



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 1011

Antall ord: 8841

**OMSORG TIL FORELDRE
MED ANNEN KULTURELL BAKGRUNN**



(Hentet 10. februar fra <http://samling.nasjonalmuseet.no/no/object/NG.S.01145>)

Bachelorutdanning i sykepleie, Avdeling for helsefag

Kull 2013

Antall ord: 8841

Sammendrag

Bakgrunn: I et voksende flerkulturelt samfunn vil sykepleiere i stadig flere situasjoner møte mennesker med annen kulturell bakgrunn som har behov for helsehjelp. For å kunne utøve god helsehjelp er en avhengig av en kompetanse som legger vekt på det kulturelle i møte mellom sykepleier, pasient og pårørende.

Problemstilling: Hvordan utøve omsorg til foreldre med annen kulturell bakgrunn som har barn innlagt på sykehus?

Hensikt: Belyse hva som er viktig at sykepleier har kunnskap og kompetanse om i samhandling med foreldre med annen kulturell bakgrunn som har barn innlagt på sykehus. Og redegjøre for den forskningen som eksisterer på det aktuelle området.

Metode: Det er tatt i bruk litteraturstudie som metode. Det er tatt i bruk seks forskningsartikler for å belyse problemstillingen. Videre er pensumlitteratur fra bachelor i sykepleie og annen litteratur, samt offentlige kilder, som lovdata, benyttet.

Resultat/Oppsummering: Flere områder kommer frem som betydningsfulle gjennom studien. *Kulturelle forventninger* som sykepleiere, pårørende og pasient har i møte med hverandre som farger deres samhandling, og *kulturelle barrierer*, som språk, er avgjørende for den enkelte opplevelse av omsorg og tilfredshet i møte med helsevesenet. *Sykepleiers kulturelle kompetanse* kan være avgjørende for å utøve god omsorg, men omhandler mer åpenhet og respekt for andre heller enn kunnskap om generelle kulturelle preferanser. Det argumenteres for at kulturell kompetanse er en egenskap som utvikles gjennom erfaring, heller enn ervervet kunnskap. Likevel ansees det som en sentral del av sykepleierutdanningen.

Abstract

Background: In a growing multicultural society, nurses will increasingly encounter situations with people of different cultural background who are in need of health care. The practice of sufficient health care depends on an expertise that emphasizes the cultural elements that influence the meeting between the nurse, patient and family.

Research question: How to practice care to parents of different cultural origin who have children hospitalized?

Aim: Illuminate the important aspects of which nurses are acquired to have knowledge and expertise about, when interacting with parents of different cultural origin whose child is hospitalized. And further elaborate about the research that exists on that particular area.

Method: A literature study has been conducted where six research papers have been used to highlight the research question. Furthermore the syllabus from the bachelor degree in nursing is used, additional literature, as well as public sources.

Result/Summary: Several areas appear as significant throughout the study. *Cultural expectations*, which nurses, patients and families have when meeting each other, colors their interaction, and *cultural barriers*, such as language, are essential to the individual experience of care and satisfaction related to the health care system. *The cultural competence of nurses* can be crucial to practice good care, but openness and respect for others is essential rather than knowledge of general cultural preferences. It is argued that cultural competence is a trait that is developed through experience, rather than acquired knowledge. Nevertheless it is regarded as a key part of nursing education.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INNLEDNING | 6 |
| 1.1 | BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 6 |
| 1.2 | BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING | 6 |
| 1.3 | AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING | 7 |
| 2 | TEORI | 8 |
| 2.1 | FORELDRE TIL BARN INNLAGT PÅ SYKEHUS..... | 8 |
| 2.2 | BARN INNLAGT PÅ SYKEHUS | 9 |
| 2.3 | KULTUR | 9 |
| 2.4 | SYKEPLEIERENS KULTURELLE KOMPETANSE | 10 |
| 2.5 | KOMMUNIKASJON | 11 |
| 2.5.1 | <i>Bruk av tolk</i> | 12 |
| 2.6 | KARI MARTINSENS TEORI OM OMSORG..... | 13 |
| 2.7 | MADELEINE LEININGER OM TVERRKULTURELL SYKEPLEIE | 13 |
| 2.8 | RAMMEPLAN FOR UTDANNING OG YRKESETISKE RETNINGSLINJER..... | 14 |
| 3 | METODE | 16 |
| 3.1 | HVA ER METODE..... | 16 |
| 3.1.1 | <i>Litteraturstudie som metode</i> | 16 |
| 3.2 | LITTERATURSØK | 17 |
| 3.3 | KILDEKRITIKK OG METODEKRITIKK..... | 18 |
| 3.4 | ETISKE HENSYN | 18 |
| 4 | RESULTAT | 20 |
| 4.1 | TAVALLALI, A.G., KABIR, Z. N., & JIRWE, M. (2014)..... | 20 |
| 4.2 | HOPIA, H., TOMLINSON, P., PAAVILAINEN, E., & ÅSTEDT-KURKI, P. (2005) | 20 |
| 4.3 | CIOFFI, J. (2006)..... | 21 |
| 4.4 | HART, P. L., & MARENO, N. (2014) | 21 |
| 4.5 | CORTIS, J. (2004) | 22 |
| 4.6 | GEBRU, K., KHALAF, A., & WILLMAN, A. (2008)..... | 23 |
| 4.7 | OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN | 23 |
| 5 | DRØFTING | 24 |
| 5.1 | KULTURELLE FORVENTNINGER OG BARRIERER | 24 |
| 5.1.1 | <i>Kommunikasjon og informasjon</i> | 26 |
| 5.2 | SYKEPLEIERENS KULTURELLE KOMPETANSE | 27 |
| 5.3 | KULTURELL KOMPETANSE – KUNNSKAP, EGENSKAP ELLER ERFARING?..... | 30 |
| 6 | AVSLUTNING | 33 |
| 7 | REFERANSELISTE | 34 |
| | VEDLEGG I: LEININGERS SUNRISE MODEL | 38 |
| | VEDLEGG II: LITTERATURSØK | 39 |
| | VEDLEGG III: SJEKKLISTER FOR FORSKNINGSARTIKLER | 40 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Utlendingsdirektoratet (2016) anslo at 2015 var et rekordår for antall asylankomster. Totalt ble det registrert 31 145 asylsøkere til Norge. Som sykepleier vil en i nær fremtid møte personer med annen kulturell bakgrunn i settinger hvor de har behov for helsehjelp, ettersom vårt samfunn blir mer og mer flerkulturelt. Sykepleieren vil stå ovenfor utfordringer knyttet til utøvelsen av omsorg ovenfor den flerkulturelle pasienten og deres pårørende. Hvordan den enkelte forstår omverden avhenger av vår kulturelle bakgrunn. Som sykepleier er en avhengig av kulturell kompetanse i møte med mennesker fra andre kulturer, dette for å kunne utøve god sykepleie.

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Valg av tema bygger på erfaringer jeg har gjort meg i løpet av sykehuspraksis, samt den pågående flyktningsstrømmen til Norge som gjør temaet svært samtidsrelevant. I praksis møtte jeg flere barn med ulik kulturell bakgrunn, og deres foreldre. I denne relasjonen viste foreldrene seg som de kulturelle bærerne, mens barna tilpasset seg situasjoner i større grad. I slike tilfeller kan pårørende, i dette tilfellet foreldrene, være et like viktig fokusområde for sykepleierne som det barnet er. Jeg identifiserte utfordringer knyttet til kommunikasjon, verdier, holdninger, og atferd, hvor begge parter kunne bli frustrerte over den andres måte å forholde seg til situasjoner på. Jeg har endt opp med følgende problemstilling:

Hvordan utøve omsorg til foreldre med annen kulturell bakgrunn som har barn innlagt på sykehus?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Oppgaven tar for seg sykepleierens møte med foreldre med annen kulturell bakgrunn og deres erfaringer. Det har således en individorientert tilnærming. Foreldrene anses som de som ankommer Norge, og har en annen kulturelle forståelse enn det en møter i det norske helsevesenet. Videre fokuseres det på mennesker som har språklige utfordringer i samspill med hverandre. Jeg ser bort fra psykisk helse som temaområde.

Jeg har valgt å trekke inn noen utenforstående faktorer som utdanning for å belyse hvordan den enkelte kan oppnå kulturell kompetanse i møte med individet. Andre sosiale strukturer kan påvirke helse, men dette legges lite vekt på i oppgaven da hovedfokus er det menneskelige møtet mellom foreldre og sykepleieren.

2 Teori

2.1 Foreldre til barn innlagt på sykehus

Foreldrene er en uvurderlig ressurs for både barnet og sykepleieren. De betyr mye for både store og små barns trygghet i stressituasjoner (Grønseth & Markestad, 2011, s. 64). Barns innleggelse på sykehus er en stressituasjon også for foreldrene. Deres stressnivå avhenger av hvor alvorlig barnets sykdom er, om de føler seg trygge på den behandlingen som blir gitt, og hvordan de selv og familien blir møtt og tatt hånd om på sykehuset (Grønseth & Markestad, 2011, s. 71).

Foreldrenes omsorg og oppdragelse relateres til de overordnede verdisystemene i den kulturen de kommer fra. Omsorgen og oppdragelsen kan være hensiktsmessig i deres kultur, men er kanskje uhensiktsmessig i en annen kultur. Kunnskap om disse overordnede verdisystemene er nødvendig for å forstå hvordan omsorg og oppdragelse fungerer i ulike kulturer. Sentralt i disse verdisystemene er dimensjonene individualisme og kollektivism (Tveiten, 2012, s. 28).

Når en arbeider med sykdom i et flerkulturelt samfunn, bør en ta inn over seg at det finnes flere sannheter mellom pasient og helsepersonell. Helsepersonell bør kartlegge barnets og foreldrenes sykdomsforståelse da dette gir en pekepinn for hvordan informasjon og behandling skal tilrettelegges. Dette øker gjensidig forståelse, og kan redusere misforståelser som skaper stress og bekymring (Grønseth & Markestad, 2011, s. 55). Ofte kan foreldre se sammenhenger vi som helsepersonell ikke har tilgang til i lys av våre naturvitenskapelige forklaringer.

