



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 559

Antall ord: 8932

Møtet mellom kulturer

Meetings between cultures

Bachelor i sykepleie

Haugesund

Kull 2014

Antall ord: 8932

Sammendrag

Tittel: Møtet mellom kulturer

Bakgrunn: Møtet med pasienter fra ulike kulturer er en del av arbeidshverdagen til sykepleiere. Årsaken til dette er at stadig flere personer flytter til andre land for å studere, finne en jobb eller flykte fra hjemlandet. Møtet med disse pasientene kan by på utfordringer på grunn av kulturelle forskjeller.

Hensikt: Undersøke om sykepleierens kulturelle kompetanse påvirker om sykepleierne forstår hvor mye smerter en fremmedkulturell pasient har.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Den er basert på to kvantitative studier, to kvalitative studier og en review av kvalitativ forskning.

Resultat: Forskingen viser at kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten, språkbarrieren, samt kulturelle forskjeller påvirker møtet. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten og sykepleierens kulturelle kompetanse er også nevnt som elementer som påvirker denne situasjonen. Sykepleierne i forskningen oppgir at de selv ønsker mer opplæring i flerkulturelle møter og skriftlige retningslinjer. Opplæringen i bruk av tolketjeneste er også diskutert.

Konklusjon: Sykepleierens kulturelle kompetanse kan påvirke relasjonen og kommunikasjonen med, og behandlingen av, pasienten. Utdanningen og arbeidsstedene burde legge opp til bedre opplæring i interkulturelle møter, health literacy og bruk av tolk.

Nøkkelord: kulturell kompetanse, kulturelle forskjeller, kommunikasjon, språkbarrierer, relasjon

Abstract

Title: Meetings between cultures

Background: To meet patients from different cultures is part of a nurses' workday. The reason is that more and more people move to other countries to study, work or as refugees from their homeland. The meeting with these patients can give complications because of the cultural differences.

Aim: Examine if the nurses cultural competence has an effect on the understanding of how much pain patients from other cultures are in.

Method: This is a systematic literature study. It is based on two quantitative studies, two qualitative studies, and one review of qualitative studies.

Results: Research shows that the communication between the nurse and the patient were important in the meeting. Cultural differences and language barriers did also affect the relationship between the nurse and the patient, in addition to the nurses cultural competence. The nurses interviewed in the research wish more training in situations where they meet patients from other cultures, as well as written guidelines. Training in using a translator is also discussed.

Conclusion: The nurses cultural competence can affect the relationship and the communication with patients from other cultures, as well as the treatment of the patients. It is discussed that training in intercultural meetings, health literacy and using translators should be more included in the education of nurses. The nurses workplaces should also continue to train nurses after the finished studies.

Keywords: cultural competence, cultural differences, communication, language barriers, relations

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 <i>Problemstilling</i>	1
1.2 <i>Avgrensninger til problemstillingen</i>	1
1.2.1 <i>Kulturell kompetanse</i>	1
1.2.2 <i>Sykepleierens møte og relasjoner med pasienter</i>	2
1.2.3 <i>Pasient med fremmedkulturell bakgrunn</i>	2
1.2.4 <i>Smerteuttrykk</i>	3
1.2.5 <i>Sykepleierens rolle</i>	3
2.0 Teori	4
2.1 <i>Kulturell kompetanse</i>	4
2.2 <i>Kommunikasjon</i>	8
2.3 <i>Smerteuttrykk</i>	9
3.0 Metode	11
3.1 <i>Presentasjon av litteraturstudie som metode</i>	11
3.2 <i>Praktisk fremgangsmåte</i>	12
3.3 <i>Kildekritikk</i>	13
3.4 <i>Metodekritikk av litteraturstudier</i>	14
3.5 <i>Etiske aspekter</i>	15
4.0 Resultat	16
4.1 <i>Providing transcultural to Children and Parents: An exploratory study from Italy</i>	16
4.2 <i>Minority ethnic patients in the Danish healthcare system - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients</i>	17
4.3 <i>How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals ? A systematic review of qualitative research</i>	18
4.4 <i>Prejudice, Paradox and Possibility: Nursing People from cultures other than one's own</i>	19
4.5 <i>Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin- primary child health nurses opinions</i>	20
4.6 <i>Hovedfunn i oppgaven</i>	21
5.0 Drøfting	22
5.1 <i>Kommunikasjon med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn</i>	22

<i>5.2 Relasjon og gjensidig tillitsforhold</i>	26
<i>5.3 Kulturelle forskjeller i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn</i>	28
<i>5.4 Kulturens påvirkning på smerteuttrykket</i>	30
<i>5.5 Avslutning</i>	31
6.0 Referanseliste	32
Vedlegg I - Tabell over søkeprosessen	I
Vedlegg II - Eksempel på kunnskapsdepartementets kriterieliste for artikler	III

1.0 Innledning

I en stadig mer flerkulturell verden, er vi som sykepleiere ansvarlig for å lære oss å kommunisere med, og behandle, pasienter fra ulike kulturelle bakgrunner. Migrasjon er ikke bare et faktum i vårt eget land, men over hele verden. På verdensbasis finnes det over 230 millioner migranter (FN, 2016). Årsaken til at personer velger å bosette seg i et nytt land kan variere fra arbeids- og studiemuligheter, ønsket om å oppleve noe nytt, eller ønsket om å flykte fra et land som er påvirket av for eksempel krig.

Tallene fra Januar 2017 viser at omtrent 17% av Norges befolkning er innvandrere (SSB). Disse tallene viser derimot bare de registrerte innvandrerne og mørketallene er uvisse. Innvandrerne i Norge kommer fra mange ulike kulturer og har alle en unik livshistorie. I den tiden de bor her kommer de sannsynligvis til å ta kontakt med helsevesenet. Det er da vi som sykepleiere som møter pasientene med fremmedkulturell bakgrunn og som skal bruke vår kunnskap til å ivareta og behandle disse pasientene.

1.1 Problemstilling

Hvilken rolle spiller sykepleierens kulturelle kompetanse i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn og deres uttrykk av smerte?

1.2 Avgrensninger til problemstillingen

1.2.1 Kulturell kompetanse

Kulturell kompetanse er et viktig element av yrket som sykepleier fordi verden er et multikulturelt sted. En kan møte personer fra ulike kulturer i alle aspekter i livet. For oss som sykepleiere blir møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn i arbeidssituasjoner en utfordring som skiller seg fra møtet med andre kulturer i hverdagen. Hovedfokuset i denne

oppgaven vil være sykepleierens kulturelle kompetanse. Dette inkluderer både sykepleierens syn på egen kompetanse og pasientens opplevelse av denne kompetansen. Årsaken til at dette er et av fokusområdene i oppgaven, er at dette er et viktig perspektiv som sykepleiere møter i en stadig flerkulturell arbeidshverdag. I tillegg er dette viktig for god behandling og pasientsikkerheten.

1.2.2 Sykepleierens møte og relasjoner med pasienter

I hverdagen som sykepleier møter en mange ulike pasienter. For å kunne gi pasientene god behandling, er det viktig å kunne skape en god relasjon. I denne oppgaven vil møtet mellom sykepleieren og pasienten, samt relasjonen som skapes i dette, bare omhandle fremmedkulturelle møter. Årsaken til dette er at møtet som sykepleier med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn byr på noen utfordringer som er viktige å ha reflektert over.

1.2.3. Pasient med fremmedkulturell bakgrunn

Ut ifra et kulturelt og sykepleiefaglig perspektiv kan en pasient med fremmedkulturell bakgrunn defineres som en pasient som bor i et land, men som ikke har samme kultur og språk som landet de flyttet til. Dette inkluderer dermed innvandrere, flyktninger og asylsøkere. Forskjellige studier definerer pasienter med fremmedkulturell bakgrunn ulik, men denne definisjonen dekker kriteriene til alle definisjoner i studiene, som er grunnlaget for at det defineres slik i denne oppgaven.

1.2.4 Smerteuttrykk

Smerte er et fenomen som er sentralt i yrket som sykepleier. Å føle smerte er den del av det å være syk og som gjør det til et fenomen som, til tross for kulturelle forskjeller, er universelt. Uttrykket av smerten kan derimot påvirkes av kultur, noe som gjør det til et interessant begrep i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

