Carter, D.J., & Rashidi, A. (2004). East meets west. Integrating Psychotherapy Approaches for Muslim Women. *Holist Nurse Pract*, 18, (3), 152-159.
- Chevannes, M. (2002). Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. *Journal of Advanced Nursing* 39, (3), 290-298.
- *Clegg, A. (2003). Older south Asian patient and carer perceptions of culturally sensitive care in a community hospital setting. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 283-290.
- Coffman, M.J. (2004). Cultural caring in nursing practice: A meta-synthesis of qualitative research. *Journal of Cultural Diversity*, 11, (3), 100-109.

- *Cortis, J.D. (1998). The experiences of Pakistani (Urdu speaking) patients in later life in Dewsbury, UK. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2, 131-138.
- *Cortis, J.D. (2000). Perceptions and experiences with nursing care: a study of Pakistani (Urdu) communities in the United Kingdom. *Journal of Transcultural Nursing*, 11, (2), 111-118.
- Cortis, J.D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal of Advanced Nursing*, 48, (1), 51-58.
- Ekblad, Marttila & Emilsson, (2000). Cultural challenges in end-of-life care: reflections from focus groups' interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advance Nursing*, 31, (3), 623-630.
- *Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A. & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health and Care in the Community*, 12, (5), 407-413.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Halligan, P. (2006). Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses' experiences in Saudi arabia. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1565-1573.
- Hammoud, M., White, C. & Fetters, M. (2005). Opening cultural doors: Providing culturally sensitive healthcare to Arab American and American muslim patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 1307-1311.
- Helman, C. G. (1994). *Culture, health and illness*. (3:d ed.). Oxford: Linacre House.
- Hjelm, K.G., Bard, K., Nyberg, P., & Apelqvist, J. (2004). Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin. *Journal of Advanced Nursing*, 50, (1), 47-59.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative Research in Nursing*. (2nd ed.). Oxford: Blackwell Science.
- Hultsjö, S., & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review*, 52, 276-285.
- International Council of Nurses. (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: Imprimerie Fornara
- Johnson, C.P. (2000). An islamic understanding of health care: what can it teach us? *Accident and Emergency Nursing*, 9, 38-45.
- *Kulwicki, A.D. (2000). Collaborative partnership for cultural care: enhancing health services for the Arab community. *Journal of Transcultural Nursing*, 11, (1), 31-39.

- Lawrence, P., & Rozmus, C. (2001). Culturally sensitive care of the muslim patient. *Journal of Transcultural Nursing*, 12, (3), 228-233.
- *Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M. & Hallowell, N. (2006). Diabetes service provision: a qualitative study of the experiences and views of Pakistani and Indian patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 23, 1003-1007.
- Leeuwen, R., Tiesinga, L., Post, D., & Jochemsen, H. (2006). Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 875-884.
- Meddings, F., & Haith-Cooper, M. (2008). Culture and communication in ethically appropriate care. *Nursing Ethics*, 15, (1), 52-61.
- Mohammadi, N., Evans, D. & Jones, T. (2007). Muslims in Australian hospitals: The clash of cultures. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 310-315.
- Newman Giger, J., & Davidhizar, R. (2002). Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, 49, 79-86.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rassool, G. H. (2000). The crescent and Islam: healing, nursing and the spiritual dimensions. Some considerations towards an understanding of the Islamic perspectives on caring. *Journal of Advanced Nursing*, 32, (6), 1476-1484.
- *Simpson, J., & Carter, K. (2008). Muslim women's experiences with health care providers in a rural area of the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 19, (1), 16-23.
- Statistiska centralbyrån (SCB). (2004). *Mer statistik för alla*. [WWW document]. URL http://www.scb.se/Statistik/AA/OV9999/2004A01/OV9999_2004A01_BR_A98OP0401.pdf (080126)
- *[Tsianakas, V. & Liamputtong, P. \(2002\). What women from an Islamic background in Australia say about care in pregnancy and prenatal testing. *Midwifery*, 18, 25-34.](#)
- *[Vydelingum, V. \(1999\). South Asian patients' lived experience of acute care in an English hospital: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 32, \(1\), 100-107.](#)
- [Widäng, I., Fridlund, B., & Mårtensson, J. \(2007\). Women patients' conceptions of integrity within health care: a phenomenographical study. *Journal of Advanced Nursing*, 61, \(5\), 540-548.](#)
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. (2:a uppl). Lund: Studentlitteratur.
- Ypinazar, V. A., & Margolis, S.A. (2006). Delivering culturally sensitive care: The perceptions of older Arabian Gulf Arabs concerning religions, health, and disease. *Qualitative Health Research*, 16, (6), 773-787.

Zurmehly, J. (2007). A qualitative case study review of role transition in Community Nursing. *Nursing forum*, 42, (4), 166-170.

1. Typ av studie

.....

2. Är resultaten i denna studie tillförlitliga?

1• Finns en tydliga avgränsning, problemformulering och syfte?

1• Är urvalet av deltagare tydligt beskrivet?

Inkluderade

Exkluderade

1

2• Är kontext / sammanhang för studien tydligt beskrivet?

1• Är metoden tydligt beskriven?

Datainsamling

Analys

3. Etiskt resonemang

Finns ett etiskt resonemang beskrivet?

4. Vad visar studien för resultat?

Är resultaten logiskt, begripligt och kommunicerbart beskrivna?

Kvalitetsbetyg

Gradera kvalitén

Hög

Medel

Låg

Kommentar:

.....

.....