Miles (2003) har utviklet en *Nurse-Parent Support Model*, som nærmere beskriver det spekter av støtte sykepleieren kan gi foreldrene som har barn innlagt på sykehus; (1) *Kommunikasjon og informasjon*, ærlig og realistisk informasjon øker foreldrenes opplevelse av kontroll i situasjonen. Det er viktig at sykepleieren har hyppig kontakt, oppmuntrer til å stille spørsmål, gir tilgjengelig informasjon om barnets behandling og rutiner, eventuelt viser hvordan slik informasjon kan oppdrives. (2) *Emosjonell støtte*, å se foreldrene og anerkjenne at de er i en vanskelig situasjon, hvor medfølelse og aktiv

lytting er viktig. Oppmuntre foreldrene til å gi uttrykk for sine følelser, og la dem vite at de reaksjonene og følelsene de måtte ha er normale. (3) *Støtte i foreldrerollen*, øke foreldrenes selvtillit i foreldrerollen ved å støtte og oppmuntre til besøk, anerkjenne dem som en viktig ressurs for barnet og involvere dem i beslutninger om barnets pleie. Ha respekt og være fordomsfri ovenfor foreldrene og deres synspunkt, spesielt foreldre som er fattige, mangler utdanning eller tilhører en etnisk minoritet. (4) *Sykepleie av god kvalitet*, foreldrene mangler ofte ekspertisen til teknisk å kunne vurdere kvaliteten på pleien som blir gitt. De sanser i hvilken grad det ser ut til at sykepleieren er selvsikker på sine evner og utviser profesjonalitet. Det er viktig at sykepleieren viser interesse og oppriktig glede i det å kunne få lov til å ta seg av akkurat deres barn.

2.2 Barn innlagt på sykehus

Barn som blir innlagt på sykehus vurderes å være i en sårbar situasjon som medfører usikkerhet, ubehag og stress. Blant annet fordi de kan oppleve å atskilles fra foreldrene, undersøkelser som forårsaker engstelse og ubehag, og et fremmed og ukjent miljø (Grønseth & Markestad, 2011, s. 51). Tveiten (2012, s. 14) viser til kort liggetid blant barn på sykehus. Det er da viktig at foreldrene i løpet av denne korte tiden føler seg trygge og kompetente til å følge opp barna videre hjemme etter endt sykehusopphold, informasjon og veiledning er derfor viktig.

Barn av ikke-etnisk norske foreldre, og som ikke går i barnehage, er vant med et kvinnemiljø. Overgangen til noe ukjent kan da være stor (Grønseth & Markestad, 2011, s. 55). Ulike kulturelle forhold kan være utgangspunkt for ulike behov, når det gjelder oppdragelse, omsorg, mat og grensesetting. Det er i barndommen grunnlaget for den kulturelle identiteten legges (Tveiten, 2012, s. 28).

2.3 Kultur

Clifford James Geertz (1973, s. 89) definerte kultur som *et system av arvede konsepter uttrykt i symbolske former gjennom hvilke mennesker kommuniserer, vedlikeholder og utvikler sin kunnskap om og holdninger i forhold til livet*. En annen definisjon av kultur, fra Roger Keesing, lyder følgende: *et system av kunnskap, ideer, verdier, regler, som*

ligger bak hva vi gjør, og som uttrykkes gjennom det vi gjør (Thorbjørnsrud, 2009a, s. 210). Magelssen (2008, s. 15) definerer kultur som *de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlem av samfunn*.

Vi ser her flere ulike definisjoner av begrepet kultur. Det er et flytende begrep som endres i takt med samfunnsutviklingen. Det finnes ikke én definisjon på hva kultur er, men det å ha en bevissthet rundt de ulike definisjonene kan gi sykepleieren et hjelpemiddel i møte med pasienten. Magelssen (2008, s. 15) skriver at kultur er en modell av og for livet: hva vi ser *med*, snarere enn hva vi *ser*.

To begreper er fremtredende knyttet til kultur; *kulturrelativisme* og *etnosentrisme*. Kulturrelativisme innebærer at ulike folkegruppers ideer og handlinger må forstås fra deres perspektiv. Dette i lys av økonomiske, politiske og sosiale faktorer, med deres ideer, verdier og normer som bakteppe (Thorbjørnsrud, 2009b, s. 264). Magelssen (2008, s. 21) skriver at kulturrelativisme innebærer å respektere den andre, og anerkjenne at deres holdninger er basert på *deres* forståelse. Etnosentrisme vil si å forstå og måle andre ut fra vår egen virkelighetsoppfatning og forutsetninger (Magelssen, 2008, s. 15). Ingstad (2013, s. 115) viser til at etnosentrisme innebærer en bruk av egen kultur som ideal når man vurderer verdien og kvaliteten av andre kulturer. Man tolker andres handlinger og holdninger i lys av egne kulturelle fortolkningsrammer (Thorbjørnsrud, 2009b, s. 265).

Et annet viktig begrep er *holisme*. Holisme baseres på en helhetstenkning hvor alt henger sammen. I medisinsk sammenheng ansees det som en holdning der diagnose, forebygging og behandling innebærer en forståelse av hele mennesket og dets naturlige omgivelser, der både kroppslige, psykologiske og sosiale faktorer omfattes (Bruusgaard & Rørtveit, 2015).

2.4 Sykepleierens kulturelle kompetanse

Å forstå barnets og foreldrenes atferd i et kulturelt perspektiv er viktig for sykepleieren. En kan ikke generalisere å si at visse kulturelle holdninger er gjeldene for alle tilhørende en etnisk gruppe. Kunnskaper om de ulike kulturene og etniske gruppene vil

bidra til en forståelse som vil gjøre individuelle tilnærminger mulige, men å forstå pasienter utelukkende fra et kulturperspektiv kan være uhensiktsmessig og forenklet (Tveiten, 2012, s. 27). Det er i møte med etniske minoriteter at holdningene og fordommene blir utfordret (Tveiten, 2012, s. 29).

En kulturell kompetent sykepleier er oppmerksom på de variasjonene som finnes av menneskelige erfaringer og reaksjoner ut fra personlighet, sosial og økonomisk situasjon, etnisitet og kulturell bakgrunn (Hanssen, 2009, s. 25). En innehar en kulturell kompetanse om en er i stand til å erverve seg kunnskaper og ferdigheter innenfor de tre påfølgende stadiene, som Papadopoulos, Tilki og Taylor har utviklet, og videre ta disse i bruk i praksis; (1) *Kulturell bevissthet* hvor man blir bevisst sin egen kultur, ved å utforske sitt eget norm- og verdigrunnlag. Ved å rette oppmerksomheten mot egne verdier og normer, kan en bli mer bevisst på de forutinntatte holdninger en har. (2) *Kulturell kunnskap* innebærer å ha kunnskap om andre kulturer. Kunnskap, interesse og forståelse er viktig for å forstå hvordan pasienten ser sin egen situasjon. Å se pasientens behov, atferd og verdier fra deres perspektiv og ikke ens eget. (3) *Kultursensitivitet* går ut på å opparbeide en mellommenneskelig relasjon til de man hjelper, og til de man arbeider sammen med. Det innebærer at en er villig til å erkjenne, akseptere og respektere kulturelle forskjeller, og behandle pasienter som unike individer, men unike behov (Papadopoulos, 2006, s. 11-18).

Magelssen (2008, s. 16) skriver om kultursensitivitet hvor hun viser til betydningen av å bruke sin sensitivitet, altså sine følelser og sin fornuft, i møte med personer med ulik kulturell bakgrunn. Ofte ser en forskjellene, det som skiller seg ut, i møte med den andre. Det er viktig at vi ikke bare henger oss opp i de konkrete ordene som uttales, men prøver å lytte, se og føle mer enn det konkrete, å fange opp intensjonen bak.

2.5 Kommunikasjon

I flerkulturell sykepleie blir sykepleierens formidlingsferdigheter utfordret, det samme gjelder for pasienten. På sitt eget morsmål kan man konsentrere seg fullt og helt om budskapet, men på et fremmed språk blir man i tillegg opptatt av å snakke korrekt (Brunvatne, 2006, s. 186). Etersom kulturen i stor grad farger språk og

kommunikasjonsformer, går en del av betydningsinnholdet tapt når en person skal oversette tankene sine fra ett språk til et annet (Hanssen, 2005, s. 58). Foreldrene til barn innlagt på sykehus i Norge kan kanskje ikke norsk eller engelsk godt nok til at man kan snakke med dem om barnets sykdom og behov, likevel er behovet for informasjon, forståelse og samarbeid stort (Tveiten, 2012, s. 30).

Eide & Eide (2010, s. 81) skriver at evne og vilje til empati, inntoning, aktiv lytting, bekreftende kommunikasjon og klar formidling av informasjon gjelder på tvers av kulturgrenser. De utfordringene sykepleieren møter på er oftest knyttet til det grunnleggende, som fortolkning og gjensidig forståelse av kultur, språk og mening. Foreldre på tvers av kulturer har lik rett til å motta og forstå informasjonen som blir gitt. De skal få aksept for sine reaksjoner og følelsesutbrudd, og de trenger støtte i foreldrerollen og opplæring tilpasset deres ressurser (Grønseth & Markestad, 2011, s. 86).

Når mennesker er syke, synker deres språkkompetanse. Deres måte å uttrykke seg på blir mer likt et barn, noe som kan være ydmykende. For foreldrene kan opplevelsen være den samme når deres barn er syke. For de som ikke kan kommunisere på eget morsmål blir dette ekstra vanskelig. Det er viktig å *gyldiggjøre* pasientens eller de pårørendes språk og legge til rette for at vedkommende kan uttrykke seg som en kompetent person, noe som igjen styrker deres selvbilde (Magelssen, 2008, s. 152).

2.5.1 Bruk av tolk

I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 står det at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Ved offentlige sykehus er det institusjonen som skal bestille og betale tolk (Brunvatne, 2006, s. 57). En tolk som brukes i pasientsammenheng bør ha grunnleggende kunnskaper om anatomi og fysiologi og en viss forståelse av norsk helsevesen og kultur (Tveiten, 2006, s. 57). Det som blir sagt, skal oversettes ord for ord, uten at tolken påvirker meningsinnholdet med egne verdier og normer (Hanssen, 2005, s. 62).

