

MISJONSHØGSKOLEN

SYKEPLEIERE I MØTE MED GRAVIDE INNVANDRERKVINNER MED
HYPEREMESIS GRAVIDARUM

MASTEROPPGAVE I INTERKULTURELT ARBEID

MIKA-316

av

ELI BØHME

STAVANGER

MAI 2016

INNHALDSFORTEGNELSE

INNHALDSFORTEGNELSE.....	2
FORORD	5
INTRODUKSJON.....	7
Bakgrunn for valg av tema.....	7
Tema og problemstilling.....	8
Oppgavens hermeneutiske ramme	9
Begrepsavklaringer og definisjoner.....	10
Avgrensning av oppgaven.....	10
Strukturert oversikt over oppgavens innhold.....	10
1 HYPEREMESIS I ET INNVANDRINGSPERSPEKTIV	12
1.1 Innvandring og helse	12
1.2 Hyperemesis gravidarum.....	13
1.3 Historisk forståelse av HG	13
1.4 Tidligere forskning.....	14
1.4.1 Norske studier	14
1.4.2 Internasjonale studier.....	16
2 METODE	19
2.1 Valg av metode.....	19
2.1.1 Oppgavens vitenskapsteoretisk forankring.....	19
2.1.2 Styrke ved kvalitativ forskningsmetode	20
2.1.3 Svakheter ved kvalitativ forskningsmetode.....	21
2.2 Strategisk utvalg av informanter	22
2.2.1 Presentasjon av informantene som intervjues	22
2.2.2 Intervjuguide.....	23
2.3 Transkribering og bearbeiding av datamaterialet.....	23
2.3.1 Forskerrollen.....	24
2.3.2 Forskerens refleksivitet.....	25
2.4 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet	26
Oppsummering.....	27
3 TEORI	28
3.1 Kulturbegrepet.....	28
3.1.1 Kultur i sykepleie.....	28
3.1.2 Transkulturell sykepleie	29
3.1.3 Transkulturell Sunrise Model for sykepleiere.....	30
3.1.4 Transkulturell kompetansemodell for sykepleiere.....	31
3.1.5 Kultursensitivitet.....	32
3.1.6 Kulturel relativisme og etnosentrisme.....	33
3.1.7 Stereotypier	33
3.2 Kultur og sykdomsforståelse	34
3.2.1 Illness og disease	35
3.3 Kollektivism versus individualisme.....	35
3.3.1 Kollektivism versus individualisme i en sykepleiekontekst.....	36
3.4 Kommunikasjon i sykepleie.....	36
3.4.1 Interkulturell kommunikasjon.....	37
3.4.2 Kulturfiltermodellen.....	37
3.4.4 Bruk av tolk i sykepleie.....	38
Oppsummering.....	39

4 KULTURFORSTÅELSE I ET INNVANDRINGSPERSPEKTIV	40
4.1 Hvordan la datamaterialet tale	40
4.2 Involvering av storfamilien i kollektivistiske kulturer.....	41
4.2.1 Pasientens familie tar for mye plass	41
4.2.2 Pasientens familie vil være på besøk hele døgnet.....	42
4.2.3 Pasienten ønsker å ha pårørende hos seg hele tiden.....	42
4.2.4 Pårørende vil ha pasienten hjem fortest mulig.....	43
Drøfting.....	43
4.3 Omsorg i tide og utide	46
4.3.1 "Care is the essence of nursing and unique to nursing"	46
4.3.2 "When caring is not the essence of nursing"	49
Drøfting.....	49
4.4 Fremmedartete reaksjoner hos pasientene.....	51
4.4.1 Uvant odør på kropp og i klær.....	51
Drøfting.....	52
4.4.2 Fremmedartet atferd hos pasientene	53
4.4.3 "De spytter og de spytter hele tiden".....	53
4.4.4 Fremmedartet reaksjon på smerteatferd	54
Drøfting.....	55
5 PERSPEKTIVER PÅ INTERKULTURELL KOMMUNIKASJON	59
5.1 Bridges of understanding	59
5.1.1 "Alt er så lettere når vi kan kommunisere på engelsk"	59
5.1.2 Når ordet eller det verbale språket ikke strekker til.....	62
5.1.3 Bruk av profesjonell tolk når språket hindrer kommunikasjon.....	63
5.1.4 Bruk av pårørende eller andre familiemedlemmer som tolkere.....	65
Drøfting.....	65
6 KUNNSKAP OG FORSTÅELSE I ET FLERKULTURELT PERSPEKTIV.....	71
Hvordan en person har lært å tenke angående sykdom og behandling vil ha betydning for hvordan vedkommende oppfatter og erfarer sine symptomer. Sykepleierne som daglig møter pasienter og pårørende med en annen kulturell bakgrunn enn de selv har, må være ekstra oppmerksomme på dette.	71
6.1 Hvordan forstås HG blant sykepleierne og hos pasient/pårørende.....	71
6.1.1 De er ikke så syke som de vil ha det til	71
6.1.3 Oppfatning av HG hos pårørende sett fra et sykepleiers perspektiv	73
Drøfting.....	74
6.2 Sykepleiernes kulturelle kompetanse.....	76
6.2.1 Kulturell datasamling-er den viktig for sykepleiere?.....	77
Drøfting.....	78
7 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	81
7.1 Sykepleiernes implikasjon i praksis.....	81
7.2 Perspektivering av praktiske tiltak.....	82
7.2.1 Praktiske tiltak på individnivå i en sykepleiers kliniske hverdag.....	82
7.2.2 Praktiske tiltak på foretaksnivå.....	83
7.2.3 Praktiske tiltak på nasjonalt nivå.....	83
7.3 Avslutning.....	83
VEDLEGG 1	86
VEDLEGG 2	88
VEDLEGG 3	89
VEDLEGG 4	90

VEDLEGG 5	92
Bibliografi.....	95
Annen referanse.....	99

FORORD

Erfaringsbasert masterstudie i interkulturelt arbeid og arbeidet med min masteroppgave har vært en spennende, utfordrende, krevende og lærerik prosess (Se vedlegg 2).

Jeg vil takke alle som har bidratt til gjennomføring av masterstudiet.

Jeg vil rette en stor takk til alle informantene som stilte villig opp i en travel hverdag.

Jeg retter en stor takk til veileder Gunhild Odden v/SIK for konstruktiv tilbakemelding og støtte. Til slutt vil jeg takke min mann som har trofast støttet meg og sendt meg utallige tekstmeldinger med ”Kjære favorittstudenten min, hvordan går det?...”

MORNING SICKNESS STINKS, AND ITS
NOT JUST IN THE MORNING!



(www.earlypregnancy.net)

INTRODUKSJON

Jeg er spesialsykepleier med 34 års arbeidserfaring fra medisinsk- og kirurgisk avdeling, operasjonsavdeling, legevakt og legekantor. De siste femten årene har jeg jobbet på en gynekologisk poliklinikk på et universitetssykehus i Norge, og her henvises kvinner fra hele fylket via fastlege eller legevakt med alle former for gynekologiske problemer og sykdommer. I løpet av disse årene har poliklinikken fått en stadig større tilstrømming blant innvandrerkvinner som trenger profesjonell hjelp for sine problem. En stor del av disse kvinnene snakker verken norsk eller engelsk, og for å imøtekomme deres problemer, må kommunikasjonen skje gjennom profesjonell tolk så langt det lar seg gjøre. Universitetssykehuset har egen avtale med profesjonell tolketjeneste. Det blir og benyttet familie og/eller venner som tolker. Går vi femten år tilbake i tid, hadde vi gjerne en til to tolkesamtaler i måneden. Nå kan vi ha opptil flere daglig. Disse tolkesamtaler gjelder ikke bare gravide innvandrerkvinner, men også innvandrerkvinner med andre gynekologiske sykdommer. Blant innvandrerkvinnene som kommer til poliklinikken, er det en gruppe som peker seg særskilt ut, de gravide med hyperemesis gravidarum. Dette vil jeg utdype nærmere i neste avsnitt, bakgrunn for valg av tema for oppgaven.

Bakgrunn for valg av tema

I mitt arbeid som sykepleier opplever jeg en økning blant gravide innvandrerkvinner som henvises direkte til sykehuset via fastlegen eller legevakt under diagnosen hyperemesis gravidarum. Hyperemesis gravidarum er en tilstand som i dagligtalen går under ekstrem eller sykkelig svangerskapskvalme. Poliklinikken tar i mot disse kvinner på dagtid i ukedagene, men på kveld- og nattestid, samt helger, henvises de direkte til sengepost via legevakt. Videre oppfølging og behandling skjer enten poliklinisk eller som innlagt på sengepost i sykehus.

Disse innvandrerkvinnene må stort sett alltid ligge på bære eller på en undersøkelsesbenk. De gir tydelig uttrykk for at de har plager i form av høylytte sukk og stønn. Kvinnene tar seg på magen, og for en sykepleieres kliniske blick ser de slappe og syke ut. Når kommunikasjonen blir vanskelig på grunn av språkproblemer er det helsetjenesten og ikke pasienten som har plikt og ansvar for å skaffe tolk. Pasientene har rett på informasjon om behandling og helsetilstand på et språk de forstår (Nasjonalt strategi om innvandreres helse 2013-2017).

Jeg opplever møtene med disse innvandrerkvinnene kun kortvarig før de sendes videre til innlegges eller poliklinisk behandling for hyperemesis gravidarum.

Tema og problemstilling

Jeg er interessert i å undersøke hvilke utfordringer sykepleierne på Kvinneklinikkens behandlende avdelinger opplever i møte med disse gravide innvandrerkvinnene som har bakgrunn fra land med kulturelle forskjeller sett ut i fra et norsk ståsted. Fem av informantene jobber ved avdelinger som drives på heldøgn, mens to av informantene jobber poliklinisk på dagtid. Størsteparten av innvandrerkvinnene kommer fra Somalia. Et mindretall av kvinnene representerer fra land som Etiopia, Pakistan, Afghanistan og India. Per 01. Januar 2016, var Somalia det fjerde største land hvor innvandrere til Norge kommer i fra (SSB 2016). Tema for oppgaven er:

Sykepleiere i møte med gravide innvandrerkvinner med hyperemesis gravidarum

Følgende valg av problemstilling og forskningsspørsmål for oppgaven er:

Hvilke kulturelle og kommunikative utfordringer opplever sykepleierne i møte med disse innvandrerkvinnene?

For å finne svar på problemstillingen har jeg valgt å dybdeintervjue syv sykepleiere på som kjenner problemstillingen og som har erfaring med den aktuelle pasientgruppen. Hvordan jeg har gått fram i dybdeintervjuene er beskrevet i metodekapittel 3.

I følge statistisk sentralbyrå var det ved inngangen til 2016 698500 innvandrere og 149700 norskfødte med innvandrerforeldre i Norge (SSB 2016).

Veksten i antall innvandrere kombinert med at de fleste innvandrerkvinner er i en alder der det er vanlig å få barn, forklarer hvorfor det fødes stadig flere barn i Norge som har en mor som er innvandrer. I følge SSB i 2012 hadde 23 prosent av de nyfødte, nesten hver fjerde baby, en mor som er innvandrer. Går en 15 år tilbake, i 1997, utgjorde dette færre enn hvert tiende barn.

Innvandrere som mottar behandling i sykehus, kan ha svært så forskjellige behov og tanker om årsaker og behandling av sykdommer i forhold til de norske helsearbeidere. Det kan medføre store utfordringer for de norske helsearbeiderne å vite hvordan de skal møte denne

pasientgruppen i en travel klinisk hverdag. Mange sykepleiere og andre helsearbeidere føler en avmakt når de står overfor innvandrere som pasienter. De uttrykker at de kan for lite om innvandrene og deres kultur (Magelssen 2007).

Oppgavens hermeneutiske ramme

Mitt masterstudie er en oppgave som gjennom semistrukturerte dybdeintervju av syv sykepleiere, søker å skape ny innsikt og forståelse ut fra oppgavens problemstillingen og forskningsspørsmålet. Oppgaven skrives inn i en hermeneutisk ramme som tar sikte på å forstå de fenomener som studeres.

Hermeneutikk kalles også for fortolkningskunst eller forståelselære og er i følge den tyske filosofen Hans- Georg Gadamer en modell for all virkelighetsforståelse. Ikke bare forståelsen av tekster er hermeneutisk, fortolkende, men også forståelsen av livet og verden (Drønen, Fretheim og Skjortnes 2011; Gadamer 2010; Roy og Starosta 2001). Hermeneutikken baserer seg på fortolkning av de fenomener som møter oss, og som vitenskapstradisjon knyttes den til språk og kommunikasjon. På den måten trekker Gadamer hermeneutikken inn i det praktiske livet (Drønen, Fretheim og Skjortnes 2011; Gadamer 2010).

Tre perspektiver som ofte refereres til Gadamers filosofi i studiet i interkulturell kommunikasjon er begrepene *for-dommer og forståelsens horisont, den hermeneutiske sirkel og horisontsammensmelting*.

Våre *for-dommer*, For-dom med bindestrek, har mer nøytral betydning hvor all vår forståelse er grunnet på for-dommer, ingen endelig dom] sier Gadamer at vi må sette oss selv inn i den andres horisont for å forstå (Drønen, Fretheim og Skjortnes 2011; Gadamer 2010). Ved å sette seg selv inn i den andres horisont, kan vi forstå uten nødvendigvis å være enige. Gadamer sier at våre for-dommer er en del av vår horisont som ikke har noen fast grense. Den er stadig i bevegelse og vi vandrer inn i og med den (ibid). Den hermeneutiske sirkel uttrykker den filosofiske hermeneutikkens syn på forståelse ”*sirkelen har ingen formal natur. Den er verken subjektiv eller objektiv, men beskriver forståelsen som et samspill mellom overleveringens bevegelse og fortolkerens bevegelse*” (Gadamer 2010: 331). En forståelsesprosess hvor sirkelen kan forstås ut fra helheten og helheten kan forstås ut fra deler. En går fram og tilbake mellom deler av teksten, og mellom deler og hele teksten til forståelse er oppnådd og en *horisontsammensmelting* har funnet sted.

Begrepsavklaringer og definisjoner

Jeg vil benytte meg av Statistisk sentralbyrå (2013) sin definisjon på innvandrere som er:

Innvandrere er personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre. Norskfødte med innvandrerforeldre er personer som er født i Norge av to utenlandske foreldre og fire utenlandske besteforeldre. Fødeland er hovedsakelig mors boested ved personens fødsel (SSB 2016).

Tidligere ble hoveddelingen mellom innvandrere kalt ”vestlig” og ”ikke vestlig”, og denne todelingen er nå erstattet med verdensdeler (SSB 2008). Jeg har allikevel valgt å bruke ”vestlig” og ”ikke-vestlig” i oppgaven.

Informantene mine er sykepleiere og jordmødre, som er sykepleiere med spesialkompetanse. Her velger jeg å bruke ordet ”sykepleier” på begge yrkesgrupper. Dette gjøres for bedre anonymisering av informantene.

I oppgaven sidestilles begrepene prosjekt, oppgave og studie.

Etnisk minoriteter sidestilles med innvandrere som i oppgaven representerer personer som selv har innvandret og som har to utenlandske foreldre (SSB 2016).

Avgrensning av oppgaven

På grunn av tidsrammen på dette studiet tar jeg utelukkende for meg sykepleiernes opplevelser og erfaringer i møte med gravide innvandrerkvinner med HG- det vil være altfor omfattende å også inkludere innvandrerkvinnenes perspektiv. Disse blir dermed ikke hørt. Det betyr ikke at deres meninger og erfaringer ikke er interessante og viktige, og jeg håper dette kan være gjenstand for senere studier.

Strukturert oversikt over oppgavens innhold

Det er syv kapitler i denne masteroppgaven og jeg vil her kort skissere oppbygningen av disse. Etter innledningskapittelet presenteres i kapittel 2 valg av metode som er anvendt i oppgaven. Valg av forskningsmetode, prosessen med valg av informanter for oppgaven, forskningsintervjuene og bearbeidelse av datamaterialet. Videre tar jeg for meg min egen rolle som forsker og noen etiske vurderinger og betraktninger. Til slutt tar jeg for meg oppgavens troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet av funn.

I kapittel 3 gjøres rede for oppgavens teoretiske referanseramme. Her presenteres fire nasjonale - og syv internasjonale studier som jeg har funnet relevant for denne studien.

I kapittel 4, 5 og 6 systematiseres og kategoriseres datamaterialet fra kvalitative intervju. De empiriske funnene presenteres, analyseres og drøftes i lys av den teoretiske forankringen.

I kapittel syv presenteres oppsummering og konklusjon av relevante funn opp mot forskningsspørsmålet. Her kommer jeg med noen anbefalinger til tiltak både på individ-, foretak- og nasjonalt nivå. Til slutt gis forslag til videre forskning.

1 HYPEREMESIS I ET INNVANDRINGSPERSPEKTIV

Dette kapittelet omhandler innvandringen og et økende interkulturelt mangfold i Norge. Mitt fokus er å se hyperemesis gravidarum i et historisk perspektiv. Jeg presenterer norske og internasjonale studier som har relevans for denne studien.

1.1 Innvandring og helse

Det siste århundret har det innvandret folk til Norge fra gradvis fjernere strøk. I eldre tid kom folkene fra nærområder og fra de nordiske land, senere fra europeiske land. På slutten av 1960-tallet begynte det å innvandre folk fra fjerne kontinenter (Brochmann og Kjeldstadli 2014).

Innvandrerbefolkningen i Norge i dag har sin opprinnelse fra 222 forskjellige land og selvstyrte regioner (SSB 2016). Noen grupper som i dag regnes som innvandrere etter SSBs definisjon, og som har bodd lengst i Norge er innvandrere fra Pakistan, Vietnam, Tyrkia og Marokko. Innvandrere fra Polen og Litauen har bodd kort tid, de fleste under fem år, mens flyktninger fra Somalia, Irak og Afghanistan har relativt kort botid i Norge (ibid).

I følge Statistisk sentralbyrå har Norge per 03.03.2016 698 550 innvandrere, dette utgjør 16,3% av hele befolkningen på 5,2 millioner mennesker (SSB 2016).

Innvandringen til Norge gir oss nye impulser og et interkulturelt mangfold. Dette er berikende, men det gir oss spesielle utfordringer på grunn av kultur- og familiebakgrunn, språklige utfordringer, oppdragelse, sykdom og helseplager (Hanssen 2005). Helsepersonell og innvandrere kan ha så ulike oppfatninger av sykdom og sykdomsårsaker at det kan by på problemer dersom helsepersonell ikke har kjennskap til pasientens kulturelle bakgrunn. Språkproblemer og kulturelle ulikheter kan også vanskeliggjøre en kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient for at helsepersonell skal kunne yte god helsehjelp.

Når det gjelder sykdom og andre helseplager, har Helse- og Omsorgsdepartementet utarbeidet en nasjonal strategiplan om innvandreres helse 2013-2017, hvor målet er at alle skal ha likeverdig rett til helse- og omsorgstjenester (Regjeringen 2013).

Retten til ytelse fra det offentlige og best mulig utnyttelse av helse- og omsorgstjenestenes ressurser, er regulert gjennom flere lover i Norge. Felles for disse lovene er at de skal tilstrebe det beste for pasientene uavhengig av hvilken nasjonalitet det tilhører (St meld nr. 17, 1996-97, 7.7 helse og omsorg, 7.7.1).