1.2.5 Sykepleierens rolle

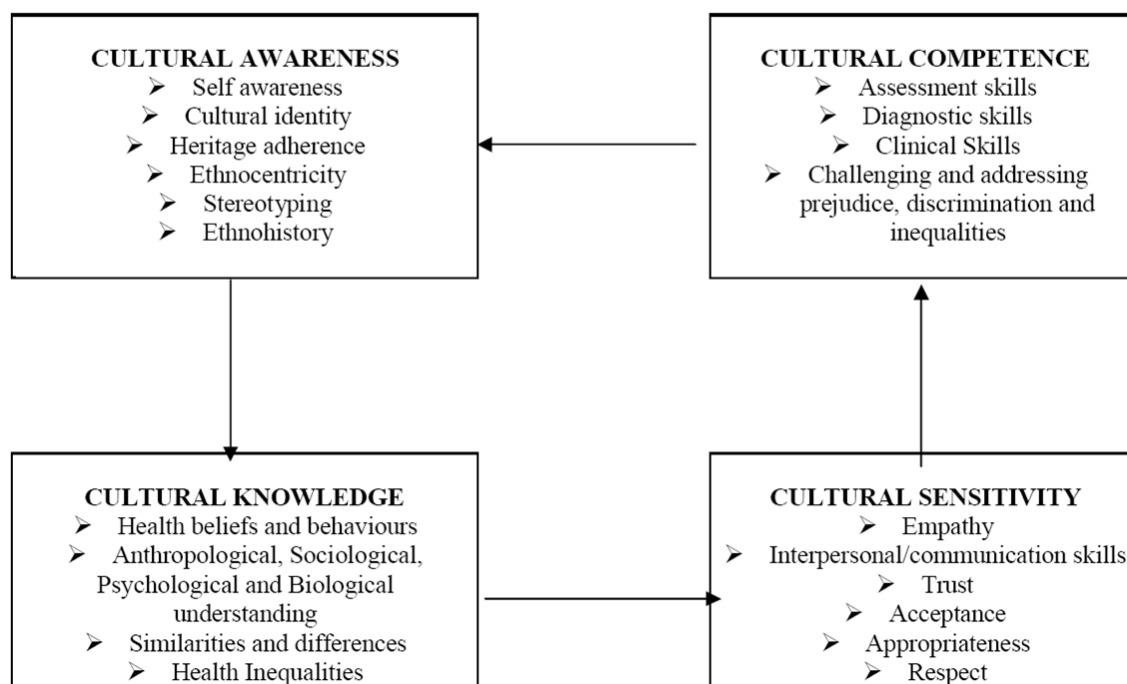
Som sykepleier blir vi tilskrevet roller i hver enkel situasjon som vi er delaktige i løpet av vår arbeidshverdag. Disse rollene kan være alt fra samtalepartner og støttespiller, til behandlende og lindrende medisindistributør, eller andre roller pasienten trenger at vi har. I møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn er det viktig å være klar over de ulike rollene våre samt være oppmerksom på hvilke roller pasientene tilskriver oss. Rollene som pasienten med fremmedkulturell bakgrunn forventer av oss kan være annerledes enn det vi er vant med eller forventer, og de kan være påvirket av pasientens forventninger ut i fra hans/hennes kultur.

2.0 Teori

2.1 Kulturell kompetanse

Papadopoulos, Tilki og Taylor (Papadopoulos, 2006, s. 10) definerer kulturell kompetanse som kapasiteten til å gi effektiv helsehjelp med hensyn til personers kulturelle tro, oppførsel og behov.

The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for Developing Cultural Competence



Figur 1. The Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for developing cultural competence.

I tillegg har de laget en modell med fire grader av kompetanse som forklarer hvordan en kan oppnå kulturell kompetanse (figur 1). Gradene er kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kulturell sensitivitet og kulturell kompetanse. Disse fire påvirker hverandre, og de tre førstnevnte må videreutvikles for at en skal oppnå kulturell kompetanse.

Kulturell bevissthet består av seks kriterier. Kriteriene er selvbevissthet, kulturell identitet, etterlevelse av arv, etnoserisitet og etnisk historie. Disse kriteriene går på forståelse av sin egen kultur som derav kan hjelpe en med å forstå andre sine kulturer. Dette er sentralt i møtet mellom sykepleiere og pasienter med flerkulturell bakgrunn.

Neste grad er kulturell kunnskap, som har fire kriterier. Disse er 1) helse tro og oppførsel; 2) antropologisk, sosiologisk, psykologisk og biologisk forståelse; 3) likheter og forskjeller; og 4) helseulikheter. Alle disse punktene er med på å forme vår forståelse av pasienten og hans/hennes kommunikasjon til oss i sykepleierrollen. Hvordan pasienten tolker denne rollen blir også påvirket av disse elementene.

Tredje grad er kulturell sensitivitet. Denne er bygd opp av empati, relasjons- og kommunikasjonsferdigheter, tillit, godkjennelse, passende oppførsel, og respekt. Kort sagt går denne graden ut på at vi som sykepleiere respektere pasienten og dens kultur, og viser at vi bryr oss om hans/hennes velvære, preferanser og meninger.

Kulturell kompetanse som er den fjerde og høyeste graden i modellen, består av evaluerings-, diagnose- og kliniske ferdigheter, samt det å utfordre og adressere fordommer, diskriminering og ulikheter. Sykepleierens rolle i møtet med pasienter med flerkulturell bakgrunn blir da å se pasienten som et individ med sine egne preferanser og sin egen bakgrunn. God kulturell kompetanse er å tilpasse behandlingen til pasienten og hans/hennes kultur, og utfordre eventuelle fordommer og ulikheter av oppførsel mot pasienter med fremmedkulturell bakgrunn på arbeidsplassen.

Det er derimot viktig å nevne at denne modellen er sirkulær, noe som gjør at de forskjellige gradene påvirker hverandre. Papadopoulos m.f. (2006, s. 10-18) mener at kulturell kompetanse kan utvikles dersom en arbeider bevisst med det men at en kan også stagnere i utviklingen eller falle tilbake på en lavere grad dersom en slutter å jobbe aktivt med det.

Et annet modell for kulturell kompetanse er laget av Purnell.



Figur 2. The Purnell Model for Cultural Competence.

Purnell (2013, s. 16) sin modell består av tre ytre sirkler som representerer 1) det globale samfunnet, 2) det lokale samfunnet og 3) familien. Den fjerde og innerste sirkelen representerer pasienten, og den er delt i 12 kulturelle domener. Disse domenerne representerer delene i en persons liv, og er utdypet i Figur 2. Han beskriver også fire nivåer av kulturell kompetanse. Det første nivået er ubevisst inkompetent, som betyr at en selv ikke er klar over at en mangler kunnskap om en annen kultur. Nivå to er bevisst inkompetent, der en selv er

klar over at en mangler kunnskap om en annen kultur. Tredje nivå er bevisst kompetent, som går ut på at en lærer bevisst om pasientens kultur, og gjør intervensjoner som er spesifikk for pasientens kultur. Fjerde nivå er ubevisst kompetent, der en gir kulturell tilpasset behandling automatisk til ulike kulturer, uten å tenke bevisst over det. Purnell legger også vekt på at dette er en prosess som ikke er lineær men som ligner på en sikk-sakk linje, der en går frem og tilbake mellom de forskjellige nivåene.

De to modellene har noen likheter. Eksempelvis er begge delt opp i nivåer, påpeker at det å lære bevisst om kulturer øke nivået av sykepleierens kompetanse og at utviklingen ikke er lineær. Forskjellen er derimot at Papadopoulos- Tilki- og Taylor modellen har konkrete kriterier for å oppnå hvert nivå, mens Purnell har mer overordnede kriterier. Derimot har Purnell sin modell en detaljert liste over hva som kan være ulik i kulturer, mens Papadopoulos-Tilki- og Taylor-modellen har overordnet informasjon om dette. På denne måten utfyller modellene hverandre.

Det finnes ulike dimensjoner i møtet mellom sykepleier og pasienten med fremmedkulturell bakgrunn. Den første dimensjonen er møtet mellom to kulturer i et behandlende perspektiv. Dette møtet inngår pasientens forventninger, preferanser og oppførsel i løpet av oppholdet på sykehuset. Den andre dimensjonen er at behandlingsprosessen er i stadig forandring (dynamisk) og påvirker seg selv (sirkulær). Dette er viktig i møtet med pasienter fordi relasjonen kan forandre seg over tid. Den tredje dimensjonen er å balansere de to ulike kontekstene av behandling. Hovedelementene i dette er at pasienten prøver å kombinere den "nye" og den "gamle" kulturen, og at minnene påvirker forståelse av situasjonen (Rokstad, 2011, s. 41; Degrie, Gastmans, Mahieu, Dierckx de Casterlé og Denier, 2017). Den fjerde og siste dimensjonen er de kulturelle forventningene og realiteten under behandling på sykehuset. I denne dimensjonen er sykepleierens sensitivitet mot pasientens kultur viktig.

2.2 Kommunikasjon

Ifølge SNL (Hanssen, 2012, s. 145) defineres kommunikasjon som “utveksling av menings- eller betydningsinnhold mellom individer og grupper ved hjelp av et felles system av symboler” .

Kommunikasjon er en viktig del av møtet med pasienten da det er en situasjon vi opplever sammen, men ikke nødvendigvis likt. I forskningen blir dette nevnt som sykepleierens største problemstilling i møtet med utenlandske pasienter (Degrie et al, 2017; Nielsen & Birkelund, 2009). Rokstad (2011, s. 41) beskriver i sin bok at kommunikasjon i en situasjon ikke bare blir påvirket av møtet mellom partene der og da, men også av tidligere opplevelser. Så hvordan en pasient er blitt møtt av helsevesenet ved en tidligere anledning kan påvirke hvordan han tolker møtet med oss ved en ny anledning, og dermed også kommunikasjonen.

I tillegg har vi non-verbal kommunikasjon (Rokstad, 2011, s. 16). Dette kan for eksempel være kroppsholdning, tonefall, berøring, avstand til den andre personen og øyekontakt. Disse måtene å kommunisere på varierer i ulike kulturer. I interkulturelle møter er dette et viktig aspekt å huske på som sykepleier. Vi som sykepleiere kan gi signaler til pasientene som vi ikke er klar over, som for eksempel ved kroppsspråket, som pasienten kan mistolke. De kulturelle forskjellene og språkbarrieren kan dermed føre til misforståelser.