2.6 Kari Martinsens teori om omsorg

Martinsens fenomenologiske¹ tilnærming til omsorg og sykepleie dreier seg om å tyde, beskrive og erkjenne det levde livet, således kan mennesket ikke forstås eller betraktes isolert fra sine omgivelser (Alsvåg, 2010, s. 435). Martinsen legger vekt på tre elementer som gir et helhetlig bilde av omsorg; (1) *det relasjonelle*, hvor vi som mennesker er avhengig av hverandre og har et ansvar for å ivareta hverandre, spesielt de svake i samfunnet, (2) *det praktiske*, hvor en deltar aktivt og praktisk i den andres lidelse for å forstå situasjonen den andre befinner seg i, og (3) *det moralske*, der en handler uten å forvente noe tilbake (Kristoffersen, 2005, s. 91-94).

Martinsen skiller mellom pleie og omsorg, hvor omsorgen er allmenn, mens pleien er spesifikk. *Omsorg* baseres på å vurdere situasjonen riktig, slik at det kan gis riktig *pleie* (Alsvåg, 2010, s. 422). Martinsen (1989, s. 69) skriver at omsorg er hvordan vi forholder oss til hverandre, en sosial relasjon som innebærer forståelse for den andre, hvor en kjenner seg igjen i det å være menneske. En møter den andre som et menneske, og i hverandres nærvær ivaretar man det menneskelige. På denne måten vil omsorgen baseres på noe mer enn det som kan observeres med det blotte øye. Martinsen (2006, s. 87) beskriver det som *å se med hjertes øye*.

Martinsen (2006, s. 87) henviser til Løgstrup som skriver at vi *intet kan sanse uten å forstå det*. Å være tilstede med hele seg og kunne kjenne på hva den andre føler. En er åpen for de signaler den andre sender ut og tar innover seg den andres opplevelse, noe Martinsen beskriver som sansingens åpenhet. Å kjenne seg igjen i det å være menneske, men likevel se at en er forskjellige (Martinsen, 2006, s. 89).

2.7 Madeleine Leininger om tverrkulturell sykepleie

Leininger refererer til begrepet *care*, her oversatt til omsorg, som hjertet og sjelen i sykepleie. Hun definerer omsorg som *det å hjelpe andre med reelle eller forventede behov, i et forsøk på å forbedre en menneskelig tilstand av bekymring eller å møte*

¹ Fenomenologi: læren om det som viser seg/kommer til syne (Alsvåg, 2010, s. 434).

døden (Leininger & McFarland, u.å.). Videre beskriver hun omsorg som det å vise forståelse og interesse heller enn å ta i bruk måleverktøy eller dele ut piller, som kan oppleves fjernt for pasienten og skape avstand.

Leininger ser nærmere på likheter og ulikheter innen omsorg, på tvers av kulturer. Gjennom hennes teori opparbeides en forståelse for hvordan en utøver omsorg i samsvar med kulturelle rammer (Leininger & McFarland, u.å.). Mangel på slik forståelse kan føre til forsømt omsorg (McFarland, 2014, s. 420). I sin teori påpeker Leininger viktigheten av den sosiale strukturen, og hvordan den spiller inn på personers helse. Dette viser hun gjennom *sunrise model* (vedlegg I). En modell som fungerer som guide til å være oppmerksom på hva som påvirker den enkeltes helse, et såkalt holistisk perspektiv (Leininger & McFarland, u.å.).

I vestlig tenkning er en opptatt av å skulle gjøre forandringer, ofte i lys av det en selv anser som best ut fra egne kulturelle rammer. Leininger beskriver tre elementer som har innvirkning på god kulturell omsorg; (1) *vedlikehold*, hvor en har respekt for den andres kultur og bevarer det den enkelte ser på som viktig for å ivareta egen helse. (2) *Forhandling*, hvordan en kan bidra eller tilføre noe til pasienten. Hvordan samkjøre deres ønsker og behov med anbefalinger fra et vestlig medisinsk ståsted. Og (3) *restrukturering*, respektfullt forklare konsekvenser for pasienten, men likevel respektere pasientens syn på og ønske om behandling (Leininger & McFarland, u.å.).

2.8 Rammeplan for utdanning og yrkesetiske retningslinjer

Som mål i Rammeplanen for sykepleierutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2008) står det at etter felles fullført innholdsdel skal studentene vise et helhetlig syn på mennesket og ha respekt for menneskets integritet og rettigheter. I tillegg skal en kunne kommunisere med mennesker med ulik etnisk, religiøs og kulturell bakgrunn. I den yrkesetiske delen legges det vekt på at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. En skal som utdannet sykepleier ha en flerkulturell forståelse for helse og sykdom. Hensikten med de samfunnsvitenskapelige emnene er å forstå menneskets utvikling, og hvordan mennesker forholder seg til

hverandre i ulike samfunn og kulturer. En skal ha en forståelse for vanlige reaksjoner i ulike faser av livet og hvordan sykdom påvirker livssituasjonen.

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, i tillegg skal informasjon tilpasses og være tilstrekkelig, og sykepleieren skal sørge for at denne er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8). I sitt arbeid skal også sykepleieren respektere enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 25).

3 Metode

3.1 Hva er metode

I Dalland (2007, s. 82) vises det til Tranøys beskrivelse av metode som det å overholde en viss standard innen vitenskapelig forskning, en fremgangsmåte for å løse problemer, finne ny kunnskap eller etterprøve påstander.

Vitenskapelige metoder deles inn i kvalitativ og kvantitativ. Olsson og Sörensen (2003, s. 37, 66) beskriver en deduktiv tilnærming ved kvalitative metode, hvor en ser nærmere på det spesielle heller enn det allmenne ved et fenomen, karaktertrekkene ved fenomener. Den kvantitative metoden har en induktiv tilnærming hvor målet er å føre sammen allmenne prinsipper om et aktuelt fenomen til en teori, og dermed kunne generalisere funnene, her beskrives fenomenet ved hjelp av statistikk og tall. En ser at elementer fra de to metodene brukes på tvers av hverandre, hvor kvantitative forskere *tolker* sitt materiale og kvalitative undersøkelser har elementer av kvantifisering (Dalland, 2007, s. 85).

3.1.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. Aveyard (2014, s. 2) beskriver litteraturstudie som en omfattende studie og tolkning av litteratur relatert til et bestemt emne. Det skilles mellom allmenn- og systematisk litteraturstudie.

Forsberg og Wengström (2013, s. 25) beskriver *allmenn litteraturstudie* som en forskningsoversikt, hvor formålet er å gjøre rede for den litteraturen som finnes om et emne, eller å gi en beskrivende bakgrunn som gir grunnlag for videre empiriske² studier. Forsberg og Wengström (2013, s. 26) viser til Mulrow og Oxman sin beskrivelse av *systematisk litteraturstudie* hvor en har et tydelig formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge ut og analysere relevant forskning. I

² Empiri betyr kunnskap som er bygd på erfaring, hvordan noe er i virkeligheten (Dalland, 2007, s. 89).

et systematisk litteraturstudie må det tas i bruk tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlaget for vurderinger og konklusjoner.

3.2 Litteratursøk

Jeg begynte å søke i databasene CINAHL, SveMed+, PubMed og Cochrane. CINAHL og SveMed+ var de to databasene som ga best treff i henhold til min problemstilling (Vedlegg II). Jeg brukte engelske søkeord for å få et bredt utvalg innen forskningen. Søkeordene jeg tok i bruk var; *family centered care, nursing, culture, children hospitalization, parents, culturally competent, education, minority ethnic patients* og *hospital*. I starten av søket gjorde jeg en avgrensning med Europa som geografisk underområde. Etter nøye vurdering valgte jeg å ta i bruk studier utført også utenfor Europa da problemstillingens ordlyd kan sies å være gjeldene på tvers av kontinentene. Jeg avgrenset til artikler som ikke var eldre enn fem år, men på bakgrunn av manglende treff utvidet jeg søket hvor nyeste artikkel er fra 2014, og eldste artikkel er fra 2004.

Antall treff varierte fra 9 til 169. Ved få treff i databasen gjorde jeg en utvelgelsesprosess basert på artiklenes sammendrag, og vurderte hver artikkels relevans for min problemstilling. Ved mange treff gjorde jeg en utvelgelsesprosess basert på artiklenes tittel, for så å lese sammendragene før jeg gjorde et utvalg. Jeg gikk også gjennom litteraturlistene til ulike artikler for å se om jeg fant annen aktuell forskning, noe som ga lite resultat utover de artiklene jeg allerede hadde funnet. Utfordringen var å finne artikler som belyste den flerkulturelle pasientens erfaringer. Artiklene jeg har valgt ut for å belyse problemstillingen omhandler pasienter med annen kulturell bakgrunn og deres erfaring i møte med det vestlige helsesystemet, sykepleierens opplevelse i samhandling med pasienter med annen kulturell bakgrunn og utdanningens betydning sykepleierens kulturelle kompetanse.

Pensumlitteratur fra bachelor i sykepleie er tatt i bruk, samt annen litteratur utenfor pensum. Annen litteratur er oppdrevet ved søk i Oria/Bibsys ved bruk av søkeordene *kultur, flerkulturell* og *sykepleie*. Spesifikt søk etter forfattere, som Ragnhild Magelssen, Kari Martinsen og Madeleine Leininger, er også gjort. Videre er offentlige kilder som lovdata benyttet.

3.3 Kildekritikk og metodekritikk

Dalland (2007, s. 72) beskriver kildekritikk som å kritisk vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Hensikten er å vurdere gyldigheten av informasjonen i studien og videre den metodiske kvaliteten, resultatene og overførbarheten (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Studiens gyldighet, såkalte validitet, baseres på om gjennomføringen av studien oppfyller de krav som settes for god forskning og at forskeren er bevisst på eventuelle feilkilder som kan påvirke resultatet (Dalland, 2007, s. 95). Videre vurderes dataenes reliabilitet, om de er pålitelige (Dalland, 2007, s. 96).

I min oppgave har jeg tatt i bruk Kunnskapssenterets (2015) sjekklister for å vurdere forskningen jeg har brukt. Basert på de utvalgte artiklene har jeg brukt sjekklister for kvalitativ forskning og kohortstudie. For hver av artiklene er én sjekkliste fylt ut, to eksemplarer av disse er vedlagt i oppgaven (Vedlegg III). Jeg har sett nærmere på om resultatene er til å stole på, hva de forteller og hvordan de er relevante for min oppgave. Jeg har blant annet valgt å ta i bruk studier gjort utenfor Europas grenser og må ha en bevissthet på eventuelle feilkilder.

