



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgave)

Kandidatnummer eller navn: 22

Leveringsfrist: 21.02.2014 kl. 14.00

Vurderingstype: Ordinær

Antall ord: 8980



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Kulturell kompetanse i sykepleierutdanning

Bacheloroppgave



Foto: Colour box

**MOLDING MULTICULTURAL COMPETENT
NURSES: A SIGNIFICANT CHALLENGE IN
PROMOTING TRANSCULTURAL
HEALTHCARE SERVICE**

SAMMENDRAG

Tittel: Kulturell kompetanse i sykepleierutdanning

Bakgrunn: Globalisering er en rask og ukontrollerbar fenomen. Sammen med dens progressive effekt i samfunnet, oppstår menneskers bevissthet om de utfordringer som helsevesenet møter i samhandling med en multikulturell populasjon. Mangel på kulturell kompetanse hos helsearbeidere er et åpenbart og voksende problem i alle settinger i helsevesenet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleierstudenter tilegne seg tilstrekkelig kulturell kompetanse?

Hensikt: Formålet med denne studie er å skaffe mer kunnskap om kulturell kompetanse og finne ut hvordan man tilegner seg kompetansen. Samtidig skal det utforskes ulike intervensjoner fra tidligere forskningsarbeid for å komme med nye idéer og metoder om hvordan man kan tilrettelegge sykepleierstudenters behov for å tilegne kulturell kompetanse.

Metode: Metoden som ble brukt i denne oppgave er en litteraturstudie.

Resultat: Kulturell kompetanse er ens evne til å fungere effektivt i konteksten av kulturell diversitet. Å tilegne seg kulturell kompetanse krever kulturell bevissthet, kultursensitivitet og kulturkunnskap. Fordypningspraksis i utlandet og praksis i et multikulturelt miljø med god tilrettelegging skaper både kulturell bevissthet og kultursensitivitet hos sykepleierstudenter. Studentenes lærings – og undervisningsbehov bør identifisert for å kunne gi en god tilrettelegging.

Nøkkelord: kulturell kompetanse, kulturell bevissthet, kultursensitivitet, sykepleiestudenter

ABSTRACT

Title: Cultural competency in nursing education

Background: Globalization is a rapid and uncontrollable phenomenon. Along with its booming effect in the society, arises people's awareness about the challenges that our national health service is facing in dealing with a multicultural population. Health professionals' lack of cultural competence in practice is an obvious and a growing problem in all health care settings.

Problem: How can nursing students acquire sufficient cultural competence?

Aim: The purpose of this thesis is to gain more knowledge about cultural competence and find out how to acquire it. Simultaneously, this paper will also explore different interventions suggested from former research works in order to come up with new ideas and methods on how to facilitate nursing student's needs in acquiring cultural competence.

Method: The method used in this thesis is a literature study.

Findings: Cultural competence is one's capability to function effectively in the context of cultural diversity. Acquiring cultural competence requires cultural awareness, cultural sensitivity and cultural knowledge. Global immersion programs or practice in a multicultural environment with proper assistance creates both cultural awareness and sensitivity in students. The students' learning and teaching needs should be determined to be able to give a well-planned facilitation.

Keywords: cultural competence, cultural awareness, cultural sensitivity, nursing student

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Tema og problemstilling	2
1.2	Begrunnelse for valg av tema.....	2
1.3	Hensikt	3
1.4	Avgrensning av problemstilling	3
2	TEORI.....	4
2.1	Sykepleiefaglige perspektiver	4
2.1.1	Madeleine Leiningers Theory of Culture Care Diversity and Universality.....	4
2.1.2	Irihapeti Ramsdens teori om kulturell trygghet «Cultural Safety»	5
2.2	Papadopoulos, Tilki og Taylors modell for utvikling av kulturell kompetanse.....	7
2.3	Hva er kultur?.....	8
2.4	Kommunikasjon	8
2.4.1	Kommunikasjon definisjon	8
2.4.2	Bruk av tolk.....	9
2.5	Pasient – og brukerrettighetsloven	10
3	METODE.....	11
3.1	Litteraturstudie som metode.....	11
3.2	Fremgangsmåte litteratursøk.....	11
3.2.1	Tabell 1 – Ovid nursing	12
3.2.1	Tabell 2 – CINAHL.....	13
3.2.2	Tabell 3 – Medline	14
3.3	Kildekritikk	15
3.4	Kritisk vurdering av artikler.....	16
3.5	Etisk vurdering av artikler	17
4	RESULTAT	18
4.1	Presentasjon av forskningsartikler.....	18
4.1.1	"Leaving the Comfort of the Familiar": Fostering Workplace Cultural Awareness through Short-Term Global Experiences	18

4.1.2	Promoting Nursing Students' Understanding and Reflection on Cultural Awareness with Older Adults in Home Care	19
4.1.3	Intercultural Education of Nurses and Health Professionals in Europe (IENE)	20
4.1.4	The Impact of Cultural Diversity Forum on Students' Openness to Diversity	21
5	DRØFTING.....	22
5.1	Selverkjennelse: det første steget?	22
5.2	Kulturkunnskap	24
5.3	Når språket svikter.....	26
5.4	Kulturell omsorg.....	28
6	AVSLUTNING	30
7	REFERANSELISTE.....	31
8	VEDLEGG.....	34
8.1	Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning.....	34
8.2	Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT).....	45

1 INNLEDNING

Verden har blitt en global landsby og globalisering har på mange måter ført mennesker og nasjoner nærmere hverandre. Innvandring har gjort at Norge har blitt et flerkulturelt samfunn. Ifølge Statistisk Sentralbyrå utgjorde innvandrere 12 % av den norske befolkningen ved siste årsskiftet. Dette tilsvarer 593 300 innvandrere og 117 100 norskfødte med innvandrerforeldre (Statistisk Sentralbyrå, 2013). Tallene kommer sannsynligvis til å øke sterkt i årene framover (regjeringen.no, 2013). Innvandringsgrunn kan være utdanning, arbeid, familiegjening og krig eller konflikter i andre land.

Helse – og omsorgsdepartement (St.meld. nr. 34 (2012-2013)) fremhever at en god folkehelsepolitikk ivaretar urfolk, nasjonale minoriteter og innvandreres hjelpebehov. Dette innebærer at ved utforming av folkehelseiltak skal regjeringen legge vekt på kunnskap og holdninger som har betydning for etniske minoritetenes helse (St.meld. nr. 34 (2012-2013)).

Alle er kultur bærere. I et flerkulturelt helsearbeid kan kulturforskjeller være en utfordring for både helsepersonell og pasienter. Oppfatningen man har om helse og sykdom er ulike, helt avhengig av kulturen man har tilegnet seg fra det samfunnet man hører til. For at innvandrere og etniske minoriteter får en likeverdig helsetjeneste har helsearbeideren et spesielt ansvar for å tilegne seg kulturell kompetanse. Kultur er et komplisert fenomen og en kontinuerlig prosess. Dette umuliggjør at helsearbeidere kan lære alt om kultur, men det er essensielt at helsearbeidere har en viss innsikt i pasientenes generell kulturelle bakgrunn (Kumar & Viken, 2010 s. 60-62).

Etter å ha vært i ulike praksisplasser i løpet av utdanningen har jeg opplevd flere situasjoner der pasienter fra andre kulturer ikke får dekket sitt behov for hjelp fordi helsepersonell mangler kunnskap om pasientens kulturelle bakgrunn. Dette førte til at målet om å kunne gi en kvalitetssikret, tilfredsstillende og forsvarlig sykepleie har vært vanskelig å oppnå. Jeg ble selv akutt syk etter å ha bodd i Norge i ca. ett år. Det å bli syk i et land som har et helsesystem som er helt ulik fra mitt eget land var fortvilende. Problem kan være at man ikke får tilstrekkelig informasjon på forhånd og at kommunikasjonen fra begge parter svikter. Dette gjorde at mitt første møte med det norske helsevesenet ble opplevd som skummelt og ubehagelig. Etter å ha

begynt i sykepleierutdanningen har jeg møtt utallige pasienter med minoritetsbakgrunn i praksis. Ved å oppleve å være i begge settinger, nemlig det å være pasient i et annet land og å bli behandlet som «fremmed», og det å være helsepersonell som skal hjelpe en «fremmed», har gitt meg viktige refleksjoner.

Innvandrere har blitt utsatt for ulike stressfaktorer og har lidd mange tap i tiden før, under og etter migrasjon. En av det viktigste eiendelene som migranter taper når de kommer til et fremmed land er den språklige kompetansen. Dette tapet fører til en del problemstillinger for innvandrere i møte med landets borgere. Svikt i kommunikasjon er som oftest et problem når mennesker med ulike språk skal samarbeide. I Norge er det pålagt å bruke tolk i helseinstitusjoner når pasienten ikke behersker norsk og det er pasientens rett å kreve tolk når han trenger det i sitt møte med helsevesenet. Forskrifter om bruk av tolk er skrevet i blant annet veilederen fra Sosial – og helsedirektoratet (Magelssen, 2008 s. 150-154). I Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3 står det om pasientens rett til medvirkning og informasjon, noe som gjelder for alle pasienter.

1.1 Tema og problemstilling

Tema for oppgaven er hvilken betydning kulturell kompetanse har i sykepleierutdanning.

Problemstillingen er: Hvordan kan sykepleiestudenter tilegne seg tilstrekkelig kulturell kompetanse?

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Tema om kultur har alltid fanget min interesse. Det er et tema jeg kan relatere meg på grunn av personlige erfaringer. Jeg har i tillegg observert at helsepersonell mangler kulturell kompetanse, som i mange tilfeller har skapt forvirring og utrygghet hos pasienter i praksis. Manglende kulturkunnskap om pasienter påvirker kvaliteten av helsehjelpen pleiere gir til pasienter og er et økende problem i dagens praksis. Helsearbeidere får ikke nok opplæring eller kurs for å få generelle kulturkunnskap om innvandrerpasienter. Dette fører til at møte med innvandrere og

etniske minoriteter oppleves mest ubehagelig og utfordrende istedenfor for å være hyggelig og trygt for mange.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å vise hvilken betydning kulturell kompetanse har i dagens klinisk praksis. Det norske helsevesenet kommer trolig til å satse mer på et multikulturell drevet helsevesen. Derfor vil jeg forsøke å finne ut hvordan samfunnet, utdanningsinstitusjoner, og helseinstitusjoner med hovedvekt på sykepleiestudenter kan bidra til at helsepersonell tilegner seg kunnskap om kulturell kompetanse. Det vil jeg gjøre gjennom en litteraturstudie. Jeg skal også prøve å trekke inn personlige erfaringer for å eksemplifisere teoretiske påstander.

1.4 Avgrensing av problemstilling

For å avgrense problemstillingen vil fokuset være på dagens sykepleierstudenter som målgruppe. Jeg skal gjennom en litteraturstudie finne fram til ulike tiltak som kan være aktuelt for å belyse problemstillingen. Jeg har valgt å ikke fokusere på en spesiell pasientgruppe i problemstillingen da vil dette utvide artikkelsøk om tema. Jeg har også valgt å ikke avgrense oppgaven i forhold til alder og kjønn.