I nyere tid er Health Literacy (HL) blitt et viktig begrep i sykepleieteori og forskning. HL er pasientens mulighet til å forstå, bearbeide og bruke helseinformasjonen (Berkman, Davis & McCormack, 2010; Coleman, 2010). Denne informasjonen kan påvirkes av pasientens kultur, tidligere opplevelser, og ikke minst av pasientens forhold til helsevesenet (Berkman, Davis & McCormack, 2010). En norsk oversettelse av begrepet er helseinformasjonsforståelse (Jenum & Pettersen, 2016), men i denne oppgaven brukes det originale engelske begrepet. I tillegg er det viktig å skille mellom individuell og offentlig HL (Berkman, Davis & McCormack, 2010; Johnson, 2015). Individuell HL er pasientenes egen grad av HL, imens offentlig HL går ut på infrastrukturen i samfunnet, tilgjengelig materiell

og relasjoner mellom personer som påvirker opplysningen om sykdommer (Johnson 2016). Disse to typene påvirker hverandre.

2.3 Smerteuttrykk

Sykepleierens rolle og funksjon når pasienter gir uttrykk for smerte er å først kartlegge smerten og årsaken. Deretter er sykepleierens rolle å ha forslag på lindrende tiltak, behandle eventuelle årsaker samt administrere rekvirerte medisiner. Fordi smerte er en subjektiv opplevelse, er kartleggingen viktig. Det betyr at alle opplever smerte på sin egen måte. Smerte kan defineres som en ubehagelig sensorisk og/eller emosjonell følelse i kroppen som er assosiert med potensiell eller faktisk skade (Spencer & Burke, 2011). Graden av ubehagelighet kan variere fra at en såvidt merker noe, som for eksempel en lett hodepine, til en uutholdelig følelse av ubehag, for eksempel ved brukne ben (Chen, Miaskowski, Dodd & Pantilat, 2008). Hvordan en reagerer på denne følelsen varierer fra person til person. Dessuten er det viktig å kartlegge smerteterskelen. Pasientens smerteterskel er punktet der en ubehagelig stimuli beskrives som smertefull. Pasientens smertetoleranse er tidsrommet en tolererer denne stimulien uten behandling. Begge er også individuelle (Degrie et al, 2017). Målingen av disse opplevelsene blir derfor vanskelig på samfunnsnivå men kan gi oss en pekepinne for pasientens individuelle uttrykk for smerte og hjelpe oss som sykepleier å behandle pasienten rett (Degrie et al, 2017). Dette gjør at forståelsen av smerte for oss sykepleier hos andre til en utfordring, selv uten å sette det inn i et kulturelt perspektiv. Ved å sette det i et kulturelt perspektiv, blir kartleggingen enda vanskeligere. Dette er sentralt for vårt arbeid som sykepleier fordi hva en sykepleier vet om en kultur, altså den kulturelle kompetansen, påvirker hans eller hennes forståelse av pasientens smerte.

McGuire (Chen, Miaskowski, Dodd & Pantilat, 2008) støtter denne teorien, men definerer det som en sosiokulturell aspekt av smerteopplevelsen. Denne inkluderer alder, kjønn og etnisk bakgrunn, og kulturelle, religiøse og sosiale faktorer. Spencer og Burke (2011) omtaler en teori som viser at smerte påvirkes til en stor grad av kultur. Dermed er det mye som pasientens uttrykk for smerte, som er grunnen til at vi sier at smerteopplevelsen og -uttrykket

er individuell. Å ha kunnskap om hvordan en gir uttrykk for smerte i kulturen pasienten en behandler praktiserer, kan dermed hjelpe oss som sykepleier å forstå tegn på smerte.

3.0 Metode

3.1 Presentasjon av litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En viktig del av det å gjøre en litteraturstudie er å jobbe evidensbasert. Det vil si at en kan begrunne og underbygge egne påstander og synspunkter ved hjelp av teori og forskning (Støren, 2014 s. 13-17). En annen viktig del av en litteraturstudie er at den skal systematisere og beskrive allerede eksisterende kunnskap (Støren, 2014, s. 17; Thidemann, 2015, s. 79). Det betyr at en ikke skaper ny kunnskap, men sammenligne synspunkter og komme til en konklusjon basert på dette.

En litteraturstudie baseres på primærstudier som sammenlignes. Tre kriterier som må oppfylles for å kvalifisere for en strukturert litteraturstudie er at studien har :

- 1) systematisk og definert utvalgsmetode
- 2) tydelig problemstilling, beskrivelse av søkestrategier og inkluderings- / ekskluderingskriterier
- 3) resultatene i studiene skal analyseres, og alle studiene skal kvalitetsvurderes med et analyseskjema. (Christoffersen, 2015, s. 62-63)

I denne oppgaven har jeg brukt både kvantitative og kvalitative studier samt en review-studie for å få god oversikt over feltet.

Den kvalitative forskningsmetoden leter etter svar med dybde. Dette er for eksempel menneskelige opplevelser, meninger og holdninger, som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2013, s. 112). En kvalitativ forskning samler ofte inn data ved hjelp av intervju med åpne spørsmål, observasjoner, feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2015, s. 78). Slik informasjon er essensiell i forhold til besvarelsen på min problemstilling, fordi graden av sykepleierens kulturelle kompetanse handler i stor grad om opplevelsen av en situasjon, samt pasientens opplevelse av situasjonen. Et eksempel på dette er (artikkel 8), som beskriver opplevelsen til fire sykepleiere fra Danmark i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

Den kvantitative metoden består ofte av spørreundersøkelser og lignende metoder som gir målbare data. Denne typen data kan overføres til tall, noe som blant annet gir oss muligheten til å regne ut gjennomsnitt av befolkningen som ble undersøkt og å sammenligne (Dalland, 2013, s. 112). Data samles ofte inn med bruk av spørreskjema med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment (Thidemann, 2015, s. 77-78). Dette er også en viktig kilde for data til å svare på min problemstilling på, da den gir en bred oversikt over feltet. Et eksempel på dette er (Festini, Focardi, Bisogini, Mannini & Neri, 2009), som er en spørreundersøkelse gjennomført blant sykepleiere i Florence i Italia. Denne studien inkluderer 129 sykepleiere, noe som bidrar til en oversikt over holdninger i det lokale samfunnet i Florence.

En systematisk review-studie er en analyse av studier med lignende problemstillinger i samme felt. Denne kan gjennomføres av kvalitative og kvantitative artikler sammen eller med en av metodene som data. Et eksempel på dette er (Degrie et. al, 2017) som er en systematisk oversikt over kvalitative studier med fokus på pasientperspektivet, som gir en oversikt over dybdekunnskapen som finnes i feltet. Kombinasjonen av metodene som kilde for data til min problemstilling gir et holistisk svar. Grunnen til dette er at både dybde-perspektivet og oversikts- perspektivet er inkluderte i besvarelsen av problemstillingen.

3.2 Praktisk fremgangsmåte

Tema: Temaet som ble valgt for denne oppgaven er sammenhengen mellom sykepleierens kompetanse, og forståelsen av pasientens smerte. Temaet ble snevret inn til møtet mellom pasienten med fremmedkulturell bakgrunn og sykepleieren, samt hvordan sykepleierens kulturelle kompetanse påvirker kommunikasjonen i dette møtet, og sykepleierens forståelse av pasientens uttrykk av smerte.

Søkeord:

Mine søkeord inkluderte “culture, difference, pain og expression”. En fullstendig oversikt av søkeordene og kombinasjonene finnes i vedlegget. Noen av søkeordene fant jeg ved å tenke over hvordan jeg ønsker å formulere problemstillingen min. Andre fant jeg i listene av ord nevnt i relevante artikler jeg fant. Dessuten diskuterte jeg relevante søkeord med en medstudent som også skriver en bachelor om kultur.

Søkeprosess: Jeg har brukt søkemotorene CINAHL, som samarbeider med EBSCOhost og Oria. Andre søkemotorer hadde ingen relevante treff. Oria ble brukt for å finne fulltekstversjoner av artikler som ikke var tilgjengelige i CINAHL. Jeg brukte utvidet søk i alle søkemotorene. Det gjorde at jeg fikk ekskludert artiklene utenom mitt valgte tidsrom og de som ikke var tilgjengelige i fulltekst. Dessuten prøvde jeg å inkludere søkeordene i forskjellige kombinasjoner. Jeg anga engelsk som språk i CINAHL for å ekskludere artikler i språk jeg ikke forstår. Jeg valgte å ikke angi aldersgruppe, geografiske tendenser og kjønn siden det ikke var relevant for problemstillingen som kriterie og fordi jeg ønsker å ha bredde i pasientgruppen i min utvalgte forskning. I tillegg søkte jeg opp relevante artikler fra referanselistene til artikler jeg fant i søkemotorene og brukte “find similar” funksjonen til søkemotoren. Vedlagt finnes en oversikt over søkeord, kombinasjoner av søkeord og treff.

3.3 Kildekritikk

Inklusjonskriterier for denne oppgavens forskning er at forskning er utgitt mellom 2000-2017, at den er godkjent av et etisk komite, at den svarer på problemstillingen og at den er godkjent i forhold til kunnskapssenterets sjekkliste. Grensen for teori ble satt for samme tidsrom. At artiklene var tilgjengelige i fulltekst og på engelsk var også en del av mine søkekriterier. For å gi et bredt perspektiv på problemstillingens svar skulle forskningen være internasjonal. Forskingen skulle også være relevant for dagens praksis, for å gjøre oppgaven aktuell for vår arbeidshverdag som sykepleier.

Grunnlaget for at grensen i denne oppgaven satt for år 2000, selv om det anbefales at forskning ikke er eldre enn 5 år, er at det fantes lite forskning innenfor 5-års rammen. Ved å utvide tidsrommet var det flere relevante artikler tilgjengelig. Det samme gjelder for teoribøkene.