Gjennom sjekklistene har jeg også sett nærmere på forskerens valg av metode og om den er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen. Et eksempel vil være bruk av kvalitativ metode hvor jeg vurderer om studien har som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomener, erfaringer eller opplevelser.

3.4 Etiske hensyn

Målet med forskningen om å tilegne seg ny kunnskap og innsikt må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Forskning som utføres må gjøres i tråd med bestemte retningslinjer for hva som er akseptabelt (Dalland, 2007, s. 235). Helsinkideklarasjonen inneholder krav til vitenskapelig fremgangsmåte. Her legges det vekt på at hensynet til forsøkspersonenes helse og integritet må gå foran hensynet til forskning og samfunn (Dalland, 2007, s. 237). Ved et litteraturstudie er det dermed viktig at de forskningsartiklene som tas i bruk er godkjent av etisk komité.

Ved søk etter forskning har jeg bevisst tatt i bruk anerkjente databaser. Likevel er jeg pålagt å gå gjennom hver artikkel og vurdere om de er godkjent av etisk komité, og tilfredsstillende krav om innhenting av informert samtykke. Jeg er oppmerksom på å henvise til aktuelle forfattere og årstall i min egen oppgave slik at de får den anerkjennelsen de skal ha.

4 Resultat

4.1 Tavallali, A.G., Kabir, Z. N., & Jirwe, M. (2014)

Ethnic Swedish Parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care

Hensikt: Utforske hvordan foreldre med etnisk svensk bakgrunn opplever minoritetssykepleieres kulturelle kompetanse, og omsorg gitt av sykepleierne.

Metode: Et utforskende kvalitativt design hvor det ble tatt i bruk semistrukturerte intervju for innsamling av data. Intervjuguide ble utformet på bakgrunn av tidligere forskning om kulturell kompetanse. Deltakerne var 14 foreldre fra ulike familier.

Resultat: Fire hovedkategorier var fremtredende; *påvirkning av sykepleierens etnisitet, betydningen av tverrkulturell kommunikasjon, tverrkulturelle ferdigheter og betydningen av sykepleierens utdanning*. Studien viste hvordan sykepleiers etnisitet ikke var av betydning når det kom til foreldrenes oppfatning av god omsorg, det som spilte en rolle var deres medisinske kompetanse. Språk var svært viktig og om foreldrene ikke følte at sykepleieren forsto det de formidlet følte de seg utrygge. Foreldrene mente sykepleieren burde ta hensyn til de svenske verdiene og at disse verdiene kunne variere innad i kulturen. For å gi god omsorg viser studien at forståelse for det individuelle er viktig og at sykepleieren engasjerer seg og stiller spørsmål.

4.2 Hopia, H., Tomlinson, P., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005)

Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health

Hensikt: Utforsker, fra familiens ståsted, på hvilke måter sykepleiere kan fremme familiehelse når et barn er innlagt på sykehus.

Metode: En kvalitativ tilnærming hvor data er innhentet via intervju. Analysen av data er gjort ved bruk av grounded theory. Deltakerne var 29 familier med barn under 16 år.

Resultat: Fem domener fremtrer hvor sykepleieren fremmer familiehelse; *forsterke foreldreskap, se til barnets velvære, dele den emosjonelle byrden, støtte opp rundt mestring i hverdagen og å skape en konfidensiell omsorgsrelasjon*. Studien tar tak i

betydningen av hensyn til de enkelte foreldres ønsker og behov for informasjon. Det er også sykepleierens oppgave å gjenkjenne barnets behov i et medisinsk lys og det ligger en forventning om at sykepleieren skal sette seg inn i historien og personligheten til barnet. Studien tar opp forekomsten av konflikter, hvor foreldre eller andre familiemedlemmer føler de har blitt fornærmet eller ikke tatt på alvor, og hvordan dette kan unngås.

4.3 Cioffi, J. (2006)

Culturally diverse patient-nurse interaction on acute care wards

Hensikt: Undersøke sykepleieres og flerkulturelle pasienters erfaringer med relasjonen mellom sykepleieren og pasient på et akuttmottak.

Metode: Kvalitativ metode hvor forsker tar i bruk individuelle intervju med hver av deltakerne. Åtte sykepleiere og åtte pasienter deltok.

Resultat: Tre elementer ble identifisert i relasjonen mellom sykepleieren og den flerkulturelle pasienten; *delt spenning*, som innebærer raseforskjeller, besøk og kjønn på den personen som hadde ansvar for pleien av pasienten. *Oppfattede forskjeller* som viste seg i form av kulturelle holdninger hos både sykepleierne og pasientene. *Holdt bevissthet* omhandlet språkbarrierer og en holdning om redusert behov for informasjon. Studien viste at sykepleieren kunne ha en instrumentell holdning ovenfor pasienten, hvor en var opptatt av å utføre konkrete oppgaver, noe som ikke skapte en omsorgsfull relasjon til pasienten. Pasientene følte ikke de kunne stole på sykepleierne til å gi emosjonell støtte.

4.4 Hart, P. L., & Marenò, N. (2014)

Cultural challenges and barriers through the voices of nurses

Hensikt: Beskrive utfordringer og barrierer oppfattet av sykepleiere når de utøver kulturell kompetent omsorg i samhandling med pasienter med ulik kulturell bakgrunn.

Metode: En kvalitativ beskrivelse er utført som del av et større kvantitativt forskningsprosjekt med tverrsnittstudie. Analysen er basert på deltakernes svar på åpne spørsmål i tverrsnittstudien. Svar fra 253 sykepleiere ble analysert i den kvalitative beskrivelsen.

Reultat: Tre hovedtema ble synliggjort; *stort mangfold, mangel på ressurser og fordommer og bias*. Et stort mangfold av ulike kulturell bakgrunn gjør det utfordrende for sykepleieren å lære seg kulturelle preferanser for hver av kulturene, og innen de ulike kulturene finnes også ulikheter. Mangel på tid, penger og opplæring i å gi kulturell kompetent omsorg reduserte kvaliteten på den omsorgen som ble gitt. Noen deltakere var kritisk til om kulturell kompetanse kunne læres, det ble ansett som en egenskap heller enn kunnskap. En holdning viste at de fra andre land og kulturer skulle tilpasse seg kulturen i landet de migrerte til, mens en annen holdning var å *åpne hjertet sitt* og tilpasse seg enkeltindividet.

4.5 Cortis, J. (2004)

Meeting the needs of minority ethnic patients

Hensikt: Undersøke sykepleierens erfaringer med pasientomsorg til pakistanske pasienter innlagt på sykehus i West Yorkshire.

Metode: En kvalitativ tilnærming hvor det tas i bruk semistrukturerte intervju og supplerende oppfølgingsspørsmål for å redegjøre for eventuelle uklarheter. 30 sykepleiere deltok i studien.

Resultat: Deltakerne hadde utfordringer med å forklare hvordan kultur og åndelighet kunne knyttes til utøvelse av sykepleie. Noen mente dette påvirket pasientens helse, mens flertallet mente det ikke var av betydning. Årsaken viste seg å være at det vestlige verdisystemet ble ansett som normen i samfunnet. Sykepleierne mente pasientomsorg var pasientomsorg uansett hvem man forholdt seg til og kultur hadde dermed ingen betydning. Sykepleierne mente kultur var forbeholdt *de andre* og ikke var knyttet til en selv. De var ikke godt nok forberedt på å møte de behov frembragt av et etnisk mangfoldig samfunn. Studiene viste at språk og pasientens besøkende var stadig tilbakevendende barrierer. Holisme ble overfladisk forstått av deltakerne, som var selektiv i forhold til hvilke elementer fra holisme de brukte i praksis.

4.6 Gebru, K., Khalaf, A., & Willman, A. (2008)

Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden - a questionnaire study

Hensikt: Beskrive og analysere i hvilken grad målene for å fremme kulturell kompetanse gjennom sykepleierutdanningen oppnås sett fra studentenes perspektiv.

Metode: En prospektiv kohortstudie med en utfallsanalyse. Det ble utført en beskrivende forskningsstudie med et longitudinelt design. 157 sykepleiestudenter deltok i studien. Det ble utført intervju med 70 av disse.

Resultat: Studien belyser sykepleierstudenters kunnskap om flerkulturell sykepleie og deres holdninger, før, under og etter innføring av en undervisningsmodell om kulturell kompetanse, basert på den didaktiske relasjonsmodellen. Resultatet viste en liten holdningsendring hos studentene når det gjaldt flyktninger og innvandrere. En kunne se en økning av studentenes egen bevissthet rundt, og kunnskap om flerkulturell sykepleie. Studentene understreker viktigheten av kulturell forståelse for utviklingen av helse, og ser at det kan oppstå konflikter knyttet til kulturelle verdier. Studien konkluderer med at kulturkunnskap og -forståelse som en del av pensum er viktig for å utdanne kulturelt kompetente sykepleiere.

4.7 Oppsummering av hovedfunn

Foreldrene legger vekt på individuell behandling hvor det skal tas hensyn til deres kulturelle bakgrunn, andre igjen har vanskeligheter med å kreve noe i et fremmed samfunn. Forskningen viste utfordringer knyttet til det store mangfoldet av pasienter med annen kulturell bakgrunn. Mangel på ressurser hos sykepleierne ser ut til å føre til nedsatt kvalitet på sykepleie, og en manglende forståelse for det kulturelle gir sykepleieren en mer instrumentell holdning i utførelsen av sykepleie. Pasientene og pårørende påpeker at det er viktig å bli forstått for å føle seg trygg, språkbarrieren gjør dette utfordrende, i tillegg til ulike forventninger fra sykepleier, pasient og pårørende. Tverrkulturelle ferdigheter og en individuell tilnærming kan veie opp for manglende språk. Det settes spørsmålsteget ved om kulturell kompetanse er en egenskap som utvikles gjennom erfaring, eller om det er noe som kan læres gjennom utdanningen.

5 Drøfting

Hvordan utøve omsorg til foreldre med annen kulturell bakgrunn som har barn innlagt på sykehus?