2 TEORI

Oppgaven bygger på Madeleine Leininger sin teori om transkulturell sykepleie eller Theory of Culture Care Diversity and Universality og Irihapeti Ramsdens teori om kulturell trygghet «Cultural Safety». Oppgaven tar utgangspunkt i Papadopoulos, Tilki og Taylor sin modell for utvikling av kulturell kompetanse. Konseptet som ligger bak Leiningers teori om «ethnonursing» har en viss sammenheng til modellens bygning. Ethnonursing handler mye om å være kulturbevisst og sensitiv ved å lære ulike kulturer og omsorgsfaktorer for å få kjennskap til andre kulturers syn på sykdom og helse, slik at målet om kulturkongruent sykepleie blir oppnådd (Leininger & McFarland (2006, s. 20-21). I Papadopoulos og kollegaenes modell, danner kulturell bevissthet og kultursensitivitet grunnlaget for kulturell kompetanse. Ramsdens teori om kulturell trygghet er ikke langt ifra de to konseptene (Papadopoulos et.al og Leininger). Kulturell trygghet dreier seg om å skape en trygg situasjon for pasienten. Ramsden har laget et eget trappetrinn for å oppnå kulturell trygghet hvor kulturell bevissthet og kultursensitivitet viser til å være grunnleggende (Kumar & Viken, 2010 s. 70-71). Ramsdens illustrasjon av prosessen ligger under punkt 2.1.2.

2.1 Sykepleiefaglige perspektiver

2.1.1 Madeleine Leiningers Theory of Culture Care Diversity and Universality

Madeleine Leininger er sykepleier og antropolog som utarbeidet teorien om transkulturell sykepleie på 1950-tallet. Teorien ble senere kalt «Theory of Culture Care Diversity and Universality». Teorien reflekterer teoretikerens tidligere erfaringer i ulike praksisarenaer og mange studier og forskningsarbeid om kultur rundt hele verden. I sitt arbeid med barn med innvandrerbakgrunn i et psykiatrisk klinikk på 50-tallet har Leininger funnet ut at det var begrenset med forskning og studier om omsorg med fokus på pasienter med annen kulturell bakgrunn. Hun påstår at helsearbeidere og andre tjenesteytere i helseinstitusjoner mangler kulturkunnskap og at de ikke erkjenner viktigheten av kultur i pleie- og behandlingsprosess. Leininger fremhever at kultur og omsorg er to store dimensjoner som er fraværende i utøvelsen av sykepleie i praksis (Leininger & McFarland, 2006 s. 2).

Leiningers «Theory of Culture Care Diversity and Universality» bygger på ideen om at omsorg er essensen i sykepleie. Teoretikeren sier at omsorg er essensiell i pasientens helbredelse, opplevelsen av velvære, og den som hjelper pasienten ved nederlag og i møte med døden. Leininger mener at kultur er den mest omfattende, holistiske og universelle kjennetegn av mennesker. Hun anslår at kultur og omsorg er bundet til hverandre og derfor skal oppfattes i en kulturell kontekst (Leininger & McFarland, 2006 s. 3).

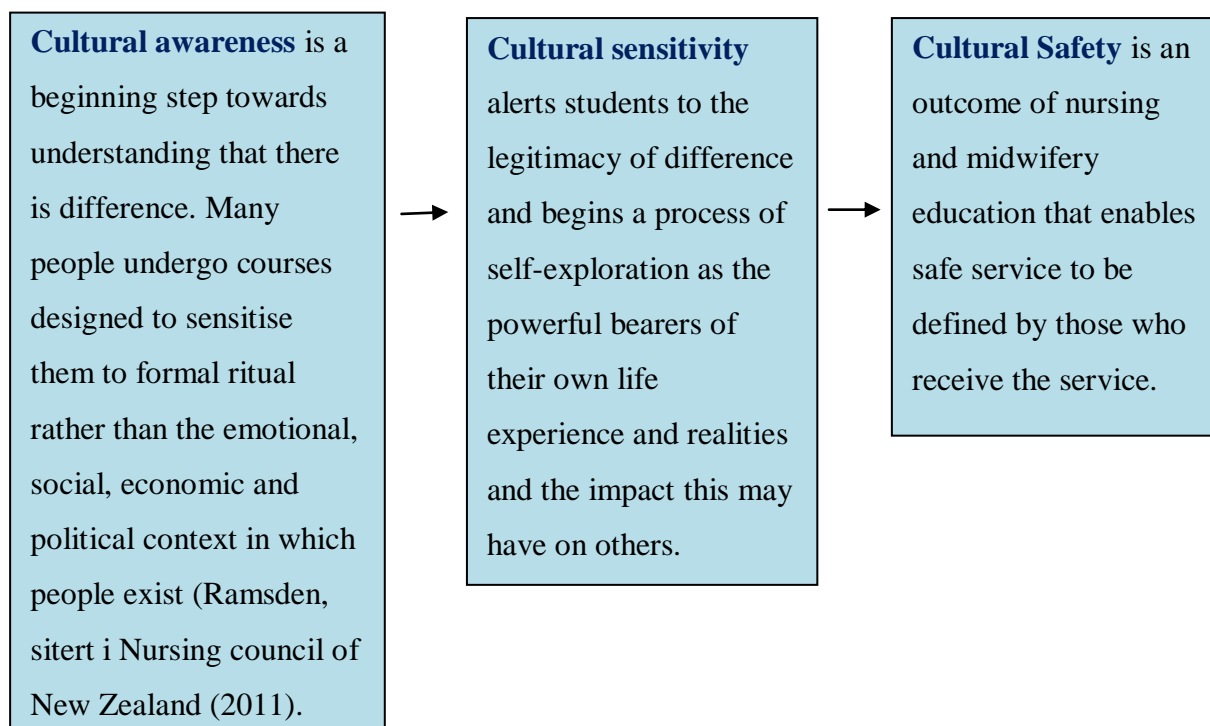
En kvalitativ forskningsmetode ble utarbeidet av teoretikeren mens hun utviklet «Culture Care theory». Metoden kalles for «ethnonursing», som gir sykepleiere veiledning ved systematisk dokumentering av menneskers daglivets erfaringer i forhold til menneskelig omsorg, helse og velvære (Leininger & McFarland, 2006 s. 47). Den har også som formål å kunne gi en *kulturkongruent* og trygg sykepleie og gjennomføres ved å studere forskjellige kulturer og omsorgsfaktorer innen kjente omgivelser, og sette fokus på sammenhengen mellom kultur og omsorg. Dette innebærer at sykepleiere må sette seg inn i andre sine kulturer for å få kjennskap til hvilket syn de har om sykdom og helse. Sykepleiere kan deretter vurdere pasientenes aktuelle situasjon ut i fra de ulike faktorene som spiller inn i deres egen oppfatning om sykdom og helse. Kulturkongruent sykepleie vil si at sykepleieren legger vekt og tar hensyn til pasientens kultur når helsehjelpen skal ytes (Leininger & McFarland, 2006 s. 1-21).

2.1.2 Irihapeti Ramsdens teori om kulturell trygghet «Cultural Safety»

Teori om kulturell trygghet (cultural safety) var utarbeidet av Irihapeti Ramsden, en sykepleier fra New Zealand. Teoriens konsept oppsto da maoribefolkningens spesielle helsebehov av kulturelle hensyn, ble systematisk neglisjert av britiske imperiet på 1980-tallet. Ramsden var opptatt av kultursensitivitet og kulturell trygghet i omsorgssituasjon av maoriene. På den bakgrunn skrev han retningslinjer for hvordan kulturell trygghet skal undervises i sykepleierutdanningen. Retningslinjen ble godkjent av kommunestyret komiteen og ble senere utviklet og revidert flere ganger (Papps & Ramsden (1996), Nursing Council of New Zealand, 2011).

For å ivareta kulturell trygghet (cultural safety) må sykepleiestudenter følge tre trinn i prosessen: kulturell bevissthet (cultural awareness), kultursensitivitet (cultural sensitivity) og kulturell trygghet (cultural safety) (Ramsden, sitert i Kumar & Viken, 2010 s. 69-71).

The Nursing Council of New Zealand (2011) viser til denne prosessen av kulturell trygghet;



Figur 1. The process toward achieving Cultural Safety in nursing practice (Kilde: Nursing Council of New Zealand (2011))

Kulturell bevissthet er det første steget mot kulturell trygghet som innebærer at sykepleieren må være oppmerksom på kulturelle forskjeller og viser forståelse for dette. Dette steget i prosessen referer til prinsippet om reell etnisk likestilling i helsetjenestetilbud til pasienter med minoritetsbakgrunn (Ramsden, sitert i Kumar & Viken, 2010 s. 69-71).

Det neste trinnet er kultursensitivitet, som utfordrer sykepleieren å undersøke egen praksis. Det vil si at sykepleieren gjennom selvrefleksjon utforsker egne erfaringer og realiteter, og reflektere

hvilken innvirkning disse faktorene har til andre (Ramsden, sitert i Kumar & Viken, 2010 s. 69-71).

Kulturell trygghet referer til opplevelsen mottakeren får av helsetjenesten. Den gir brukere av helsetjenesten muligheten til å kommentere om praksis og bidra til å oppnå positive resultater og opplevelser av tjenesten. Kulturell trygghet gjør det mulig for brukere å delta i endringer av negative opplevelser i praksis (Nursing Council of New Zealand, 2011).

2.2 Papadopoulos, Tilki og Taylors modell for utvikling av kulturell kompetanse

Papadopoulos, Tilki & Taylor (i Papadopoulos I., Helman C. G. & Purnell L., 2006) definerer kulturell kompetanse som kapasiteten til å gi helsehjelp på bakgrunn av menneskers kulturelle oppfatninger, atferd og behov. Kulturell kompetanse er en prosess og en syntese av kunnskap og ferdigheter som mennesker skaffer seg gjennom livet. Papadopoulos og kollegaene sin modell for utvikling av kulturell kompetanse er bygd opp i fire stadier; kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kultursensitivitet og kulturell kompetanse.

Kulturell bevissthet (cultural awareness) handler om at man undersøker eget livssyn og egenverdi som man bruker gjennom livet når en tar beslutninger og i fordommer. Disse verdiene har utviklet seg fra tidlig alder og er påvirket av mennesker rundt en slik som familie og samfunn (Papadopoulos et.al, 2006). Hver enkelt er individuelt og unikt menneske i den forstand at vi har ulik bakgrunn og oppdragelse. Måten vi ble oppdratt på, miljøet vi har vokst opp i og mennesker som vi vokste opp med har mye å si om den personen vi er nå. For å kunne forstå den andres (pasienten) væremåte, beslutninger de tar og fordommer de har, er det viktig at hjelperen er bevisst på egenverdi og eget livssyn.