En av de inkluderte artiklene er en oversiktsstudie, og dermed en sekundærkilde (Degrie et al, 2017). Denne er inkludert, fordi den er veldig relevant for problemstillingen og gir en god oversikt over pasientperspektivet.

En av fokusstudiene har 64% svarprosent (Festini et al., 2009), selv om den anbefalte svarprosenten er 70%. Grunnen til dette er at det er en ny studie, men som er relevant for problemstillingen. Dessuten støttes funnene av andre studier, selv om det ikke er blitt gjort en lignende studie før. Derfor er denne artikkelen inkludert.

En annen studie som er inkludert har kun 4 deltakere (Nielsen & Birkelund, 2009). Fordi det er en kvalitativ studie, og oppfyller alle kravene til kunnskapssenteret, er denne studien inkludert. I tillegg gir denne studien relevant dybdeinformasjon, som svarer direkte på problemstillingen.

3.4 Metodekritikk av litteraturstudier

Litteraturstudien som metode har sine fordeler og ulemper for sykepleierfaget. En ulempe er at det ikke finnes en konkret metodemal. Det gjør at litteraturstudiene kan være ulike i kvalitet og oppsett, selv om en følger kravene. En annen ulempe er at siden litteraturstudier baseres på allerede gjennomført forskning, kan kvaliteten på forskningen som er inkludert påvirke kvaliteten på selve litteraturstudien. Fordelen med litteraturstudie i sykepleiefeltet er at studenter ikke trenger å få oppgaven sin godkjent av et etisk komité, men blir likevel kjent med forskningsprosessen. I tillegg blir eksisterende forskning vurdert fra ulike synspunkt, som kan vise hvilke aspekter som bør undersøkes mer (Christoffersen m.f., 2015, s. 62-63).

3.5 Etiske aspekter

Etiske overveielser handler om å tenke over etiske utfordringer en kan møte som sykepleier og student, både ved skriving av oppgaver og i arbeidshverdagen, og hvordan disse burde og kan håndteres (Dalland, 2013, s. 95). Forskningsetikk består av å evaluere planleggingen, gjennomføringen og rapporteringen av forskningen fra et etisk perspektiv (Dalland, 2013, s. 96). Fra et sykepleieperspektiv betyr dette at en skal undersøke om pasientens anonymitet er ivaretatt og at en følger retningslinjene til NEM. NEM er kunnskapsdepartementets komité for medisin og helsefag (Dalland, 2013, s. 98). Komiteens oppgaver er å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål slik at forskerne følger de gjeldende kravene til normer og verdier i sin forskning (Dalland, 2013, s. 98). Dessuten skal all forskning som innebærer mennesker og undersøkelsen av dem forhåndsgodkjennes. I forhold til denne oppgaven går etiske overveielser også ut på om studiene som er inkludert følger etiske retningslinjer, og er blitt godkjent av et etisk komité. Dessuten skal innholdet i oppgaven ikke være støtende eller plagiat.

4.0 Resultat

4.1 Providing transcultural to Children and Parents: An exploratory study from Italy

Bakgrunn: I denne artikkelen undersøkes hvordan italienske sykepleiere opplever møtet i deres arbeidshverdag med utenlandske barn som pasienter og deres foreldre. At Europa stadig blir mer flerkulturelt er en utfordring for sykepleiere da mange av innvandrerne ikke snakker det samme språket.

Metode: Sykepleierne i denne studien svarte på en spørreundersøkelse som skulle finne deres nivå av kulturell kompetanse, som gjør dette til en kvantitativ studie. Det er brukt flere verktøy for å måle kulturell kompetanse i utviklingen av spørreundersøkelsen.

Spørreundersøkelsen inneholdt ja-nei spørsmål og åpne spørsmål. Ja-nei spørsmålene ble analysert ved hjelp av relativ frekvens mens åpne spørsmål ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse. Den er godkjent av en etisk komité.

Resultat: 64,1% av sykepleierne som fikk tilbudet svarte på spørreundersøkelsen. 78,3% av disse opplevde vanskelighet i møtet med utenlandske barn som pasienter og deres foreldre. 51,2% opplevde at de hadde mer problemer med noen av etnisitetene enn andre. 83,7% opplevde problemer i sykepleier-pasient relasjonen. 87,6% opplevde situasjoner der verken barna eller foreldrene snakket italiensk. 54,2 % opplevde problemer med behandlingen grunnet matvaner. 42,6% opplevde problemer grunnet andre hygienevaner. 44,9% opplevde at barna og foreldrene reagerte annerledes på smertefulle prosedyrer enn sykepleieren var vant med. 20,7% av sykepleierne opplevde at noen utenlandske barn har høyere toleranse for smerte. 18,9% tror at noen utenlandske barn gir mindre uttrykk for sine smerter i oppførselen og oppførte seg mer dirskré i forhold til smerte sammenlignet med ikke-immigrant pasienter. 5,4% av sykepleierne opplevde en mer tolerant oppførsel fra barnas foreldre, mens 5,4% på den andre siden opplevde at foreldre overreagerte til barnas smerte. Med tanke på religion opplevde 14,7% av sykepleierne at hovedproblemet var å gi pasienten og foreldrene mulighet til å praktisere sin religion på avdelingen.

Konklusjon: Diskusjonen viser at over 40% av sykepleierne følte seg ukomfortable i møtet med utenlandske pasienter. Språkbarrieren er også nevnt som et av hovedproblemene. Mange italienske sykepleiere kan snakke to eller tre språk men det er ikke språkene pasientene snakker. Et problem i relasjonen viste seg i forhold til kvinne-mann relasjonen med tanke på noen religiøse synspunkter hvor noen av sykepleierne følte seg ukomfortable i slike situasjoner. I tillegg er det nevnt at sykepleiernes egen religiøsitet påvirket hvor flinke de var til å ta hensyn til pasientens religion.

4.2 Minority ethnic patients in the Danish healthcare system - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients

Bakgrunn: Denne forskningsartikkelen handler om hvordan sykepleierne i et sykehus opplever møtet med utenlandske pasienter.

Metode: Undersøkelsen er gjort ved hjelp av et spørreskjema, samt observasjoner av sykepleierne i møtet med pasientene og dagbøker. Dette er en kvalitativ studie. Deltakerne var fire kvinnelige sykepleiere fra samme avdeling med minst fem års erfaring, og var kvinner i alderen 40-55 år. Den er godkjent av et etisk komité.

Resultat: Resultatene viser at sykepleierne la spesielt merke til vanskeligheter i kommunikasjon, etniske smerter samt etnisk matkultur og samfunn.

Konklusjon: Diskusjonen nevner at å ta forskjellene i kulturene opp i møtet med pasienten kan hjelpe å få innsikt, og å tolerere hvorfor ting blir gjort annerledes. I tillegg hjelpe dette sykepleieren å tilpasse behandlingen til pasientens kultur så langt det er mulig. Det er vanlig å ta avgjørelser ut ifra vår egen kulturs ståsted, men ved å bli mer kulturell kompetent og kommunisere effektivt med pasientene kan en lettere ta hensyn til hans/ hennes preferanser. Det er også nevnt bruk av tolk. Det er en generell oppfatning blant sykepleiere at tolkbruk bør holdes på et minimum for å spare penger. Forskningen viser derimot at bruk av tolk kan spare

både penger og tid på avdelingen, siden en unngår misforståelser samt måtte innhente opplysninger flere ganger. Pasientens matvaner og håndtering av dette er også diskutert. Det sykepleierne er mest bekymret for i denne situasjonen er at eventuelle lukter kan sjenere andre pasienter. Det samme gjelder for pasientens mengde av besøk. Sykepleierne opplyser om at de vet om viktigheten av støtte fra pårørende, men at de sender pårørende hjem om de synes det er det beste for pasienten, pasienten ønsker det eller det sjenere andre pasienter. Alle disse elementene kan være med på å skape en god eller dårlig relasjon med pasienten. I konklusjonen blir språkbarrieren, kulturforskjellen og det å opprettholde en gjensidig tillitsfull relasjon trukket frem.

4.3 How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals ? A systematic review of qualitative research

Bakgrunn: I denne studien undersøkes hvordan utenlandske pasienter opplever møtet med helsepersonellet på sykehuset. I tillegg undersøkes hva pasientene opplever som hovedproblemer i møtet med helsepersonell fra en annen kultur.

Metode: Metoden brukt i denne studien er en review av kvalitativ litteratur, basert på kritisk tolkningssyntese. Det ble brukt fire ulike søkestrategier for å finne relevant litteratur. Dette resulterte i bruken av 51 artikler, som omhandlet 47 ulike studier. Studiene hadde intervju-metode, fokusgruppe-metode, eller en kombinasjon av begge og observasjoner. Alle inkluderte artikler ble lest flere ganger, og et flyteskjema av temaer ble laget. Forskingen er godkjent av et etisk komité.

Resultat: Resultatene viser fire dimensjoner som beskriver det interkulturelle møtet på sykehuset. Første dimensjon beskriver møtet av to forskjellige metoder å behandle/ ivareta på. Den andre dimensjonen beskriver interkulturelle møter som dynamiske og sirkulære prosesser der skapelsen av en relasjon mellom pasienten og helsearbeideren er essensiell. Den tredje dimensjonen viser at måten den utenlandske pasienten skaper en relasjon med helsepersonellet på er ved å balansere mellom to forskjellige kontekster for omsorg. Den fjerde dimensjonen er at balansen kan påvirkes. Fire elementer som påvirke denne balansen

er tilstedeværelsen av menneskelighet i omsorg, kommunikasjon, familiens rolle og den strukturelle organisasjonen av sykehuset. Funnene i denne studien støttes også av de andre artiklene inkludert i denne oppgaven, samt teorien utenom om kultur.