5.1 Kulturelle forventninger og barrierer

Cortis (2004) skriver at kultur ofte blir oppfattet som noe som tilhører den andre, og ikke gjelder en selv. Fredrik Barth (1994, s. 106) viste hvordan begrepet kultur hadde fått en tillagt mening hvor en tok for gitt at mennesker i et samfunn delte de samme holdningene, verdiene og erfaringene. Tavallali et al. (2014) viser at sykepleierne burde være klar over at det finnes individuelle forskjeller mellom mennesker med samme kulturell bakgrunn. På den ene siden kan sykepleieren dermed ikke forutsi at en atferd er kulturelt basert kun ved å sette seg inn i den spesifikke kunnskapen som omhandler en kulturell gruppes holdninger og atferd. På en annen side er det viktig at sykepleieren har slik spesifikk kunnskap. Dette vil bidra til en forståelse som videre vil gjøre individuelle tilnærminger mulige (Tveiten, 2012, s. 27).

I studien til Cioffi (2006) så en at sykepleierne ofte var opptatt av ulikhetene heller enn likhetene. Dette skapte en avstand mellom pasienten, sykepleieren og pårørende, som gjorde det vanskelig å bygge et tillitsforhold. Hart & Mareno (2014) mente at sykepleierne måtte bli mer bevisste egne fordommer for å kunne gi kulturell kompetent omsorg. På en annen side ser vi i studien til Nielsen & Birkelund (2009) at det å konfrontere forskjellene kan være en kilde til innsikt i de regler og normer tilhørende en annen kultur, men det kan også være en kilde til frustrasjon. Sett i et slikt lys kan det være viktig å ha fokus på ulikhetene, men samtidig være bevisst på hva et slikt fokus fører med seg. Selv om sykepleierne anerkjenner forskjeller mellom seg selv og pasienten, eller de pårørende med annen kulturell bakgrunn, skal hovedfokus ligge på det å skape et fellesskap hvor relasjonen skal være sensitiv og respektfull (Cioffi, 2006). En slik holdning finner vi igjen i ett av Leiningers elementer om vedlikehold, og det å ha respekt for den andres kultur og det som er viktig for at den enkelte skal kunne ivareta sin egen helse (Leininger & McFarland, u.å.).

Hvor godt en familie takler en sykehusinnleggelsen vil være avhengig av miljøet på avdelingen, og i hvor stor grad følelser og atferd som er normalt i deres daglige liv anerkjennes (Hopia et al., 2005). I artikkelen til Hart & Mareno (2014) ser vi at sykepleierne mente pasienter og pårørende fra andre land og kulturer burde tilpasse seg det landet og den kulturen de migrerte til. På en annen side kom det frem i artikkelen til Tavallali et al. (2014) at foreldrene forventet at sykepleieren skulle tilpasse seg de holdninger og verdier i det landet sykepleieren jobbet. Her finner vi sprik i tilnæringsmåter som tilsier at det ikke nødvendigvis er pasienten eller de pårørende som står i fokus, men heller de verdier og normer i landet hvor helsehjelpen blir gitt. Dette vil stå i strid med det som står skrevet i Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 25) hvor en skal respektere enkeltmenneskets verdier, skikker og tro. Og videre mål i rammeplanen for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) hvor en skal være i stand til å forholde seg til ulike samfunn og kulturer.

Cortis (2004) viser at forventningen som er tilstede om at den enkelte skal tilpasse seg det landet og den kulturen de migrerer til, faktisk finner sted. Den enkeltes kulturelle holdninger og verdier influeres av individets personlige liv, de verdier og holdninger en utsettes for i det daglige. Likevel opplevde sykepleierne at de ble skuffet over de krav som ble stilt av den flerkulturelle pasienten og deres pårørende, og selv om de visste at de burde ta hensyn til det kulturelle, valgte de bevisst å ikke gjøre det (Hart & Mareno 2014). På en annen side opplevde foreldrene at de ble fornærmet på grunn av sine holdninger og at deres erfaring ble latterliggjort. De opplevde at sykepleieren ikke imøtekom de forventningene de hadde (Hopia et al., 2005). Her vil det ikke være et spørsmål i forhold til den enkeltes kunnskap om kulturer, men om man er i stand til å vise seg som et medmenneske i møte med den andre. Det vil kunne være den manglende forståelse eller aksept for de kulturelle forskjellene som gjør sykepleieren skuffet, og som Martinsen (2006, s. 89) skriver må en være åpen for de signaler den andre sender ut og ta innover seg den andres opplevelse. Noe som ikke nødvendigvis innebærer å si seg enig med holdninger og den atferden som utvises.

5.1.1 Kommunikasjon og informasjon

I artikkelen til Tavallali et al. (2014) kom det frem at kommunikasjon var svært viktig for foreldrenes opplevelsen av god omsorg. Om sykepleieren manglet de språklige ferdighetene kunne dette redusere foreldrenes tilfredshet med omsorgen som ble gitt. Om foreldrene ikke kunne være sikker på at sykepleieren forsto hva de sa, følte de seg utrygge. På en annen side viste Cortis (2004) til at noen sykepleiere ga uttrykk for at språkbarrieren ikke var så stor som mange ville ha det til. Ved å ta i bruk kroppsspråk og bildekort klarte de fint å kommunisere med pasienter og pårørende. Her belyses to ulike ståsted, hvor foreldrene ikke føler seg godt nok ivaretatt om de opplever språkvansker, mens sykepleierne ikke ser på dette som et problem. Det er ikke nødvendigvis nok å gjøre seg forstått som sykepleier, informasjonen må også være tilstrekkelig, noe Miles (2003) viser til i sin *Nurse-Parent Support Model*. Grønseth & Markestad (2011, s. 86) viser også til at foreldre på tvers av kulturer har lik rett til å motta og forstå informasjon som blir gitt.

Hopia et al. (2005) skriver i sin artikkel at kvaliteten og kvantiteten på informasjonen som blir gitt til familien må tilpasses den enkeltes individuelle situasjon. Dette er også lovpålagt jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Noen foreldre vil vite alt om sykdommen og behandlingen til barnet, for disse vil tilgjengelig informasjon være viktig for å mestre situasjonen. Hopia et al. (2005) viser også til at noen foreldre kan forvente at det er sykepleieren som skal ta initiativ til samtale, og det kan være lett for sykepleieren å tro at de passive og stille foreldrene alltid er glad og fornøyd. Alle vil kunne ha individuelle behov og ønsker knyttet til den informasjonen en mottar. Her vil en måtte sette seg inn i hver enkelt av foreldrenes ønsker og behov, en kan ikke bare ta for gitt at noen ikke ønsker informasjon selv om de ikke etterspør det. Dette støttes opp av Miles' (2003) modell som viser at det er viktig at sykepleieren er i hyppig kontakt med foreldrene og oppfordrer til spørsmål og videre gir tilstrekkelig informasjon. Det vil derimot i det flerkulturelle møtet mellom pasient, pårørende og sykepleier kunne være en språkbarriere som gir utfordringer. Her kan en ta i bruk tolk.

Når helsearbeideren samtaler med en pasient eller pårørende, er det en personlig samtale mellom de to, enten samtalen skjer ved hjelp av tolk eller ikke. I artikkelen til Tavallali et al. (2014) viser de at tillitsforholdet mellom sykepleieren og foreldrene spiller en stor

rolle i foreldrenes opplevelse når barnet deres er innlagt på sykehus. På grunn av språkbarrieren skriver Hart & Mareno (2014) at det kan være en utfordring å skape et gjensidig tillitsforhold mellom sykepleier, pasient og pårørende, det var også vanskelig å skape denne tilliten gjennom tolk. Hanssen (2005, s. 62) skriver på den ene siden at det som blir sagt skal oversettes ord for ord, uten at tolken påvirker meningsinnholdet med egne verdier og normer. Dette støttes opp av Magelssen (2008, s. 158) om at tolken skal oversette så nøyaktig som mulig det som blir sagt. På den andre siden skriver Tveiten (2012, s. 30) at ordene som sies må tolkes i lys av meningsinnholdet i kroppsspråket, situasjonen og konteksten. Sett i et slikt lys vil det være viktig at tolken er bevisst på det kulturelle som ligger bak det som blir sagt.

På bakgrunn av manglende gjensidig forståelse, og et redusert tillitsforhold som Hart & Mareno (2014) nevner, kan det være utfordrende å utøve tilstrekkelig omsorg til foreldre. I Cioffis (2006) artikkel vises det til at flerkulturelle pasienter og pårørende ikke føler seg i stand til å stole på sykepleieren til å gi emosjonell støtte. Dette med bakgrunn i språkbarrieren og deres opplevelse av at sykepleierne hadde en mangelfull forståelse for deres kultur og væremåte, og derfor ikke kunne snakke fritt. Resultatet av dette ble en type instrumentell sykepleie hvor en ble mer opptatt av å utføre de konkrete sykepleieoppgavene heller enn å utøve omsorg. Her kan vi trekke inn Martinsen som skiller mellom pleie som noe spesifikt, og omsorg som allment hvor en forholder seg til hverandre som mennesker (Alsvåg, 2010, s. 422). En utfordring vil bero seg på at mange foreldre har behov for å snakke med en utenfor familien om barnets sykdom og de følelsene som er involvert (Hopia et al., 2005). Om språket dermed ikke kommer naturlige vil en kunne frata foreldrene denne muligheten, noe som kan føre til forsømt omsorg.

5.2 Sykepleierens kulturelle kompetanse

I artikkelen til Tavallali et al. (2014) uttrykker foreldrene en forventning om at sykepleierne burde være i besittelse av tilstrekkelig kulturell kompetanse. I deres artikkel vises det til den kunnskapen og kompetansen sykepleieren med annen kulturell bakgrunn burde ha. Sett fra en annen side ser vi i artikkelen til Cortis (2004) at noen sykepleiere ikke anser kultur som betydningsfylt ved pasientomsorg, en pasient er en

pasient og omsorg og pleie utføres individuelt uavhengig av kulturell bakgrunn. Er det dermed slik at det ligger en forventning om at det er den som kommer til et land, og som regnes som minoriteten i dette landet, skal tilpasse seg de kulturelle verdiene? Eller kan det også tenkes at hensyn til det kulturelle er en underliggende del av den individuelle omsorgen, og dermed tas hensyn til uten at en er bevisst på det? Likevel ser vi i noen tilfeller at kultur som en del av den helhetlige omsorgen, bevisst prioriteres bort av sykepleierne (Cortis, 2004). En annen mulig forklaring er manglende forståelse for hva kulturell kompetanse er. Claus & Viken (2004) skriver hvordan kulturell kompetanse ikke handler om å kunne språk og skikker, men det å være sensitiv ovenfor kulturene. Sistnevnte bekreftes av Tavallali et al. (2014) som skriver at foreldre syntes det er viktig at sykepleieren er sensitiv ovenfor pasientens kulturelle behov, hvor kulturell kompetanse ikke handler om kunnskap, men om å være åpen, ha respekt for og forstå at mennesker er ulike.