Å tilegne seg kulturkunnskap (cultural knowledge) er essensiell for helsepersonell for å vite forskjeller og likheter blant kulturelle grupper og forstår hvordan de påvirker vår oppfatninger og holdninger i praksis. Kulturell kunnskap omfatter andre menneskers normer, språk, kommunikasjon, oppfatninger og verdier (Papadopoulos et.al, 2006).

Kultursensitivitet (cultural sensitivity) understreker pasient-helsepersonell forhold i utførelsen av helsehjelp. For å oppnå kultursensitivitet er relasjonen mellom pasienten og hjelperen som bygger på tillit, respekt, aksept og effektiv kommunikasjon essensielt (Papadopoulos et.al, 2006). De tre første stadiene: kulturell bevissthet, kulturkunnskap og kultursensitivitet må gjennomføres for å oppnå det siste stadiet, kulturell kompetanse.

2.3 Hva er kultur?

Med utgangspunkt i antropolog Richard Jenkins definisjon, definerer Hanssen (2005, s.16-17) kultur som en kompleks repertoar av erfaring, tenkning og holdninger som mennesker tilegner seg gjennom sine daglige liv, og ikke noe de «har» eller «tilhører». Hun sier at kultur er både noe fellesmenneskelig og individuelt og noe mennesker erverver og utvikler kontinuerlig gjennom livet. Hanssen forklarer at selv om vi deler visse religiøse overbevisninger, holdninger og språk med andre som vokser opp i samme samfunn, utvikler vi oss disse trekkene på vår egen unike måte (Hanssen, 2005 s. 16-17).

Magelssen (2008 s. 15) definerer kultur som «... kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn». Hun sier at kulturbegrepet har noe med menneskenes kognitive, affektive og psykomotoriske dimensjoner. Med dette kan man også si at kultur handler om hva man tenker, føler og hvordan man handler (Magelssen, 2008 s. 15).

2.4 Kommunikasjon

2.4.1 Kommunikasjon definisjon

Kommunikasjon er «utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter», definerer Eide & Eide (2007, s. 17). Forfattere sier at det å kommunisere er noe som foregår kontinuerlig. Vi kommuniserer når vi samtaler med en eller flere personer. Kommunikasjon også vises ved bruk av ulike kommunikasjonsmidler som telefoner, internett, radio, osv. Begrepet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles (Eide & Eide, 2007).

Det er to prosesser som skjer i en kommunikasjon nemlig, innkoding og dekodning. Innkoding skjer når avsenderen prøver å gi uttrykk for sine tanker ved å sette den inn i et kodesystem slik at meldingen kan forstås av mottakeren. Avkoding er når mottakeren prøver å tilskrive mottatt tegn en mening ut fra sin egen forståelse. Mottakeren bruker ofte tidligere erfaringer og språk ved avkoding (Dahl, 2013 s. 57-58).

Dahl (2013, s.77-78) nevner ulike typer av kommunikasjon blant annet interkulturell kommunikasjon, tverrkulturell kommunikasjon og intrakulturell kommunikasjon. Han definerer interkulturell kommunikasjon som «kommunikasjon mellom ulike aktører». Aktørene i denne type kommunikasjon har svært ulike bakgrunn som en araber og europeer som vil sannsynligvis få større problemer med å forstå hverandre, men nasjonalitet bør nødvendigvis ikke grunnen til det. To norske som har svært ulike profesjoner (eks. lege og arkitekt) og behersker ulike faguttrykk kan kommunikasjon være problematisk. Tverrkulturell kommunikasjon eller krysskulturell kommunikasjon er «kommunikasjon på tvers av kulturene». Intrakulturell kommunikasjon foregår når to personer som kjenner godt hverandre, vokste opp sammen og forstår hverandre uten å bruke flere ord, altså «kommunikasjon innenfor en bestemt kultur» (Dahl, 2013 s.77-78).

2.4.2 Bruk av tolk

Hanssen (2005, s. 61-66) påpeker at i Norge og andre land har brukt av familietolker i helsetjenester blitt økende. Grunnen til dette er varierende. Helsearbeidere mener bruk av familiemedlemmer som tolk ved kommunikasjon med pasienter som ikke behersker språket er tidssparende. Da kan det ta tid å skaffe tolk. Helsearbeidere mener også at enkelte pårørende av innvandrerpasienter blir fornærmet når helsearbeidere ikke bruker dem som tolk. Det kan bli ansett som at helsepersonell undervurderer pårørendes evne til å snakke norsk.

For å oppnå en god kommunikasjon med pasienter som ikke behersker norsk, har Hanssen (2005, s. 61-65) kommet på med generelle regler som helsearbeidere bør huske. For det første har forfatteren oppmuntret helseinstitusjoner å bruke profesjonell tolk. Hun fremhever at en profesjonell tolk skal være nøytral og er flink til å skille mellom sak og person. Bruk av familiemedlem som tolk kan brukes kun i nødsituasjoner og barna skal aldri brukes som tolk,

unntatt i helt ekstreme tilfeller. For det andre, skal helsearbeideren kartlegge pasienten og pårørendes forståelse av språk og innhold av det som skal formidles. Med dette mener forfatteren blant annet at bruk av familiemedlem som tolk er risikabel fordi det fleste mangler vokabular og samfunnsmessig forståelse slik at tolkning ikke blir gjort på en riktig måte. Det samme gjelder med bruk av profesjonell tolk. Som oftest lærer en tolk å oversette budskap ord for ord. Dette fører til misforståelse i mange tilfeller fordi partene ikke har felles sosial forståelse.

Helsearbeideren kjenner kanskje ikke tolkens språklige kvalifikasjoner eller forståelse av vestlig medisinsk tenkning. For det tredje skal man unngå ja/nei-spørsmål og heller bruke spørsmål som besvares med fullstendige setninger. Helsearbeideren må sette av god tid når han/hun gir informasjon til pasienter som bruker tolk. Dette vil gi alle parter muligheten til forstå informasjonen som blir formidlet til hverandre (Hanssen, 2005 s 61-64).

2.5 Pasient – og brukerrettighetsloven

Ifølge Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3 har pasienten rett til medvirkning og informasjon. Paragraf 3-1 slår fast at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom forsvarlige behandlingsmetoder og at medvirkningen skal tilpasses personens evne til å gi og motta informasjon. Pasientens rett til informasjon er også presisert i § 3-5 slik: «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn» (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999).

3 METODE

Kunnskapsbasert praksis (KBP) betyr at fagutøvere foretar faglige avgjørelser ved bruk av systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning. Hensikten med å jobbe kunnskapsbasert er å styrke beslutningsgrunnlaget av helseutøvere og for å holde dem oppdaterte av nye kunnskap. En systematisk litteraturstudie er en del av kunnskapsbasert praksis (kunnskapsbasertpraksis.no).

3.1 Litteraturstudie som metode

Dalland (2007, s. 83) definerer en metode som et redskap brukes for å samle inn data eller informasjon som man trenger ved undersøkelse. Metode er en fremgangsmåte som veileder oss hvordan vi skal gå frem når vi skal skaffe oss ny kunnskap.

Ifølge retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie skal oppgaven være en litteraturstudie. Forsberg og Wengström (2008 s. 343) definerer en litteraturstudie som en metode der man skal gjennomføre et systematisk og kritisk søk, og sammenligne litteraturen innenfor et valgt problemområde eller emne. Forfattere legger til at en systematisk litteraturstudie bør sikte seg inn på aktuell forskning innenfor det valgte tema.

3.2 Fremgangsmåte litteratursøk

For å svare på problemstillingen i oppgaven ble det gjort flere søk av forskningsartikler i ulike databaser. Ved søk av helsefaglige databaser ble HSH sin bibliotekside brukt, der blant annet Helsebiblioteket ble benyttet. Det ble først gjort forsøk i ulike databaser som CINAHL, Ovid nursing, Medline, Sykepleien forskning og SveMed. I oppgaven var både CINAHL og Ovid nursing benyttet siden databasene er den mest anbefalte. Medline ble også brukt ved siste søk.

Jeg søkte på SveMed først for å finne ut det engelske ord jeg skal bruke ved søk. Søkeordene jeg valgte å bruke er; cultural competence, cultural awareness, cultural sensitivity og nursing student. Jeg brukte Ovid nursing og søkte på disse begrepene og fant 2 brukbare forskningsartikler som passer til emnet. Jeg gjorde et enkelt søk på cultural awareness, cultural sensitivity og cultural competence som ga flere treff. Et kombinasjonssøk på de tre begrepene ved bruk av AND ble

gjort etterpå. Søket ga 75 artikler. Siden oppgaven har fokus på sykepleiestudenter, gjorde jeg et enkelt søk på ordet nursing students. Jeg kombinerte dette med siste søket og ga 18 treff. Jeg avgrensa søket ved å velge kun artikler som har full tekst og var publisert de siste 5 år. Søket gav 8 treff. Ut fra de 8 artiklene fant jeg 2 artikler som jeg brukte i oppgaven. Tabellen under viser fremgangsmåte av søket.

3.2.1 Tabell 1 – Ovid nursing

Søk i Ovid Nursing Database 21.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	cultural awareness		181
2	cultural sensitivity		391
3	cultural competence		1545
4	1 and 2 and 3		75
5	nursing students		9038
6	4 and 5		18
7	6	Limit 6 to (full text and yr.= «2009-Current»)	8

Ved dette søket valgte jeg artiklene;

- a) **"Leaving the Comfort of the Familiar": Fostering Workplace Cultural Awareness through Short-Term Global Experiences (2010)** av Smith-Miller, C.A., Leak, A., Harlan, C., Dieckmann, J. & Sherwood, G.
- b) **Promoting Nursing Students' Understanding and Reflection on Cultural Awareness with Older Adults in Home Care (2013)** av Mager, D. R., Grossman, S.

Jeg valgte artiklene fordi begge har relevans i problemstillingen. Artikkelen "Leaving the Comfort of the Familiar": Fostering Workplace Cultural Awareness through Short-Term Global Experiences er av god kvalitet der forfatterne fremhever hvordan internasjonalisering gjennom en utdypningspraksis i utlandet innvirker og forandrer en sykepleierstudents perspektiv om kulturell

kompetanse. Forfatterne tok med en del refleksjoner av studentene som var med i studien som gjør artikkelen interessant å lese. Artikkelen av Mager og Grossman valgte jeg fordi den har fokus på hjemmebasert sykepleie av mennesker med minoritetsbakgrunn. Jeg synes at dette er relevant å diskutere mot problemstillingen fordi den setter sykepleie på en annen setting, altså hjemmet.

Ved andre søk brukte jeg CINAHL. Jeg valgte å bruke samme søkeord som jeg brukte ved første søk. Jeg gjorde et enkelt søk av begrepene cultural awareness, cultural sensitivity, cultural competence og nursing. Deretter kombinerte jeg alle søkene og søket ga 34 forskningsartikler. For å begrense søket valgte jeg kun artikler med full tekst og publisert i året 2009-2014. Søket ga 9 treff. For å avgrense mer brukte jeg et søkeord til som jeg fant på SveMed; cultural knowledge, som ga flere treff. Jeg kombinerte da resultatet med det siste søket og ga 5 forskningsartikler. Tabellen under viser søkets fremgangsmåte.