1.2 Hyperemesis gravidarum

Hyperemesis gravidarum (HG) er en sykdom som rammer mellom 0,5-3,2% av gravide. Forekomsten hos etnisk norske kvinner ligger på 0,9%. Mens kvalme og oppkast i svangerskap oppstår i opp til 80% av alle svangerskap, representerer HG en mer alvorlig form for svangerskapskvalme. HG er den mest vanlige årsak til innleggelse tidlig i svangerskap (Vikanes 2010).

I følge Vikanes er det funnet store etniske forskjeller når det gjelder forekomst av HG. Kvinner født i India, på Sri Lanka, eller i Afrika sør for Sahara hadde mer enn tre ganger så stor risiko for å utvikle HG sammenlignet med etnisk norske kvinner. Forekomsten i disse landene ligger rundt 3% (ibid). Forskjeller i forekomst av HG mellom og innen befolkningsgrupper, kan variere fra ulike studier. Definisjonen av den kliniske manifestasjonen av HG har så langt blant forskere ikke vært entydig. Motstridende og mangelfulle resultater er rapportert. Vikanes mener at en av årsakene kan ligge i hvordan forskere definerer HG (ibid).

I følge Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG), er [årsak[ene] til sykdommen HG fremdeles ukjent (NFOG 2014). Det finnes likevel mange hypoteser. Lenge trodde en at årsaken var av psykososial karakter, men etter hvert heller en mer mot en biologisk forklaringsmodell (Vikanes 2010).

1.3 Historisk forståelse av HG

HG er ikke noe nytt fenomen. Ulike grader av oppkast og kvalme er beskrevet av både Hippokrates (460-377 fvt) og Aristoteles (384-322 fvt). Begge relaterte årsaksforholdene til HG til å gjelde fosterets kjønn og spesielt til jentefostre (Vikanes 2010). Et av historiens mest kjente tilfelle av HG som fatalt endte med døden, var den britiske forfatterinnen Charlotte Bronte (1816-1855), kjent for sin roman ”*Jane Eyre*” (ibid).

I følge O'Brien og Newtons forskningsartikkel ”Psyche versus soma: Historical evolution of beliefs about nausea and vomiting during pregnancy”, har forskerne gått igjennom et mangfold av publikasjoner (O'Brien og Newton 1991). Forklaringene på svangerskapskvalme har endret seg over tid. O'Brien og Newton summerer dette med å inndele i tre kronologiske tidsepoker. Tiden fram til 1929 ble kalt ”*the early somatic era*” og årsaksteorien til HG sett på som refleksiv og giftig av natur (O'Brien og Newton 1991; Vikanes 2010). ”*The intrapsychic era*” fra 1930-1980 beskriver teorier til å være av nevrotisk karakter (ibid). En publikasjon fra 1934 uttalte at en passende behandling for en pasient med HG skulle være at

de fikk ikke lov å kaste opp i et pussbekken: ” *She is told that, in the event of not being able to control herself, she is to vomit into bed and the nurse is instructed not to be in hurry about changing her*” (Vikanes 2010: 9)

Helt opp til 1980 årene ble kvinner med HG assosiert med en hysterisk personlighet og redusert intelligens (Vikanes 2010). ”*The metabolic and sosial stress era*” fra 1981 og fram til i dag, beskriver utvikling av årsaksteorier til HG ut i fra alle tre tidsepoker. Selv om nåværende utvikling av årsaksteorier til HG setter hovedfokus på genetiske eller miljømessige faktorer, lider pasienter med HG under helsearbeideres holdninger som uttrykkes gjennom utsagn som ”*slutt å late som du er syk*” (ibid).

1.4 Tidligere forskning

Gjennom litteratursøk (se vedlegg 3) har jeg så langt ikke funnet norske studier som går direkte på samme problemstilling og forskningsspørsmål som denne oppgaven har, men det er gjort andre nasjonale sykepleiestudier, som jeg mener er relevante og som jeg vil presentere. Jeg tar for meg et doktoravhandlingsstudie til Ingrid Hanssen fra 2002 som fokuserer på etiske utfordringer norske sykepleiere kan stå overfor når de møter ikke-vestlige pasienter. Tre studier er gjennomført av sykepleierne Lise-Merete Alpers og Ingrid Hanssen i 2008, 2010, 2014. Her tar Alpers og Hanssen og for seg sykepleiere og deres utfordringer i møte med etniske minoritetspasienter. Internasjonalt studier finnes utallige studier om HG. Mange av disse studiene tar for seg den medisinske forskningen, som utelukkende handler om å finne årsaksfaktorene til HG. Jeg vil presentere noen internasjonale sykepleiestudier som jeg har funnet relevant for oppgaven.

1.4.1 Norske studier

Ingrid Hanssens doktoravhandling fra 2002, ”*Facing Differentness*”, er et empirisk studie i etiske utfordringer i interkulturell sykepleie. Tema er etiske problemer eller dilemma norske sykepleiere kan stå overfor når de yter omsorg til ikke-vestlige pasienter, hvorfor kulturbaserte etiske problemer/dilemmaer oppstår, og på sykepleiernes tanker angående disse problemer i deres sykepleiepraksis, og hvordan de håndterer disse problemene. Interkulturelle etiske problemer innen sykepleiepraksis er sammensatt, kontekstuell og gjensidig av natur. I sykepleiernes arbeid med fremmedkulturelle pasienter er både etiske prinsipp og

konsekvenstenkning viktig for handlingsvalg. En følelse av utilstrekkelighet og usikkerhet kan føre til at sykepleierne trekker seg fra situasjoner de står overfor, selv om de blir skuffet over at de handler på denne måten (Hanssen 2002).

I studien ”Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter”, kartla Lise –Merete Alpers og Ingrid Hanssen sykepleierne kompetanse om etniske minoritetspasienter gjennom fokusgruppeintervjuer. De undersøkte hvorvidt avdelingen man jobber på har mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn og om man har kurs eller videreutdanning i ulike kulturstudier. Studien viste at sykepleierne har behov for mer kunnskap, om man er nyutdannet eller hadde flere års erfaring. (Alpers og Hanssen 2008).

I forskningsartikkel ”Utilitarian and common-sense morality discussions in intercultural nursing practice” så Ingrid Hanssen og Lise-Merete Alpers på forskjellige måter mennesker tenker om helse og sykdom, og på utfordringer sykepleiere står overfor i mangfoldet av pasienter. Blant etiske utfordringer som de beskriver er rasisme, tradisjoner og situasjonell forståelse som skaper sykepleie-pasient problemer. To etiske saker ble funnet som kunne forårsake spenning blant personalet: hvem trenger enerom mest- etnisk minoritets pasienter med mange besøkende eller veldig syke pasienter? Og uenighet blant sykepleierne om hvor langt de skulle strekkes seg med ekstraordinære ønsker eller krav fra etniske minoritets pasienter og deres familie. Studiet viser at sykepleiere kan oppleve stress, når de ikke er i stand å yte hva som er god sykepleie omsorg eller gjøre det som de vet er riktig, eller når de er tvunget til å gjøre det motsatte av deres samvittighet (Hanssen og Alpers 2010).

Lise-Merete Alpers og Ingrid Hanssen (2014) har gjennomført et studiet ”*Caring for ethnic minority patients*”. Studiet er et mixed-method-studie, som tok sikte på å undersøke sykepleierne kompetanse i forhold til pasienter med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn. Studiet er gjennomført på en psykiatrisk og en medisinsk avdeling ved et sykehus i Oslo (Alpers og Hanssen 2014).

Deres konklusjon viser at sykepleierne i studiet vurderte sin egen kulturelle kompetanse som utilstrekkelig, og at dette kan virke negativt inn på den behandling og omsorg gir sykepleierne gir til pasienter med minoritetsbakgrunn (ibid). Forskerne fant det nødvendig at kunnskap som innebærer forståelse, holdninger og ferdigheter om sykdom og behandling innen den ikke-vestlige medisinske tradisjonen, må økes blant sykepleierne (Alpers og Hanssen 2014).

1.4.2 Internasjonale studier

Davis Myfanwy og Peter Bath, publisert et britisk studie i 2001 "The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom", basert på en fokusgruppe og semistrukturerte intervju med både engelsktalende og ikke engelsktalende somaliske kvinner. Studiet ble utført i en engelsk storby. I 2001 var det estimert 60.000 somaliske kvinner i England. Det somaliske samfunn er et av de mest etablerte blant etniske minoriteter i England. Konklusjon: Dårlig kommunikasjon mellom ikke engelsktalende somaliske kvinner og helsepersonell ble oppfattet som et underliggende problem. En av informantene sa at "sometimes your GP will send you back if you don't have an interpreter with you" [noen ganger sender fastlegen deg hjem igjen hvis du ikke har en tolk med deg, egen oversettelse]. De somaliske kvinnene opplevde at jordmødrene kom med rasistiske stereotypier og at dette kunne ha innvirkning på den omsorgen de mottok. David og Bath konkluderer med at både sykepleiere og jordmødre må øke kompetanse for å bekjempe negativ rasistiske stereotypier og klare å gi etniske minoritetskvinner den informasjon de trenger gjennom svangerskap og fødsel (Myfanwy og Bath 2001).

Oversiktsartikkelen "Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review" (Scheppers et al 2006), gjennomgår 309 artikler publisert fra 1990 og 2003, for å undersøke forskjellige faktorer som kan skape barrierer i helsetilbud som brukes av etniske minoriteter. Konklusjon: Scheppers et al identifiserte et stort antall potensielle barrierer blant helsepersonell, blant annet dårlige kommunikative ferdigheter, uhøflig oppførsel og omsorg, stereotypiske holdninger mot pasienter fra etniske minoriteter, autoritær kommunikasjonsstil. Helsepersonell foretrakk å oversette ord for ord, kulturkunnskaper manglet, og de overså den sterke familie involveringen og deres tradisjonelle familie verdier (Scheppers et al 2006). Viktige individuelle faktorer er hvor lenge pasienten har bodd i landet, akkulturasjon, lokal språkferdigheter, kommunikasjon, helse og holdninger, verdier, bekymringer for egen helse og sykdom og kunnskap om fysiologi og sykdom.

Den finske studien, "Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland" (Maili og Gissler-publisert 2009), basert på informasjon om 6532 kvinner av utenlandsk opprinnelse registrert i det finske fødselsregisteret mellom 1999 og 2001, viser at innvandrere møter større barrierer for å få tak i tilgjengelig og god kvalitetsomsorg enn

sammenlignet med etniske finner. Studiet viser at afrikanske kvinner hadde mest helseproblem under svangerskapet og fødsel, at de afrikanske kvinnene hadde større forekomst av vaginal blødning eller høyt blodtrykk enn andre og at nyfødte av disse kvinnene fikk mer behandling enn andre nyfødte. Somaliske kvinner rapporterte at de ble nektet informasjon som hadde med svangerskapet å gjøre, negative holdninger og fordommer blant helsepersonell. Kvinnene var engstelige for keisersnitt og bekymret over kompetansen til medisinske tolkere. Somaliske kvinner rapporterte om at de ble nektet informasjon som hadde med svangerskapet å gjøre, og om negative holdninger blant helsepersonell. Kvinnene var engstelige for keisersnitt og bekymret over kompetansen til medisinsk tolker. Somaliske kvinner gjenkjente god omsorg hos helsepersonellet, effektiv verbal og non verbal kommunikasjon, følelsen av å bli verdsatt og forstått, mulighet for å få kvinnelig tolk og sensitivitet for gynekologiske bekymringer (Maili og Gissler 2009).

Den prospektive kanadisk studien ”Epidemiology of nausea and vomiting of pregnancy: Prevalence, severity, determinants and the importance of race/ethnicity”, estimerte prevalensen og alvorlighetsgraden av kvalme og oppkast i svangerskap i første og andre trimester hos 367 kvinner, (Lacasse et al 2009). 81.2 prosent av kvinnene var kaukasiske, 10.1 prosent var afro-amerikanere, 4.6 var latinamerikanere og 4.1 prosent var asiatiske. Studien så spesielt på rase når den identifiserte derterminanter og alvorlighetsgraden av HG. Studien viste at rase var assosiert med høyere forekomst av kvalme og oppkast i svangerskapets første trimester og at også rase rapporterte andre forhold kvinnene assosierte med kvalme og oppkast i svangerskapet, som overdreven spytting. Den overdrevne spyttingen var mer rapportert hos de afro-amerikanske kvinnene sammenlignet med de andre gruppene (Lacasse et al 2009).

Forskningsartikkelen ”Understanding the Stigma of Hyperemesis Gravidarum: Quality Findings from an Action Research Study”(Power, Thomson og Waterman 2010), er en kvalitativt metodologisk studie, der 18 pasienter med HG og syv fokusgrupper blant helsepersonell er intervjuet. Pasientene trakk fram temaer som den overveldende byrden det er å ha HG, så vel som uheldig fysiologiske effekt av å ikke bli trodd og skeptiske holdninger mot HG. Studiet rapporterte antagelser hos helsepersonell om at HG er psykologisk betinget, de mistrodde pasientenes symptomer, dårlig kommunikasjon og stigmatisering av HG (Power, Thomson og Waterman 2010).

I den etnografiske studien "Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain" (Plaza del Pino, Encarnación og Higginbottom 2013), er det foretatt 32 semistrukturerte sykepleierintervjuer i tre offentlige sykehus i det sørlige Spania. Studien viser at relasjoner mellom sykepleiere og marokkanske pasienter er preget av fordommer og sosiale stereotypier som sannsynlig setter sykepleierne i dårlig lys med å gi tilstrekkelig omsorg. Språkbarrierer kan begrense sykepleiernes omsorg, men kan overvinnnes ved å ta i bruk profesjonelle tolker i sykehuset. Studien påpeker at det er essensielt at sykepleierne i sør Spania er kompetente til å yte kulturelt sensitiv omsorg (Plaza del Pino , Encarnación og Higginbottom 2013).

I den retrospektive svensk studien "Somali womens' use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: A descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women"(Råssjö et al 2013), sammenlignes 523 svenskfødte kvinner mot 262 somaliske kvinner i tidsrommet 2001 til 2009. Studiets hovedfunn er at somaliske kvinner er en sårbar gruppe. De har mer anemi, mer alvorlig HG, og noen har alvorlige helseplager. Konklusjon : Gravide somaliske kvinner fremdeles konstituerer en sårbar gruppe som implikerer at det er en manglende link i et bedre overvåkingssystem for disse kvinnene. De somaliske kvinner hadde økt risiko for intrauterin død [fosterdød i livmor], small for dates baby [barnet fødes til termin, men er mindre enn normalt], lav fødselsvekt og maternal morbidity [mødredødelighet] (Råssjö et al 2013).

2 METODE

I flere av studiene som er omtalt overfor har forskerne brukt den kvalitative metoden som forskningsmetode. Hvilken metode en velger, er avhengig av hvilke informasjon en ønsker og trenger (Dalland 2012). En snakker ofte om to metoder, de kvantitative metoder som gir data i form av målbare enheter og de kvalitative metoder som har som siktemål å fange opp opplevelser og meninger som ikke er målbare eller lar seg tallfeste (Dalland 2012; Bryman 1999; Thagaard 2013).

2.1 Valg av metode

I denne studien har jeg valgt kvalitativ metode. Det vitenskapsteoretiske grunnlag i kvalitativ metode er avhengig av den kontekstuelle situasjon en befinner seg i og gir mulighet til å utforske kompleksiteten i sosialt liv (Thagaard 2013, Bryman 1999). Dette passer godt for denne studien, da jeg som forsker er i nær kontakt med sykepleierne som studeres. På bakgrunn av fyldig data gitt gjennom intervju, danner kvalitative tilnærminger grunnlaget for å oppnå økt kunnskap og forståelse av den enkelte sykepleiers opplevelser og erfaringer med gravide innvandrerkvinner med HG. Kvalitative metoder baserer seg på et induktivt design hvor premissene og konklusjonene ikke følger hverandre, konklusjonene kan enten være rett eller gal, fra empiri til teori. I motsetning til et kvantitativ studie som bygger på et deduktivt resonnement hvor premissene og konklusjonen følger hverandre, fra teori til teori/empiri (Bryman 1999).

2.1.1 Oppgavens vitenskapsteoretisk forankring

Den vitenskapsteoretiske forankringen danner et utgangspunkt for forskerens forståelse og tolkning som får betydning for informasjon som blir gitt forskeren. (Thagaard 2013). I kvalitativ metode finnes fortolkende teoretiske retninger som vektlegger mening og betydning ulikt (ibid). Den symbolske interaksjonismen som tilnærming å studere og forstå de studerende som skaper sin identitet kontinuerlig i interaksjon med andre (ibid). Denne retning er relevant for oppgaven, da jeg som forsker å finne ut hvordan sykepleierne samhandler med pasientene, hvordan og hvorfor de utfører og gjentar de samme handlingsmønstre? Etnometodologi er en mikrososiologisk retning som ble utviklet av Harold Garfinkel (studies in ethnomethodology, 1967) har som formål å forstå hva som styrer folks atferd i lys av den kulturen de er en del av uten å ha en hypotese eller antagelse (Thagaard 2013). Hvordan kan jeg som forsker forstå sykepleiernes vurderinger og

handlinger og deres opplevelser som skapes og hva som styrer deres atferd?

Symbolsk interaksjonisme og etnometodologi er begge empiribaserte tilnæringer som baserer seg på et fenomenologisk vitenskapssyn (ibid). Dette er et fenomenologisk dyptgående studie som i utgangspunkt studerer den enkelte sykepleiers subjektive opplevelser og erfaringer og søken etter å oppnå en dypere mening og forståelse av fenomener. Fenomenologien bygger på en underliggende antakelse om at virkeligheten er slik folk oppfatter den (ibid).

Jeg har tatt i bruk en hermeneutisk tilnærming da det er jeg som tolker informantenes utsagn. Men det er viktig for meg som forsker å være klar over egen forforståelse og mening om fenomener jeg ønsker å studere. Sykepleiernes utsagn kan ikke objektiviseres, da jeg ikke er på jakt etter gjennomsnittssykepleiernes holdninger, men å forstå hva som ligger bak den enkelte sykepleiers handlinger. Utsagnene kan heller ikke kvantifiseres, da jeg har et for lite utvalg til at kvantifiseringen gir mening. Hadde jeg intervjuet tusen sykepleiere, kunne jeg kvantifisert deres oppfatninger og følelser. Den hermeneutiske tilnærmingen handler om å skape mening og fortolke menneskenes handlinger (Drønen, Fretheim og Skjortnes 2011; Thagaard 2013).”En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer, er en del av” (Thagaard 2013: 41). Hermeneutikkens ontologi, stammer fra gresk: *ontos* som betyr væren eller det som er og *logia* som betyr studie eller vitenskap. Ontologi er beskrevet som læren om værensformer og væremåte.

2.1.2 Styrke ved kvalitativ forskningsmetode

Den kvalitative metode gir intervjuobjektene mulighet til å utdype sine meninger. Den er mer åpen. Gir mulighet for oppfølgingsspørsmål både fra intervjuer og intervjuobjekt (Bryman 1999; Thagaard 2013; Hammersley og Atkinson 2004).

Deltagende observasjon er vanligvis mer hensiktsmessig når studien krever en undersøkelse av kompleks sosial relasjoner eller intrikate mønstre av interaksjon, når forskeren ønsker førstehånds atferds informasjon av sikker sosiale prosesser (Bryman 1999).