Konklusjon: I konklusjonen kommer det frem at hvordan pasienten opplever oppholdet er hovedsakelig avhengig av hvor gode relasjoner hun eller han får med helsepersonellet og i hvilken grad forventningene før behandlingen blir møtt.

4.4 Prejudice, Paradox and Possibility: Nursing People from cultures other than one's own

Bakgrunn: Sykepleiere i New Zealand har en multikulturell pasientbase, som oppfordrer de til å se og håndtere rasisme i arbeidshverdagen. Forskjellen mellom den ideelle og faktiske behandlingen av pasientene er en problemstilling sykepleierne må ta stilling til i arbeidshverdagen sin.

Metode: Denne studien har hermeneutisk tilnærming med intervju. Intervjuet hadde åpne spørsmål og refleksjoner. Kravet var at deltakerne behandlet pasienter fra andre kulturer i løpet av intervjuperioden. Datakolleksjonen besto av 39 intervjuer og fire anekdoter, fra 17 sykepleiere. Forskningen er godkjent av et etisk komité.

Resultat: Hovedfunnene i dataen var å oppleve forskjeller, oppleve spenning og streve. Delene av å oppleve forskjeller var kultur, hudfarge, språk og gester. Sykepleierne oppga at å gi informasjon, forskjellen i prioriteringen av helse og sykepleier-pasient- relasjonen er viktige elementer av dette. Å oppleve spenning er en del av det å ta tidlige møter i betraktning, og å tolke møtet med pasienten i forhold til dette. Å streve er nevnt fordi at det å samarbeide med fremmedspråklige pasienter har usikkerhet som gjør det vanskeligere å planlegge behandlingen.

Konklusjon: Hvordan sykepleieren oppfører seg mot pasienten er avgjørende for hvordan pasienten oppfatter behandlingen. Hvis sykepleieren er nysgjerrig og åpen blir pasienten engasjert og kommer med innspill om behandlingen og behov. Hvis sykepleieren på den

andre siden stereotypere pasienten, blir behandlingen fort upassende og pasienten kan føle seg støtt. Forståelsen av andre mennesker er en essensiell del av kommunikasjon. Sykepleierens fordommer påvirker hennes/ hans tolkning av pasienten og situasjonen i møtet med andre kulturer. Det konkluderes med at veiledere burde motivere til reflekterende tenkning, og assistere med deling og kritisering av eksperimentelle tankeganger.

4.5 Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin- primary child health nurses opinions

Bakgrunn: Å møte pasienter fra forskjellige kulturer er en del av å være barnesykepleier i Sverige. Behandlingstilbudet er gratis og frivillig, og blir brukt av pasienter fra alle kulturer. Målet med forskningen er å undersøke sykepleierens egen tilfredshet med sin kulturelle kompetanse.

Metode: I denne artikkelen besvarte av 270 Barnesykepleiere i Stockholm, Sverige et spørreskjema. Det er en svarprosent på 70%. Spørsmålene var delt i fire kategorier: 1) sykepleierens bakgrunn og kompetanse, 2) sykepleierens arbeidsforhold, 3) sykepleierens mening om kulturell kompetanse, 4) sykepleierens generelle mening om åpne spørsmål. Data ble analysert med logistisk regresjon. Gjennomsnittsalderen på sykepleierne som svarte på studien var 50 år, og gjennomsnittet på antall år i arbeid som sykepleier var 12. Den er godkjent av et etisk komité.

Resultat: 54% av sykepleierne oppgir at de ikke var fornøyd med sin egen arbeid i møtet med fremmedspråklige pasienter. 51% oppgir at det mangler retningslinjer og veiledning. 84% opplevde vanskeligheter i møtet med fremmedspråklige pasienter. 84% oppgir at de bare delvis eller ikke i det hele tatt er fornøyd med sin formelle kulturelle kompetanse, og 71% oppgir at de ikke er fornøyd med sin kliniske kulturelle kompetanse. Mesteparten av sykepleierne mener at bedre opplæring hadde minsket opplevelsen av vanskeligheter i møtet med fremmedspråklige pasienter.

Konklusjon: Sykepleierne oppgir at de ikke er tilfredse med arbeidsforholdene. De ønsker skriftlige retningslinjer, samt veiledning i møtet med fremmedspråklige pasienter. Mesteparten følte at deres kulturelle kompetanse var utilstrekkelig og bare en tredjedel hadde fått formell opplæring i kulturell kompetanse. Sykepleierne mener derimot at det å jobbe mye med andre kulturer kan øke den kulturelle kompetansen og kulturelle bevissthet.

4.6 Hovedfunn i oppgaven

Hovedfunnene i studien av artiklene viser flere ulike problemstillinger i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Fra sykepleierens ståsted er kommunikasjonen, språkbarrieren og kulturelle forskjeller årsaker som påvirker behandlingen. Fra pasientperspektivet er relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, kulturelle forskjeller og språkbarrieren fremtredende.

Ord som går igjen i analyseprosessen er språkbarrierer, vanskeligheter, bevissthet, relasjon, kommunikasjon, smerte og kulturell kompetanse. Derfor har denne oppgaven følgende temaer: kommunikasjon med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, kulturelle forskjeller i møtet med pasienter, kulturens påvirkning på smerteuttrykket, og sykepleierens kulturelle kompetanse.

5.0 Drøfting

Fra et sykepleieperspektiv er kulturell kompetanse viktig i møtet med fremmedkulturelle pasienter fordi den påvirker alle aspekter av møtet med pasienter med fremmedkulturelle bakgrunn. På grunn av dette blir ikke kulturell kompetanse drøftet under et eget punkt i denne oppgaven, men inkludert i drøftingen under de andre punktene.

5.1 Kommunikasjon med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn

Kommunikasjon er en viktig del av både kultur og relasjoner. Som sykepleier er det viktig å kunne kommunisere med pasientene for å kunne gi god behandling og overkomme språkbarrierer. God kommunikasjon skaper trygghet som gjør at pasienten åpner seg opp og kan fortelle om smerter og lignende (Degrie et al, 2017). Som Gudykunst og Kim (2003, s. 89) mener, er kulturell kommunikasjon en del av det å diskutere og tilpasse kulturelle koder i samtaler. Det er viktig å legge merke til andre sine kulturelle koder for å unngå misforståelser. Opplæring i kommunikasjon, samt utvikling av kulturell kompetanse, kan hjelpe oss som sykepleier å kjenne til ulike måter kulturer kommuniserer på. Slik kunnskap vil løfte pasientens behandling og gjøre det lettere for sykepleiere å samarbeide med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

Rokstad (2011, s.16) og Degrie et al (2017) opplyser om at kommunikasjon ikke bare er tolkningen av ordene som blir sagt, men også tolkning av kroppsspråk og tonefall. I tillegg påvirker tidligere opplevelser tolkningen av interaksjonen mellom oss som sykepleier og pasienten med fremmedkulturell bakgrunn (Maier-Lorentz, 2008). Åpenhet og nysgjerrighet mot pasientens kultur og preferanser, samt forklaringer hvorfor vi gjør prosedyrer slik vi gjør kan skape trygghet (Degrie et al., 2017). Det er viktig i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn å være oppmerksom på deres non-verbale språk, og ikke minst vårt eget. Som sykepleier kan kunnskap om non-verbal kommunikasjon i ulike kulturer hjelpe å unngå misforståelser mellom oss og pasienten (Rokstad, 2011, s.16-20; Maier-Lorentz, 2008). I vår kultur er det for eksempel et tegn på oppmerksomhet å se den en snakker med i øyene, men det i andre kulturer er et tegn på respekt å ikke se personen en snakker med i øyene. Dersom en ikke vet om denne forskjellen kan sykepleieren mistolke

situasjonen til at pasienten ikke følger med på det som blir sagt når pasienten tror at hun eller han viser respekt. Derfor er det viktig som sykepleier i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn å være kjent med at det finnes slike forskjeller. Samtidig er en viktig del av det å være sykepleier i slike situasjoner å være oppmerksom på og observere kroppsspråket til pasienten, siden det er en del av det å ha kulturell kompetanse.

Kultur påvirker også verbal kommunikasjon. I noen kulturer er det vanlig å være åpen om smerte og sykdom, imens i andre kulturer kan det være en skam å gi uttrykk for smerte (Briggs, 2008; Spencer & Burke, 2011). I noen kulturer lever også oppfatningen om at sykepleieren ser når pasienten har vondt, så slike spørsmål besvares ikke av pasienten, fordi sykepleieren skal vite svaret uten å spør (Degrie et al, 2017). Når pasienten i tillegg er fra en kultur der en ikke skal gi uttrykk for smerte, blir det vanskelig for sykepleieren å gi tilstrekkelig smertelindring. I slike situasjoner er det viktig å snakke med pasienten og finne ut av hans eller hennes kulturelle bakgrunn (Degrie et al, 2017; Spence, 2001) og eventuelle områder som skal tas hensyn til, som er en del av kulturell kompetanse.