3.2.1 Tabell 2 – CINAHL

Søk i Ovid Nursing Database 27.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	cultural awareness		1613
S2	cultural sensitivity		5953
S3	cultural competence		5705
S4	nursing students		32348
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		34
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters – Full text; Published date: 20090101- 20141231	9
S7	cultural knowledge	Limiters – Full text; Published date: 20090101-	515

		20141231	
S8	S6 and s7		5

Ved dette søket valgte jeg 1 artikkel som heter;

Intercultural Education of Nurses and Health Professionals in Europe (IENE) (2011) av Taylor G., Papadopoulos I., Dudau V., Maerten M., Peltegorova A. & Ziegler M. (2011)

Artikkelen valgte jeg å bruke fordi den bygger på samme utviklings modell som jeg brukte i oppgaven. Jeg synes at studiens formål som å identifisere studentenes læringsbehov er viktig i forhold til min problemstilling. Jeg tenker at for å kunne hjelpe studentene for å tilegne seg kulturell kompetanse må man finne ut hvilke læringsbehov de har.

Siste artikkelen jeg brukte er fra Medline. Ved søk av artikkel brukte jeg de samme søkeordene; cultural awareness, cultural sensitivity, cultural competence og nursing students. Denne gangen brukte jeg subject headings som: cultural diversity, cultural competency og nursing, for å få litt mer treff siden jeg brukte de samme ordene ved de to første søk. Jeg gjorde et enkelt søk av hvert begrep og deretter kombinerte alle søkene ved bruk av AND som ga 3 treff. Siden det var kun 3 treff valgte jeg ikke å avgrense søket. Tabell 3 under viser fremgangsmåten av søket.

3.2.2 Tabell 3 – Medline

Søk i Medline Database 27.01.2014			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
1	cultural awareness OR cultural diversity		9511
2	cultural sensitivity		631
3	cultural competence OR cultural competency		3495
4	Nursing students OR students, nursing		19830

5	1 AND 2 AND 2 AND 3 AND 4		3
---	------------------------------	--	---

Av de tre artiklene, valgte jeg artikkelen som heter;

The Impact of Cultural Diversity Forum on Students' Openness to Diversity (2010) av Sanner, S., Baldwin, D., Canella, K., Charles, J., & Parker, L.

Denne artikkel valgte jeg fordi artikkelens hovedfunnene og intervensjonene som ble brukt i studien har relevans i oppgavens problemstilling. I tillegg er metoden som ble brukt i studien er ulik fra de tre første artiklene som gjør at artikkelen er interessant å vurdere.

3.3 Kildekritikk

Ifølge Dalland (2012, s. 72) handler kildekritikk om å vurdere og karakterisere litteraturen som man skal bruke i en studie. Det vil si at gjennom en kildekritikk skal leseren få forfatterens refleksjon over hvilken relevans og gyldighet litteraturen han valgte å bruke for å belyse problemstillingen. Det innebærer at man skal forholde seg kritisk til det kildematerialet man bruker i oppgaven og hvilke kriterier man har benyttet seg når han valgte litteraturen. Dalland (2012, s. 67-68) sier også at kildekritikk er en måte å finne ut om en kilde er sann, og at det er to sider av kildekritikk; å finne frem den litteraturen som passer best i problemstillingen (kildesøking) og å redegjøre for den valgte litteraturen.

Jeg har valgt å bruke Madeleine Leiningers teori om transkulturell sykepleie eller «Theory og Culture Care Diversity and Universality» og Irihapeti Ramsdens teori om kulturell trygghet (cultural safety) fordi begge teoriene er relevante for å belyse problemstillingen. Med Leiningers teori kan jeg vise hvordan kultur og omsorg henger sammen og hvordan de to begrepene påvirker hverandre. Ramsdens teori er viktig i oppgaven fordi teoriens modell viser tydelig frem hvordan sykepleiestudenter kan oppnå kulturell trygghet i utførelsen av sykepleie. Jeg har brukt både primærlitteratur og sekundærlitteratur. I forhold til Ramsdens teori har jeg ikke klart å skaffe læreboka og brukte internet som kilde, noe som man kan være litt kritisk til. Men kilden er en troverdig tidsskrift og er sykepleierelatert. .

3.4 Kritisk vurdering av artikler

Dalland (2012, s. 73-74) påpeker at når man skal kritisk vurdere en kilde skal kildetype redegjøres og at man skal overbevise leseren at den er tilstrekkelig til å besvare problemstillingen i oppgaven. Han nevner de tre essensielle punkter som skal vurderes når man skal velge kilder; gyldighet, holdbarhet og relevans.

Kildenes gyldighet: Kulturell kompetanse har blitt et omdiskutert tema i alle helserelevante tjenester og praksis, og manglende forskning på dette emne har i det siste året fått oppmerksomhet i media. Migrasjon er et økende fenomen og kulturell kongruent sykepleie vil sannsynligvis bli den neste «tingen» i helsepolitikken. Disse faktaene gir en garanti for at forskere/ekspertene på dette området har et spennende og utfordrende arbeid som venter i årene som kommer.

Kildenes holdbarhet: Kildene som har blitt presentert i oppgaven er hentet fra godkjente databaser gjennom HSH sin bibliotek. For å vurdere om artiklene var av god kvalitet i forhold til holdbarhet, var sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning og sjekklister for vurdering av randomisert kontrollert studie (RCT) fra kunnskapsbasertpraksis benyttet (kunnskapssenteret.no). Gjennom sjekklister ble artiklens metode, resultat, etikk diskusjon og referanseliste vurdert. Sjekklister ble direkte fylt ut og lagt ut som vedlegg i oppgaven.

Kildenes relevans: Artiklene som ble valgt ut har i stor grad relevans i forhold til problemstillingen. Artikkelen til Smith-Miller, C. A., Leak, A., Harlan, C. A., Dieckmann, J. & Sherwood, G. viser hvilken innvirkning en fordypningspraksis i utlandet har i studentenes forståelse av kultur som er annerledes fra sine egne, og hvordan erfaringene har påvirket og forandret studentenes perspektiv om brukere av helsetjenester med minoritetsbakgrunn. Artikkelen til Mager, D. R., Grossman, S. kaster lys over problemstillinger som helsearbeidere står foran i møte med flerkulturelle pasienter i en annen setting; hjemmet. I studien ble det gjort aktiviteter som simuleringer og case studier som utfordret studentenes evne til å sette seg inn i situasjoner og reflektere over det. Dette visste seg å ha effekt på hvordan studentene definerer kulturell kompetanse. Artikkelen om IENE-prosjekt av Taylor G., Papadopoulos I., Dudau V., Maerten M., Peltegorova A. & Ziegler M. utforsker læringsbehovene av studenter og

helsearbeidere for å forberede dem til en multikulturell arbeids arena. Sanner, S., Baldwin, D., Canella, K.A.S, Charles, J. & Parker, L. artikkel om åpenhet til kulturelt mangfold har som formål å finne ut effekten av et multikulturell forum som tiltak. Dette anser jeg som relevant i oppgaven fordi intervensjonens resultatet fremhever at interaksjon mellom flerkulturelle individer er essensiell når man skal lære om andre kulturer.

3.5 Etisk vurdering av artikler

Ifølge Dalland (2012, s. 96-97) er etikk normer som gir oss veiledning og grunnlag når vi vurderer noe. Ved forskning bør arbeidet skje i overensstemmelse med bestemte retningslinjer som er ansett som akseptabelt. Dette betyr blant annet at målet med forskning om å vinne ny kunnskap og innsikt må ikke skje på bekostning av andres integritet og velferd (Dalland, 2012).

Forsberg og Wengström (2013, s. 145) fremhever at etiske overveielser er et krav på alle vitenskapelig studier. Dette innebærer at forskerne søker godkjenning ved lokal eller etisk komité før et forskningsprosjekt settes i gang. Forfatterne også påpeker plagiat i forskning. De presiserer at fusk og uhederlighet ikke skal forekomme i forskningsarbeidet.

I oppgaven er APA-standard brukt på en akademisk rett måte for å referere både pensumlitteratur og litteraturstudie som var benyttet. Jeg har i tillegg brukt egne opplevelser i praksis for å belyse problemstillingen, og har vært nøye med anonymisering av pasienter eller institusjoner som jeg refererer til.

4 RESULTAT

Her skal forskningsartiklene som jeg har brukt i oppgaven presenteres. For å gjøre det oversiktlig for leseren skal det skrives et sammendrag av hver artikkel. Sammendraget inneholder tittel, forfatter (e), hensikt, type studie/metode, deltakere og hovedfunn.

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

4.1.1 "Leaving the Comfort of the Familiar": Fostering Workplace Cultural Awareness through Short-Term Global Experiences (2010)

Sammendrag

Hensikt: Formålet med studien var å utforske forandringer i studentenes kulturelle perspektiver etter en kortsiktig fordypningspraksis i Guatemala, og finne ut hvordan deltakere kan eventuelt overføre refleksjonene og hva de har lært i praksis.

Metode: Metoden som ble brukt var en kvalitativ forskningsmetode som analyserer studentenes refleksjons- papirer/notater for å finne ut hvordan opplevelser som utveklingsstudent fremmer studentenes kulturell perspektiv og styrker kulturell kompetanse i klinisk praksis. Deltakere var sykepleier- og mastergradsstudenter, både menn og kvinner i alderen 22-50 år, og har ulik etnisk bakgrunn. Det er til sammen 53 deltakere, 90% leverte inn skriftlig refleksjonsnotat mens 10% holdt en forelesning om sine opplevelser. Av det 48 innleverte refleksjonspapirene er det 15 refleksjonspapirer som blir valgt ut til vurdering. Det utvalgte papirene ble valgt ut basert på kvaliteten av innholdet, studentens evne til å reflektere og artikulere opplevelser og hvor hensiktsmessig han/hun følger angitte retningslinjer for oppgaven.

Resultat: Studien viser at en kortsiktig fordypningspraksis i utlandet har stor innvirkning på studentenes utvikling både som et individ og som en fremtidig profesjonell helsearbeider. Internasjonale utviklingsprogram viser til å ha god effekt på studentenes utvikling av kulturell bevissthet og kultursensitivitet. «Home-stays», det vil si å bo i en lokal vertsfamilie har gitt studentene mer læringsutbytte i forhold til landets levemåte og hvordan faktorer som kultur, tradisjon og ressurser påvirker befolkningens helse, enn det å bo på et hotell.

Forfatter(e): Smith-Miller, C. A., Leak, A., Harlan, C. A., Dieckmann, J. & Sherwood, G.