I følge naturalismen bør den sosiale verden så langt det er mulig studeres i sin ”*naturlige*” tilstand, upåvirket av forskeren. Menneskene handler ut i fra deres sosiale oppfatninger, hvilke intensjoner, motiver, tro, regler og verdier de legger til grunn. En slik ubestemt

tolkning undergraver ethvert forsøk på å utvikle standardiserte mål på menneskelig atferd (Hammersley og Atkinson 2004).

En av styrkene uten tvil som kvalitativ forskning gir den som forsker, er fordelene av dens ustrukturerte natur, en kapasitet til å møte det uventede og muligens å endre retning. (ibid). Den kvalitative forskeren er i en bedre posisjon til å se koblinger mellom hendelser og aktiviteter og til å utforske menneskers tolkninger av faktorer som produserer slik forbindelse. Whyte (1984) ser mye av metodens styrke fra dens fleksibilitet, som tillater nye spor å følge opp eller tilleggsdata til å bli samlet i respons til endringer av ideer (ibid).

2.1.3 Svakheter ved kvalitativ forskningsmetode

Da kvalitativ forskning er mer åpen, kan en konsekvens bli at forskeren blir overveldet under feltarbeidet av så mye potensielt data. Som Bryman(1999) så fint uttrykker det "You may find so many interesting things to study that you are at a loss to delimit the scope of your project and focus on specific problems"(Bryman 1999:40). Det ligger en potensiell svakhet i at man kan bli fristet til å generalisere eller trekke allmenngyldige slutninger på for dårlig grunnlag. En forsker kan heller ikke trekke bastante slutninger på grunnlag av et ikke representativt utvalg.

For positivistene er det viktigste trekket ved vitenskapelige teorier at de er åpne for og at de skal være mulige å etterprøve. De kan da med sikkerhet bekreftes eller i det minste avkreftes. Ha kontroll med variablene, uten kontroll ingen grunnlag for testing av hypotesen. Statistisk kontroll med variabler og målinger av disse, kan produsere gyldig kunnskap som kan erstatte denne sunne fornufts myter og dogmer (Hammersley og Atkinson 2004).

Den kvalitative forskning oppfyller ikke disse positivistiske kriteriene, og kritiseres derfor for å mangle den vitenskapelig strenghet (ibid). Informantene får kanskje ikke den anonymitet som etiske retningslinjer fordrer og svarer ikke ærlig, enten på grunn av ledende spørsmål eller at informantene kommer med det de anser som strategisk riktig svar. Det kan også fremstå som negativt ettersom ikke alle informantene får de samme spørsmålene (Repstad 2007).

2.2 Strategisk utvalg av informanter

For å innhente informanter og tilgang til feltet baserte jeg det på et *strategisk* utvalg. *Strategisk* utvalg ble opprinnelig etablert av Glaser & Strauss i 1967 og baserer seg på det kvalitative studiet i den hensikt å velge strategisk informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til studiens problemstilling (Thagaard 2013; Hammersley og Atkinson 2004). *Strategisk utvalg* i denne studien er sykepleiere med minst to års arbeidserfaring som sykepleier for å belyse temavalget mitt. Jeg ser at det kan være både fordeler og ulemper med hvor lenge sykepleierne har stått i jobb. Lang fartstid gir unektelig interessante data, men ser også en ulempe som kan være at ting tas for gitt i en travel klinisk hverdag uten videre refleksjon over de handlinger som utøves. Kort fartstid kan lede til mer nysgjerrighet og ser ting med nye øyne.

Jeg valgte flere innfallsvinkler for innhenting av mine informanter. Den første var å gå gjennom ledere, såkalte ”gatekeepers” for å få innpass på de aktuelle avdelinger slik at de kunne legge fram for sine ansatte min forespørsel om deltagelse til studien. Den andre innfallsvinkel var å oppsøke informantene direkte på post. Jeg møtte stor imøtekommenhet både hos ledere og ansatte og jeg vil unektelig si at fordelen til imøtekommenheten skyldes både forskerens nærhet til feltet og yrke. De som takket ja til feltstudien fikk eget informasjonsskriv om studien og et eget samtykkeskjema som ble underskrevet ved første møte (vedlegg 4).

Før hvert intervju forvisset jeg meg om at informantene hadde forstått hensikten og formålet med feltstudiet, samt frivillig deltagelse og at de kunne trekke seg når tid som helst uten å måtte oppgi noe grunn, lagring og sletting av datamateriale (Personopplysningsloven 2001, § 27 og §28). Alle intervjuene ble foretatt i arbeidstiden, i et rom nær knyttet til arbeidsplassene. Jeg tror personlig at dette virket positivt inn for mine informanter, har nær tilhørighet til sine arbeidsplasser og den trygghet det ga. Informantene ble fortalt at intervjuene skulle tas opp på bånd med I-Pad som back up. De ble spurt om dette kunne være et potensielt problem, men ingen av informantene hadde noen kommentarer eller innvendinger knyttet opp til dette.

2.2.1 Presentasjon av informantene som intervjues

Jeg valgte et antall på syv stykker til mitt feltarbeidsstudie. Da formålet med datainnsamling til den kvalitative forskning er å gå i dybden hos de en intervjuer, har jeg kommet fram til dette antall for at analysen ikke skal bli overfladisk. Intervjuene ble foretatt i tidsrommet 11.09.2015 - 08.10.2015 med en varighet fra 30 til 60 minutter. Sykepleierne er mellom 20

til 70 år med gjennomsnittlig 24 års arbeidserfaring som sykepleier. Alle er norske og de er kvinner. Ingen av avdelingene jeg foretok intervjuene på, har sykepleiere med innvandrerbakgrunn.

2.2.2 Intervjuguide

Det ble utarbeidet en fleksibel intervjuguide (Se vedlegg 1) med en innledning og hovedtemainndeling med underspørsmål til hvert tema . Dette for å være faglig og mentalt forberedt til møte med informantene. I begrepet fleksibel intervjuguide ligger metodens fleksibilitet at intervjuguiden ofte kan og bør justeres i et prosjekt (Repstad 2007; Dalland 2012; Thagaard 2013). Intervjuguiden ble justert underveis og den ble ikke fulgt slavisk, men det ble sikret at alle spørsmålene ble besvart ved at forsker foretok en oppsummering rundt hovedtemaene før intervjuene ble avsluttet. Informantene fikk enkle fakta spørsmål ved oppstart av intervjuet for å skape en ”ufarlig” situasjon. De fikk også anledning til å snakke fritt uten for mange avbrytelser fra forsker om det som opptok dem mest innenfor temaene til intervjuguiden. Dette skapte en rolig atmosfære både for informant og forsker. Repstad (2007) sier at selv de aller første famlende samtaler kan være nyttig å ta med seg (Repstad 2007). Fontana /Frey(2000) sier at ”*Asking questions and getting answers is much harder task than it may seem at first*” (Drønen 2006:3). Dette erfarte jeg selv, med en famlende start på det første intervjuet. Jeg bestemte meg først for å la det første intervjuet være et pilotstudie, men valgte allikevel å la det inngå videre i studien grunnet viktige funn.

2.3 Transkribering og bearbeiding av datamaterialet

Jeg transkriberte alle intervjuene som ble gjengitt ordrett slik informantene sa. Det var en tidkrevende prosess som ga meg et datamateriale på 73 sider. For å forvise meg om at gjengivelsen var ordrett, lyttet jeg flere ganger gjennom intervjuene. Kvaliteten på opptakene var veldig gode uten noen form for ytre støy. I de tilfellene informantene snakker dialekt skrev jeg om all dialekt til bokmål for anonymisering av datamaterialet. I løpet av arbeidet med transkriberingen ble jeg godt kjent med datamaterialet, noe som er svært nyttig i analysering av dette. Forskerens etiske vurderinger og betraktninger

Min oppgave var å ivareta sykepleierne på aller best mulig måte, gi dem tillit og trygghet, og sikre de etiske vurderinger allerede fra planleggingsfasen til det endelige resultat.

Forskningsetikk er i følge Dalland (2012):

[...] er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultatene (Dalland 2012:94)

Informasjon om studiens målsetting og fremgangsmåter og prinsippet med informert samtykke gikk vi grundig igjennom før intervjustart (Thagaard 2013; Hammersley og Atkinson 2004). Det var viktig for meg å informere informantene om viktigheten av konfidensialitet for å sikre deres anonymitet. Thagaard (2013) skriver i sin bok at ”de som gjøres til gjenstand for forskning, har krav på all informasjon de gir, blir behandlet konfidensielt” (Thagaard 2013: 28). For å anonymisere informantene, ga jeg sykepleierne før hvert intervju å gi de et fiktivt navn. Etter nøye vurdering velger jeg å presentere all tekst fra datamateriale enten med å skrive en ”sykepleier sier” eller en ”informant sier”. Begrunnelse er gjort på bakgrunn av at hvis et navn, selv om det er fiktivt, siteres til stadighet i analyse- og drøftingsdelen, kan det spores til den enkelte informant. Metodisk sett er det riktig at informantene presenteres slik som de gjorde overfor forskeren, men på den etiske siden handler det om informantenes anonymisering (ibid).

Jeg har fulgt retningslinjer til De nasjonale Forskningsetiske Komiteene (NESH 2006:18) med oppbevaring og tilintetgjøring av all datamateriale gitt av mine informanter. Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) i henhold til personopplysningsloven (2000) og Helseregisterloven(ny) (2015) med forskrifter. Sykehusets forskningsavdeling og divisjonsdirektør har godkjent gjennomføringen av studiet, og det er søkt om godkjenning via Personvernombudet. Alle kilder som er brukt i studiet er gjort rede for ved å referere til forfattere, årstall, og sidetall ved direkte sitat, slik at de både kan etterprøves og kontrolleres.

2.3.1 Forskerrollen

Ved bruk av kvalitativ forskningsmetode kommer jeg som forsker i direkte kontakt både fysisk og psykisk med sykepleierne som gjøres til gjenstand for forskning. Kontakten med feltet er en viktig forutsetning for det datamaterialet forskeren får (Thagaard 2013; Hammersley og Atkinson 2004). Men som Hammersley og Atkinson sier: problem ”med å velge miljø innen sitt eget samfunn, er at det ikke alltid blir mulig å innta en nybegynnerrolle” (Hammersley og Atkinson 2004:131). Som forsker og sykepleier i egen kultur, stiller en ikke seg selv som en nøytral person, *de forhåndsoppfatninger vi har av miljøet, kan skape problemer* (Thagaard 2013:86). Utfordringen som forsker er å betrakte

intervjustudiene som en fremmed kontekst og være åpen og nysgjerrig til all informasjon informantene formidler (Thagaard 2013). Å utøve sensitivitet er viktig for en forsker som bruker seg selv som et middel til å innhente informasjon og at å få denne informasjon foregår i en åpen interaksjon med informantene (ibid).

2.3.2 Forskerens refleksivitet

Det er nødvendig med en refleksiv holdning som forsker for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning (Hammersley og Atkinson 2004; Thagaard 2013). Det er ganske vanlig i de medisinske og helsefaglige kvalitative studiene at forskeren har kunnskap om forskningstemaet gjennom en annen rolle (Repstad 2007). Fra mitt ståsted som forsker og sykepleier ga det både fordeler og ulemper. Nærhet til feltet ga meg lettere tilgang til informantene og deres informasjon. Dette kan utvilsomt være en barriere for kritisk refleksjon. Som forsker er det viktig å ha en profesjonell holdning til informantene og deres opplysninger for ikke å ”go native”, å identifisere seg med informantene.

Hammersley og Atkinson (2004) sier at samfunnsforskning ikke kan utføres eller bli utført innenfor et autonomt område, da forskerens påvirkes av hvilke verdier og interesser i sin sosiale plassering og siteres:

Den samvittighetsfulle etnograf vil være klar over at alle former for data har sine problemer, alle er produkter av samfunnet, og ingen kan behandles som uproblematisk nøytrale eller gjennomsluttede representasjoner av ”virkeligheten”. Anerkjennelsen av refleksivitet innen samfunnsforskningen medfører en slik erkjennelse (Hammersley og Atkinson 2004: 196)

Som forsker er refleksivitet et kvalitetskrav i den kvalitative forskningen og den knytter seg spesielt til datasamlingsprosessen og datamaterialets troverdighet eller reliabilitet. Disse begrepene kommer jeg tilbake til i 2.4.

2.4 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Begrepsbruken når det gjelder datakvalitet er annerledes i kvalitativ og kvantitativ metode (Thagaard 2013).

Skillet mellom kvalitativ og kvantitativ datakvalitet

Kvalitativ metode	Kvantitativ metode
- Troverdighet	- Reliabilitet
- Bekreftbarhet	- Validitet
- Overførbarhet	- Generalisering

(Fritt laget etter Henrik Giæver 2000)

Troverdighet kommer fra det engelske ordet reliability som er fornorsket til reliabilitet. I følge Corbin & Strauss (2008, sitert i Thagaard 2013) knyttes reliabiliteten opp til forskeren og om det som det forskes på utføres på en troverdig og tillitvekkende måte. Videre fremhever Corbin & Strauss viktigheten av forskningens troverdighet (“credibility”), hvor de ser tillit som uttrykk for troverdighet (ibid).

Seale (1999, sitert i Thagaard 2013) deler reliabiliteten (troverdigheten) i en intern og en ekstern reliabilitet (troverdighet). Med *intern reliabilitet* (troverdighet) menes graden av samsvar i produksjon av data mellom forskere innenfor samme studie (ibid). I min studie er intern troverdighet (reliabilitet) forsøkt oppnådd ved å dokumentere hele prosessen, slik at tilsvarende studier kan gjennomføres (Thagaard 2013). Styrken vil også ligge i studiets teoretiske ståsted som danner grunnlaget for å tolke datamaterialet (ibid).

Et studies *eksterne reliabilitet* avhenger av gjentagelse, hvorvidt studien kan gi samme svar hos andre forskere (Thagaard 2013). I mitt studie er det vanskelig å oppnå gjentagelse på grunn av den kvalitative metodens fleksibilitet, justeringer som gjøres underveis og relasjonen mellom forsker og informantene. Dette argumenterer Thagaard mot og spør om det ”er et relevant kriterium i kvalitativ forskning” (Thagaard 2013:202). En annen forsker vil neppe få eksakt like svar og historier som jeg har fått av mine informanter.

Bekreftbarhet (validitet) danner grunnlaget for forskerens tolkninger. Tolkning av data og gyldigheten forskeren har kommet fram til av sitt datamateriale (Thagaard 2013). Seale (1999) skiller mellom intern og ekstern validitet (bekreftbarhet) (ibid). Intern validitet (bekreftbarhet) støtter årsakssammenhenger innen en bestemt studie. Forståelsen av den ekstern validitet (bekreftbarhet) benytter Thagaard begrepet overførbarhet som grunnlag til de kvalitative studiers fortolkning (Thagaard 2013).

Silverman (2011, sitert i Thagaard 2013) hevder at ”*transparency*” eller gjennomsiktighet er en styrke for forskningens bekræftbarhet (validitet). Gjennomsiktigheten ”*transparency*” tydeliggjør forskerens fortolkning, som blir sterkere jo mer grundig og redegjort for fortolkningen er (Thagaard 2013). I denne studien skiller jeg klart mellom mine egne fortolkninger og informantenes uttalelser ved å utheve sykepleiernes uttalelser fra det transkriberte datamaterialet.

Det er leseren som avgjør om overførbarhet kan brukes i en annen kontekst. Overførbarheten (generalisering) forsterkes når de som kjenner feltet nikker gjenkjennende til funnene (ibid). Dette studiet har syv informanter og mine funn ikke er direkte overførbare, men de kan likevel gi innsikt og kunnskap som kan brukes i andre studier.

Oppsummering

Jeg har i dette kapittel beskrevet mitt metodevalg og metodens styrke og svakheter. Videre har jeg beskrevet hvordan jeg har gått fram i innhenting av datamateriale og transkriberingen av dette. Jeg har beskrevet hvilken rolle jeg har som forsker, samt etiske vurderinger og forskerens refleksivitet. Til slutt har jeg gjort rede for oppgavens troverdighet, bekræftbarhet og overførbarhet.

3 TEORI

I dette kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket for oppgaven.

3.1 Kulturbegrepet

Der finnes ingen universell enighet om hva kultur er. Ordet blir brukt i ulike sammenhenger som for eksempel *sykepleiekultur*, *kvinnekultur* og *pasientkultur* (Magelssen 2008).

I 1963 ble det ved en opptelling funnet 156 ulike definisjoner på kultur (Burnard og Gill 2009; Magelssen 2008).

Her presenteres to av Thomas Hylland Eriksens (2001) definisjoner på kultur.

I den første definisjonen på kultur "som de skikker, verdier og væremåter som overføres, om enn i noe forandret form, fra generasjon til generasjon" (Eriksen 2001:60) vektlegger Hylland Eriksen at kultur er historisk forankret i tradisjon som vesentlig del av kulturen hvor en står i dyp gjeld til forfedrenes visdom. Å svikte forfedrene/tradisjonene oppfattes som forræderi (Eriksen 2001). Definisjonen omhandler relasjoner mellom mennesker som stadig er i endring fra generasjon til generasjon, og det er her kulturen skapes fortløpende og dynamisk. Den andre definisjonen på kultur "det som gjør kommunikasjon mulig" (Eriksen 2001: 60; Otterstad 2011: 59), er en kortfattet definisjon på kultur konsentrerer seg helt og holdent om nåtiden og dens muligheter for en gjensidig felles forståelse. For å få et komplett bilde av både fortid og fremtid til å se hva enkeltmennesket skaper i relasjon med andre, er begge Eriksens definisjoner viktige (ibid).

3.1.1 Kultur i sykepleie

Kultur stammer fra de latinske ordene *cultura*, som stod for dyrking av jorda og *cultus*, som stod for dyrking av gudene (Dahl 2001; Hylland Eriksen og Sørheim 2006). Det betegner en menneskelig aktivitet som både står for bearbeidelsen av naturen og det åndelige (ibid). I norsk sammenheng ligger betydningen på ulike måter ordet brukes i dag (ibid).

I samfunnsfagene er ordet kultur et av de mest omdiskuterte. Det sies at kultur er det samme for sosialantropologene som energi for fysikken. Ingen klarer å gi en fullgod definisjon og ingen klarer seg uten. Kultur sier noe om forskjeller og likheter, om hvordan ting **bør være** og hvordan de **faktisk er** (Magelssen 2008).Daglig uttrykker vi aspekter ved vår kultur. Gjennom kommunikasjon med andre demonstrerer vi det vi tror på , vi viser våre holdninger og følelser, tanker og verdier, alt som har oppstått ut i fra kultur(er) som vi både er født og vokst inn i (Burnard og Gill 2009 ; Hanssen 2008).

Kultur er derfor ingen enkel årsaksfaktor å gripe til når en sykepleier skal forklare en pasients atferd og de kommunikasjonsproblemer som oppstår fra tid til annen. I en klinisk travel hverdag, er det neppe rom for å gå inn i helhetlige omfattende kulturanalyser for sykepleierne hver gang der oppstår vanskelige situasjoner (Magelssen 2008). Leininger er opptatt av at sykepleierne må kjenne den kulturelle kode for å kunne tilby pasienten den rette pleie (Sygeplejersken 1998, Leininger 1995).

3.1.2 Transkulturell sykepleie

Som pioner utviklet sykepleier og antropolog Madeleine Leininger (1925-2012) tidlig på 1950-tallet en transkulturell sykepleieteori, *transcultural nursing* (TCN). Hun var den første sykepleier og forsker til å peke på viktigheten av kultur for å forklare individuell helse og omsorgsattferd. Helt siden da og fram til sin død i 2012 har hun vært opptatt av kulturelle utfordringer i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn (Leininger 1995). Hovedbudskapet i hennes TCN er at sykepleierne hverken skal stemple eller sette pasienten i bås, men at pasientene skal bli forstått ut i fra egne premisser (Sygeplejersken 1998).