Kultursensitivitet er et delmål på veien til å oppnå kulturell kompetanse. Papadopoulos (2006, s. 16) beskriver det som å opparbeide en mellommenneskelig relasjon til de man hjelper, hvor en respekterer kulturelle forskjeller og behandler den andre som et unikt individ. Å være sensitiv ovenfor ulike kulturer trenger likevel ikke påvirke våre handlinger som sykepleier. En kan forstå at det eksisterer forskjeller, men likevel velge å følge egne antagelser og retningslinjer. Dette vises i artikkelen til Cortis (2004) hvor sykepleierne ikke alltid praktiserte det de trodde, dette på grunn av deres mangel på forståelse for kultur, hvor de syntes det var utfordrende å implementere dette i den individuelle omsorgen. Ifølge Leininger & McFarland (u.å.) skal en bevare de elementer som gjør et individ i stand til å ivareta sin egen helse, dette ser en gjennom Leiningers *Sunrise model*. Her legges det vekt på holistisk omsorg hvor en tar hensyn til bakgrunnsforhold som har innvirkning på pasientens eller de pårørendes helse. Leininger har likevel møtt kritikk for sitt syn. Magelssen (2004) viser at et skille mellom *oss* og *de andre* blir tydelig i Leiningers teori Et for stort fokus på ulikheter skaper en avstand som kan føre til at en ikke lenger ser på den andre som et medmenneske, men som en fremmed hvor det raskt kan oppstå konflikter. Dette finner vi igjen i studien til Nielsen & Birkelund (2009) hvor det å konfrontere forskjeller både kan føre til innsikt og frustrasjon.

I min praksis ble jeg vitne til et foreldrepar med annen kulturell bakgrunn hvor far motsatte seg utskrivelse og nektet å forlate rommet. Flere sykepleiere og leger gikk inn og snakket med vedkommende, som ble mer og mer frustrert. Etter en tid kom det frem at han ikke følte de klarte seg hjemme. Dette fordi hans kone ikke hadde tid til å ta seg av barna når de var syke, samtidig som hun skulle holde orden i huset og lage mat. Dette eksempelet viser hvordan bakenforliggende faktorer påvirker den enkeltes opplevelse av helse. I tillegg ville det i dette tilfellet vært viktig å møte far med en åpenhet hvor en tidlig fikk rede på hvorfor han ikke ønsker å forlate sykehuset. Her vil Leiningers elementer om vedlikehold, forhandling og restrukturering være viktig, hvor en som sykepleier møtte den andre med respekt, og inkluderte deres behov sammen med de medisinske anbefalingene, for videre å gjøre rede for konsekvenser (Leininger & McFarland, u.å.). På en annen side er det ikke alltid en kan handle i tråd med det foreldrenes ønsker. Her er det viktig at sykepleieren er sensitiv ovenfor den enkelte og viser forståelse, for så å best mulig legge forholdene til rette.

Hart & Mareno (2014) viste i sin studie til at sykepleierne syntes det var utfordrende å sette seg inn i hver kulturs preferanser på grunn av det mangfoldet av kulturer som eksisterer. Det at sykepleierne syntes dette er utfordrende og av den grunn velger å ikke sette seg inn i den andres kulturelle preferanser, trenger ikke sette en stopper for å utøve kulturell kompetent sykepleie ovenfor den flerkulturelle pasienten og de pårørende. Dette i lys av det Claus & Viken (2004) skriver om at det ikke handler om å kunne den andres språk og skikker, men å være sensitiv og respektfull ovenfor kulturen. Å utvise denne respekten burde sykepleieren kunne gjøre på tross av det mangfoldet av preferanser som finnes innenfor de ulike kulturene. På en annen side viste Tavallali et al. (2013) til at pasientene mente det var viktig at sykepleieren kunne tilpasse seg pasientens kulturelle behov, og at dette var av stor betydning for deres omsorgsopplevelse. Et viktig poeng i denne sammenhengen vil være hvem som ansees som de kulturelle bærerene. Det er i barndommen at grunnlaget for den kulturelle identiteten legges (Tveiten, 2012, s. 28). Som barn vil en dermed i større grad farges av sine omgivelser og tilpasse seg den situasjonen man er i, i dette tilfellet når barnet er innlagt på sykehus. For foreldrene kan den kulturelle identiteten være mer fastsatt enn for barna, og de kan føle det som en utfordring å skulle tilpasse seg en ny situasjon. På denne måten kan foreldrene sies å være de kulturelle bærerene. For sykepleieren vil dette kunne by på enda større utfordringer da en må kartlegge både foreldrenes og barnets

forståelse av situasjonen, en forståelse som kan være svært ulik. Dermed kan det sies at det ikke bare finnes ulike kulturelle holdninger innenfor én kultur, men disse variasjonene kan en også finne innad i de enkelte familiene.

I artikkelen til Tavallali et al. (2014) legges det vekt på å snakke med foreldrene og finne ut hvilke behov og ønsker de måtte ha. Sykepleierne lærer hvordan en utforsker de kulturelle verdiene sammen med pasienten og de pårørende heller enn å opparbeide seg kunnskap om generelle kulturelle preferanser. Hopia et al. (2005) skriver at foreldrene ofte vil finne egne måter å utføre sin rolle som forelder på sykehuset. De trenger oppmuntring og positive tilbakemeldinger for hele veien å kunne føle seg kompetente som foreldre. Dette i tråd med det Miles (2003) skriver om *støtte i foreldrerollen*, hvor sykepleieren anerkjenner dem som en viktig ressurs for barnet og er fordomsfri ovenfor foreldrene og deres synspunkter. Martinsen viser til at en aktivt må delta i den andres lidelse for å forstå situasjonen den andre befinner seg i (Kristoffersen, 2005, s. 92). Å aktivt stille spørsmål som kan belyse den enkeltes kulturelle holdninger er viktig, dette vil være med på å fremme sykepleierens vurderingsferdigheter i møte med pasient og pårørende. Cortis (2004) ser derimot at det vestlige verdisystemet ofte kan ansees som normen for sykepleie og en manglende refleksjon over egne fordommer og holdninger kan dermed føre til en ubevisst atferd som virker diskriminerende ovenfor pårørende med annen etnisk bakgrunn. En slik holdning kan påvirke de spørsmål en stiller og hvordan en snakker med foreldrene.

5.3 Kulturell kompetanse – kunnskap, egenskap eller erfaring?

I Rammeplan for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008) står det at studentene skal ha en forståelse for hvordan mennesker forholder seg til hverandre i ulike samfunn og kulturer. En skal også være i stand til å kommunisere med mennesker med ulik etnisk, religiøs og kulturell bakgrunn. Det settes med andre ord krav til at den ferdig utdannede sykepleieren skal være i besittelse av ferdigheter som gjør dem i stand til å utøve omsorg ovenfor den flerkulturelle pasienten og deres pårørende. Gjennom forskning vises det til at både sykepleiere, pasienter og pårørende forventer at kunnskap om flerkulturell kompetanse skal være en del av utdanningen. Men er det slik at

kulturell kompetanse kan læres, eller er det en iboende egenskap som utvikles gjennom erfaring.

Tidligere i oppgaven har jeg vist til Claus & Viken (2004) som legger vekt på sykepleierens evne til å se forbi det generelle i kulturen, og heller være sensitiv ovenfor de holdninger og verdier den enkelte måtte ha. Et slikt fokus vil en også være nødt til å ha gjennom sykepleierutdanningen. Hart & Maren (2014) viser at sykepleierne fant det utfordrende å opparbeide seg kunnskap om de ulike kulturene, dette på grunn av de kontinuerlige endringene innenfor en kultur. Om en la vekt på å opparbeide seg generell kunnskap om de ulike kulturene, for så å bruke denne kunnskapen til å generalisere og si at det er gjeldene for alle innen en kultur, vil det være vanskelig å avklare hvilke forventninger den enkelte pasient og pårørende har, da disse vil være varierende. Kulturbegrepet er flytende og beskriver de holdninger og verdier en tilegner seg som medlem av et samfunn (Magelssen, 2008, s. 15). Dette tilsier at en vil påvirkes av det samfunnet en til enhver tid er en del av. Dermed vil en måtte være forsiktig med å snakke om et individ fra en annen kultur, men heller et individ med en annen kulturell bakgrunn hvor en gjennom den andres øyne ser hva som er viktig for den enkelte, et såkalt kulturell relativistisk perspektiv.

I studien til Gebru et al. (2008) mente studentene at deres kulturelle kompetanse var økende gjennom sykepleierutdanningen. De viste ikke til en spesiell teori eller kunnskap, men mente de hadde opparbeidet seg noen integrerte holdninger som gjorde dem forberedt i møte med det flerkulturelle samfunnet. Dette på tross av at disse holdningene var utviklet gjennom utdanningen som vektla Leiningers teori. Studentene hadde forståelse for at kultur spilte en rolle for utviklingen av helse. På en annen side ga sykepleierne i artikkelen til Hart & Maren (2014) uttrykk for at dette var en egenskap den enkelte var i besittelse av og ikke noe som kunne læres gjennom en forelesning. Ofte viste det seg at det en hadde lært gjennom forelesninger og ga uttrykk for at man hadde forståelse for ikke ble utført i praksis. En forklaring på dette kan være den usikkerheten sykepleierne følte når det kom til hvordan en skulle ta i bruk kultur som en del av den helhetlige omsorgen. I alle menneskelige relasjoner burde en ha en gjensidig respekt for ulikheter, og denne respekten kan vises gjennom en ydmyk holdning (Tavallali et al., 2014). Men kan man egentlig lære seg å ha en ydmyk holdning, eller ligger det som en integrert del av ens personlighet?