4.1.2 Promoting Nursing Students' Understanding and Reflection on Cultural Awareness with Older Adults in Home Care (2013)

Sammendrag

Hensikt: Studien har som formål å utforske ulike strategier som fremmer studentenes evne til refleksjon om kulturell kompetanse ved bruk av «case studies» med fokus på hjemmebasert sykepleie og/eller bruk av «simuleringer» som metode. Et annet formål med studien er å forbedre studentenes evne til å definere kulturell kompetanse og ekspandere studentenes evne til effektiv refleksjon om kultur.

Metode: Kvalitativ undersøkelse ble brukt ved å samle data i forhold til studentenes definisjon om kulturell kompetanse. Deskriptiv statistikk ble brukt til å vurdere studentenes nivå i refleksjonsskriving. Forskerne brukte ulike redskap ved datasamling som demografisk skjema, mal for refleksjonsskriving, egenutviklet retningslinjer for «debriefing» og «face validity» ved brukt av simuleringseksperter.

Resultat: Forskerne fant ut at begge gruppene (3. års- og 4. års studenter) har forbedret sin definisjon av kulturell kompetanse etter undersøkelsen. Forskerne fant ut at studentene brukte mer variabler ved definisjon av kulturell kompetanse etter de ulike aktivitetene sammenlignet med den første definisjonen. Noen studenter hevdet at det å tilegne seg kulturell kompetanse er en kontinuerlig fenomen, og at man må være bevisst på egne verdier før en kan bli kulturell kompetent. De fleste deltakere poengterte at i møte med diverse kulturelle pasienter trengs ikke bare effektiv kommunikasjonsevne men identifisering av pasientenes menneskebehov er essensiell. I studien kom det også fram at 4. års studenter har høyere nivå i forhold til skriving av refleksjoner på begge tidspunkt (midt- og sluttsemester) enn 3.års studenter. Etter case study og simuleringer har studentene fått mer forståelse for pasientene. De ble mer bevisst på egne verdier og innså hvordan kulturell bevissthet påvirker omsorg i sykepleie.

Forfatter(e): Mager, D.R. & Grossman, S.

4.1.3 Intercultural Education of Nurses and Health Professionals in Europe (IENE) (2011)

Sammendrag

Hensikt: Denne kvalitativ studie har som formål å identifisere studentene og helsearbeidernes behov for kunnskap og opplæring om kulturell kompetanse for å forberede dem til eventuelt praksis i utlandet og/eller i et multikulturelt miljø. Et annet viktig mål med studien er å informere utviklingen av de nettbaserte undervisningsmaterier (eks. ordliste av nøkkelord oversatt til ulike språk) for studenter og helsearbeidere som forskerne har utformet selv basert på studiens resultat.

Metode: Datasamling ble gjort gjennom en spørreundersøkelse hvor spørreskjema ble sendt til fem land i Europa som deltok i undersøkelsen nemlig; Belgium, Bulgaria, Germany, Romania og Storbritannia. Undersøkelsen ble fullført av totalt 118 deltakere. Studien brukte både *priori* og induktiv tilnærming ved data analyse.

Resultat: Studien viser at praktisk erfaring har en fundamental rolle i forberedelsen av arbeidskraften for å jobbe i andre land og/eller praksis i et multikulturelt samfunn. Men det er en forutsetning at helsepersonell må være forberedt på slike erfaringer og sette pris på muligheten å lære om kultur for å kunne utforske verdier og livssyn, og for å kunne praktisere flerkulturell kompetanse innen et trygt miljø. Det er et stort behov for mer forståelse av «kultur» som konsept og ikke minst forståelse av egne kultur og verdier og hvordan disse ble overført fra en generasjon til en annen. Et behov for aktiviteter som eksponerer studentene og helsearbeidere til et flerkulturelt samfunn der alle kan dele egne normer og erfaringer, var nevnt. Pedagogisk initiativ, kurs og seminarer til studenter og helsearbeidere var også et av behovene som deltakere nevnte.

Forfatter (e): Taylor G., Papadopoulos I., Dudau V., Maerten M., Peltegova A. & Ziegler M.

4.1.4 The Impact of Cultural Diversity Forum on Students' Openness to Diversity (2010)

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med studien var å evaluere effektivitet av en egenutformet multikulturell forum, den såkalte Annual Cultural Diversity Forum, på studentenes kultursensitivitet basert på deres åpenhet til diversitet.

Metode: Studien brukte en kvasi-eksperimentell metode ved analysering av pretest og posttest for å evaluere effekten av Diversity Forum i forhold til deltakernes åpenhet til diversitet. Forskerne brukte også en Likert-scale som de kaller for Openness to Diversity Challenge Scale (ODCS) med alternativer som studentene kan krysse av fra skala 1=helt uenig til 5=helt enig. Høy poeng indikerer høyt nivå av åpenhet til diversitet mens lav poeng indikerer lavt nivå av åpenhet.

Resultat: Studiens hypotese var at deltakernes poeng ved posttest er høyere enn pretest og resultatet visste et signifikant positivt svar. Dette betyr at et forum eller workshop om kulturelt mangfold har god effekt på deltakernes kulturell bevissthet. I studien kom det også fram at studentene får mer bevissthet og forståelse for etniske minoritetenes behov ved å sette seg inn i den rollen de er i gjennom en interaktiv aktivitet.

Forfatter(e): Sanner, S., Baldwin, D., Canella, K.A.S, Charles, J. & Parker, L.

5 DRØFTING

Teoriene som ble brukt i oppgaven gir et godt grunnlag for oppgavens problemstilling. Hovedfunnene fra de fire artiklene jeg brukte i oppgaven indikerer at veien til kulturell kompetanse krever selvrefleksjon, kulturell bevissthet, kulturkunnskap, kultursensitivitet og samarbeid. Internasjonalisering gjennom utdypningspraksis i utlandet og «study abroad» program kan ha innvirkning på både personlig utvikling og profesjonell kompetanse hos sykepleierstudenter. Simuleringer og case studier i en multikulturell setting er positive tiltak for å forstå og definere kulturell kompetanse på en bedre måte. For at man kunne finne gode intervensjoner som kan fremme kulturell kompetanse er det essensiell å vite læringsbehovene av studentene.

Problemstillingen i oppgaven er; Hvordan kan sykepleiestudenter tilegne seg tilstrekkelig kulturell kompetanse?

5.1 Selverkjennelse: det første steget?

Helsearbeidere møter ulike utfordringer som konflikter og etiske dilemmaer i sitt daglige arbeid. Slike situasjoner oppstår særlig når mennesker man samarbeider med har svært ulik oppfatninger, verdier og livssyn fra ens egen. Kultur representerer en utfordring, sier Kumar & Viken (2010 s. 60). Når man står foran en pasient som verken snakker eller forstår språket, eller pasienten nekter å spise fordi han faster, kan man undre om man har den tilstrekkelige kompetansen å hjelpe pasienten.

For å møte mennesker i en vanskelig situasjon må man vite hvilken rolle man påtar seg i slike møter. I et interkulturelt helsearbeid der man jobber med etniske minoriteter, kreves det av helsearbeideren å ha kunnskap om kultur. Før man forsøker å lære andres kultur, må man være bevisst på sin egen kultur først, ifølge Papadopoulos et al. (2006, s. 11-18).

Kulturell bevissthet er det første steget i Papadopoulos og kollegaene sin modell for utvikling av kulturell kompetanse. Ved kulturell bevissthet skal man undersøke egne verdier og livssyn for å skape egen identitet. Livssyn og verdier er prinsipper som veileder oss når vi vurderer og tar

beslutninger i livet. Disse prinsippene definerer hvem vi er og hvordan vi ser verden vi lever i, som et unikt individ (Papadopoulos et al. (2006, s. 11-18). For meg handler kulturell bevissthet om å kjenne ens selv; å finne ut hva som skiller man fra andre, undersøke hvilke verdier man setter høyt framfor andre og å skape ens egen identitet. Hvordan gjør man det?

Ramsdens teori om kulturell trygghet fremhever sykepleierens ansvar å skape tillit i et pasient-sykepleier forhold. Dette innebærer at sykepleieren må granske sine egne holdninger og må være sensitiv overfor kulturforskjeller, og vise respekt for andres verdier og holdninger (sitert i Kumar og Viken, 2010 s. 69-70). Denne teorien finner støtte i både Leiningers teori og Papadopoulos et al. sin modell, hvor kulturell bevissthet er en viktig komponent i utviklingen av kulturell kompetanse.

Artikkelen "*Leaving the Comfort of the Familiar*": *Fostering Workplace Cultural Awareness through Short-Term Global Experiences*, viser hvordan en fordypningspraksis i et miljø der kulturelle ritualer, tradisjoner og levemåter er annerledes fra hva man har vokst opp med, påvirker en persons perspektiv om kultur. I studien kom det fram ulike kontemplasjoner fra deltakere om egne verdier, livssyn og kulturelle oppfatninger under og etter praksisperioden. I studien ble studentene satt ut i det lokale samfunn via «home-stay» der de bodde på en vertsfamilie og levde som en del av familien. Studentene har også vært med på å besøke landets frivillige organisasjoner der de fikk nye oppdagelser om folk i Guatemala. En slik «eksponering» av studentene i praksis visste seg å ha gitt dem mer innsikt på hvordan en vanlig familie i Guatemala lever. På den måten fikk studentene en bedre forståelse av befolkningens holdning og væremåte. Studentene påsto at de hadde lært mer ved å bo i en lokal familie enn det de ville ha lært ved å bo på et hotell. Dette er et bevis på at muligheten til å utvikle studentenes kulturell bevissthet gjennom en «home-stay» ordning er stor (Smith-Miller et al., 2010).

Man kan si at tilrettelegging av praksis i utlandet har mye å si om hvor mye studentene får ut av praksisen som læringsutbytte. Som resultatet i studien ovenfor visste, opplevde studentene at «home stay» har bidratt stort i læringsprosessen. Skolen må derfor sørge for at praksisstedet tilbyr ordninger som møter studentenes behov for læring slik at praksisen kan oppleves lærerik. Internasjonalt samarbeid mellom høyskolen og den internasjonale samarbeidspartneren ved

planlegging og koordinering er en viktig faktor med en slik type praksis. Tilretteleggingen bør også tilpasses studentenes læringsbehov for å oppnå målet med praksis. Et eksempel på dette er behov for kulturell bevissthet. I undersøkelsen gjennomført av Taylor, et. al (2011) kom det fram at man skaper sin egen identitet ved å være i et annet kulturelt miljø. Dette er på grunn av man blir mer bevisst på kulturelle ulikheter mellom den andre kulturen og sin egen når man ser og opplever forskjellene selv.