Leininger definerer sykepleie som et humanistisk fag og vel å merke et selvstendig fag, en profesjon, som krever spesiell utdanning. Hennes hovedfokus har vært å videreutvikle sykepleie gjennom kunnskapsutvikling om kulturer og deres kulturelle særtrekk (ibid). Hun satte et mål for sykepleiere verden rundt i år 2020 ”That all health care must be transcultural based, in order to serve people appropriately from many different cultures in the world”(Leininger 1995:681) [sykepleie til pasientene fra ulike kulturer må være transkulturelt basert for at tilstrekkelig omsorg kan utføres, fritt oversatt]. Hun påpeker viktigheten av at profesjonell sykepleie læres gjennom kunnskap og praktiske ferdigheter som oppnås gjennom utdanning. De komparative kulturstudiene skulle fokusere på to aspekter: sykepleie og kultur. Aspektene skulle være sammenvevet og helhetlig, der sykepleierne skulle yte tilstrekkelig omsorg og pleie til pasienter med annerledes kulturell bakgrunn (Leininger 1995; Otterstad 2008). Leininger definerer TCN:

Transcultural nursing is a formal area of study and practice in nursing focused upon comparative holistic cultural care, health and illness pattern of individuals and groups with respect to differences and similarities in cultural values, beliefs, and practices with the goal to provide culturally congruent, sensitive, and competent nursing care to people of diverse cultures.(Leininger 1995: 4)

TCN og dens formål er at sykepleierne skal utføre holistisk pleie og omsorg med respekt for kulturelle forskjeller. Sykepleien skal være kongruent, sensitiv og kompetent. Leininger betegner transkulturell sykepleie som et møte mellom mennesker med ulik kulturell bakgrunn, hvor hensikten med å belyse kultur er å gi sykepleierne den trygghet som trengs i en pasientrelasjon (Leininger 1995).

Terminologien ”*transcultural*” refereres i antropologien til oppfatninger, livsstil og handlinger som transenderer kulturelle grenser (Hanssen 2002). Konsept kan være familie, healing og omsorg som skal finnes i alle kulturer ”there is a portion of the definition that is present in every culture” (Hanssen:2002:2).

TCN bygger på Culture Care Theory som er en av de eldste sykepleieteorier lansert på midten av 1950 tallet. I Culture Care Theory statuerer Leininger at ”caring is the essence of nursing and unique to nursing” (Leininger 1995: 95). Leininger oppdaget at et av de viktigste bidrag fra antropologi til sykepleie er realisering, at helse - og sykdoms tilstander er sterkt influert av kultur (Leininger 1995).

Culture Care Theory er den eneste teori som eksplisitt fokuserer på hvordan sosiale og kulturelle faktorer, etnohistorie, virkelighetsoppfatning, språk og miljø kan påvirke et omsorgsresultat (ibid).

3.1.3 Transkulturell Sunrise Model for sykepleiere

Som en veiviser til en handlingsmodell for sykepleiere, utviklet Leininger *Sunrise Model* på 1960 tallet (ibid). Ideen var at en ”oppstigende sol” skulle brukes til å symbolisere ny kunnskap som skulle ”Raise nursing to a bright sunrise of knowing, as fully as possible cultures worldwide” (Leininger 1995: 107)

Sunrise Model brukes fremdeles ved svært mange internasjonale utdanningsinstitusjoner internasjonalt. Modellen er omfattende og anskueliggjør ulike livsområders innvirkning på samfunn, familie, grupper og individ og institusjoner i forskjellige helsesammenhenger (Leininger 1995).

Sunrise Model deler sykepleieres handlingsalternativer inn i tre :

- 1) å opprettholde eller bevare kulturell omsorg
- 2) å tilpasse eller å forhandle om kulturell omsorg
- 3) å omskape eller fornye sykepleien og/eller restrukturere pasientens kultur, så omsorgen som blir gitt bidrar til helse, velvære og tilheling eller til å møte uførhet og død på en meningsfull måte.

Sykepleierne bør vurdere alle disse handlingsalternativene ut i fra pasientens situasjon og tilpasse sykepleie deretter (ibid).

Magelssen (2009) gir Leininger honnør for å være så tidlig ute med sin transkulturelle teori og mener den er viktig fordi den tar opp perspektiver en ikke ser i andre sykepleieteorier (Magelssen 2009). Magelssen stiller seg likevel skeptisk til at Leininger tingliggjør kulturbegrepet, noe som kan få oss til å tro at mennesker fra samme land har mer til felles enn de har. Leiningers kulturbegrep bidrar til å betone forskjellene mellom ”*de andre og vi*” hvor ”*de andre*” innordnes den dominerende kultur, ”*vi*”. Leininger tar aldri opp maktspektet, og kritiseres for å i en sykepleier-pasientrelasjon, der pasienten befinner seg i en ukjent kulturell situasjon, for å ta for lite hensyn til maktforskjellen (ibid).

Vevatne (2004, sitert i Hugaas, Hummelvoll og Solli 2004) påpeker viktigheten av å være oppmerksom på maktspektet, ettersom det i en sykepleier-pasientomsorgsrelasjon ofte er asymmetrisk (Hugaas, Hummelvoll og Solli 2004). I en omsorgsrelasjon er personene som er involvert sjelden likestilte, på tross av at forutsetningen om at menneskene er likeverdige ligger til grunn (ibid).

I følge Leiningers Sunrise Model og transkulturell sykepleie er det sykepleieren som er spesialist, og det er opptil sykepleierne å tolke og definere hva pasienten trenger. Modellens gode intensjoner hviler på sykepleiernes frivillighet og anstendig sykepleieoppførsel som har som formål å gi pasienten den beste sykepleie (Leininger 1995).

Kritikken går også på at Leininger ikke tar med sykepleiernes negative holdninger og fordommer. En sykepleier kan ikke være ekspert på kulturer, da det finnes hundrevis av dem (Otterstad 2008).

Jonas Debesay (2008, sitert i Otterstad 2008) sier også at det å forstå pasientene utelukkende ensidig ut i fra et kulturperspektiv, kan være svært uhensiktsmessig og overforenklet. Dette kan lett føre til en passiv sykepleierrolle, hvor en lener seg tilbake og slår seg til ro med at pasientens problem utelukkende springer ut i fra et kulturelt aspekt, når pasientene ser eller høres annerledes ut (Otterstad 2008).

3.1.4 Transkulturell kompetansemodell for sykepleiere

Det finnes ulike modeller og strategier for å tilegne seg transkulturell kompetanse for sykepleiere. Sykepleier og professor Irena Papadopoulou, selv innvandret til England fra Hellas, har i nyere tid utviklet en transkulturell kompetansemodell for sykepleiere slik at de

utvikler evne til å utføre kompetent sykepleie etter pasientens individuelle kultur, atferd og behov (Papadopoulos, Tilki and Taylor 2006).

Modellen er bygd opp av fire stadier og kan kort forklares slik:

1) *Cultural awareness*, kulturell bevissthet, handler om eget livssyn og egenverdier gjennom livet ved bevisst å ta de beslutninger en velger og de stereotypier /fordommer en har. Sykepleierne må være bevisst på dette, de ”brillene” de setter på seg i møte med pasienter fra ulike kulturer. (Papadopoulos, Tilki and Taylor 2006).

2) *Cultural knowledge*, kulturell kunnskap, en essensiell viktighet for helsepersonell å tilegne seg kulturkunnskap for forståelse, oppfatninger og holdninger til andre menneskers kulturelle bakgrunn, deres språk, normer, verdier og kommunikasjon (ibid).

3) *Cultural sensitivity*, kultursensitivitet, bygger på sykepleiernes empati, interkulturell kommunikasjon, tillit, aksept og respekt i en pasientrelasjon. Kultursensitivitet handler om gode sykepleier-pasient relasjoner, og om gode kommunikative kunnskaper (ibid).

4 *Cultural competence*, kulturell kompetanse, for å oppnå *cultural competence* må *cultural awareness*, *cultural knowledge* og *cultural sensitivity* gjennomføres (ibid).

3.1.5 Kultursensitivitet

Ragnhild Magelssen tar på lik linje med Leininger og Papadopoulos, til orde for at kunnskap, våre holdninger og våre handlinger, og ikke minst vår kunnskap om andre kulturer er viktig i et flerkulturelt samfunn som det Norge har blitt (Magelssen 2008). Skal sykepleierne kunne praktisere kultursensitivitet, må de få større bevissthet om hva dette betyr. *Kultur* er beskrevet tidligere (se 3.1 og 3.1.1).

Ragnhild Magelssen (2008) skriver at menneskene handler, tenker og føler forskjellig, og at mange av disse forskjellene er kulturelt betinget. Dermed må en ta i bruk sin sensitivitet, bruker både kognitive og affektive evner, det vil si både fornuft og følelser, for å forstå (Magelssen 2008). Begrepet *sensitiv kommunikasjon* vekker assosiasjoner til Freuds ide om en ”*frittflytende oppmerksomhet*”, forstått som det å lytte til den andre med en aksepterende og fordomsfri innstilling (ibid). Brukt i forbindelse med kommunikasjon, vekker begrepet *sensitivitet* assosiasjoner til empati, det å la seg berøre av og gi gjensvar til den andres følelser (ibid). Å kommunisere betyr *å gjøre felles* (Magelssen 2008:17). Den sensitive kommunikasjonen vil altså kunne avdekke fellesmenneskelige erfaringer (Magelssen 2008;

Dahl 2001; Hanssen 2005). Å forstå en annen kultur fullt ut vil være umulig, men det er i det minste mulig å forstå noen deler av den (Burnard og Gill 2008).

3.1.6 Kulturrelativisme og etnosentrisme

Med kulturrelativisme menes det å forstå den andre ut i fra sitt ståsted uten å bli provosert eller truet av dennes virkelighetsoppfatning (Magelssen 2008; Hanssen 2005; Eriksen 2001; Dahl 2001; Eriksen og Sørheim 2006). Her ligger ingen forpliktelse til å være enig og dele samme syn, men ha respekt for og forstå den andres subjektive opplevelser og gi den gyldighet. Her er ingen kulturer bedre enn noen annen med ønske om verken å påvirke eller bedømme dem. På en måte er det riktig, for da regnes alle kulturer som likeverdige. Men alle kulturer har negative ytringer som ikke uten videre kan aksepteres bare fordi de er kultur (Magelssen 2008). Clifford Geertz (1973) sier at for å forstå må en sette seg inn i den andres sted, trenge bakenfor "fasaden" og øve seg i å se den andre fra "*the actors point of view*" (Geertz 1973; Dahl 2001).

Med etnosentrisme menes å "*måle*" de andre etter vår egen målestokk og verdier (Magelssen 2008). En etnosentrisk person har som utgangspunkt at hans eller hennes kultur er den beste. Slike holdninger kan føre til konflikter, fordømmelse og feiltolkninger (ibid). I sensitiv kommunikasjon med mennesker med en annen kulturell bakgrunn, er det en fordel å anlegge et mer kulturrelativt og et mindre etnosentrisk perspektiv enn det en er vant til (Magelssen 2008; Hanssen 2005; Dahl 2001; Eriksen 2006).

Til tross for at folk flest i Norge har liten personlig kontakt med "nye nordmenn", er det få som ikke har dannet seg egne meninger om dem (Hylland Eriksen 2001). Thomas Hylland Eriksen skriver: "Heller enn å forsøke på å skape noe "gjennomsnittlig utenlandsk", springer generaliseringene ut av dypt innarbeidete stereotypier med røtter i våre egne selvbilder" (Hylland Eriksen 2001:112).

3.1.7 Stereotypier

Å stereotypisere mennesker er "*å putte dem i bås*" og tro at virkeligheten er slik. Stereotypier er en forenklet beskrivelse av en bestemt type mennesker med antatte kulturtrekk som fungerer grensesettende i forhold til dem (Magelssen 2008; Hanssen 2005; Dahl 2001; Hylland Eriksen 2001; Hylland Eriksen og Sørheim 2006; Hugaas, Hummelvoll og Solli 2004; Leininger 1995). For å mestre en kompleks verden er det et faktum at vi trenger

stereotypier. Stereotype oppfatninger av pasienter vil gjøre det lettere for sykepleierne å forholde seg til stadig nye pasienter eller pasientgrupper. Det vil forenkle deres travle kliniske hverdag. Stereotypier er konstruert og kan derfor modifieres og forandres i motsetninger til fordommer (ibid).

Fordommer er ”*tilstivnede*” eller ”*frosne*” stereotypier som ikke er åpne for endringer, men motsetter seg dem (Magelssen 2008; Hanssen 2005; Dahl 2001; Hylland Eriksen 2001; Hylland Eriksen og Sørheim 2006; Hugaas, Hummelvoll og Solli 2004; Leininger 1995). Også innvandrere kan ha fordommer om norsk kultur og væremåter, om møte med det norske helsevesen, og det kan påvirke kommunikasjonen mellom dem og sykepleierne (Magelssen 2008; Hanssen 2005). Når forståelsesrammene rundt sykdom og behandling oppfattes forskjellig av sykepleierne og pasientene, er det viktig å ha en meningsfull kommunikasjon, der sykepleierne legger til rette ut fra pasientenes forutsetninger (Magelssen 2008; Hanssen 2005; Burnard og Gill 2008; Hylland Eriksen og Sørheim 2006).

3.2 Kultur og sykdomsforståelse

Forståelsen av årsaker til sykdom varierer sterkt fra menneske til menneske. Hvordan et menneske tillærte oppfatninger angående sykdom og behandling, vil ha innvirkning på hvordan menneskenes oppfatning og erfaringer har av sine symptomer. Disse oppfatninger og erfaringer knyttes nært opp til personens kulturelle bakgrunn, personlige erfaringer, utdanning og livssyn (Hanssen 2005). Enhver kulturell gruppe har sine egne forklarende teorier på sykdom. Erfaringer og oppfattelse av symptomer på sykdom og behandling innen et samfunn vil ha stor betydning for personens reaksjoner på sykdom.

Vi internaliserer kunnskap fra barnsben av hvilke symptomer på sykdom som er viktigst, og reaksjoner og uttryksmåter på disse. Enten om man legger vekt på pasientens subjektive symptomer eller objektive tegn, vil symptomene utgjøre en kulturell kategori (ibid).

Dersom pasienter og helsearbeidere har ulike sykdomsforklaringer og behandling, kan dette føre til problemer (Hanssen 2005; Otterstad 2008). Pasienten søker hjelp og behandling og kan møte helsearbeidere som ikke er i stand til å hjelpe. Ved å sette i gang behandling etter vestlig biomedisinsk mønster, kan teknologien og metodene virke skremmende og ubegripelig for en pasient med en annen kulturell bakgrunn (Hanssen 2005). Det er ulike alternative årsaksforhold til sykdom som pasienten opplever, for eksempel gjennom magi, det

onde øyet, overnaturlige krefter, problemer med livskraften, at det er Guds vilje, djevelbesettelse, disharmoni eller ubalanse mellom yin og yang (Hanssen 2005).

3.2.1 *Illness og disease*

Den amerikanske legen Arthur Kleinmann, som regnes som den medisinske antropologiens far, tar avstand fra den biomedisinske modellens reduksjonisme med begrepsparet *illness/disease*. Han mener det må tas hensyn til pasientens erfaringer og meningstilskrivninger (Wiley og Allen 2009; Magelssen 2008; Hanssen 2005; Eriksen og Sørheim 2006); Kleinmann (1998, sitert i Wiley og Allen 2009) beskriver viktigheten av forståelse i det første møte mellom helsearbeider og pasient og skiller mellom *illness* og *disease* slik:

Illness complaints are what patients and their families brings to the practioner. Indeedlocally shared illness idioms reate a common ground for patient and practioner to understand each other in their initial encounter. For the practioner, too, has been socialized into a particular collective experience of illness. Disease, however, is what the practioner creates in the recasting of illness in terms of theories of disorder. (Wiley og Allen 2009: 12)

Begrepet *illness* dekker subjektiv sykdomsopplevelse, men er også en meningstilskrivelse som er kulturelt betinget i fellesskapet. Når en person føler seg syk vil det ikke bare berøre den syke, men også de som står rundt den syke (*ibid*).

Begrepet *disease* dekker hovedsakelig helsearbeidernes objektive perspektiv på sykdom, som legens diagnose og prøvesvar. Dette legitimerer at pasienten er syk og danner grunnlaget for behandling. Helsearbeiderne er mest opptatt av den patologiske prosessen, mens pasienten ofte er opptatt av hvorfor de er blitt syke og symptomene de har (Magelssen 2008).

3.3 **Kollektivism versus individualisme**

Kollektivism –individualisme hentyder i hvilken grad menneskene er opptatt av seg selv og sin nærmeste familie (Dahl 2001; Hanssen 2005; Hanssen 2002; Magelssen 2008).

Et kollektivistisk samfunn kjennetegnes av tette bånd mellom pasient og pasientens utvidete familie, klan eller *in-group*. I antropologien snakker man om *in-group* og *out-group*. *In-group* er en sosial gruppe ”vi” der en person psykologisk identifiserer seg som et medlem i motsetning til *out-group* som omtales som ”de andre” (Hanssen 2005). Så lenge vedkommende utviser blind lojalitet til gruppen, blir personen beskyttet. Som medlem av gruppen blir de beskyttet så lenge de lever. Et kollektivistisk samfunn er opptatt av konformitet, atferd som samsvarer med de normer og skikker som finnes i samfunnet, og

trygghet (ibid). I slike kollektivistiske samfunn oppfattes en konfrontasjon med en annen person som uhøflig og ikke ønsket. Ord som *nei* blir lite brukt, fordi ordet oppfattes som starten på en konfrontasjon (Magelssen 2008). Mange av pasientene fra etniske minoriteter kommer fra kollektivistiske samfunn (Hanssen 2005).

Et individualistisk samfunn kjennetegnes ved at båndene mellom enkeltmedlemmene er løse, og disse samfunnenes grunnleggende ideologi er at enkeltmenneske må passe på seg selv (Magelssen 2008; Hanssen 2005; Hanssen 2002).

3.3.1 Kollektivism versus individualisme i en sykepleiekontekst

Norske sykepleieres bakgrunn er individualistisk. De retter hovedsakelig søkelyset mot den individuelle pasienten de møter og dermed opptatt av en tosidig forståelse gjennom nesten utelukkende å fokusere på sykepleier-pasient relasjonen (ibid). Norske sykepleiere er opplært til å gi omsorg til pasienter som er autonome og som stort sett kan hjelpe seg selv. Autonomi har rot i vestlig kultur, der menneskene skal være selvstendige, uavhengige og selvhjulpne (Hugaas, Hummelvoll og Solli 2004; Hanssen 2005). Å motta omsorg vil bety at man i større eller mindre grad er avhengig av andre, noe som i vestlig kultur kan oppleves negativt (ibid). Sykepleiernes strenge forståelse av autonomiprinsippet i en pasientrelasjon kan bli utfordrende for dem når pasienten ikke deler syn på omsorg og moralsk handling (Hanssen 2005).