Språkbarrierer er en gjengående problemstilling sykepleierne nevne i forskningen (Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006; Degrie et al, 2017; Festini et al, 2009). Sykepleiere gir uttrykk for at et møte med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn innebærer ubehag og lite mestringsfølelse. Sykepleierne synes at det er vanskeligere å møte pasientens behov og forventninger når det er språkbarrierer, fordi en kan ikke ivareta behov en ikke vet om. Dette støtter mine egne opplevelser i medisinsk praksis i Kamerun. Selv om det i denne situasjonen var jeg som var fremmedkulturell, var språkbarrieren like stor. Det var vanskelig å kommunisere med pasientene og det oppsto mange misforståelser både på det kulturelle og språklige planet. Pasienten kunne for eksempel etterlyse blodtrykket han/hun hadde om morgenen men på grunn av språkbarrieren trodde jeg pasienten ønsket at jeg skulle ta et blodtrykk.

Selv om det legges stor vekt på kommunikasjon med pasienter i utdanningen uttrykker sykepleiere (Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006; Spence, 2001) at det burde være mer vekt på å kommunisere med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Bruk av tolk inkluderes også i dette utsagnet. Det er jevnt over nevnt at sykepleiere unngår å bruke tolk siden de ikke vet hvordan tolken skal brukes (Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006; Nielsen & Birkelund, 2009). Mange sier at de hadde vært mer komfortable med å bruke tolk dersom de hadde fått

opplæring i dette. En kan også argumentere at bruk av tolk burde bli mer prioritert i helsevesenet med tanke på helsepersonellens plikt til å innhente bistand jf. helsepersonelloven § 4 annet ledd (Molven, 2016, s.140). Dette gjelder særlig med tanke på vår lovpålagte plikt til å sørge for at informasjonen vi gir er forstått (Molven, 2016, s. 174). Sykepleierne mener at de ikke klarer å kommunisere hensiktsmessig med pasientene, og at det er vanskelig å vite om pasienter har forstått informasjonen (Festini, et al, 2009; Nielsen & Birkelund, 2009). Dermed er det usikker i hvilken grad sykepleierne klarer å møte dette kravet uten å bruke tolk. Det er nevnt i forskning (Nielsen & Birkelund, 2009) at sykepleierne unngår å bruke tolk med mindre legen krever det. I tillegg er det miljø som gjør at bruken av tolk blir mislikt. Årsaken til dette er at det menes at det er dyrt å bruke tolk. Forskning (Nielsen & Birkelund, 2009; Degrie et al, 2017) viser derimot at bruken av tolk sparer penger og tid og leder til færre misforståelser mellom pasientene og personalet, og om behandlingen (Degrie et al, 2017). Arbeidsplassen burde derfor gi god informasjon om bruk av tolk til sykepleiere, og motiver til bruk av tolk der det er hensiktsmessig. Et eksempel på dette kan være å gi sykepleiere opplæring i bruk av telefontolk.

Forskning (Nielsen & Birkelund, 2009) viser også at pårørende ofte blir brukt som tolk. Dette har flere grunner. På den ene siden kan det være slik at det ikke er en profesjonell tolk tilgjengelig akkurat da, eller at pasienten ønsker å bruke et familiemedlem (Degrie et al, 2017). Med tanke på sensitiv informasjon er det uheldig å bruke en pårørende. Dessuten er ikke pårørende underlagt samme krav om profesjonalitet og taushetsplikt. På den andre siden kan det være trygghet i å bruke et familiemedlem som tolk, i stedet for en fremmed. Ved å bruke noen pasienten kjenner, kan det hende at hun/han svarer mer oppriktig på spørsmål enn til en fremmed. Dette kan derimot også ha motsatt effekt, dersom pasienten ikke ønsker å oppgi sensitiv informasjon foran pårørende, eller generelt gi informasjon om sin fortid (Degrie et al, 2017; Nielsen & Birkelund, 2009). Fra et sykepleieperspektiv er det mest hensiktsmessig å bruke profesjonell tolk for å ivareta pasientens rett på taushetsplikt og ha et profesjonelt nivå på behandlingen (Molven, 2016, s. 116 & 165). I akutte situasjoner kan det derimot være nødvendig å bruke pårørende, selv om dette burde unngås.

I møtet med pasienten er det viktig å undersøke pasientens HL. Dette er viktig i forhold til å kunne tilpasse informasjonsgivningen til pasienten og dermed sikre forståelsen. Når en behandle pasienter med fremmedkulturell bakgrunn kan det være vanskelig å finne deres nivå

av HL, spesielt hvis det er språkbarrierer i tillegg (Degrie et al, 2017) .I nyere tid har det å opplyse og lære pasienter om helse og sykdommer vært en viktig del av det å øke pasientenes HL (Nutbeam, 2006). En må også huske å ta både public og individuell HL i betraktning, siden disse påvirker hverandre. Ved å øke offentlig HL med brosjyrer med forståelig språk, øker en også den individuelle HL til hver pasient (Berkman, Davis & McCormack, 2010). Problemet i arbeidshverdagen til sykepleierne er at de overvurdere pasientens grad av HL på en generell base (Johnson, 2015). Dette kan bli et problem når en skal tilpasse informasjonen og opplæringen til pasientens HL.

Som sykepleier er det også viktig at måten personer i et samfunn lærer på, og hva som er relevant å lære for å øke pasientenes individuelle og samfunnets HL, forandres over tid (Nutbeam, 2006). Forskning viser også at ved å formulere informasjonen enklest mulig, øker en pasientenes HL. Dette er fordi at pasientens HL økes når han/hun forstår informasjonen som blir gitt (Nutbeam, 2006). For oss som sykepleier betyr det at informasjonen vi gir pasientene må revurderes og oppdateres hele tiden. Samtidig må vi være oppmerksomme på å bruke informasjonskanaler og måter som pasientene bruker. Før var det kanskje hensiktsmessig å skrive informasjon i aviser, mens det nå kan være tidsriktig å skrive slik informasjon på nettsider. Det viktigste er at informasjonen er forståelig, tilgjengelig og at det er mulighet for opplæring (Nutbeam 2006; Johnson, 2015). Forskning viser også at det å kombinere flere læringsmetoder, som f.eks. skriftlig og muntlig informasjon, i tillegg til at pasienten skal gjenfortelle informasjonen, øker pasientenes inntak av informasjon (Coleman, 2010; Johnson, 2015). Å gi sykepleiere opplæring i formulering av god informasjon, og i å være positive mot alle grader av HL, virker positivt på pasientens grad av HL. Dette er ikke inkludert i utdanningen, men hadde vært en god måte å gi HL og viktigheten av det fokus og utdanne sykepleiere som er åpne for å øke pasientenes HL med positivitet (Coleman, 2010). Ved å gi ferdigutdannede sykepleiere opplæring i dette på arbeidsplassen, og oppfriske kunnskapen med jevne mellomrom, kan en øke sykepleiernes kompetanse, som kan forbedre pasientens behandling.

At pasienten later som om hun eller han forstår er også et av problemene for sykepleiere i møtet med pasienten (Nielsen & Birkelund, 2009; Spence, 2001). Sykepleieren kan ikke gi god behandling dersom pasienten ikke gir uttrykk for smerter eller at informasjon ikke er forstått. Dette gjør det også vanskelig å oppfylle det tidligere nevnte kravet om å forsikre seg

at informasjonen sykepleieren gir er forstått. Årsaken til at pasienter later som om de forstår informasjonen, er at pasientene ikke vil fremstå som uvitende. Dessuten har HL mye å si for pasientens forståelseevne. Sist, men ikke minst, kan språkbarrierene skape misforståelser en ikke oppdager, og som fører til feilbehandling eller feil forståelse av pasientens grad av HL (Degrie et al, 2017). Disse problemstillingene er viktige å reflektere over som sykepleier. Ved å ha et bevisst forhold til dette, er en oppmerksom på å løse de i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

5.2 Relasjon og gjensidig tillitsforhold

Relasjonen er viktig for sykepleiere i møtet med pasienter. Hvordan relasjoner skapes og forstås påvirkes av kultur (Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006; Nielsen & Birkelund, 2009; Spence, 2001). Individet lærer hvilken oppførsel som er godkjent og belønnet i samfunnet og kulturen de er i og hvilken oppførsel som sees ned på eller straffes. Dette gjelder også hvordan en viser smerte og hvor mye smerte en viser (Chen, Miaskowski, Dodd & Pantilat, 2008; Spencer & Burke, 2011; Festini et al, 2009; Rogoff, 2003, s. 33). Å ha et godt samarbeid med pasientene er med på å gjøre dette til en positiv opplevelse for både dem og sykepleierne. Dårlig samarbeid kan derimot skape en stressende og vond opplevelse (Hanssen, 2012, s.152). Dette påvirker også relasjonen. Forskning viser at en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten er viktig for behandlingen (Degrie et al, 2017). God kommunikasjon med god informasjon gir pasientene dessuten muligheten til å påvirke sin egen behandling og gir muligheten til å skape en meningsfull interkulturell relasjon (Degrie et al, 2017; Spence, 2001). Dette er viktig for sykepleierperspektivet fordi det gir pasienten mulighet til autonomi, noe som er et viktig aspekt i samspillet mellom sykepleier og pasient. Å mestre å skape en god relasjon med pasienten er en del av kulturell kompetanse. Graden av sykepleierens kompetanse kan dermed påvirke relasjonen med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn.