Gebbru et al. (2008) ser nærmere på om en modell om transkulturell sykepleie er nødvendig i utdanningen. Sykepleie skal i seg selv ha et holistisk fokus, og dermed er det kulturelle aspektet en underliggende del. Å ha dette som eget emne kan dermed sees på som overflødig. Cortis (2004) argumenterer for at kultur som en underforstått del av den holistiske omsorgen ikke fungerer da det vises til manglende forståelse av kulturbegrepet og hvordan det anvendes i praksis. I lys av dette vil det å ha et bevisst forhold til hvordan det kulturelle aspektet påvirker helsen være en viktig del av sykepleierutdanningen. Likevel vil det være utfordrende å se om den teoretiske delen påvirker den praktiske utøvelsen i den graden som er ønskelig. Økt kunnskap om andre kulturer vil alene ikke være nok, men i samspill med en holdningsendring vil det være aktuelt. Hart & Moreno (2014) beskriver en holdning blant sykepleierne om at det er viktig å åpne menneskets hjerte før en kan forandre deres tankegang. Dette vil kunne sees i sammenheng med det Martinsen (2006, s. 87) beskriver som *å se med hjertets øye*, hvor en må være tilstede med hele seg og ta innover seg den andres opplevelse. Det er vanskelig å skulle være imøtekommende og barmhjertig i samhandling med andre om man ikke åpner hjertet og er tolerant ovenfor den andre.

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å se nærmere på hvordan sykepleieren kunne utøve omsorg til foreldre med annen kulturell bakgrunn som har barn innlagt på sykehus. Fokus på foreldre er viktig i denne sammenhengen da de kan ansees som de kulturelle bærerene. Det er foreldrene som har vokst opp og blitt farget av et samfunn med en annen kulturell forståelse enn det vi finner i det norske samfunnet. Barna på sin side er i større grad tilpasningsdyktige og vil formes mer av det de omgir seg med til enhver tid.

Det vises gjennom forskningen at kommunikasjon veier tungt for foreldre med annen kulturell bakgrunn. Om de ikke føler de blir forstått, fører dette til en utrygghet og opplevelse av utilstrekkelig omsorg. Det at foreldrene ikke følte de kunne snakke fritt med sykepleieren om de tanker og behov de måtte ha, førte til en manglende tillit. Dette ser vi igjen resultere i en instrumentell omsorg hvor en ikke la vekt på å *se* den andres behov som menneske, men heller fokusere på utførelse av prosedyrer og undersøkelser. Videre er det viktig at sykepleieren møter foreldrene med respekt. Respekt for deres holdninger, verdier og tanker. En trenger ikke kunne alt om deres kulturelle bakgrunn, men ha en kompetanse som innebærer å være åpen og lytte til det foreldrene har å si, og sammen finne ut hvordan en på best mulig måte kan ivareta den enkeltes behov.

Utfordringen gjennom denne oppgaven var å finne forskning som var aktuell for min problemstilling. Det var lite forskning å finne om foreldre med annen kulturell bakgrunn og deres erfaringer i møte med det norske helsevesenet. I et stadig voksende flerkulturelt samfunn vil slik kunnskap kunne øke kvaliteten på sykepleien som blir gitt, og den positive opplevelsen for foreldrene kan også være økende.

7 Referanseliste

- Alsvåg, H. (2010). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. (3.utg., s. 417-450). Oslo: Akribe AS.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care; a practical guide* (3.utg.). Berkshire: Open University Press.
- Barth, F. (1994). *Manifestasjon og prosess*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bruusgaard, D., & Rørtveit, G. (2015, 11. september). *Holisme*. Hentet fra <https://sml.snl.no/holisme>
- Cioffi, J. (2006). Culturally diverse patient-nurse interactions on acute care wards. *International Journal Of Nursing Practice*, 12(6), 319-325 7p. Hentet 6. februar 2016 fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106240829&site=ehost-live>
- Claus, I.B., & Viken, B. (2004). Generell sykepleie: sykepleie og kulturell trygghet. *Sykepleien* 92 (7):40-43. doi: 10.4220/sykepleiens.2004.0030
- Cortis, J. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal Of Advanced Nursing*, 48(1), 51-58 8p. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03168.x
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. Utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

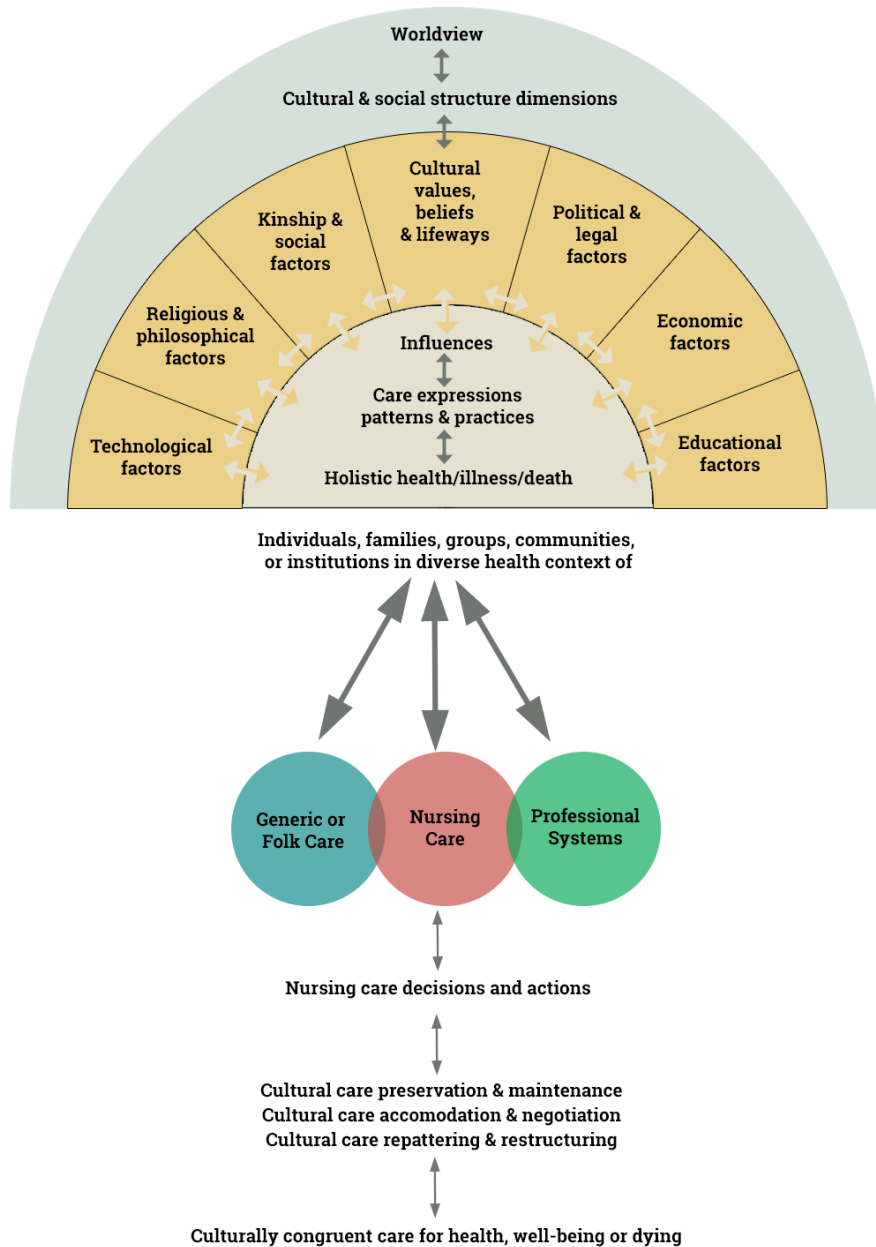
- Gebru, K., Khalaf, A., and Willman, A. (2008), Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden – a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22: 348–356. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00535.x
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures. Selected Essays*. New York: BasicBooks.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hanssen, I. (2009). *Flerkulturelt samfunn*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hart, P. L., & Maren, N. (2014). Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(15/16), 2223-2233 11p. doi:10.1111/jocn.12500
- Hopia, H., Tomlinson, P., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal Of Clinical Nursing*, 14(2), 212-222 11p. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01041.x
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 4*. (1. utg., s. 13-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Kritisk vurdering*. Hentet 9. februar 2016 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet 3. februar 2016 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kunnskapssenteret. (2015, 24. november). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet 9. februar 2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartiklar>

- Leininger, M., & McFarland, M. (u.å.). *Transcultural Nursing: Culture Care Theory*. [Videoklipp]. Hentet fra <http://www.madeleine-leininger.com/cc/video2.htm>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet – Om å finne likhetene i forskjellene*. (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Magelssen, R. (2004). Generell sykepleie: Hva sier begrepet ”transkulturell sykepleie” om vår virkelighetsoppfatning. *Sykepleien* 92 (1):43-47. doi: 10.4220/sykepleiens.2004.0015
- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McFarland, M.R. (2014). Culture Care Theory of Diversity and Universality. I M.R. Alligood (Red.), *Nursing Theorists – and their work*. (8. utg., s. 417-441). Missouri: Elsevier Inc.
- Miles, M.S. (2003). Support for Parents During a Child’s Hospitalization: A nurse’s guide to helping parents cope. *American Journal of Nursing*, 103(2): 62-64. Hentet 20. januar 2016 fra http://www.jstor.org/stable/29744962?seq=2#page_scan_tab_contents
- Nielsen, B. og Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 23; 431-437. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Papadopoulos, I. (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. I I. Papadopoulos (Red.), *Transcultural Health and Social Care – Development of culturally competent practitioners* (s. 7-24). Churchill Livingstone Elsevier.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 25. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Tavallali, A. G., Kabir, Z. N., & Jirwe, M. (2014). Ethnic Swedish Parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 28(2), 255-263 9p. doi:10.1111/scs.12051
- Thorbjørnsrud, B. (2009a). Kulturelle fortolkningsrammer. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi og helse- og sosialprofesjonene*. (2. utg. s. 201-239). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thorbjørnsrud, B. (2009b). Kultur, helse og sykdom. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi og helse- og sosialprofesjonene*. (2. utg. s. 241-271). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2012). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I S. Tveiten, A. Wennick, & H.F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie*. (s. 11-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Utlendingsdirektoratet (2016, 7. januar). *UDI-direktøren oppsummerte asylåret 2015*. Hentet 9. januar 2016 fra <http://www.udi.no/aktuelt/udi-oppsummerer-asylaret-2015/>