Til pasienter som kommer fra en autonom kultur kommer det ofte bare en eller to pårørende på besøk og de kommer til fastlagte visittider som sykehuset har i sine rutiner. De forlater avdelingen når visittiden er over. Pasienter oppdratt i et kollektivistisk samfunn, derimot, forventer å ha familien rundt seg døgnet rundt, og pasienten er familiens plikt og de ønsker å ha omsorgen for henne eller han (ibid). Pårørende kommer til alle døgnets tider og de tar med seg hele familien. Dette vil komme i konflikt med sykehusets reglement og avdelingens rutiner (Hugaas, Hummelvoll og Solli 2004). Pårørende sørger også for å komme med mat som pasienten er vant med. Undersøkelser fra Norge og Sverige viser at maten kan by på utfordringer hos en innvandrerpasienter fordi de ikke er vant med den maten de blir servert på sykehus (Hanssen 2005). Gjennom kommunikasjon med pasienten vil sykepleierne få kjennskap til pasientens matvaner (ibid).

3.4 Kommunikasjon i sykepleie

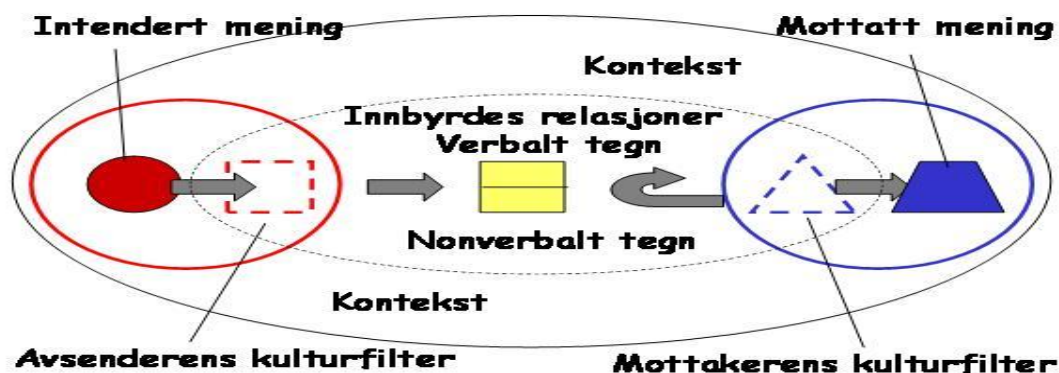
Ordet ”*kommunikasjon*” stammer fra de latinske ordene *communis* som betyr *felles* og verbet *communicare* som har to betydninger a) *å formidle* og b) *dele i fellesskap* (Dahl

2001). Kommunikasjon kan defineres som ”utvekslingen av mening eller betydningsinnhold mellom individer og grupper ved hjelp av et felles system av symboler” (Hanssen 2005:43). Dette felles system av symboler utgjør både det verbale språk ”med ord” og det non verbale ”uten ord”, som for eksempler gester, mimikk, kroppsatferd og kroppsbevegelser (Dahl 2001; Hanssen 2005). Det hevdes at det verbale språket kun utgjør cirka en tredel av kommunikasjon mellom mennesker (Hanssen 2005). En stor del av sykepleiernes daglige arbeid involverer kommunikasjon med pasienter, pårørende, andre sykepleiere og annet helsepersonell.

3.4.1 Interkulturell kommunikasjon

Med økende internasjonalisering er kommunikasjon på tvers av språkgrenser og kulturforskjeller viktig. Interkulturell kommunikasjon er kommunikasjon mellom mennesker med ulik kulturbakgrunn (Dahl 2001). I en mellommenneskelig kommunikasjon hvor ”kulturer møtes”, er våre antagelser at den andre oppfatter og tenker som vi selv gjør. Det kan føre til mistolkinger og konflikter dersom vi tenker at denne sosiale og kulturelle tradisjonen vi har tilegnet oss er universell (Dahl 2001). Dahl(2001) sier at skal kommunikasjon ”lykkes”, må det fortolkning til. Selv en ”mislykket” kommunikasjonsutveksling kan lede til en ny fortolkning (Drønen, Fretheim og Skjortnes 2011).

3.4.2 Kulturfiltermodellen



(Dahl 2001:66; Drønen, Fretheim og Skjortnes 2011: 126, 185)

Dr. philos Øyvind Dahls kulturfiltermodell illustrerer den kulturelle referanserammen i kommunikasjonsprosessen. Vi ses verden gjennom vårt personlige brillepar. Dahl kaller disse

brillene for et kulturfilter, som er et høyst personlig filter ettersom vår personlighet, våre evner, kunnskaper og erfaringer påvirker hvordan vi oppfatter og tolker det som blir kommunisert (Dahl 2001; Drønen, Fretheim og Skjortnes 2011). For å vise forskjellene er kulturfiltrene illustrert med en trekant og firkant. Den stiplede linjer er for å vise at vi kan tøyne våre filtre og tilpasse oss ut over det vante. Dahl definerer kulturfilter med å kontrastere kulturfiltermetaforen med å si ”Men briller kan tas av og på. Kulturfiltrene, derimot, kan ikke tas av og på. De er en del av personligheten - en del av den kulturelle virkeligheten, av den kulturelle referanserammen” (Dahl 2001: 67).

Senderens kulturelle og personlige filter bestemmer hvordan budskapet som sendes blir innkodet, og i enkelte tilfeller også hvilken kanal som velges, det vil si hvorvidt man velger å sende budskapet muntlig, skriftlig eller nonverbalt. Mottakerens kulturelle og personlige filter påvirker gjennom dekoding, eller fortolkning, og forståelse av budskapet. Jo større forskjell mellom de kommuniserende partenes kultur, ideologi og bakgrunnskunnskaper, desto vanskeligere blir kommunikasjonen (Dahl 2001; Drønen, Fretheim og Skjortnes 2011).

Ethvert møte mellom sykepleiere og innvandrerkvinner er et møte som er med å skape en ny forståelse. Dette er viktig å være klar over når en person fra en innvandrergruppe kommer i kontakt med det norske helsevesenet. For pasienter som verken kjenner det norske språket eller helsevesenet, kan møtet bli traumatisk og skape forvirring. Sender og mottaker kan komme til å oppfatte budskapet og situasjonen forskjellig fordi de stammer fra ulike kulturer og har ulik erfaringsbakgrunn. Kommunikasjonsproblemer begrenser pasientens mulighet til å formidle egne tanker og følelser til menneskene rundt seg, ved siden av at det kan oppstå misforståelser og usikkerhet både fra pasient og sykepleiers side, som kan føre til at pasienten blir sosialt isolert.

3.4.4 Bruk av tolk i sykepleie

Når sykepleiere og pasienter ikke har noe felles språk, er det viktig å kvalitetssikre datainnsamlingen med å kommunisere via en profesjonell tolk (Hanssen 2005; Hanssen 2002; Magelssen 2008). Dette kan også bidra til at pasientene føler seg trygge. God sykepleie er å la pasientene få komme til orde, at de blir hørt og sett (ibid). I tillegg er det god sykepleie å benytte profesjonell tolk for å forsikre seg at pasientene har forstått den informasjonen sykepleierne har gitt (ibid).

En triangulering her mellom det tolken og sykepleieren formidler til pasienten, er med på å kvalitetssikre og få et gyldig og pålitelig resultat (Hanssen 2005).

Bruk av familiemedlemmer som tolker, foregår i utstrakt grad på sykehus i Norge (Hanssen 2005). En av årsakene kan være at familien blir fornærmet når de blir tilbudt profesjonell tolk, de mener de kan takle situasjonen selv og at de behersker norsk. En annen årsak kan være at sykepleierne i all travelhet finner det lettvis og hensiktsmessig å benytte familietolking (ibid).

Oppsummering

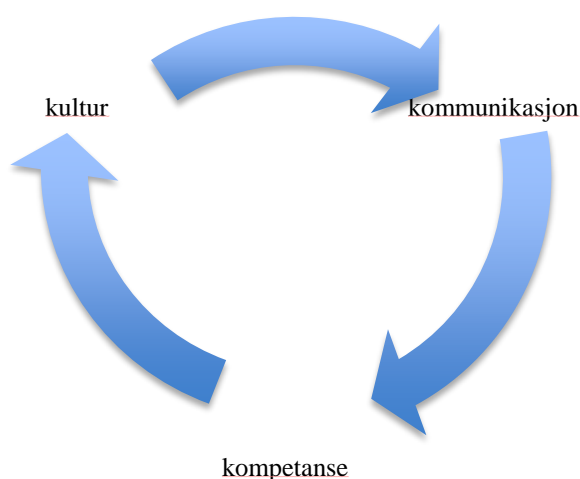
I dette kapitlet er det gjort rede for den teoretiske referanserammen for oppgaven. Jeg har presentert to sykepleiemodeller, Madeleine Leiningers amerikanske modell fra 1960 tallet, som tar for seg den transkulturelle sykepleien, og den britiske kulturelle kompetansemodellen som ble utarbeidet i 2006 av Irena Papadopoulos sammen med forskerne Mary Tilki og Eric Taylor. Til slutt har jeg presentert Dahls kulturfiltermodell.

4 KULTURFORSTÅELSE I ET INNVANDRINGSPERSPEKTIV

I dette kapitlet og de to påfølgende kapitler, kapittel 5 og 6, presenteres funn fra datamaterialet. Funnene vil bli analysert og drøftet og knyttet til oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

4.1 Hvordan la datamaterialet tale

Jeg har valgt å dele datamaterialet inn i tre overordnede kategorier: kultur, kommunikasjon og kompetanse. Disse inndeler jeg videre inn i flere underkategorier. Jeg først presenterer funn, for så å analysere og drøfte disse opp mot teori og empiri. For naturlig og god flyt vil dette gjenta seg gjennom alle kategoriene. Jeg har valgt sitater jeg finner relevant som meningsbærende enheter. En meningsbærende enhet er ord, setninger, paragrafer eller uttalelser som relateres til hverandre gjennom innhold og kontekst (Graneheim og Lundmann 2003). Jeg vil understreke at selv om datamaterialet er inndelt i overordnede kategorier, så henger det likevel sammen. Bildet er heller ikke svart-hvitt og det vil forekomme gråsoner mellom disse og underkategoriene, slik at en viss overlapping vil forekomme.



(modellen er selvlaget 2016)

Jeg har gått igjennom datamaterialet og foretatt en reduksjon ved å forkorte tekst og fjerne datamateriale som ikke er relevant. Som forsker er det viktig å være bevisst på at når en har foretatt en reduksjon i tekst og valgt essensen i tekstene, indikerer det ikke noe om kvaliteten på det gjenstående materialet (ibid). Siden det er jeg som er fortolkende og har valgt ut deler av helheten, er jeg vel vitende at det kan være andre funn i datamaterialet som er valgt bort. Alle direkte sitater fra sykepleierne vil stå i kursiv. På den måten vil det være lettere å se hva som er direkte sitater fra dem.

4.2 Involvering av storfamilien i kollektivistiske kulturer

Mange av innvandrerkvinnene kommer som nevnt i kapittel 3 fra kollektivistiske samfunn som bygger på tette relasjoner mellom den syke og den øvrige familie som tar hånd om og verner den syke (Hanssen 2005; Hanssen 2002; Alpers og Hanssen 2008).

4.2.1 Pasientens familie tar for mye plass

I studien trekker alle syv sykepleiere frem at de mange pårørende som kommer på besøk er en utfordring. En av sykepleierne beskriver opplevelsen av at familiemedlemmer kan ”invadere” rommet: *Av og til kan enkelte familier invadere et rom med pasienten og jeg føler det er veldig ubehagelig, for de tar all plass og lite hensyn til oss.*

En annen opplever at når hele familien er på besøk går alle sammen ut i matbuffeten og forsyner seg av pasientenes mat:

De tar for stort rom, enkelte, ikke alle, bare noen få tar for stort rom. Det er ubehagelig for medpasientene og det er ubehagelig for de ansatte (...). Noen er veldig hyggelige, mens andre forsyner seg av maten i buffeten som er forbeholdt pasientene som trenger den. De deler ut til hele familien, sånn var det ikke tenkt.

Flere av sykepleierne påpeker det store antallet av familiemedlemmer som kommer: *”vi ser at de som har familie, der kommer hele familien på besøk, det er ikke bare mor som kommer, der er tanter, og det er onkler, og det er søskenbarn, og det er broren til mannen”. En av informantene opplever at ”plutselig står der en skokk på gangen på femten stykker som skal inn og besøke hun som er innlagt”. Informanten tilføyer: jeg tror de er mer vant til at familien tar seg av de syke.*

4.2.2 Pasientens familie vil være på besøk hele døgnet

Pasientens familie ønsker å tilbringe så mye tid som mulig sammen med pasienten. Informantene på en av avdelingene påpekte at dette kan være vanskelig å gjennomføre av ulike årsaker, et eksempel er at de deler rom med andre medpasienter enten på to-, tre eller firemannsrom. Enerom var forbeholdt pasienter med kreft.

Alle informantene trakk frem utfordringer med at pårørende kommer til alle døgnetstider og vil ikke forlate kvinnen.

En sykepleier uttaler:

Så de kom og gikk til alle døgnetstider. Det var spesielt når det ble kveld og natt og der skulle være en viss ro i avdelingen og du ikke hadde muligheter for å ha plass til alle disse familiemedlemmene. Da måtte vi fortelle familien at 'dessverre er det kveld nå, hun trenger ro og fred og må sove' og det var ikke så populært å si.

En annen forteller:

Vi prøvde å si at de trengte litt ro, men det var vanskelig. De kom til alle døgnetstider. Dermed var det vanskelig mange ganger, de lå ikke alene på noen rom, delte rom med fire-fem andre. De er jo redde for sine egne og vi må jo respektere de og. Men vi følte ikke at de respekterte de damene at de trengte den roen. For de var nok redde at vi skulle gjøre noe som de hadde i mot, både når det gjaldt mat og drikke, veldig restriktivt.

En av sykepleierne fortalte om en situasjon, hun hadde vært i flere år tidligere som hun husket godt, der mannen ikke ville gå hjem:

Jeg husker et tilfelle der en mann virkelig ikke ville gå [hjem]. Jeg hadde vært inne på rommet og gitt beskjed tre ganger om at han måtte gå hjem. Da jeg kom inn på rommet for fjerde gang, oppdaget jeg at han hadde gjemt seg bak gardinet. Jeg forklarte han at det var natt og at konen nå måtte få sove og at han ikke kunne være her inne for der var andre pasienter på rommet. Og da hadde jeg forklart han at jeg skal passe på henne, hun må få sove og du kan gå hjem.' Men problemet var at han kunne ikke gå fra henne for hun var syk. Og det endte med at det var pasienten selv som måtte fortelle han om å gå hjem.

4.2.3 Pasienten ønsker å ha pårørende hos seg hele tiden

Flere av sykepleierne trekker også frem utfordringer med at pasienten ønsker å ha pårørende hos seg hele tiden:

De vil ha hele familien her og det er ikke bare en pårørende, gjerne fem eller syv pårørende. Det kan være en utfordring. Da sa vi at de måtte vente utpå gangen for hun ligger inne på et rom der det er flere som er. Da kunne det bli veldig aggressivt fordi de ville ikke gjøre som vi sa de som var på besøk. Der kan ikke sitte syv stykker rundt sengen, det kan vi ikke ha. Hvis pasienten vil ha de hos seg, så sa vi at de måtte gå ut på gangen(...). Så det er en balansegang.

En av informantene opplevde at *pasientene er rolige i den tiden så lenge pårørende er der. Det er sikkert deres måte å gi trygghet på en ny plass.*

4.2.4 Pårørende vil ha pasienten hjem fortest mulig

Under innkomstsamtalen med pasient og pårørende har sykepleierne ved flere anledninger opplevd at mannen raskt spør når konen kan komme hjem. Mannen forteller sykepleierne at der er barn hjemme som venter på moren:

Mor i disse kulturer er alfa og omega for mange barn, å passe på barna hjemme. Om vi må korrigere mat, gi de intravenøst, legge ned slange, ingen liker det her, men de må på en måte forstå at til syvende og sist er det for barnet i magens sitt beste for at vi skal få en frisk mor som kan passe på de andre ungene hjemme.

Sykepleierne er blitt fortalt av pasienter at det er henne som står for barneoppdragelsen hjemme. Kvinnene må også stå for matlagingen. De får ingen hjelp fra mannens. Hvis de trenger hjelp, så kommer det fra andre kvinnelige familiemedlemmer:

Vi merker at der er en mann som lurte på om han kan få henne hjem samme kveld, unger som savner henne. De lurte på at hvis hun bare ligger litt på sykehuset om de da kan reise hjem. Så da er det å gi informasjon sammen om at de trenger å få hjelp av noen i omgangskretsen eller andre som kan hjelpe litt. De har gjerne ikke barnehage. Selvfølgelig blir det en vond runddans, de orker ikke å stå å lage mat. Det er lettere å fortelle dette til mannen må hjelpe til hjemme når det kommer fra oss eller en lege.

En av informantene uttalte: *Det er kjønnsrollemønsteret som styrer, de må lage mat, passe på barn, handle inn mat, kravene blir ikke firt på. Jeg tror at kvinnene har en vanskeligere hverdag enn de norske.*

Drøfting

Disse eksemplene kontrasterer kulturforskjeller mellom pasientene og kvinnenes familie og de norske sykepleierne. Mange av disse innvandrerkvinnene og deres familier kommer fra

samfunn med klare kollektivistiske trekk. Her er pårørende opptatt av seg selv og sin nærmeste familie og anser det som plikt å besøke den syke (Dahl 2001; Hanssen 2005; Hanssen 2002; Magelssen 2008). For en innvandrerkvinn som innlegges på sykehus er det naturlig at hele familien kommer på besøk. Sykepleierne uttaler at det kan være vanskelig å forholde seg til pasientens mange pårørende. Pasientene ønsker også å ha pårørende hos seg hele tiden. Dette bekreftes i en studie til Finnstrøm og Söderhamn som tok for seg somaliske kvinners opplevelse av sykdom og smerter. En av kvinnene uttalte :

We don't like loneliness. We are not like Swedes. You need help from others when you are ill, so we want to be with friends and family members when we are ill or in pain” (Finnstrøm og Söderhamn 2005).

Flere av informantene opplevde at pårørende verken tok hensyn til sykepleierne eller medpasienter når de var på besøk. Dette vil kunne skape uro for andre medpasienter.

I tråd med studiet til Hanssen og Alpers (2010) opplevde sykepleierne daglige utfordringer med å utføre optimal sykepleie til pasientene. Flere titalls pårørende ”veltet” inn i rommet og opptok all plass der pasienten lå sammen med medpasienter. Sykepleierne følte de ikke var i stand til å håndtere dette på en god måte (Hanssen og Alpers 2010). En av mine informanter fortalte at på avdelingen der hun jobber er enerom forbeholdt kreftpasienter. Et dilemma sykepleierne opplevde å stå overfor i studiet til Hanssen og Alpers (2010) var nettopp når rom skulle fordeles. *”Who needs single room more-ethnic minority patients with numerous visitors, or very ill or dying patients?”*. Der var uenighet blant sykepleierne på dette spørsmålet (ibid).

Hva sier mine informanter om dette? Dreier det seg om sykepleiernes fleksibilitet? Arkitektoniske utforming i form av få enerom? Informantene synliggjør problemer for dem, problemer som gjerne oppstår når mange pårørende kommer samtidig til alle døgnets tider. De opptar mye rom, de tar for seg mat i buffeten som er forbeholdt pasientene.

Dette kommer også frem i studiene til Hanssen (2002) og Alpers og Hanssen (2008) at alle disse pårørende kan bli oppfattet som et hinder for den omsorgen sykepleierne ønsker å yte.