5.2 Kulturkunnskap

Det å tilegne seg kunnskap om andre kulturer er neste steget for å oppnå kulturell kompetanse, påstår Papadopoulos et al. (2006, s. 11-18) Kulturbegrepet i seg selv er komplisert nok. Med tanke på hvor mange ulike kulturer som finnes i verden i dag, er det helt umulig å lære hver eneste av dem. Betyr det at vi må kunne all kunnskap om ulike kulturer for å kunne gi en tilstrekkelig og kulturell kompetent sykepleie? Ifølge Hanssen (2005, s. 16-17), kulturkunnskap om en pasient med minoritetsbakgrunn, uansett hvor lite det er, har stor betydning i pasientens behandling og hvordan han opplever den pleien han får. Men måten man bruker kunnskapen på, er viktig. Hansen presiserer at kunnskapen skal brukes som en ressurs og ikke som oppskrift av hvordan pasienten skal behandles. Det betyr at sykepleieren må huske på at pasienten er et enkelt individ med enkelte behov selv om han tilhører en gitt religion eller gruppe (Hanssen, 2005 s. 16-17).

Madeleine Leininger var opptatt av at helsearbeidere skal lære om ulike kulturer og omsorgsfaktorer for å kunne gi en kulturkongruent sykepleie. Denne er grunnen til at hun utarbeidet «ethnonursing» metode. Sammen med utviklingen av metoden kom «ethnohistory» begrepet, som i daglig tale refererer til de historiske, geografiske og sosiokulturelle bakgrunn av mennesker som må læres av helsearbeidere for å kunne gi en menneskebasert sykepleie. Sykepleiere kan deretter vurdere pasientenes aktuelle situasjon ut i fra de ulike faktorene som spiller inn i deres egen oppfatning av sykdom og helse. Kulturkongruent sykepleie vil si at sykepleieren tar hensyn til pasientens kultur når helsehjelpen skal ytes (Leininger & McFarland, 2006 s. 1-21).

Leiningers teori om viktigheten av kultur i utøvelsen av sykepleie, særlig hennes «Sunrise Enabler» modell for kulturell omsorg, har fått kritikk for å legge stor vekt på kultur som entydig begrep og grunnlag for hvordan sykepleieren skal handle ved utførelsen av pleie (Kumar & Viken, 2010 s. 69).

Magelssen (2008, s. 75) påstår at ikke alle kulturelle praksis er helsebringende. Forfatteren eksemplifiserer denne påstanden ved å nevne tema om omskjæring for kvinner praktiseres av andre kulturer som kan ha negativ effekt for kvinners reproduksjon, og er derfor helseskadelig. I situasjoner der kulturelle praksis ikke er helsebringende, er det helsearbeideres ansvar å gå i dialog med pasienten for å finne mulige alternativer. Magelssen nevner også at kulturforskjeller kan i stor grad påvirke etniske minoriteter eller innvandreres sosiale behov fordi det er ritualer og tradisjoner som er «ulovlige» i deres kultur men praktiseres av folk i det nye miljøet de er i. Dette kan blant annet føre til at de isolerer seg hjemmet og dermed integrering i det nye samfunnet kan bli vanskelig. Med dette mener Magelssen at alle samfunnssektorer må delta og bidra noe slik at etniske minoriteter får en helhetlig omsorg (Magelssen, 2008, s. 77-78).

Studien av Sanner, et. al (2010). *The Impact of Cultural Diversity Forum on Students' Openness to Diversity* som handler om kulturelt mangfold, har som formål å evaluere studentenes kultursensitivitet og åpenhet til diversitet ved bruk av en multikulturell forum. En viktig del av forumet var en interaktiv aktivitet der et rollespill ble lagt frem. Rollespillet gjenspeiler problemstillinger som etniske minoriteter og innvandrere møter når de spør om hjelp fra helseinstitusjoner og blir behandlet urettferdig. Noen av studentene spilte som de utsatte gruppe (innvandrere) som blant annet mangler språkkompetanse. En av studentenes refleksjoner etter aktiviteten handlet om hvordan det føltes for dem å være den utsatte. Resultatet i studien viser at studentene har fått en forståelse av hvor frustrerende det er å være «den utsatte», når man føler seg inkompetent på grunn av språkproblem. Studentene påsto at rollespillet hadde hjulpet dem til å se på de som tilhører minoritetsgruppe på en annen måte og innså hvor viktig det er å være sensitiv i forhold til de behovene mennesker med en annen kulturell bakgrunn har (Sanner et. al, 2010).

Å skaffe seg kulturkunnskap er like viktig som det er vanskelig å gjøre. Tema om kultur og internasjonalisering har vært en del av lærerplanen i sykepleierutdanning. Allikevel synes jeg at det kan forsterkes. Sykepleiestudenter trenger mer innføring i kulturell kompetanse og transkulturell sykepleie både praktisk og teoretisk. Praksis i utlandet eller i et multikulturelt miljø har vist en positiv effekt på studenters utvikling av kulturkunnskap. Dette beviser studien *"Leaving the Comfort of the Familiar": Fostering Workplace Cultural Awareness through Short-Term Global Experiences* hvor hovedfunnene viser at studentene får mer utbytte av å bo sammen med en lokal vertsfamilie der de kan observere de daglige driften i hjemmet, hvilke ritualer og tradisjoner de praktiserer og hvordan de lever ut fra de ressursene de har (Smith-Miller, et al., 2010).

I artikkelen av Taylor et al. (2011) som handler om evaluering av opplærings – og undervisningsbehov av studentene i forhold til kulturell kompetanse var det flere behov som ble foreslått. En av de som ble nevnt var behov for flere studiedager der grupper med ulike kulturbakgrunn utveksler erfaringer og normer til hverandre og observere hvordan de samhandler med hverandre. På den måten kan man utfordre egne ideer og refleksjoner. De fleste av deltakere var enige om behov for utdanningstiltak som studiedager, korte seminarer eller kurs for å tilegne seg kunnskap om kultur. Kjennskap til tradisjoner, kulturarv, historiske og spirituelle utviklinger i landet og hvordan disse ble overført fra en generasjon til en annen, ble også nevnt som et viktig læringsbehov av deltakere. Funnene i denne studien støtter Leiningers «ethnonursing» teori hvor «ethnohistory» er et avveierende begrep.

5.3 Når språket svikter

I helsearbeid er pasientens rett til å få informasjon og medvirkning ved gjennomføring av omsorgs - og helsetjenester et viktig krav. Pasienter skal informeres blant annet om helsetilstand, innholdet av helsetjenesten og om mulige risiko og bivirkninger av en behandling. Ifølge Pasient – og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) skal medvirkningens form tilpasses mottakerens evne til å gi og motta informasjon. Det vil si at «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn», slik det fremstår i § 3-5 i Pasient – og brukerrettighetsloven (1999).

Eide & Eide (2007) fremhever bruk av profesjonell kommunikasjon i helsefag. Forfatterne sier at helsepersonell kommuniserer som yrkesutøvere og ikke som privatpersoner i sitt arbeid. Profesjonell kommunikasjon vil da si «kommunikasjon som hører ens yrke til». Profesjonell kommunikasjon skal gjennomføres med hensyn til sykepleiens hovedformål «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse» og skal baseres på yrkets verdigrunnlag. Med dette betyr det at helsepersonell skal også gjennomføre en profesjonell kommunikasjon med hensyn til profesjonens verdigrunnlag, altså respekt for det enkelte, barmhjertighet og omsorg (Eide & Eide, 2007 s. 18-19).

I artikkelen av Smith-Miller et al. (2010) *"Leaving the Comfort of the Familiar": Fostering Workplace Cultural Awareness through Short-Term Global Experiences* kom det tydelig fram hvordan det følte for deltakere å bli «frattatt» evnen til å kommunisere. Behovet for å måtte lære et helt fremmedspråk og følelsen av å ikke kunne uttrykke seg selv på en forståelig måte har fått studentene til å tenke utfordringen som de ikke-engelsktalende innvandrere i USA møter i hverdagen.

Dahl (2013, s. 171) sier at tolk skal benyttes når det er mistanke om språk hindrer kommunikasjon i utførelsen av sosial – og helsetjenester. Han hevder at den offentlige sektorens ansatt har ansvar for at kommunikasjonen er tilfredsstillende og at han skal sørge for at informasjonen skal bli opplyst og forstått. Brunvatne (2006, s 55-64) mener at en profesjonell tolk som brukes i helsetjenester bør vite om tolketeknikker og behersker medisinsk terminologi slik at kommunikasjonen mellom hjelperen og pasienten blir tilfredsstillende. Madeleine Leininger påpeker også at bruk av ansatt som tolk uten noe formell form for kulturell eller medisinsk utdanning er uhensiktsmessig. Det samme gjelder ved bruk av barn som tolk (Leininger & McFarland, 2006 s.168). Hanssen er enig med Leininger at barn skal aldri brukes som tolk når helsearbeideren og pasienten ikke har noe felles språk. Dette begrunner Leininger (2006) med at tolking for et familiemedlem kan oppleves stressende for barnet og kan føre til konflikt mellom barnet og familiemedlemmet.

I helt ekstreme situasjoner der man ikke får tak i profesjonell tolk blir man nødt til å bruke familietolk, til og med barn (Hanssen, 2005 s.66). Men hva gjør man når disse alternativene ikke

er til stede? Det finnes andre kommunikasjonsmåter når akutte tolkeproblemer oppstår. Som Hanssen (2005, s.65) foreslår, tegn og gester ved bruk av ansiktsuttrykk og hudkontakt kan oppleves som trøst og støtte. Bruk av en vennlig stemme selv om pasienten ikke forstår språket kan gi varme og trøst. Det kan også være lurt å ha en ordliste på de mest aktuelle språkene i avdeling (Hanssen, 2005, s.65). Men er dette tilstrekkelig? Hva med å lære nye språk?

Dahl (2013, s. 141) sammenligner det å lære et nytt språk med det «som å bli som barn igjen», der man prøver ulike måter å uttrykke seg på, gjør feil og bli korrigert. I Norge kan man lære et annet språk hvis man velger det som valgfag på skolen. Men det er ikke alle som fortsetter å studere og bruke språket videre slik at det tillærte språket etter hvert forblir en «bit» av ens språk kompetanse. Engelsk er et språk som brukes internasjonalt. I praksis, når pasienten ikke kan snakke norsk, spør ofte helsearbeideren om vedkommende snakker engelsk. Det er fordi mange bruker engelsk som andre språk. Man kan nesten forvente at helsearbeidere har mer kompetanse på engelsk med tanke på den utdanningen de har. Men det kan slå andre veien også. I praksis har jeg opplevd flere ganger at helsepersonell spør om hjelp fra andre når de får engelsktalende pasienter fordi kunnskapen strekker ikke til. Selv om man har generell kunnskap på engelsk, er det ikke tilstrekkelig hvis man aldri har lært fagspråket tidligere.