Vedlegg I: Leiningers Sunrise Model

Madeleine Leiningers Transcultural Nursing The Sunrise Enabler to Discover Culture Care Sunrise Model



↕
Influencers

nurseslabs

(Hentet 7. januar 2016 fra <http://nurseslabs.com/madeleine-leiningers-transcultural-nursing-theory/>)

Vedlegg II: Litteratursøk

| Database | Søkeord | Treff | Utvalgt artikkel |
|----------|---|-------|---|
| CINAHL | Family Centered Care AND Nursing AND Culture | 36 | <i>Cultural challenges and barriers through the voices of nurses</i> (Hart, P. L., & Mareno, N., 2014). |
| CINAHL | Family Centered Care AND Children hospitalization | 19 | <i>Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health</i> (Hopia, H., Tomlinson, P., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P., 2005). |
| SveMed+ | Parents AND Nursing AND Culture | 9 | Ethnic Swedish Parents' experiences of minority ethnic nurses' cultural competence in Swedish paediatric care (Tavallali, A.G., Kabir, Z. N., & Jirwe, M., 2014). |
| SveMed+ | Culturally competent AND Nursing AND Education | 26 | Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden - a questionnaire study (Gebru, K., Khalaf, A., & Willman, A., 2008). |
| CINAHL | Culturally diverse patient AND nursing AND hospital | 18 | <i>Culturally diverse patient-nurse interaction on acute care wards</i> (Cioffi, J., 2006). |
| CINAHL | Minority ethnic patients AND Hospital | 169 | <i>Meeting the needs of minority ethnic patients</i> (Cortis, J., 2004). |

Vedlegg III: Sjekkliste for forskningsartikler

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health.

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p> |
| <p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p> |

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Kommentar: Ja!</p> |
| <p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Kommentar: Det er gjort rede for hvem som er valgt ut og kriterier for at disse skal velges ut fra hensyn til deltakerne. Det er videre en grei beskrivelse av utvalgets karakteristika.</p> <p>Avdølingsleder på aktuell avdøling fikk gi uttrykk for hvem som kunne passe til studien, noe en må ta med i betraktning for eventuelle bias.</p> |
| <p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Kommentar: Kvalitativ metode er god for å belyse problemstillingen.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel felstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? | <p>Det er brukt intervju som videre metode, og hvordan disse har blitt utført er beskrevet. Temaene som intervjuet skulle dekke er gjort rede for, men setting er ikke begrunnet, men beskrevet.</p> |
|--|---|

| | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|---------------|------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Analysen er gjort ved bruk av grounded theory metode, hvor det videre er brukt tre kriterier for inndeling av metoden.</p> <p>Den data som er samlet inn er satt i sammenheng med de kategoriene forskeren har valgt å legge vekt på, og det er tatt med sitater fra deltakerne.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |
| <p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Forsker har redegjort for konteksten intervjuet foregikk innenfor. Videre er det vist til at de har en bevissthet knyttet til deltakernes ulike forståelse innad i familien, og dette er tatt hensyn til.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |
| <p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p> | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: I drøftingen/diskusjonen har forsker trukket inn tidligere studier hvor en ser lignende mønstre.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

| | |
|--|--|
| <p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? | |
| <p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? | <p>Ja Uklart Nei</p> <p>Ø O O</p> <p>Kommentar: Det er innhøstet informert samtykke fra deltaker og studien er godkjent av Etisk komite. Deltakerne var anonym for forsker frem til de valgte å delta og kunne når som helst trekke seg.</p> |

HVA ER RESULTATENE?

| | |
|--|--|
| <p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? | <p>Ja Uklart Nei</p> <p>O ← Ø O</p> <p>Kommentar: I sammendraget er hovedfunnene oppsummert, men det er ingen konklusjon, avslutning eller oppsummering i slutten av studien. I diskusjonen er funnene sett på i lys av studiens formål.</p> |
|--|--|

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

| | |
|--|--|
| <p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? | <p>Kommentar: Forskeren påpeker hvordan studiens resultater ikke er generaliserbar, men gir mer en forståelse av hvilke områder det er viktig for familien at sykepleier legger vekt på. I min oppgave vil studien være med på å belyse problemstillingen fra ulike perspektiver og gi en bredere forståelse for hva en må ta hensyn til for å finne ut hva som er viktig for foreldre med barn innlagt på sykehus.</p> |
|--|--|

Outcome analysis of a research-based didactic model for education to promote culturally competent nursing care in Sweden - a questionnaire study.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KOHORTSTUDIE

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. User's Guides to the medical literature. A manual for evidence based clinical practice, second edition. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2008.
- Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Dersom du skal skrive en systematisk oversikt viser vi til Håndboka "Slik oppsummerer vi forskning" (kunnskapssenteret.no)

INNLEDENDE SPØRSMÅL

| | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|---------------|------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS: Formålet kan være klart formulert med hensikt på</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Populasjonen som studeres • Tiltaket som gis • Sammenligningen som gjøres • Utfallene som vurderes | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |
| <p>2. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?</p> <p>Foreligger det seleksjonsskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var kohorten representativ for en definert befolkningsgruppe? • Var det noe spesielt med personene i kohorten? • Ble alle personene som burde vært inkludert tatt med? | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Til målgruppen å være.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

DETALJERTE SPØRSMÅL

| | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|---------------|------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <p>3. Ble eksposisjonen presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene pålitelige (valide)? | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Ifølge forsker er denne høy da spørreskjemaene ble administrert av den samme observatøren.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |
| <p>b) Foreligger det klassifiseringskjevhet:</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt samme prosedyre for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene? | <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Samme forsker utviklet de fire spørreskjemaene over utdanningen.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |

| <p>4. Ble utfallet presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjvhet?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? Er målemetodene gyldige (valide)? <p>b) Foreligger det klassifiseringsskjvhet?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det etablert et godt <u>system</u> for å fange opp alle sykdomstilfeller/utfall? Ble samme målemetode brukt i alle gruppene? Var personene i kohorten og/ eller de som vurderte utfallet blindet mht. hvem som var eksponert (- og spiller det noen rolle?) | <table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Samme forsker har fulgt opp alle studentene, noe som viser objektivitet i tillegg til dataprogram til analyse.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Forsker har vært bevisst på eventuell sykdom eller annet som gjør at deltakerne ikke har svart på undersøkelsen, men dette skal være lite betydningsfullt</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--|--------------------------|--------|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----|--------|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Ja | Uklart | Nei | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| <p>5. (a) Har forfatterne identifisert alle viktige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p>Nevn noen som du tenker er viktig, som ikke er med i studien.</p> <p>(b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se etter restriksjoner i design el. teknikker, for eksempel stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er benyttet for å korrigere eller justere for konfoundere. Er det andre viktige konfoundere som forfatterne burde tatt hensyn til? | <table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Sier ikke noe om eventuell praksis og fysisk møte med det flerkulturelle.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Dette området er lite nevnt av forskeren</p> | Ja | Uklart | Nei | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ja | Uklart | Nei | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| <p>6. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Var det få som falt fra? Var frafallet likt fordelt i ulike eksponeringsgrupper? Er det slik at personer som faller fra skiller seg fra de som blir fulgt opp og analysert i studien? | <table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Pga. forsker møtte opp personlig og samlet inn spørreskjema var det få som falt fra. Dette frafall pga. fravær, ønske om å ikke svare eller studier i utlandet</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|--------|-----|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <p>7. Ble personene fulgt opp lenge nok?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive eller negative utfall må ha hatt lang nok tid til å ha oppstått. • Vurderer du oppfølgingstiden som lang nok? | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;">Ja</td> <td style="text-align: center; width: 33%;">Uklart</td> <td style="text-align: center; width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Ut fra gjeldende mål i studien om utdanning var det lenge nok.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |

HVA FORTELLER RESULTATENE?

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|--------|-----|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
| <p>8. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er hovedkonklusjonen? • Kan du oppsummere resultatene i en setning? • Er det gjort rede for forholdet mellom insidens blant de eksponerte/ ikke eksponerte (ratio)? • Hvor sterk er assosiasjonen mellom eksposisjon og utfall? | <p>9. Hvor presise er resultatene?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se på bredden av konfidensintervallet. <p>En synlig endring i studenter kunnskap om kultur og kulturell kompetanse i løpet av sykepleiestudiet.</p> | | | | | | |
| <p>10. Tror du på resultatene?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Store effekter er vanskelige å se bort fra! • Kan resultatene skyldes skjevhet, tilfeldige feil eller konfundering? • Har designen og metodene i studien så mange feil at resultatene ikke kan stoles på? • Vurder mot Bradford Hill-kriteriene (f eks tidsrelasjon, dose-respons, biologisk gradient, konsistens) | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;">Ja</td> <td style="text-align: center; width: 33%;">Uklart</td> <td style="text-align: center; width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kan kulturell kompetanse læres gjennom utdanning, eller må det erfares. Men ut fra studentenes syn mener de deres kulturelle kompetanse har økt.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

| | Ja | Uklart | Nei |
|---|--|---|------------------------------|
| <p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vurder om personene i denne studien er annerledes enn personene du forholder deg til i praksis. Er de lokale forholdene forskjellig fra stedet der studien fant sted? | <p><input checked="" type="radio"/></p> | <p><input type="radio"/></p> | <p><input type="radio"/></p> |
| | <p>Pop. nært skandinavisisk land med noenlunde samme utvikling.</p> | | |
| <p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra andre tilgjengelige studier?</p> | <p><input type="radio"/></p> | <p><input checked="" type="radio"/> →</p> | <p><input type="radio"/></p> |
| | <p>Noe forskjeller har blitt funnet.</p> | | |
| <p>13. Hva er implikasjonene av denne studien for praksis?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> En observasjonstudie gir sjelden tilstrekkelig robust evidens for å anbefale endringer av praksis eller helsepolitiske beslutninger For noen spørsmål kommer den eneste evidensen fra observasjonsstudier Anbefalinger fra observasjonsstudier er alltid sterkere når de får støtte av annen evidens | <p>Studien viser at det er stor intern og ekstern validitet, og det er dermed generaliserbart.</p> | | |