Sykepleiernes profesjonstenkning er et produkt av et vestlig samfunn med individualistiske trekk. Både Hanssen (2005, 2002) og Magelssen (2008) mener dette påvirker sykepleierne til å ha fokus på individets behov for sykepleie (Hanssen 2005; Hanssen 2002; Magelssen 2008). De sier videre at både sykepleieteoretikere og omsorgsetikere fokuserer på

enkeltindividet, og dermed retter de søkelyset på en tosidig forståelse av sykepleie gjennom nesten utelukkende å fokusere på sykepleier-pasient relasjon.

Hos de norske pasientene er sykepleierne vant med at det er få pårørende som kommer på besøk hver gang og at de forlater avdelingen når visittiden er over. I studiet til Alpers og Hanssen ga sykepleierne uttrykk for at *det er vanskelig når besøkende ikke følger sykehusets regler, som for eksempel ikke overholder fastsatte besøkstider* (Alpers og Hanssen 2008: 30). Dette utsagnet minner om det mine informanter sier i sitatene over og jeg tolker dette til at de mener at utfordringene også kan ligge i de organisatoriske forholdene og rutinene ved avdelingene. Hvor rigid er de organisatoriske forholdene og rutinene ved avdelingene? Her kan en også spørre seg om sykepleiernes fleksibilitet, om de evner og er villig til å endre rutiner når de møter pasienter og pårørende med andre levevaner enn de selv (Otterstad 2008).

Som nevnt er det i en kollektivistisk kultur vanlig at pårørende er samlet for å gi pasienten hjelp og omsorg, og pårørende ønsker å være til stede hele tiden mens pasienten er innlagt. Sykepleierne forteller at pårørende ikke respekterer dem når de blir fortalt at de må gå hjem fordi pasienten trenger ro og hvile og at sykepleierne skal ta vare på og pleie pasienten. Synet på hva som er det beste for pasienten vil altså være forskjellig ettersom en velger pårørende eller sykepleiernes ståsted.

En liten historie jeg ble fortalt av en jordmor jeg kjenner, synliggjør dette:

Jeg har vært i Afrika tre ganger og jobbet ved et sykehus i Muhumbily, største sykehus i Daar El Salaam. Første gang jeg kom til sykehuset opplevde jeg telt i hopetall utenfor sykehuset. Jeg trodde det var en stor campingplass, men ble så fortalt at det var ingen vanlig campingplass. Det var pårørende til pasientene som befant seg i teltene og de kokte mat til pasientene.

Ved å se situasjonen med et etnosentrisk blikk kan jeg mene at når pasientene er i Norge, så følger de norsk kultur og norske regler for atferd. Tolker jeg ut i fra et kulturell relativistisk perspektiv hvor alle kulturer forstås ut i fra sitt eget ståsted, kan ”storfamilien” forsvares, for i deres kultur ligger det forpliktelser for familiemedlemmene til å stille opp og være hos pasienten hele døgnet når et familiemedlem er sykt. Sykepleierne trenger ikke være enige, men ha respekt og forståelse for andre synspunkt (Magelssen 2002; Hanssen 2005; Hylland Eriksen 2001; Dahl 2001; Hylland Eriksen og Sørheim 2006; Leininger 1995).

Uten kjennskap til eller kunnskap om hva som ligger i en kollektivistisk kultur, vil ikke sykepleierne kunne godta eller se det som et behov hos pasient og pårørende, at pårørende kommer i stort antall og at de ønsker å være hos pasienten hele døgnet. Her er Madeleine Leininger klar på at sykepleierne gjennom komparative kulturstudier skal utføre tilstrekkelig omsorg og pleie til pasienter med annerledes kulturell bakgrunn. Gjennom transkulturell sykepleie skal sykepleierne utføre holistisk pleie og omsorg med respekt for kulturelle forskjeller, og sykepleierne skal være kongruente, sensitive og kompetente (Leininger 1995).

I følge informantene mine ønsker pårørende at kvinnen kommer fort hjem igjen. En av informantene sier *at det er kjønnsrollemønsteret som styrer*. Kjønnsrollesosialiseringen begynner allerede fra barnsben av og det handler stort sett om overføringer av verdier, normer, holdninger og kunnskap, ”alt som er lært er kulturelt, mens alt som er medfødt er naturlig” (Eriksen og Sørheim 2006: 35). Mange innvandrere kommer fra kollektivistiske samfunn med storfamilien som det sentrale ankerfestet (Hylland Eriksen 2001). Her forplikter kvinnene seg til å stå for matlaging, rengjøring og barnepass, mens mannen har hovedansvaret for familien.

4.3 Omsorg i tide og utide

Det teoretiske formålet med Madeleine Leiningers TCN er at sykepleierne skal utføre holistisk pleie og omsorg med respekt for pasienter med ulik kulturell bakgrunn (Leininger 1995). En sykepleier handler i kraft av sin profesjonalitet og utøver med sin tilstedeværelse omsorg der det etiske imperativet er selve kjernen. Det er i tråd med Leiningers TCN at omsorg er kjernen i utøvelse av profesjonell sykepleie (Leininger 1995).

4.3.1 "Care is the essence of nursing and unique to nursing"

I yrkesretningslinjene for sykepleiere, punkt 2.3, står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Grunnlaget for all sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for mennesket (NSF 2011).

Alle mine informanter var opptatt av viktigheten av å gi omsorg til pasientene. Sykepleierne uttrykte blant annet: *Jeg prøver å behandle alle likt og Vi lærte i sykepleien at vi skulle behandle alle likt uansett kjønn eller rase. Dette prøver jeg å videreføre den dag i dag*. En av informantene påpeker at hun ikke tenker på hvilket opphavsland pasientene kommer i fra :

Alle skal få den samme informasjon og behandling. Men så vet vi ikke om det er godt nok. Det er i hvert fall det som er tanken.

Under intervjurundene ble sykepleierne spurt om hva de legger i begrepet *omsorg*. Flere trakk fram at de helt konsekvent aldri brukte parfyme på jobb og bare nøytral hudlotion for at kvinnene ikke skulle reagere på lukter og bli kvalm. En av sykepleierne var også opptatt av hva hun spiser selv av mat som kan utløse kvalme og oppkast hos pasientene: *Hvis jeg har spist mat med hvitløk for eksempel, da tar gjerne en pastill eller noe for det før jeg går inn til pasienten.*

En av sykepleierne fortalte hun visualiserte seg selv som den pasienten som lå i sengen og var kvalm og kastet opp. Hvilke faktorer ville for henne utløse ytterligere kvalme og oppkast?

Jeg prøver å ikke drikke kaffe rett før jeg går inn[på rommet]. Jeg oppfordrer medpasienter til å spise middagen der matbuffeten er. Jeg prøver å lufte ut på rommet ofte, skifte på sengetøyet, ta ut boss og pussbekkenet, passe på å holde det luftig og rent inne på rommet og trekke fra gardiner slik at de får lys inn. Det hender at disse pasientene deler rom med andre damer som er glad i parfyme. Da prøver vi å ikke legge de på samme rom. Det hender vi må ha en liten flytterunde.

To av informantene fortalte at det viktigste for dem når pasienten kommer til avdelingen er at kvinnen blir tatt godt i mot: *Det er det at de blir tatt godt i mot når de først trenger innleggelse i sykehus, at vi respekterer at de er syke når de kommer, at vi gir den hjelpen og omsorgen de trenger så lenge det er nødvendig. Å gi omsorg til pasientene er viktig for sykepleierne selv om pasienten for dem ikke alltid så syk ut: Det er klart det er viktig med omsorg, selv om vi ser [at] når de innlegges at det er ikke så alvorlig. Så jeg tror det er viktig å ta vare på disse damene.* En annen fortalte at *Pasientene kommer fra flere kulturer.* For henne var det viktig å gjøre det beste for de, slik at pasientene ble inkludert i det som skjer på avdelingen. *Vi må behandle de likt ut i fra det de blir innlagt for.*

HG er som regel tyngst i det første trimester av svangerskapet og så bedrer det seg etter hvert rundt 12-16 uker ut i svangerskapet. Det finnes kvinner som sliter med HG gjennom hele svangerskapet. To av informantene uttrykte at for disse kvinnene var svangerskapet et slit og det kunne medføre at sterkt livskvaliteten ble sterkt redusert:

Dårlig ernæring, du er trøtt, slapp og energien er nede. Det ligger i kortene at livskvaliteten går ned. Hvis fysiologien er på topp, da har psyken det bedre. Kvinnene kan bli så trøtte og leie seg at de får en depresjon. Vi må korrigere mat og gi de intravenøst og gjøre det beste for henne. Selv om vi ikke snakker samme språk, så må de på et eller annet tidspunkt kjenne intuitivt at vi vil de vel.

En av disse informanter trakk i tillegg fram at det å være så syk gjennom hele svangerskapet gjorde pasienten skremt og redd: *Så er det de som er så syke i hele svangerskapet, de må ligge, klarer nesten ikke å reise seg, svimle og de er slappe. Pasienten har ikke fått i seg verken vått eller tørt. De kaster opp og de blir skremte og redde. Da skal ingen stoppe meg, her må vi ta vare på damene våre.*

En av informantene var klar på at helsepersonell har mye å lære når det gjelder sosial omsorg og å respektere at alle mennesker er like:

Hvis man setter seg selv høyt, så går det bare nedover. Men hvis du kan se det at alle er like, alle er betydningsfulle, alle har en rett framfor Faderen. Faderen har ikke skilt ut spesielle grupper at de er mer verdifulle enn andre. Nei, alle stiller likt. Jeg kan ikke se det på en annen måte. Jeg kan ikke se at noen er mer verdifulle. De har bare fått forskjellige talenter. Den som har mye, må utrette mer, den som har fått mindre, kan vi kreve så mye av. Så enkelt er det. Sånn ser jeg det, så enkelt.

En av sykepleierne fortalte en historie som ligger flere år tilbake i tid, men *aldri glemmer jeg den for den gjorde sånn inntrykk.* Pasienten var en ung kvinne som ble behandlet poliklinisk for sin HG. Gjennom samtale med pasienten fikk sykepleieren et innblikk i kvinnens hverdag:

Jeg husker spesielt en gang, hun var fra Afrika, kan ikke huske fra hvilket land. Men hun hadde to barn hjemme under tre år, hun var gravid og kastet opp, hun var dårlig. Så spurte jeg om hun hadde noen til å hjelpe seg. Hun svarte at søsteren hjalp til med treåringen. Under samtalen kom det fram at mannen gjorde ikke noe for å hjelpe henne. I forhold til mat og matlaging stod pasienten for all matlaging. Den verste tiden for henne var rundt middagstider. Hun kunne stå kvalm i to timer for å lage mat. Det var ikke snakk om å få hjelp av mannen. Og det var en mann som aldri fulgte med henne under behandling. Så hun kom alene, måtte ta buss fram og tilbake alene. Og da hadde jeg så vondt av henne.

Hun diskuterte med en kollega om de skulle ta affære og gå videre med saken, men dette ble ikke etterfulgt. Sykepleieren hadde også en annen historie å fortelle. En historie som kan

representere en motpol til denne: *Jeg har opplevd et tilfelle jeg nesten ble litt på gråten. Der mannen var så omsorgsfull med sin kone som ble behandlet for sin HG. Han puslet hele tiden rundt sengen og vartet henne opp. De var fra Burma eller et eller annet land der nedenfra.*

4.3.2 "When caring is not the essence of nursing"

En av informantene uttrykte at hun i noen sammenhenger kan "kjenne seg litt laber" i forhold til å yte omsorg:

Er det reelle hyperemesis problemer, så er det lett å hjelpe eller ønske det. Så er det de gangene at du føler det blir litt skuespill i fra pasientenes side. Jeg gir nok ikke den omsorgen som de vil jeg skal gi. Og da i forbindelse med at min evne til omsorg er litt laber fordi jeg kjenner på at ja kvinnene skal få støtte på det dersom de har problem, men en trenger ikke maksimere problemene.

En annen sykepleier var opptatt av at *du prøver alt du kan for at damene skal ha det greit, men at du når ikke helt sånn frem heller.* Hun fortalte at det i en travel arbeidsdag på avdelingen kan være lettere å gå videre til neste pasient:

Det er synd også å tenke sånn. Så blir de med hyperemesis litt glemt når det er travelt. De går rundt i avdelingen med intravenøsstativet og sier ingenting og de krever lite. De i den pasientgruppen blir nok glemt i en travel hverdag i avdelingen dessverre.

Drøfting

Alle informantene var opptatt av at "vi behandler alle likt(...)" og "vi lærte i sykepleien at vi skulle behandle alle likt uansett kjønn eller rase". Her kan det synes som det å behandle pasientene *likt* kan sammenfalle med sykepleiens syn på pasientene som *likeverdige*. Det kan også hevdes at for å yte likeverdig sykepleie må pasientene behandles *forskjellig*.

Jeg tolker disse utsagnene slik at sykepleierne er opptatt av å ikke gjøre forskjell på pasientene. Dette kom også fram i studiet til Alpers og Hanssen (2008) der forskerne etter å ha satt fram påstanden *Jeg er opptatt av å ikke gjøre forskjell på pasienter/behandler alle på samme måte, uansett etnisk eller religiøs bakgrunn* (Alpers og Hanssen 2008:26), innså at denne kunne tolkes ulikt av respondentene.

Evnen til å yte omsorg står sentralt i sykepleieprofesjonen og dette er noe som antas å konstituere sykepleiepraksisen (Otterstad 2008). Under intervjuene stilte jeg spørsmålet om hva den enkelte legger i begrepet *omsorg*. Eksempler informantene ga, var forskjellige: 'jeg bruker aldri parfyme', 'vi må ta vare på damene', 'vi må respektere at de er syke' og 'kan det hende at der er noen eldre damer som gjerne er glad i parfymen (...). Da prøver vi å ikke legge de på samme rom'.

Felles for sykepleiernes utsagn synes likevel å være at omsorg i den hensikt "å bry seg om" er viktig i deres utøvelse av sykepleie til denne pasientgruppen. Dette er i tråd med Leiningers transkulturelle Sunrise Models gode intensjoner som skal hvile på anstendig sykepleieoppførsel og har som formål å gi pasienten den beste kulturelt profesjonelle omsorgen (Leininger 1995; Otterstad 2008). Alle de ulike måtene informantene ser omsorg på kan også ses ut i fra det Magelssen kaller "en følende fornuft" (Magelssen 2008:16). Sykepleierne tar i bruk sin kulturelle sensitivitet gjennom sine følelser og sin fornuft for å yte best mulig omsorg for pasientene. En tilnærming til "en følende fornuft" er "sensing", som ofte omtales som det faglige skjønnet og kunsten i sykepleie (Austgard 2002; Austgard 2010). Dette skjønnet handler ikke om å følge normer og regler til minste detalj, men at sykepleierne vurderer den enkelte situasjon, og retter seg mot pasienten og handler deretter til pasientenes beste (Austgard 2002). For å handle til pasientens beste kreves kunnskap, erfaring og faglig innsikt (ibid).

Sykepleierne var oppmerksomme både på ting som kunne forverre og forsterke kvalmen. Eksempler kan være medpasienter som røyker, spiser middag på rommet, eldre damer som bruker parfyme. Eller fra sykepleierne selv: Parfyme på jobb, matvarer som hvitløk og kaffe. Dette er i tråd med et studie fra 2015 der det kom det fram at pasienter med HG var ekstremt sensitive for lukter og at spesielle lukter kunne forverre symptomene (Obrowski og Obrowski 2015).

Karakteristisk for erfarne sykepleiere er at de har et øvet blikk for hva pasienter og pårørende trenger. I sykepleien snakker en om det *kliniske blikk*, en erfaringsbasert evne til innlevelse, fagkunnskap og vilje til å handle til beste for pasienten og pårørende. (Eide og Eide 2007). Innlevelse, fagkunnskap og profesjonsmål henger nøye sammen og er en forutsetning for god profesjonell omsorg og kommunikasjon (ibid). Sykepleierne i denne studiens måte å utføre omsorg, synes å være i tråd med det "*kliniske blikk*".

Noen få informanter ga uttrykk for at omsorgen de utførte enkelte ganger ikke var helt tilfredsstillende for pasientene. Opplevelsen av *i en travel hverdag blir hyperemesis pasientene glemt* kan fra sykepleiernes side tolkes slik at tidsklemmen presser dem til å prioritere andre pasientgrupper foran HG pasientene. *De krever ikke mye, de går rundt og sier ingenting*". Sykepleierne opplever ikke at dette er greit. Er tidsklemmen en unnskyldning for å slippe en dypere involvering i innvandrerkvinnenes situasjon? Man kan spørre seg, om sykepleierne får en utilsiktet anledning til å holde avstand til pasientene. En slik strategi er lett å dras mot av bekvemmelighetsgrunner, for å slippe å forholde seg til kompleksiteten ved dypere involvering. En av informantene klarer ikke yte riktig omsorg når hun opplever maksimering av HG og *skuespill fra pasientens side*. Her kan en stille spørsmål om manglende kunnskap om ulike kulturers atferd ved sykdom, gjør at forståelseshorisonten mellom sykepleier og pasient oppleves ulik. Ulike kulturelle måter å uttrykke sykdom på kan oppleves fremmedartet for norske sykepleiere, og likevel være vanlige i andre kulturer.

4.4 Fremmedartete reaksjoner hos pasientene

4.4.1 Uvant odør på kropp og i klær

De fleste sykepleierne opplever utfordringer når de står overfor en pasient med sterk kroppsdør fra krydder og mat og som i tillegg er varm og svett. En av sykepleierne forteller:

De legger seg mye i sengen. Og gjerne i de klærne de går i. De er ganske varme både med kjole og skjørt og hijab under dynen. Det er en ting som følger de somaliske kvinner synes jeg. De somaliske kvinner ligger i klær de går i og vi merker at de burde ha skiftet tøy, dette med hygiene. Vi prøver på at de får tatt seg en dusj og får på seg nytt tøy, men det kan være en prosess dit.

Sykepleierne gir også uttrykk for at det ikke bare er utfordringer for dem når det gjelder uvant odør på kropp og i klær fra disse kvinnene. Det kan også være en utfordring for medpasientene. En av sykepleierne sier:

For av og til har de spist sterk mat når de kommer inn og det utåndes gjennom huden og det setter seg i klærne. Du kjenner veldig godt lukten og så har de kanskje ikke den sammen hygiene tanker rundt seg selv når de er syke. De har masse klær på seg og godt tildekket og så vil de ikke kle av seg. De vil ikke ta på seg pasientskjorten. Så det kan bli en utfordring for medpasientene når de ligger i de samme klærne som lukter sterkt av mat og krydder og er svette.

En av informantene forteller: *Det nytter ikke bare dusje, det sitter i klærne også. De har ligget hjemme i fjorten dager i de samme klærne. Så svetter de under den varme dynen. Dette er til sjenanse for andre medpasienter på rommet*". Pårørende ønsker å komme med mat som er kjent for pasienten. Et samarbeid mellom sykepleierne og pårørende må til. Pårørende bringer maten til avdelingen. Sykepleierne deler maten opp i små porsjoner, for så å oppbevare den i kjøleskapet. *Vi prøver å forklare pårørende at det går an å lage små porsjoner, for det er lettere for at de klarer da å spise litt om gangen.* En av sykepleierne påpeker at maten pårørende kommer med kan lukte sterkt av krydder: *Det kan være sterk lukt av maten, så det er viktig at de ikke oppbevarer maten på rommet, men at vi tar den ut i kjøleskapet. På grunn av dette må vi tenke igjennom hvor vi legger disse pasientene, hvilke pasienter de skal dele rom med.* En av informantene sier at for henne er det greit at pårørende hjelper til med at pasienten får litt kjent mat og at det kan hjelpe at pasienten klarer å spise litt. Videre forteller informantene: *det med maten, de er ikke vant med brødslike med brunost. Ritz kjeksene er heller ikke populære og det kan være at melk er det siste vi tenker på når de er kvalme, men at det er det de kan tenke seg.* Hun sier det er ikke så enkelt.