5.4 Kulturell omsorg

På grunn av kulturforskjeller kan det være vanskelig for helsearbeidere å vurdere, behandle og pleie pasienter med en annen kulturell bakgrunn. Det kan være lett for helsearbeidere å stereotypere pasienter som har svært ulik oppfatning om helse og sykdom i forhold til den vestlige medisinske tenkningen. Pasienter med etniske – eller innvandrerbakgrunn kan da fremstå som vanskelige pasienter (Hanssen 2005, s. 83). Dette minner meg om et sitat som jeg fikk høre av en hjelpepleier en gang i praksis. Hun sa, «Det finnes ikke vanskelige pasienter. De har det vanskelig». Sitatets budskap gikk rett i hjerte da jeg tenkte noen år tilbake ... da jeg hadde det vanskelig, og kanskje fremsto som vanskelig ved mitt første møte med det norske helsevesenet som pasient.

Å være pasient i et fremmed land som er kjent for å ha et bedre levekår og velferd enn mitt eget land skapte enorme forventninger fra min side. Jeg var stort sett fornøyd med den «såkalte»

helhetlig behandlingen jeg fikk men det var et eller annet som manglet. Da sykepleieren kom inn til meg en morgen for å sjekke om jeg var ferdig å stelle meg, ble hun bekymret da hun så at jeg var på gråten. Hun spurte meg om hva som var feil. Jeg valgte å skylde på smerter. Det som egentlig gjorde meg emosjonell var tanken på sykepleieren som bare kom med vaskekluten til meg og spurte om jeg klarer å vaske meg selv. Jeg nikket fordi jeg trodde at jeg var nødt til å gjøre det. I et filippinsk sykehus er det vanlig å ha en «watcher», en eller flere pårørende som skal være med den syke 24 timer i døgnet for å stelle, mate og rope etter helsepersonell når pasienten trenger medisiner eller ekstra tilsyn. Sykepleieren som passet på meg da gjorde det sikkert med en god mening, «bruke pasientens ressurser» heter det i sykepleie. Dette skjønte ikke jeg før jeg begynte å studere sykepleie selv. Men der og da følte jeg ikke ivaretatt. Jeg måtte klare meg selv fordi jeg hadde ingen og det var helt greit. Det eneste jeg hadde ønsket meg å få fra pleieren var et smil for å føle meg velkommen, kanskje en liten prat om andre ting enn bare smertestillende for å kjenne meg inkludert ... litt omsorg for å lindre ensomheten jeg følte.

Leininger var opptatt av at kultur må tas hensyn til når man skal gi omsorg slik at omsorgen kan oppleves meningsfylt og velgjørende (Leininger & McFarland, 2006 s.3). I artikkelen *Promoting Nursing Students' Understanding and Reflection on Cultural Awareness with Older Adults in Home Care* der deltakere utførte simuleringer og case studier for å utforske ulike strategier som kan fremme kulturell kompetanse, kom det fram at kulturell omsorg handler ikke bare om effektiv kommunikasjonsevne men det å finne ut hvilket menneskebehov pasienten har er viktig. I studien ble det fastslått at kulturell bevissthet påvirker omsorg i sykepleie i stor grad.

6 AVSLUTNING

«Verden er ikke så stor», får man høre ofte. Sitatet signaliserer at vi er bevisste på sannheten at verden gjennomgår en rask endring og utvikling. Denne utviklingen førte til at mennesker og samfunn har blitt knyttet tettere sammen og verden har blitt mindre. Globalisering med sin økende grad av internasjonal samhandling bringer landet en rekke utfordringer. Møter med mennesker med en annen kulturell bakgrunn er en av dem.

Hensikten med denne litteraturstudie er å skaffe mer kunnskap om kulturell kompetanse og finne ut hvordan man kan tilegne seg kompetansen. Ulike intervensjoner skal utforskes for å komme med nye idéer og metoder om hvordan man kan tilrettelegge sykepleierstudenters behov for å tilegne kulturell kompetanse.

Kulturell kompetanse er ens evne til å fungere effektivt i konteksten av kulturelle ulikheter. Det krever ens kulturell bevissthet, sensitivitet og kulturkunnskap for å tilegne seg kompetansen. Hovedfunnene i denne studie konkluderer at teoretisk innføring av grunnleggende kunnskap om kulturell kompetanse og multikulturell sykepleie trenger mer fokus. Når det gjelder praksis, er det viktig å anerkjenne studentenes læringsbehov for å kunne tilrettelegge for at sykepleierstudenter tilegner seg kulturell kompetanse. Man skal deretter finne intervensjoner som tilpasser og møter studentenes behov for læring om kultur. Praksis i form av utdypningspraksis i utlandet eller i et flerkulturelt miljø er den mest effektive tilnærming. Simuleringer og case studier har også en positiv effekt på studentenes utvikling av kulturell kompetanse. Bevisstgjøring gjennom refleksjon i praksis utvikler studentenes evne til å definere kulturell kompetanse. Totalt sett viser studiene at praksis gir bedre læring enn ren teoretisk tilnærming.

I denne litteraturstudie fant jeg ut at selv om det er lite forskning på dette området, finnes det gode intervensjoner fra tidligere forskningsarbeid som har blitt brukt. Disse er fremdeles tilgjengelige å anvende i dagens praksis. Sykepleiestudenter har på den måten muligheten til å lære og tilegne seg kunnskap om kulturell kompetanse. Men den store utfordringen å lære vekk og videreutvikle kunnskapen ligger hos lærere som underviser sykepleiestudenter de grunnleggende teoretiske kunnskap på skolen; skolekoordinatorer som tilrettelegger gode praksisperioder for studenter; kontaktsykepleiere som følger studentene i praksis; forskerne som

utforsker nye kunnskap og metoder, og ikke minst helseinstitusjonene som skal vise studentene hvordan tillærte og oppdaterte kunnskap om kulturell kompetanse anvendes i praksis.

7 REFERANSELISTE

Brunvatne, R. (2006). *Flykninger og asylsøkere i helsetjenesten*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i interkulturell kommunikasjon*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., & Eide T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kumar, B.N., & Viken, B. (red.) (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Fagbokforlaget.

Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 14. februar 2014 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Leininger, M.M., & McFarland, M.R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. (2.utg.). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

- Magelssen, R. (2008). Kultursensitivitet: Om å finne likhetene I forskjellene. (2.utg.). Oslo: Akribe.
- Mager, D.R., & Grossman, S. (2013). Promoting Nursing Students' Understanding and Reflection on Cultural Awareness with Older Adults in Home Care. *Home Healthcare Nurse*, 31 (10), 582-588. doi: 10.1097/01.NHH.0000436218.64596.b4
- Papadopoulos, I. (red.), Helman, C., & Purnell, L. (2006). *Transcultural health and social care: Development of culturally competent practitioners*. Philadelphia: Elsevier's Health Sciences Rights Department.
- Papps, E., & Ramsden, I. (1996). *Cultural safety in nursing: the New Zealand experience*, 8 (5), 491-497. doi: 10.1093/intqhc/8.5.491
- Pasient – og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient – og brukerrettigheter av 2. juli*. Hentet 14. januar 2014 fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven*#KAPITTEL_2
- Regjeringen.no. (2013). Migrasjonsbildet. Hentet 21. januar fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/tema/innvandring/midtspalte/migrasjon/migrasjonsbildet.html?id=85881>
- Sanner, S., Baldwin, D., Canella, K.A.S., Charles, J., & Parker, L. (2010). The Impact of Cultural Diversity Forum on Students' Openness to Diversity. *Journal of Cultural Diversity*, 17 (2), 56-61.
- Smith-Miller, C.A., Leak, A., Harlan, C.A., Dieckmann, J., & Sherwood, G. (2010). "Leaving the Comfort of the Familiar": Fostering Workplace Cultural Awareness through Short-Term Global Experiences. *Nursing Forum*, 45 (1), 18-28. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00163.x.

Statistisk Sentralbyrå. (2013). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Hentet fra <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>

St.meld. nr. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles svar*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>

Taylor G., Papadopoulos I., Dudau V., Maerten M., Peltegorova A. & Ziegler M. (2011). Intercultural Education of Nurses and Health Professionals in Europe (IENE). *International Nursing Review*, 58 (2), 188-195. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00892.x

8 VEDLEGG

8.1 Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning

Artikkel 1

Innledende spørsmål

	Ja	Nei	Uklart
1. Er formålet med studien tydelig?	X		
	Formålet med studien er tydelig beskrevet. Det er å utforske forandringer i studentenes kulturelle perspektiver etter en kortsiktig utviklingsprogram i Guatemala og finne ut hvordan deltakere kan evt. overføre opplevelsene i praksis. Problemstillingen er: Hvordan fremmer utviklingen av sykepleierstudentenes kulturell kompetanse og anvende erfaringene i praksis? Denne er en relevant problemstilling fordi internasjonalisering har etter hvert blitt en viktig del av sykepleieutdanningen de siste årene og en slik tilnærming eksponerer studentene til andre kulturer og gir dem muligheter til å oppleve den kulturen landet har selv.		
2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?	X		
	Studien beskrev studentenes opplevelser under oppholdet. I de refleksjonsnotatene som studentene leverte inn til vurdering inneholdt		

	både sterke og gode refleksjoner om hele opplevelsen. I artikkelen har forfatterne tatt med en del sitater fra studentenes refleksjonsarbeidet.
--	---

Kan du stole på resultatene?

3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?	Kommentar: Ja. Deltakere er sykepleier- og mastergradsstudenter, både menn og kvinner i alderen 22-50 år, og har ulike etniske bakgrunn. Det er til sammen 53 deltakere, 90% leverte inn skriftlig refleksjonsnotat mens 10% holdt en forelesning om sine opplevelser. Av de 48 innleverte refleksjonspapirene er det 15 refleksjonspapirer som ble valgt ut til vurdering. De utvalgte ble valgt ut basert på kvaliteten av innholdet, studentens evne til å reflektere og artikulere opplevelser og hvor hensiktsmessig han/hun følger angitte retningslinjer for oppgaven.
4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?	Kommentar: I studien kom det fram at sensurenes fortolkninger og forståelser ble diskutert i gruppe og en kontinuerlig dokumentanalyse ble gjennomført.
5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Kommentar: Forskerne har gjort rede for hvilken signifikans forskningen har i forhold til den økende multikulturell populasjon og dermed behov for kulturell kompetente helsepersonell. Tidligere forskning på dette området ble brukt for å støtte studien.
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data	Kommentar: Refleksjonspapirene ble lest av sensurene hver for seg for å identifisere tema

forståelig, tydelig og rimelig?	ved å sammenligne papirene til hverandre. Det ble gjort en dialog og gruppediskusjon av sensurene etterpå.
7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?	Kommentar: Uklart.
8. Er etiske forhold vurdert?	Kommentar: Det ble søkt godkjenning fra universitetets Institutional Review Board og tilleggstiltak ble iverksatt for å redusere studentenes vulnerabilitet.

Hva er resultatene?

9. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Kommentar: Ja. Hovedfunnene: Ved å bo i et land som ikke snakker engelsk i det hele tatt har «tvunget» studentene til å lære landets språket (spansk) for å kunne kommunisere. Dette har gitt studenter mer innsikt på hvor vanskelig hverdagen er for de ikke-engelsktalende innvandrere i USA pga. manglende språkferdigheter. «Home-stays», det vil si å bo i en lokal vertsfamilie i Guatemala har gitt studentene mer læringsutbytte i forhold til landets levemåte og hvordan faktorer som kultur, tradisjon og ressurser påvirker befolkningens helse, enn det de ville ha lært ved å bo på et hotell. Ved å være vitne til fattigdom i landet har studentene reflektert over hvor stor innvirkning har den fysiske, sosiale, politiske og kulturelle omgivelsene for samfunnets helse. Ved å få besøke lokale helseinstitusjoner og nasjonale statlige organisasjoner har studentene observert hvor lite disse institusjonene av både
---	---

	<p>materielle ressurser og arbeidskraft i forhold til hva de har hjemmet i USA. Dette har gitt studentene en ide om hvordan landets helsearbeidere jobber ut ifra de ressursene de har. Mangel på arbeidsmuligheter og fattigdom var også en av observasjonene som ga studentene en annen persepsjon om migrasjon. De har fått mer empatisk forståelse enn fordommer av migranter som velger å forlate landet og satse for en usikker vandring til vestlige kanter.</p>
--	---

Kan resultatene brukes i praksis?

<p>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Kommentar: Funnene fra studien kan absolutt bruke i praksis. Resultatet poengterer at opplevelser av slike kortsiktige fordypningsprogram i utlandet har innvirkning på både studentens personlig utvikling og profesjonell kompetanse.</p>
---	--

Artikkel 2

Innledende spørsmål

	Ja	Nei	Uklart
<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p>	<p>X</p>		
	<p>Formålet med studien er å utforske ulike strategier som fremmer studentenes refleksjon om kulturell kompetanse ved bruk av «case studies» med fokus på hjemmebasert sykepleie og/eller bruk av «simulering» som metode. Et annet formål med studien er å forbedre</p>		

	<p>studentenes evne til å definere kulturell kompetanse og ikke minst ekspandere studentenes evne til effektiv refleksjon om kultur. Problemstillingen er interessant fordi forskerne valgte å bruke «hjemmet» som setting, der man kan finne mer enn hva kan forventes av faktorer som kan påvirke ved utførelsen av flerkulturell sykepleie.</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p>	<p>Ja Nei Uklart</p> <p>X</p> <p>Deltakere som var 3. og 4. års sykepleiestudenter deltok i to ulike klasseroms aktiviteter. 4. års studenter i grupper på 4-5 jobbet med to ulike simuleringer med fokus på eldre pasienter. Et rollespill om eldre pasienter som trenger innleggelse på intensivavdeling pga. forverret sykdomsbildet, ble utført. Pasientinformasjon som ble lagt vekt på var blant annet pasientens religion, kultur, alder, etnisk tilhørighet og familie engasjement. Etter rollespillet ble det gjort diskusjoner i gruppene og etterfulgt av strukturert «debriefing». 3. års studenter jobbet i små grupper med en kulturelt basert case study hvor settingen er i pasientens eget hjem. Pasientbakgrunn som alder, sykdomsanamnese, sivilstand, kultur og sosioøkonomisk status, etc. var tatt med. Casen ble analysert og en diskusjon ble gjennomført ved bruk av det samme «debriefings» retningslinje.</p>

Kan du stole på resultatene?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p>	<p>Kommentar: Artikkelen har tydelig beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt ut. Både 3. og 4. års sykepleiestudenter ble spurt om å delta i studien. En skriftlig oppgave som tok utgangspunkt i studiens formål ble gitt til studentene som et studiekrav. Det ble presisert at oppgaven var obligatorisk men studentenes deltakelse i studien var frivillig. Det er til sammen 114 studenter som deltok i studien fra begge kull, (n=59 juniors) og (n=55 seniors). I artikkelens innledning har forskerne skrevet hvor viktig det er for de utvalgte</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p>	<p>Kommentar: I studien kom det fram at datasamlingen er basert på en kvalitativ undersøkelse. Undersøkelse ble gjort ved starten og slutten av semesteret, der studentene besvarte to spørsmål om kulturell kompetanse. Spørsmål 1: Hvordan definerer du kulturell kompetanse? Spørsmål 2: Hvordan kan du best forbedre din kulturell kompetanse? Studentene ble også bedt om å levere inn refleksjonsnotat basert på strukturerte spørsmål om kulturelle aspekter ved pleie av eldre pasienter, i midten og slutten av semesteret.</p>
<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Kommentar: Forskerne har brukt ulike pensumlitteratur og tidligere forskningsartikler for å belyse tema.</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Kommentar: Kvalitativ data (begreper brukt til å definere kulturell kompetanse) ble samlet inn fra studentenes besvarelse på de to spørsmålene som forskerne hadde delt til</p>

	<p>studentene ved semesterstart og -slutt.</p> <p>Innholdsanalyse av svarene ble deretter gjennomført for å finne ut «trends» (trender) på alle grupper. Deskriptiv statistikk ble brukt for å vurdere studentenes nivå i refleksjonsskriving.</p>
7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?	<p>Kommentar: Ved vurdering av studentenes refleksjonsnotat har forskerne brukt en deskriptiv statistikk som tok utgangspunkt på en utarbeidet modell for skriving av refleksjoner, som består av 4 nivåer. Hensikten var å finne ut om studentenes evne til refleksjon skriving har forbedret seg i den gitte perioden. Resultatet av analysen ble presentert tydelig ved brukt av en tabell.</p>
8. Er etiske forhold vurdert?	<p>Kommentar: I artikkelen kom det fram at studentene ble informert om studien og at den er frivillig. De som ville være med skrev under et samtykke for å delta.</p>

Hva er resultatene?

9. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	<p>Kommentar: Ja. Forskerne fant ut at begge gruppene (3. års- og 4. års studenter) har forbedret sin definisjon av kulturell kompetanse etter undersøkelsen. Forskerne fant ut at studentene brukte mer variabler ved definisjon av kulturell kompetanse etter de ulike aktivitetene sammenlignet med den første definisjonen. Noen studenter hevdet at det å tilegne seg kulturell kompetanse er en kontinuerlig fenomen, og at man må være bevisst på egne verdier før en kan bli</p>
---	--

	<p>kompetent. De fleste deltakere poengterte at i møte med diverse kulturelle pasienter trengs ikke bare effektiv kommunikasjonsevne men identifisering av pasientenes menneskebehov er essensiell. I studien kom det fram at 4. års studenter har høyere nivå i forhold til skriving av refleksjoner på begge tidspunkt (midt- og sluttsemester) enn 3.års studenter. Etter case study og simuleringer har studentene fått mer forståelse for pasientene. De ble mer bevisst på egne verdier og innså hvordan kulturell bevissthet påvirker omsorg i sykepleie.</p>
--	--

Kan resultatene brukes i praksis?

<p>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Kommentar: Funnene er for snau til å kunne brukes i praksis. Om studien hadde brukt en kontrollgruppe hadde resultatene vært mer troverdig. I tillegg har forskerne ikke brukt noe redskap/instrument til å måle studentenes nivå av kulturell kompetanse i slutten av studien for å sikre resultatene.</p>
---	--

Artikkel 3

Innledende spørsmål

	Ja	Nei	Uklart
<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p>	<p>X</p>		
	<p>Formålet med studien er å identifisere studentenes og helsearbeidernes behov for kunnskap og opplæring om kulturell kompetanse. I tillegg skal forskerne informere utviklingen av de nettbaserte undervisningsmaterielle (eks. ordliste av</p>		

<p>helhetlig bilde av fenomenet?</p>	<p>spørreundersøkelse hvor spørreskjema ble sendt til de fem deltakende land for å samle inn data. Spørreskjemaet inneholdt åpen spørsmål om hva de oppfatter som et krav eller viktig ved utvikling av teoretisk kunnskap og praksis som kan gjøre kulturell kompetanse bedre. Deltakere skulle skrive respons på spørsmålene i narrativ form. Det ble også presisert i artikkelen at spørreskjemaet ble tilpasset i forhold til deltakernes språkferdigheter (oversatt i fem ulike språk).</p>
<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Kommentar: Forskerne brukte Papadopoulos, Tilki og Taylor (2006) modell for utvikling av kulturell kompetanse for å belyse problemstillingen.</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Kommentar: Studien brukte både priori og induktiv tilnærming ved data analyse. Dataene ble analysert, gransket og kategorisert etter felles ord og uttrykk brukt, og regelmessighet av brukt.</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p>	<p>Kommentar: I artikkelen kom det fram at forskerne selv har flerkulturell bakgrunn, snakker ulike språk og har gode erfaringer innen feltet. Papadopoulos et.al modell for utvikling av kulturell kompetanse var presentert til deltakere før studien, og resultatet visste at tilbakemeldinger forskerne fikk fra deltakere gjenspeiler modellens konsept på mange måter.</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Kommentar: Studien var godkjent av etisk</p>

	komité. Det ble søkt om tilgang til deltakere fra de ulike institusjonene de hører til i hvert land som var med i studien.
--	--

Hva er resultatene?

9. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Kommentar: Hovedfunnene i studien var; Det er et stort behov for mer forståelse av «kultur» som konsept og ikke minst forståelse av egne kultur og verdier og hvordan disse ble overført fra generasjon til en annen. Et behov for aktiviteter som eksponerer studentene og helsearbeidere til et flerkulturelt samfunn der alle kan dele egne normer og erfaringer, var nevnt. Pedagogisk initiativ, kurs og seminarer til studenter og helsearbeidere var også et av behovene som deltakere nevnte. Klinisk praksis eller utplassering i arbeidsplasser som behandler flerkulturell pasientgruppe, har internasjonal samarbeid eller utplassering av studenter i utlandet ble også poengtert som et behov av deltakere.
---	---

Kan resultatene brukes i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Kommentar: Funnene gir grunnlag for modellen som ble brukt i studien; Papadopoulos et. al modell for utvikling av kulturell kompetanse. Funnene foreslår nyttige tiltak som har også blitt prøvd i andre forskningsarbeid om temaet.
--	--

8.2 Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Artikkel 4

Innledende spørsmål

	Ja	Nei	Uklart
1. Er formålet med studien klart formulert?	X		
	Formålet med studien var å finne ut om universitets arrangert kulturelt mangfold forum (Diversity Forum) utformet for universitetets multikulturell populasjon har effekt i forhold til studentenes åpenhet til diversitet.		
2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet?	X		
	Studien har som formål å finne ut effekten av et tiltak, i dette tilfelle, diversity forum som forskerne har iverksatt. Metoden som ble brukt i studien var en kvasi-experimentell design.		

Kan du stole på resultatene?

	Ja	Nei	Uklart
3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?		X	
	Metoden som ble brukt i studien var en kvasi-experimentell design og brukte ikke randomiseringsprosedyre.		
4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?			
	Forskerne brukte en Likert-scale som de kaller for Openness to Diversity Challenge Scale (ODCS) med alternativer som studentene kan krysse av fra skala 1=helt uenig til 5=helt enig. Høy poeng indikerer		