Sykepleierne i forskningen synes at utviklingen av kulturell kompetanse burde ha mer oppmerksomhet i utdanningen og på arbeidsplassene. Sykepleiere gir uttrykk for at de hadde

følt seg mer komfortable i møtet med utenlandske pasienter, dersom de hadde fått opplæring i å håndtere dette (Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006; Spence, 2001). Her må det derimot påpekes at slik opplæring ikke skal føre til stereotyper, som skaper egne utfordringer, men løfte sykepleierens kulturelle kompetanse. Hvis dette gjøres på en hensiktsmessig måte, kan en få kulturelt kompetente sykepleiere som er trygge, respektfulle og nysgjerrige i møtet med pasienter fra andre kulturer. Dette løfter både behandlingen og pasientens velvære (Spencer & Burke, 2011). Om sykepleiere derimot forblir utrygge i slike situasjoner, blir ikke behandlingen hensiktsmessig og det er større sjanse for at pasienter føler seg krenket eller ikke ivaretatt (Briggs, 2008; Degrie et al, 2017).

Forskning (Spence, 2001) viser derimot at den delen av relasjonen pasienter med fremmedkulturell bakgrunn legger mest vekt på i møtet med et ukjent helsevesen er at sykepleierne viser medfølelse virker interesserte og tar hensyn til pasientenes ønsker. Det å lytte til pasienten og være oppmerksom på og viser hensyn til kulturelle ulikheter er også med på å skape en god relasjon ifølge pasientene (Degrie et al, 2017). Dermed kan det å være åpen og interessert påvirke relasjonen til pasienten. I tillegg er sensitivitet mot andre kulturer sett på som en viktig del av kulturell kompetanse i Papadopoulos-Tilki-ogTaylor-modellen. I den modellen står kulturell sensitivitet for at pasienten skal være en likeverdig partner i behandlingen, og at sykepleieren gjenkjenner og respondere til kulturelle forskjeller, uten å stereotypere pasienten (Papadopoulos, 2006, S. 16). Dette er også gjenspeilet i Purnells modell. Fra et sykepleieperspektiv blir sykepleierens kompetanse dermed direkte relatert til kvaliteten på relasjonen med pasienten.

Et annet viktig aspekt er å huske dimensjonene som er tilstede i interkulturelle møter (Degrie et al, 2017). Forventningene tar utgangspunkt i pasientens opprinnelige kultur, og kan dermed føre til at forventningene ikke blir møtt. Den kulturelle konteksten er derimot dynamisk, som kan påvirkes av at pasienten får informasjon om den nye kulturen og blir kjent med den. Ved å ha en åpen kommunikasjon om forventninger, kan en skape og holde en god relasjon med pasientene, eller forvandle en dårlig relasjon til en god. Blir kommunikasjonen dårlig, kan den gode relasjonen derimot bli til en dårlig relasjon. Dessuten sammenligner pasienten helsevesenet i hjemlandet med den hun/han besøker nå. Sist, men ikke minst, er sykepleierens kompetanse, og pasientens oppfatning av sykepleierens kompetanse, viktig for pasientens opplevelse av oppholdet. Dersom pasienten får opplysninger om grunnlaget for behandlingen og rutiner, er det lettere å forstå hvorfor ønsker ikke kan innfris. Oppsummert henger disse

fire dimensjonene tett sammen, og går ut på informasjon til hverandre, åpenhet om forventninger og respekt for hverandres kultur. Sykepleierens grad av kulturell kompetanse henger sammen med evnen til å ta hensyn til disse dimensjonene, og påvirker dermed møtet med pasienten.

5.3 Kulturelle forskjeller i møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn

Som sykepleier i møtet med pasienter med fremmedkulturelt bakgrunn må vi også være oppmerksom på *silent knowledge* (Degrie et al, 2017). *Silent knowledge* er de tingene som ikke blir sagt i møtet med andre personer, men som andre ikke nødvendigvis vet. *Silent knowledge* kan variere fra kultur til kultur. Det som er naturlig bakgrunnsinformasjon for en person i en gitt kultur innehar ikke nødvendigvis en annen person fra en annen kultur (Degrie et al, 2017; Rogoff, 2003, s. 11). For sykepleieren er det dermed viktig å huske å gi uttrykk for det som kan være *silent knowledge*, og undersøke om pasienten kjenner til kunnskapen.

Noen kulturer vektlegger å lære fra generasjonen som er eldre enn sin egen imens andre kulturer har en tradisjon at alle skal lære fra hverandre (Rogoff, 2003, s. 10). Dette kan påvirke samspillet med pasienten når vi skal gi opplæring og informasjon. Dersom pasienten er vant med å lære fra noen som er eldre enn dem selv, kan det stille oss i en vanskelig situasjon. Dette kan også påvirkes av kjønn, altså om kvinner og menn lærer fra hverandre i kulturen pasienten har. Dette er viktige elementer å ta opp med pasienten i første møte. En bør ta hensyn til pasientens ønsker eller forklare hvorfor det ikke er mulig å oppfylle de. Sykepleiere som tar hensyn til dette viser kulturell kompetanse.

Rogoff (2003, s. 24) mener at en kan lære om en kultur uten å være del av den. Det betyr at etter hennes mening er det nok å observere hvordan personer fra en annen kultur oppfører seg i ulike situasjoner, for å lære om kulturen. Som sykepleier er det viktig å huske når en observerer en person fra en annen kultur er derimot egne fordommer, og at personer i samme kultur kan legge vekt på ulike normer og tradisjoner innenfor kulturen. Derfor er det viktig i møtete med pasienten med fremmedkulturell bakgrunn å huske at utførelsen av kulturen er delvis subjektiv. Å lære om nye kulturer ved hjelp av nysgjerrighet er derimot en viktig del

av kulturell kompetanse. Som sykepleier i møtet med pasienten med fremmedkulturell bakgrunn er det viktig å ikke skape fordommer og generalisere pasienter i samme eller lignende kulturer (Degrie et al, 2017; Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006; Rogoff, 2003, s. 33; papad.,.). Pasienter, på den andre siden, bruker pårørende som hjelp for å forstå den nye kulturelle konteksten, lage en balanse mellom de to kulturelle kontekstene, og for å skape relasjoner med helsepersonell (Degrie et al, 2017).

Sykepleiere selv gir uttrykk for at de ønsker opplæring i å bli mer kulturell kompetent (Berlin, Johansson & Törnkvist, 2006) da de selv synes at behandlingen blir inkonsistent når de ikke har nok kulturell kompetanse (Festini et al, 2009). Papadopoulos, Purnell og Rogoff (Papadopoulos, 2006, s. 20; Purnell, 2013, s.17; Rogoff, 2003, s. 12) viser derimot at den kulturelle kompetansen kan utvikles dersom en jobber bevisst med dette. Som Figur 1 og 2 viser i teoridelen, består kulturell kompetanse av flere elementer som påvirker hverandre. En viktig del av å utvikle disse egenskapene er å være bevisst nivået du er på og hvordan en oppnår neste nivå. Åpenhet og nysgjerrighet, som er nevnt som viktige av pasienter, er redskaper for å oppnå dette (Degrie et al, 2017; Spencer & Burke, 2011; Maier-Lorentz, 2008).

Lövander & Dyhr (2002) beskriver at det finnes differanser mellom helsepersonellens prioritering av behandling, og pasientens mening av hva som skal prioriteres, som påvirkes av kultur. Dette kan henge sammen med forskjellen kulturer har i oppfatning av sykdom, helse og behandling (Degrie et al, 2017). I tillegg ønsker noen pasienter fra andre kulturer ikke å være til bry, og spør derfor ikke om behandling eller hjelp (Degrie et al, 2017). Dette er noe jeg har opplevd selv i praksistiden på sykehuset. Pasienter med fremmedkulturell bakgrunn er ofte tilbakeholdende med å bruke ringeklokken for å spørre om hjelp, stille spørsmål eller gi ønsker for behandling. Fordi ønskene deres ikke er gitt uttrykk for, kan de ikke bli møtt.

Hvordan pasienten opplever situasjonen, kan påvirkes av tidligere opplevelser (Degrie et al, 2017; Rogoff, 2003, s. 28; Rokstad, 2011, s. 41). Disse opplevelsene kan være i helsevesenet, eller med kulturen pasienten blir møtt i. De kulturelle forskjellene en har i de ulike landene er ikke bare gjenspeilet i hva vi gjør, men også hvordan vi gjør ting. Mye av forskningen har fokus på sykepleierens opplevelse. Det finnes færre artikler om pasientens opplevelse selv om det etter min mening er like viktig som sykepleierens opplevelse, om ikke viktigere. For å

kunne forbedre sykepleierens kompetanse, må en motta informasjon fra pasientene om hva som bør endres.

5.4 Kulturens påvirkning på smerteuttrykket

Rogoff (2003, s. 14-24) beskriver at deltakelsen i en kultur, enten som medlem av kulturen eller som utenforstående, kan gi oss informasjon om kulturen og deltakerens måte å vise smerte på. For oss som sykepleiere betyr det at ved å være oppmerksomme på oppførselen til pasienter fra andre kulturer på arbeidsplassen, og personer fra andre kulturer i hverdagen, kan gi oss nyttig informasjon om hvordan mennesker uttrykker smerte. Dessuten er det slik at forskning og teorien påstår at denne følelsen, og i hvilken grad en gir uttrykk for den, påvirkes av kunnskapen en har, kulturen en lever i, religionen en har og tidligere erfaringer påvirke dette. Det en må være oppmerksom på i denne type læring om en annen kultur, er å ikke stereotypere det vi lærer. En viktig del av kulturell kompetanse er å se individene i kulturen, og å huske at to personer fra samme kultur kan legge vekt på ulike deler av kulturen i sin hverdag og levemåte (Degrie et al, 2017; Hanssen, 2012, s. 139; Rogoff, 2003, s. 33).