Drøfting

En av sykepleierne sier at de på en fin måte prøver å be pårørende ta med nytt tøy til pasienten uten at pasienten skal føle det nedverdiggende *det er vanskelig å formidle på en måte der det ikke skal være upassende eller frekt å trå over den terskelen.* Når innvandrerkvinnene er innlagt på sykehus, syk og venter barn, er det viktigere for de enn noen gang å spise det de er vant med av mat, det som er bra for mor og barn. Pasientene blir oppfordret til å bruke sitt eget tøy når de er ute i avdelingen og vil de *ha et tørkle rundt hodet, så er ikke det et problem.*

Det ser ut til at sykepleierne er kultursensitive, empatisk overfor pasientene og anstrenger seg for ikke å virke krenkende når de vurderer å anbefale et klesskifte, en dusj eller ta på seg en sykehuskjorte.

Informantene bruker ordet "de" mye under intervjuene og her som: *'De har spist sterk mat', 'de har ikke den samme hygiene' og 'det lukter sterk matlukt av klærne de har på seg'.* Man kan spørre seg: Er dette bare en vanlig uttrykksmåte som sykepleierne ikke legger noe mer i? Eller representerer **de** for sykepleierne en homogen gruppe innvandrerkvinner? Skulle det eksistere en underliggende tendens hos sykepleierne til å se innvandrerkvinner som en homogen gruppe, kan dette i verste fall tenkes å utgjøre en risiko for pasientenes rett til individuell omsorg og pleie, uavhengig av kulturbakgrunn.

Zygmunt Bauman (1997, sitert i Otterstad 2008) viser i boka "The making and Unmaking of Strangers" til den postmoderne tiden, som kjennetegnes ved et savn etter de kjente, faste rammer i omgivelsene, ikke lenger er tilstrekkelig. Endringer fortøner seg som urovekkende, og menneskene har behov for kategorisere, og ved å konstruere "vi" og "de" (Otterstad 2008). Kan det tenkes at sykepleierne ved å overfokusere på innvandrerkvinnene som en homogen og særegen gruppe, opprettholder avstanden til "de andre"? Vetlesen og Nortvedt (1996) legger vekt på at denne avstanden kan gi vekst for umoralsk atferd og manglende empati overfor innvandrere (Vetlesen og Nortvedt 1996).

4.4.2 Fremmedartet atferd hos pasientene

For norske, så vel som vestlig utdannete sykepleiere, er det viktig å vite at deres oppfatning av helse og sykdom kan være forskjellig fra ikke-vestlige pasienter. Forståelsen for årsak til og behandling av sykdom kan være svært forskjellig hos sykepleier og pasient. Uttryksmåter som virker fremmed for nordmenn kan være helt normale i andre kulturer.

4.4.3 "De spytt og de spytt hele tiden"

Spesielt de fra Etiopia, ja jeg tror de er fra Etiopia, i hvert fall fra Afrika. De spytt og spytt og spytt. Om det er kultur eller hva, jeg vet ikke. Jeg har aldri opplevd det blant andre.

De fleste av informantene ga klart uttrykk for at alle de gravide kvinnene fra Afrika spytt i ett sett. Her nevner sykepleierne spesielt kvinner fra Somalia som de har flest av. En av sykepleierne sier: "Etiopia, usikker, men i hvert fall fra Afrika". Andre land som nevnes er Afghanistan, India, Pakistan, Iran og Irak.

Det er bare det som er at noen om det er kulturen at de kaster opp med å spytt. Jeg klarer ikke å si akkurat hvilken region de kommer fra at de klarer ikke å svelge sitt eget spytt. Det er gjengangere, at de kaster ikke opp, men de ligger og spytt.

En av sykepleierne hevder at det er forskjell på innvandrerkvinnene og de norske kvinnene:

Så er det den økte spyttsekresjonen. Den merker vi og mer hos innvandrerkvinnene enn de norske, de etnisk norske, for de får så veldig spyttsekresjon. Mye spytt og syre,

så får de dårlige tenner, uff. Så de klarer ikke å få i seg så mye væske på grunn av det ville bare komme mer og mer spytt. Det er ikke direkte oppkast, men spytt hos mange.

Flere av informantene ga uttrykk for at det kunne være ubehagelig for medpasienter som deler rom med disse kvinnene ”det kan rett og slett være så mye spyting at det kan være ubehagelig for naboen som ligger ved siden av” og at ”ingen liker det når noen spytter ved siden av deg, så det er en naturlig reaksjon”. Informantene har også observert reaksjoner fra medpasienter.

En av sykepleierne hadde spurt en av pasientene direkte om hvorfor hun spytter. Pasienten svarte at hun ikke klarer å svelge spyttet. Sykepleieren forteller videre at hun synes det er ”uappetittelig og motbydelig, og andre kvinner sitter her i dette oppholdsrommet. De sitter og spytter og harker. Det er helt påfallende, de sitter og spytter i ett”. En av informantene husker godt en opplevelse med en pasient:

Og jeg husker en gang at pasienten hadde gått ned i kiosken for å kjøpe seg et eller annet og kom bort i gangen og så at nå må jeg komme henne i møte å si hvor kjekt det er å se henne oppe, da var kinnene så fulle av spytt. Da hadde hun gått helt fra kiosken og opp her og ikke spyttet, så hun måtte liksom inn på nærmeste do og spytta og kunne svare meg.

En av informantene sier å ha opplevd dette så mange ganger at hun ikke tenker så mye over det ”jeg tror mer på de som reagerer er sykepleiere som aldri har sett det før, nyansatte, eller fra medpasienter”.

4.4.4 Fremmedartet reaksjon på smerteatferd

I møte med innvandrerkvinner fra andre kulturer opplever sykepleierne at disse kvinnene har en annen måte å uttrykke smerte og smerteopplevelse på enn etnisk norske kvinner. Flere av informantene forteller at disse forskjellene kommer til uttrykk ved innleggelse av venflon. En venflon er en tynn plastslange som legges inn i en blodåre ved hjelp av en nål. Gjennom venflonen gis flytende næring, ulike typer væske og medisiner i flytende form. For å holde slangen åpen blir den gjennomskylt med saltvann.

Hvis vi legger inn en venflon på en afrikansk dame, så er det mye støy rundt med det å legge den inn. Det er mye okking og støying, at det gjør vondt kontra en nordmann som tar det fint og bare sier ”jeg synes heller ikke det er så kjekt”. Når vi skyller venflonen da huler og støyer de sånn.

Det samme gjelder og ved innleggelse av sonde. En sonde er en slags plastslange som føres ned i magesekken via nesen. Gjennom sonden gis adekvat næringstilførsel når pasienten ikke er i stand til å spise og drikke tilstrekkelig selv.

Jeg tror smerteterskelen er på en måte ikke lavere, de gir mer verbale uttrykk (...) det er et kjent problem at det å ha sonde innlagt er ubehagelig og de prøver hele veien å dra den ut. Mange klarer å dra den ut og da må vi legge inn på ny. Så det er en runddans(...). Da stønner de og vrir seg av smerte. Mange av disse afrikanske damene gir mye mer verbale uttrykk.

Hvis de har sonde så gjør sonden vondt og det gnager og de gir mye uttrykk, mye frustrasjon rundt å ha sonden på seg på en måte i mye større grad enn nordmenn faktisk. Men det kan være deres hva kan man si, deres måte å reagere på og det er og noe som kan ligge i kulturen.

Flere av informantene opplever at noen pasienter *bare ligger under dynen og sier ingenting, spør ikke etter kvalmestillende engang. Så spør vi 'er du kvalm? Har du vondt?'* Så nikker de. *Vi kunne puttet i de Paracet (...) hva som helst uten at de mukker".* En av sykepleierne opplever at *det er da de gangene at du føler det blir litt skuespill i dette.*

Drøfting

Alle informantene gir uttrykk for at spyttning er ubehagelig, motbydelig og uappetittelig både for medpasienter og sykepleierne. For sykepleierne kan dette oppleves som en fremmedartet reaksjon fra pasientens side, mens det i hennes kultur regnes som en helt normal reaksjon på graviditeten.

Lacasse et al (2009) genererte følgende hypotese i sitt studie basert på klinisk observasjon: "Black women having NVP are more likely to report excessive salivation and spitting in the 1st trimester of pregnancy". NVP (nausea and vomiting in pregnancy [kvalme og oppkast i svangerskapet]). "Black women" rapporterte mer overdreven spyttsekresjon sammenlignet med asiatiske, kaukasiske og latinamerikanske kvinner. "We still do not know whether race/ethnicity affects only the reporting of excessive salivation (ex: different cultural acceptability), or if there is a true physiological difference between racial/ethnic groups" (Lacasse et al 2009).

I et av sitatene uttaler en sykepleier at det er *mye spytt og syre. Så får de dårlige tenner*. I en studie fra Nigeria opplevde Bashiru og Iiochonwu at overdreven spyttsekresjon forekom signifikant hyppigere enn andre tannhelseproblem i svangerskapet som for eksempel blødende tannkjøtt. Majoriteten blant kvinnene som rapporterte trodde at problemene var normale i svangerskapet og at de ville forsvinne etter fødselen (Bashiru og Iiochonwu 2014). I studien fant Bashiru og Iiochonwu også at overdreven spyttsekresjon var signifikant hos kvinner med mindre paritet [antall fødsler en kvinne har gjennomgått etter fullført svangerskap] enn hos kvinner med høyere paritet. Forskjeller i sosial status kan kanskje spille inn når det gjelder å oppsøke tannlege for plagene ”Excessive salivation was reported as the most common oral complaint and experienced oral problem were significantly more in women with not more than primary education” (ibid). Bahiru og Iiochonwu konkluderer at det trengs rutinescreening for å forbedre tannhelsestatusen til disse kvinnene (ibid).

I dagens globale nettverden finner vi en rekke bloggere fra ikke –akademia miljøer som deler sine erfaringer med konstant spytting i svangerskapet, blant andre www.mumsnet.com og www.steadyhealth.com. På nettbutikken Amazon.co.uk kan kvinner kjøpe en såkalt Portable Spittoon. Spitting Can for Pregnant women. Disse ”spyttekrus” ser ut som vanlige termokrus med egen lukning. De kommer i flere farger og kan lett tas med overalt. Dette kan tyde på at problemer med overdreven spyttsekresjon i svangerskapet kan være utbredt blant kvinner globalt.

Alle informantene uttaler at samtlige innvandrerkvinner *spytter i ett sett*. På den ene siden opplever sykepleierne det ubehagelig både for seg selv og medpasienter. Å videreformidle til sykepleierne at det eksisterer egne ”spyttekrus”, kan de gå til anskaffelse av disse og gi til kvinnene med overdreven spytting. På den andre siden kan det se ut som om denne spyttingen er så velkjent, at sykepleierne har akseptert fenomenet. Kan det tolkes dit at sykepleierne utøver en viss form for sensitivitet? I så fall samsvarer dette med Leiningers utsagn om utøvelse av transkulturell sykepleie om å være sensitiv i pleien (Leininger 1995), samt et av stadiene i Papadopoulos, Tilki and Taylor sin kompetansemmodell, *cultural sensitivity* (Papadopoulos, Tilki and Taylor 2006) og Magelssen (2008) om at sykepleierne må ta i bruk sin sensitivitet overfor pasientene (Magelssen 2008).

Når alle informantene sier *alle spytter* så synes det som om de skjærer alle innvandrerkvinnene med HG over en kam. Når de tyr til slike stereotyper og setter dem ” i bås” kan sykepleierne gjøre arbeidet mer lettvint for seg selv i en travel hverdag. På den måten kan de ha en betryggende avstand til den ”fremmedartete atferd” uten dypere innvolvering (Otterstad 2008). Informantene har mange års erfaring med innvandrerkvinner med HG og spyting uten at de kjenner til årsaksforholdene. Dette tolker jeg som en ”kulturfisering” hvor sykepleierne ser fenomenet utelukkende som kulturelt og har slått seg til ro med det.

Både smerter, opplevelse av smerter og hvordan smerter uttrykkes er knyttet til verdier i en pasients sosiale og kulturelle kontekst og internalisert fra fødselen av (Hanssen 2002). Sykepleierne opplever mye støy og hyling omkring innleggelse og skylling av venflon og sonde. I sin studie blant somaliske kvinner fant Finnström og Söderhamn ut at disse kvinnene hadde mange strategier for å kommunisere og lindre smerte (Finnström og Söderhamn 2006). Mange av informantene sier de har mange somaliske kvinner blant HG pasientene. Ved inngangen til 2016 utgjør somaliere den fjerde største innvandrergruppen i Norge med 28300 bosatte (SSB 2016). I skandinavisk kultur har vi relativt få ekspressive smerteuttrykk (Hanssen 2005, Hanssen 2002). For en pasient som ikke har tilegnet seg majoritetens (les norske) system av normer for hvordan en skal oppføre seg, kan dette representere en stri utfordring, siden hennes kulturelle normer fremdeles vil ha betydning for hvordan hun kommuniserer og opptrer (Hanssen 2002). I en fagkronikk uttaler Monir Saadati at sykepleierne har lært å tenke og reagere på smerter på bestemte måter, og de vurderer kvinners smertereaksjoner med utgangspunkt i egne kjente verdier (Sykepleien 2009).

Når noen av de norske sykepleierne opplever fremmedartet oppførsel hos innvandrerkvinnene som *overdrivelse* eller *skuespill* hvor de *okker og stønner* kan det tolkes dit hen at reaksjonene ikke samsvarer med sykepleierens forventninger til hvordan pasienten ”skulle ha reagert”. Dette kan også ses som en mistillit til pasienten, noe som igjen kan føre til en svekket sykepleier-pasient relasjon. Alpers og Hanssen viser at sykepleierne kan bli frustrert over pasienter som overdriver eller er for stoiske, eller de kan benekte pasienters symptomer eller oppfatte disse som oppspinn (Alpers og Hanssen 2008).

Jeg tolker dette slik at sykepleierne og pasientene ikke nødvendigvis har sammenfallende oppfatninger av hva som er akseptabelt. Dette strider mot Leiningers transkulturelle sykepleiemodell, som hviler på sykepleiernes gode intensjoner.

Et dilemma her er som nevnt at sykepleierne (som sikkert vil pasientens beste) i de fleste tilfeller står i en norsk/ ”hvit” kulturkontekst. Det kan sykepleierne ikke noe for, og vil antagelig bære denne ”arven” med seg uansett hvor mye interkulturell forståelse hun tilegner seg.

I en klinisk hverdag må sykepleierne ta en del avgjørelser i jobben sin der hun må balansere hensynet til innvandrerpasienten med hensyn til andre og sin egen og sine kollegers arbeidssituasjon. Sånn vil og må det være i et flerkulturelt samfunn. Men hvor mye må hver av de involverte partene forventes å tåle/ gi og ta? ”Snillisme” er et farlig ord om dagen, men i den gode hensikts navn kan noen grupper av og til komme til å ta opp veldig mye plass på bekostning av andre. Dilemma: Sånt skaper grobunn for konflikt og representerer det motsatte av hva en ønsker å oppnå. En løsning er å øke sykepleiernes kulturelle kompetanse, som er i tråd med studien Alpers og Hanssen, der de konkluderer med at helsepersonell, ofte sykepleiere må utvikle kulturell kompetanse og øke sin forståelse basert på økt kunnskap om sosiale og kulturelle mønstre (Alpers og Hanssen2008).

5 PERSPEKTIVER PÅ INTERKULTURELL KOMMUNIKASJON

Det er tidligere beskrevet i oppgaven at kommunikasjonen kan defineres som *utvekslingen av mening eller betydningsinnhold mellom individer og grupper ved hjelp av et felles system av symboler* (Hanssen 2005:43). I samhandlingen mellom mennesker vil nye kulturelle referanserammer skapes, og gjennom kommunikasjon vil nye kontekstuelle faktorer gjøres relevant (Eriksen 2001).

5.1 Bridges of understanding

Interkulturell kommunikasjon handler om å bygge broer mellom forskjellige mennesker i forskjellige kontekster (Dahl, Jensen og Nynäs 2006). Hvert møte er et møte mellom mennesker, enten om de kommer fra samme nasjonale bakgrunn eller fra forskjellige deler av verden. Ethvert menneske er unik, med unike familiære bånd, språk, tro, følelser og livserfaringer. For sykepleiere i møte med innvandrerkvinner kan det være vanskelig å bygge broer for interkulturell kommunikasjon (ibid).

5.1.1 "Alt er så lettere når vi kan kommunisere på engelsk"

Interkulturell kommunikasjon handler om hvordan man kan forstå hverandre på tvers av kulturelle barrierer. *Jeg synes det er vanskelig å tenke, jeg sender en budbringer, så vet jeg egentlig ikke hva jeg får tilbake. Pasienten har kanskje egentlig ikke forstått hva jeg sier.*

En forutsetning for god kommunikasjon er å forstå den andres språk og koder. En optimal kommunikasjon forutsetter at alle deler felles kulturelle referanser og forutsetninger (Eide og Eide 2007). Intervjuene med sykepleierne viste at de ofte opplever kommunikasjonsproblemer med innvandrerkvinner som har en annen kulturell bakgrunn og som snakker et annet språk. Som en av informantene sa det: *Jeg er redd jeg skal bli misforstått, at hun tror at jeg ikke vil henne godt, at jeg klarer ikke å formidle henne det.*

Alle informantene nevner språket som den største utfordringen i kommunikasjonen når innvandrerkvinnene verken snakker norsk eller engelsk. Flere av sykepleierne uttalte at *hvis du klarer å kommunisere på engelsk er alt så mye lettere*. En av informantene sier:

De største utfordringene hos disse innvandrerkvinnene er punkt en- norsk. Undervisning. Kan ikke sies tydelig nok. Det er så idiotisk å sitte å høre på at de sier "velkommen til Norge", men ingen snakker om hvordan vi skal hjelpe de opp å gå. For hver dag som går, har vi tapt en dag i undervisningen. Det kan ikke sies tydelig

nok, Det forplanter seg til barna, hele familien. De blir ikke skikkelig integrert, de får dårligere økonomi (...). Kan ikke si nok NORSK nummer en, det å kommunisere på bussen, kommunisere når de skal handle, kommunisere når du kan gå til legen alene, er alfa og omega. Har du utdanning samme hvilket land de kommer fra, med engelsk kan du kommunisere hvor som helst i Norge. De må ha undervisning, ikke bare språk, men lære om samfunnsstrukturen og den nye kulturen. (...).

For informantene var det viktig i kommunikasjon med innvandrerkvinnene å formidle informasjon og at denne informasjonen ble forstått. Sykepleierne var opptatt av å klare å kommunisere sammen med pasientene. Det er viktig å informere om hvordan pasientene skal føre kost- og drikkelister, hvor mye de spiser og drikker hver dag, hvorfor pasientene må opp av sengen og være i aktivitet, for å unngå blodpropp og tap av muskelmasse.