Derfor er det viktig å snakke med pasienten og undersøke om hun eller han har en bestemt måte å uttrykke smerte på kan være god hjelp i denne situasjonen. Språkbarrierer kan derimot være noe som gjør innhenting av slik informasjon vanskelig. Da er det viktig å være oppmerksom på non-verbale tegn på smerte, som uro, grimaser osv. (Torvik & Bjørø, 2014, s. 398). En kan eventuelt innhente informasjon om pasientens smerteuttrykk fra pårørende, siden de kjenner pasienten og kulturen. Dermed kjenner de hans/hennes individuelle metode å gi uttrykk for smerte på.

Smerteskalaer og lignende verktøy kan brukes for å måle pasientens smerte. Det er derimot viktig å huske at språkbarrierer og pasientens grad av HL kan påvirke om hun/han forstår skalaen og mestre å besvare den på en hensiktsmessig måte. Dessuten vil pasientens smerteopplevelse påvirkes av kulturen og tidligere opplevelser, og dermed vanskelig å måle (Rokstad, 2011, s. 41). En studie fra Italia (Festini et al, 2009) viser at sykepleiere observerer forskjeller i barns uttrykk av smerte under prosedyrer og generelt i løpet av oppholdet.

Sykepleierne opplevde forskjell i smerteterskel og smertetoleranse hos barn fra forskjellige kulturer. I tillegg var det forskjell i foreldrenes uttrykk av bekymring med tanke på barnets reaksjon på smerte. Barna som virket som om de hadde høyere terskel og toleranse for smerte hadde foreldre som var rolige når barnet ga uttrykk for smerte. Barna som virket som om de hadde lavere terskel og toleranse for smerte hadde foreldre som ble urolige og bekymret når barnet ga uttrykk for smerte. Dette kan være et eksempel på hvordan oppvekst og kultur kan påvirke pasientens uttrykk for smerte, siden barna lærer oppførselen fra foreldrene og kulturen de lever i. Kunnskapen en har om dette som sykepleier, og anvendelsen av den, er en del av den kulturelle kompetansen og viktig for å kunne gi pasienten en holistisk behandling.

5.5 Avslutning

Ut i fra drøftingen i denne oppgaven, kan en oppsummere med at det virker som om sykepleierens kulturelle kompetanse påvirker møtet med pasienter med fremmedkulturell bakgrunn, samt sykepleierens forståelse av pasientens smerte. Graden av sykepleierens kulturelle kompetanse påvirker sykepleierens kommunikasjon med pasienten og sykepleierens trygghet i møtet med pasienten. Dessuten kan sykepleierens kulturelle kompetanse ifølge drøftingen påvirke kvaliteten på relasjonen med pasienten med fremmedkulturell bakgrunn. På dette grunnlaget burde økning av sykepleierens kulturelle kompetanse få mer oppmerksomhet i utdanningen og på arbeidsplasser. I tillegg burde utdanningen og arbeidsplassen øke kompetansen i HL og bruk av tolk for å gi pasientene med fremmedkulturell bakgrunn bedre behandling.

6.0 Referanseliste

- Berkman, N. D., Davis, T. C. & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15:S2, 9-19. doi: 10.1080/10810730.2010.499985
- Berlin, A., Johansson, S.-E. & Törnkvist, L. (2006). Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin- primary health nurses' opinions. *Scan J Caring Sci*; 2006; 20; 160-168.
- Briggs, E. (2008). Cultural perspectives on pain management. *The journal of Perioperative Practice*; Nov 2008; Vol. 18, Issue 11, ISSN 1467-1026, ProQuest pg 468.
- Chen, L.-M., Miaskowski, C., Dodd, M. & Pantilat, S. (2008). Concepts within the chinese culture that influence cancer pain experience. *Cancer Nursing*, Vol 31, No. 2, 2008.
- Christoffersen, L., Johanessen, A., Tufte, P. A. og Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Coleman, C. (2010). Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nurse Outlook* 59 (2011) 70-78. doi: 10.1016/j.outlook.2010.12.004
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utgave, 2. opplag 2013. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Degrie, L., Gastmans, C., Mahieu, L., Dierckx de Casterlé, B. & Denier, Y. (2017). How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic review of qualitative research. *BMC Medical Ethics* (2017) 18:2. doi: 10.1186/s12910-016-0163-8
- Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C. & Neri, S. (2009) Providing transcultural to children and parents: An exploratory study from Italy. *Journal of Nursing Scholarship*, 2009; 31:2, 220-227.

FN, migrasjon på verdensbasis

<http://www.fn.no/Tema/Befolkning/Migrasjon> (21.04.17)

Gudykunst, W. B. og Kim, Y. Y. (2003). *Communicating with strangers - an approach to intercultural communication*. 4th edition. McGraw-Hill Companies, Inc.

Hanssen, I. (2012). Interkulturell sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug E. *Grunnleggende sykepleie, Bind 1*. 2. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2016). Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning 2014*)(3)(272-280). doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0145

Johnson, A. (2015). Health Literacy: How nurses can make a difference. *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 33, Issue 2.

Löfvander, M. & Dyhr, L. (2002). Transcultural general practise in Scandinavia. *Scand. J. Prim. Health Care* 2002;20.

Maier-Lorentz, M. M. (2008). Transcultural nursing: Its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, Vol 15, No. 1, 2008.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. 5. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system- a qualitative study og nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scand J Caring Sci; 2009; 23; 431-437*. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x

Nutbeam, D. (2006). Health Literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care- development of culturally competent practitioners*. Elsevier Limited.

Papadopoulos-, Tilki- og Taylor Modellen, figur 1.

https://www.google.no/search?q=papadopoulos+modell&safe=off&espv=2&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiirtzk9orTAhVGCywKHaFEB-YQ_AUIBigB&biw=1280&bih=696#imgrc=JNn8_qa8tvRZM: (4.4.17)

Purnell, L. D. (2013). *Transcultural Health care- a culturally competent approach*. 4th Edition, F. A. Davis Company.

Purnell modell of cultural competence, figur.

<https://www.nasn.org/ToolsResources/CulturalCompetency/PurnellModelforCulturalCompetence> (19.04.17)

Rogoff, B. (2003). *The cultural nature of human development*. Oxford University Press.

Rokstad, K. (2011). *Kommunikasjonslogikk - med eksempler fra psykologi*. 1. utgave, 5. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spence, D. (2001). Prejudice, paradox, and possibility: Nursing people from cultures other than one's own. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol. 12 No. 2, April 2001, 100-106.

Spencer, C. & Burke, P. (2011). The impact of culture on pain management. *Academy of medical-surgical nurses, volume 20, number 4, July/August 2011*.

Statistisk Sentralbyrå, informasjon om innvandring og innvandrere.

<http://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere> (19.04.17, kl 12:22)

Støren, I. (2014). *Bare søk!- Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. 2 utgave, 2. opplag. Oslo: Capellen Damm AS.

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Univeristetsforlaget.

Torvik, K. & Bjøro, K. (2014). Smerte. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H.
Geriatrisk Sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. 2. Utgave, 1. Opplag.

Vedlegg I - Tabell over søkeprosessen

Her er tabellen over søkeprosessen gjennomført i CINAHL/ Ebsco host. Ytterlige artikler ble funnet i referanselistene til disse artiklene.

merknad	år	søkemotor	treff	søkeord	dato
kun fulltext	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	1	pain, sickness, culture differences	05.10.16
kun fulltext	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	16	culture, sickness	05.10.16
kun fulltext	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	9	culture, difference, pain scale	05.10.16
kun fulltext	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	16	culture, sickness	05.10.16
kun fulltext	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	0	cultural difference, sickness, expression	05.10.16
kun fulltext	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	0	culture, sickness, expression	05.10.16
kun fulltext	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	7	culture, difference, health, expression	05.10.16
kun fulltext	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	1	culture, difference, pain, expression	05.10.16
alle typer text	1937- 2017	CINAHL / Ebsco host	864457	trykte "find similar" på likn 11	05.10.16
alle	2010-	CINAHL /	429028	" (fikset på parameter)	05.10.16

typer text	2017	Ebsco host			
alle typer text	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	5	religion and culture, difference, pain	05.10.16
kun fulltext	2010- 2015	CINAHL / Ebsco host	14	ethnicity, difference, pain	05.10.16
		ebsco host	7	se wordfil søkeord: søk 1	12.01.16
kun fulltext	2010- 2017	CINAHL / Ebsco host	1,259,0 26	trykte "find similar" på likn 17	12.01.16
kun fulltext		CINAHL / Ebsco host	499,23 5	forandret refranseramme på søk ovenfor	12.01.16

Vedlegg II - Eksempel på kunnskapsdepartementets kriterieliste for artikler

Artikkel som er vurdert er "Minority ethnic patients in the Danish healthcare system- a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients" av Nielsen & Birkelund (2009).



Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

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

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? </p>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS: <i>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.</i> <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>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS: <i>Datainnsamlingen må være omfatende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse </p>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>

<p><i>problemstillingen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (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>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> 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:</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><i>TIPS:</i> 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 type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</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"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> 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 kilde 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: -andre studier støtter funnene</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><i>tilfredsstillende.</i></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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p>Kommentar: - skriftlig + muntlig samtykke</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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p>Kommentar: - difficulties in communication - ethnic pains - ethnic food culture & community</p>
--	--	------------------------	--

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet 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? • Draft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Ja, fordi den viser hvilke problemstillinger interkulturelle møter byr på, og hvordan en kan løse dette. Dessuten støtter funnene av andre studier.</p>
--	---