Informasjonsmaterieell på avdelingene foreligger hovedsakelig er på norsk og noe på engelsk. To av informantene fortalte at når innvandrerkvinnene blir innlagt så oppleves et behov for å få informasjonsmateriellet på andre språk. I en travel hverdag på avdelingen går dette fort i glemmeboken når pasienten er utskrevet fra sykehuset.

Det blir nå ikke tatt fatt i den delen, nei det blir det ikke. Så det er når vi har de inne, samarbeider og rådfører oss vi oss med hverandre at det går greit mens de er her, klarer seg og så blir det ikke gjort noe mer dessverre.

Sykepleierne har opplevd at flere av innvandrerkvinner er analfabeter som igjen fører til at sykepleierne får ekstra arbeid med å fylle ut drikke- og kostlister for pasientene. For å føre listene korrekt, må sykepleierne gå etter pasientene hele tiden. Pasienter med HG er avhengig av rett ernæring og sykepleierne tar dette på største alvor *Vi må skrive opp alt for de, hva de spiser og drikker, antall oppkast, ja det er ganske mye som faller på oss hvis de ikke kan gjøre disse tingene* (sykepleier). En av sykepleierne fortalte om kvinner som har vært innlagt på avdelingen og ikke har turt å fortelle at de verken kan lese eller skrive.. Dermed hadde pasienten unnlatt å føre kost- og drikkelister. Sykepleieren sa videre at det kan være sårt for de kvinnene det gjelder. *Jeg blir lei meg for det er unge kvinner vi snakker om.*

Flere av informantene var ikke sikre på hva som blir oppfattet av informasjon hos pasienten:

Språket er en utfordring. Telefontolk kan vi selvfølgelig ha, men det er ikke tilgjengelig her hele tiden. Vi bruker og har fått hjelp av pårørende, men de er jo ikke her hele tiden. Vi har laget lister der vi kan peke på armer og bein og litt å forklare hva vi vil fram til om det er kvalme, om det er halsbrann, om det er andre ting som plager de(...) Selvfølgelig at hvordan de har det og at de ikke forstår oss hele tiden,

de er gjerne litt ekstra redde og forstår ikke hva som skjer og at de er skeptisk til å ta tablettene. Når vi bruker mye tegnspråk og hvis språk er et problem, så får du ikke den naturlige gliden, vanligvis den småsnakkingen (...). Da mister du mye av bakgrunnsinformasjon om hvordan de har det hjemme, om det er lukten av mat og krydder når de kommer hjem som er et problem, sånn småting. Den mister du i forhold hvis du sitter og snakker med en pasient som kan snakke norsk eller engelsk.

En av sykepleierne opplever det som vanskelig når hun og pasienten ikke klarer å kommunisere. Konsekvensen blir at hun trekker seg litt ut:

De største utfordringene er at vi må forstå hverandre, kommunikasjon. Og det med informasjon det er viktig og det faktisk å få god informasjon og at de er trygge. Det er jo alfa og omega med kommunikasjon. Det er så viktig og det merker jeg og at hvis jeg ikke klarer å kommunisere med denne pasienten er det vanskelig for meg som sykepleier å ha en dialog. Da blir det kanskje også til at jeg trekker meg litt tilbake fordi jeg ikke får så mye ut av pasienten. Det er enklere å snakke med en nordmann som kan gi meg alt av informasjon(...) Men en hyperemesis som kommer fra et afrikansk land som kanskje bare har lært seg få ord som kvalm eller at de sier de vil ha mat. Det er vanskelig for da merker jeg at jeg trekker meg litt unna.

Informanten signaliserer også at det kan være vanskelig å vite hvordan hun skal tilnærme seg pasienten i stedet for å trekke seg vekk:

Hvordan en skal kommunisere med en pasient som verken kan bite litt norsk eller bite litt engelsk, hvordan du skal tilnærme deg en pasient på i stedet for å trekke seg vekk. Det blir en utfordrende jobb som du ikke har tid til i en hektisk hverdag for du har ikke. Jeg har noen ganger satt med Google Translate på vaktrommet, ja det har vi gjort flere ganger, og da blir det litt kommunikasjonssvikt der og for Google Translate er ikke det beste du finner, men vi har skjønt hverandre faktisk.

Sykepleierne har ved flere anledninger opplevd når de sitter i samtale med pasientene, at mennene tar over samtalene og kvinnene tier. En av informantene forteller:

I noen tilfeller så (...)føler du får litt kommunikasjon med pasienten, så kommer mannen og så blir det helt lukket. Når han kommer, så er det han som snakker og styrer. Det er jo en vanskelig i utgangspunkt å ha disse hyperemesis pasientene og det forsterker seg på en måte når de er av utenlandsk opprinnelse (...). Det er både språk og kommunikasjon og(...) jeg tror det er mye kasuser også i forhold til det sosiale.

Ved innkomst der mannen er med er det ofte han som fører samtalen. En av informantene hadde tanker på om det kunne dreie seg om språkproblemer og at det er derfor mannen fører samtalen. En av de andre informantene sa at kommunikasjon det er veldig vanskelig. Det er

veldig vanskelig (...), vi har jo hatt at noen ganger der ektefellen er med, tar styringen og tar over det meste.

Sykepleierne skal formidle mye informasjon til pasientene og utfordringer når det verbale språket ikke strekker til.

Når de er syke, virkelig ikke vil opp av sengen, prøver den ene etter den andre sykepleieren å forklare viktigheten av å stå opp. Av og til må flere sykepleiere prøve for vi kommer ikke alltid i mål og vi må hjelpe hverandre. Vi prøver forskjellige vinklinger og det å forklare. Da er det igjen informasjon hvorfor vi vil dette her, det er så viktig, men vi må som regel ja bruke arm og benbevegelser at nå må du opp av sengen, vise armer at du må opp og gå litt, drikke litt, prøve å spise litt og at det er tabletter for kvalme(...) Som regel er det et par ord som de forstår enten det er på norsk eller engelsk, (...) Pårørende har gjerne laget en lapp der det står kvalme, vondt i magen, slik at pasienten kan peke på ordet eller setningen.

5.1.2 Når ordet eller det verbale språket ikke strekker til

Sykepleierne har noen ganger samarbeidet med pårørende for å lage en ordliste over de mest vanlige ord og setninger som : *kvalm, mat, drikke, har du smerter?* Så viser de listen til pasienten, slik at hun kan peke på det aktuelle ordet eller setningen.

Der er veldig viktig at vi tenker over det med det non verbale i hva, ja holdninger vi er med de, blick når de kommer, og dette med berøring, hva som, vi må liksom tenke igjennom at det er ting som kan være støtende, fornærme de, det er viktig å være obs på sånne ting tenker jeg.

Men hvis det er språkproblemer og de ønsker å ligge i sengen, prøver jeg å vise de med hendene at pasienten må stå opp. Så står de ut på golvet og skjønner ikke hva vi vil. De skjønner ikke viktigheten av å være oppe for de er syke. Hvis vi klarer å forklare viktigheten med aktivitet, bevege armer og bein, at de henter drikke selv, og unngår fare for blodpropp.(...) Jeg kan godt gjøre det, men da gjør jeg deg en bjørnetjeneste. Nå får du den lille ´turen ´. Så har de gjerne misforstått. Å ja var det derfor, jeg trodde du ikke hadde tid, det er jeg som er syk, ´. Så det er litt sånn med den non verbale kommunikasjon.

Sykepleierne er opptatt av å gi informasjon til innvandrerkvinnene på en best mulig måte. Når sykepleierne og pasientene ikke har noe felles språk, er det nødvendig med tolk.

5.1.3 Bruk av profesjonell tolk når språket hindrer kommunikasjon

Bruken av profesjonelle tolkere varierer fra avdeling til avdeling. Informantene ved den ene avdelingen sier at de *bruker alltid tolk når de kommer inn til avdelingen når de er hos lege og at for sykepleierne er det veldig nødvendig. Vi bruker veldig mye tolk, det gjør vi.* Ved en av de andre avdelingene der det foretas mest poliklinisk behandling sier sykepleierne:

Vi har ikke [hatt] det, det har for så vidt gått [fint]. Det som er, de pasienter som vi får har allerede vært gjennom et opplegg. Det har gjerne gått sånn haltende, men det har ikke vært så gale at vi har bruk for tolk. Det er klart at når det har blitt snakk om legesamtale og avslutning, der kunne vi ha nok vært flinkere på å bestille tolk, ja det ser jeg.

Stort sett er det kvinnelige telefontolkere som blir benyttet i dag. I enkelte situasjoner hvor kvinnen er så dårlig at hun ligger til sengs, møter tolken opp på avdelingen. I tidligere år var det mest vanlig med oppmøtetolk. Dette kunne av og til by på problemer, fortalte en av informantene: *Noen ganger opplevde vi at de kjente litt til hverandre fra de små miljøene de kom fra og det var ikke alltid like greit. Det var bedre med en nøytral person. Men så var det også noen av pasientene som kjente tolken som synes at det var greit, mens andre likte det ikke. Litt begge deler.* Informantene er opptatt av trygghet ved bruk av profesjonell tolk og at de kan stole på at *alt vi sier blir oversatt riktig.* En av sykepleierne er opptatt av å overholde taushetsplikten ved å bruke profesjonell tolk. Sykepleieren uttaler:

Ja, telefontolk, profesjonell tolk, for det er nå sånn vi må passe på taushetsplikten hvis vi ikke bruker profesjonell tolk, hva vi har lov å si. Og når andre tolker har vi ikke kontroll på hva som blir sagt videre. En profesjonell tolk føler jeg er objektiv og sier, oversetter det vi sier og at vi er trygge på at de får den informasjonen de trenger, både pasienten og sammen med ektefelle og andre pårørende.

Informantene var opptatt av å forklare at når pasientene blir innlagt så startet alltid legen først med å snakke og gi informasjon via tolk. Av totaltiden på 60 minutter som står til rådighet, kunne legen bruke opp imot 40 minutter og det førte til at sykepleierne satt igjen med de siste 20 minuttene. En av dem sier: *Det er så mye en skal gå gjennom på så kort tid og Det er spørsmål om tid og jeg tror også det handler om økonomi.* Det er bare avsatt en time totalt og *i forhold til alt av rutiner og informasjon vi ønsker å formidle, blir det knapp tid.*

Informantene har opplevd analfabetisme hos flere av de afrikanske kvinnene og at de dermed trenger en annen måte å formidle informasjon til denne gruppen enn til pasienter som kan

lese og skrive. Sykepleierne prøver etter beste evne å formidle informasjon gjennom muntlig tale og ved å tegne:

Vi har tegnet etter beste evne. Vi tegner en skål og så må vi få pasienten til å vise hvor mye ris de har spist fra den. Men der det er problemer for pasientene med å skrive eller lese, da må vi ha det muntlig. Så er det hvor mye de husker av det som blir sagt når vi har 20 minutter på slutten av en tolkesamtale etter legen er ferdig.

En av sykepleierne husker godt en episode som hun opplevde som uvant: *Det var en ung afrikansk kvinne som var veldig syk med hyperemesis. Hun var i en spesiell livssituasjon. Kommunikasjonen gikk greit på engelsk. Men da hun skulle få skriftlig informasjonsskriv, viste det seg at hun verken kunne lese eller skrive. Det var veldig uvant å forholde seg til.*

To av informantene har opplevd tolkesituasjonen som kunstig:

Det er en situasjon som er litt kunstig. Du sitter og snakker, men allikevel må snakke inn i telefonen mens du ser på pasienten. Jeg kan spørre pasienten om mange ting og forventer svar deretter, så får jeg bare et ja eller nei svar tilbake. Det er da ikke det utfyllende svaret jeg forventer å få. Men stort sett har jeg gode erfaringer.

Ytterligere en av informantene har opplevd misforståelser under tolkesamtalen: *Selvfølgelig går det gjennom tre språk kan det lett bli misforståelser. Jeg har opplevd at tolken ikke har forstått hva jeg mener. Så må ting forklares om igjen og da går det som regel bra. Siden pasientene flere ganger har hatt store vansker med å forstå hva sykepleierne prøver å formidle, har en benyttet seg av profesjonelle tolker. En av sykepleierne forteller at:*

Hvis pasienten absolutt ikke forstår noen ting og vi prøver alt etter beste evne. Og hvis de da ikke responderer på det som vi sier når vi setter mat og drikke inn til de og de ikke rører noen ting, ikke er de oppe, ikke stiller de seg, de bare ligger med dynen over hodet og vi prøver (...) eventuelt fingerspråk, da må vi til med tolk igjen.

I noen sammenheng oppleves det som en utfordring at legen som sitter i tolkesamtalen ikke selv kommer fra Norge og ikke snakker godt norsk. En av informantene sier at *telefontolk kan være flott, men det er gjerne vanskelig når vi har hatt leger som ikke snakker godt norsk og da har vi utfordringer der også.*

5.1.4 Bruk av pårørende eller andre familiemedlemmer som tolkere

I tilfeller da det er vanskelig å få tak i profesjonelle tolkere, for eksempel på kveld, nattetid eller helger, benytter sykepleierne seg av pårørende eller andre familiemedlemmer som tolk. Seks av informantene opplyser å ha benyttet seg av familiemedlemmer som tolkere. Det benyttes bare barn der sykepleierne ønsker å formidle enkle ting og det går utelukkende på mat. En av informantene er i den sammenheng opptatt av det etiske: *og så har du og de kvinnene som har barn eller små barn som er tolk for mor, men bare på sånn enkle ting. På grunn av det etiske tenker vi bare enkle spørsmål, det går kun på mat, ingenting annet.*

En av informantene fortalte at pasientene ofte ønsker å bruke sine egen familie som tolk. I disse sammenheng kan sykepleieren føle seg utrygg på om tolken virkelig oppfatter det hun ønsker å formidle *Det er litt sånn ullent, skjønner pasienten det som blir sagt, har hun fått med seg alt?* Dette kom også fram at flere av informanter syntes det var vanskelig å bruke familiemedlemmer til å tolke. *Da er det hvor stødige de er i norsk. Er de det så er det kjempeflott og trygt, men det er jo fordeler og ulemper med det å bruke de.* En ulempe som en av informantene argumenterte med, var at pårørende er ingen nøytral tolker. Dette kan ha innvirkning på hva som egentlig blir sagt. Kvaliteten på familiemedlemmer som tolk varier, som deres beherskelse av det norske språk. De kan mangle det nødvendige vokabular og resultatet kan føre til at budskapet blir feiltolket (Hanssen 2005).

Drøfting

Informasjon er grunnleggende for kommunikasjon og god kommunikasjon mellom sykepleierne og innvandrerkvinnene er nødvendig for at pasientene skal kunne delta aktivt i behandlingen av sin HG. Alle informantene uttrykker at det er viktig å gi god informasjon til innvandrerkvinnene gjennom god kommunikasjon. Hvis informasjonen fra sykepleierne skal ha en verdi, må den tilpasses den enkelte pasient og tas høyde for at det er stor variasjon i utdanningsnivå hos pasientene. Så lenge de fleste verken kan kommunisere på norsk eller engelsk er det nødvendig å benytte tolk. I lov om pasient- og brukerrettigheter fra 2001 står i § 3-2 ”*Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger*”(Helse- og omsorgsdepartementet 2001). Da kan man spørre seg hvorvidt helsevesenets dårlige evner til kommunikasjon med enkelte grupper hindrer pasientene i å få de rettigheter som de har krav.

Utfordringer i interkulturell kommunikasjon oppstår når sykepleier og pasient ikke snakker samme språk. Alle informantene ga uttrykk for at språkproblemer i kommunikasjonen var de største utfordringer i møte med innvandrerkvinnene. Dette er i tråd Scheppers et al, som fant ut at manglende språkferdigheter kunne være en barriere. Forskerne mente dette var en av hovedfaktorene som hindret bruk av helsetjenester (Scheppers et al 2006).

Norske sykepleiere lærer engelsk på skolen allerede fra første trinn. Sykepleierne gir uttrykk for at *alt er enklere når de kan kommunisere på engelsk*. Dette samsvarer med respondentsvar i studien til Hanssen, hvor sykepleierne følte lettelse når de hørte at pasienten snakket engelsk (Hanssen 2002). Ingen av sykepleierne kan være i stand til å snakke alle de aktuelle innvandrerspråk, men det må kvalitetssikre kommunikasjon på det språket som er mest hensiktsmessig i den aktuelle situasjonen de befinner seg i bruk av tolk, non verbal kommunikasjon (Hanssen 2005).

Informantene forteller at de har utviklet flere strategier i kommunikasjon med pasientene. Sykepleierne har laget ”peke på tegning” over kroppen, slik at pasienten kan peke på det aktuelle området på tegningen hvis hun har vondt. Sammen med pårørende har de laget en ”ordliste” over enkle ord eller enkle setninger som *er du kvalm?, har du lyst på mat?* Gjennom Google Translate har sykepleierne flere ganger oversatt til pasientens språk, men de sier også at det *er ikke det beste du finner, men vi har skjønt hverandre faktisk*.

Sykehuset Østfold har utviklet en kommunikasjonsperm for fremmedspråklige hvor hyppig stilte spørsmål, beskjeder og informasjon til pasienten er oversatt og illustrert med enkle symboler. Kommunikasjonspermen skal ikke erstatte tolketjenesten, men være et verktøy i situasjoner hvor det er nødvendig å kommunisere når tolk ikke er tilgjengelig. Permen foreligger på mange språk og den finnes både i PDF format eller den kan spilles av med lyd (Bø, Botne og Anfinsen 2012).

En av sykepleierne fortalte at hun vinket til pasienten at hun måtte stå opp. Da pasienten kom fram på gulvet ble hun bare stående uten å vite hva hun skulle gjøre. Dette kan tyde på at sykepleierens måte å kommunisere på ikke ga tilsiktet mening for pasienten. De fleste afrikanere og asiater vinker noen til seg med håndflaten ned, mens de fleste norske har håndflaten opp. For en afrikaner eller asiater er den norske bevegelsen uhøflig, om den i det hele tatt blir forstått (Hanssen 2005). Det viser seg at enkelte ganger er sykepleieren usikker

på hvordan pasienten oppfatter. En av informantene påpeker at *så er det litt sånn med den non verbale kommunikasjon at vi lurer på om pasienten forstår de bevegelser vi gjør, et nikk. Det er så forskjellig.*

I studien til Plaza del Pinoe, Encarnación og Higginbottom prøvde de spanske sykepleierne i non- kommunikative situasjoner med marokkanske innvandrerpasienter å løse enkle saker ved å bruke gester eller å se etter en annen pasient som kunne være tolk ”but with more complicated matters, not even gestures or anything will work”(Plaza del Pino, Encarnación og Higginbottom 2013).

Hvis vi anvender Dahls kulturfiltermodell for å tolke dette, handler dette om avsender og mottaker, og den konteksten kommunikasjonen foregår i. Den norske kulturen setter rammen for kommunikasjonen og mottaker vil på grunn av sitt kulturfilter oppleve det som sendes ut på en annen måte enn avsender. Pasienten sender tilbake informasjon gjennom sitt kulturelle filter, sannsynlig med en annen opplevelse av budskapet. Rammene og kodene blir uklare og det oppstår misforståelser.

Informantene har mye å si om kommunikasjon, noe som tyder på at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ofte kan by på problemer. Kan dette bety at sykepleierne ikke har tilstrekkelig forståelse for hvor viktig kulturaspektet er i kommunikasjon? Og kan dette i tilfelle defineres som manglende kompetanse? De samme tegn eller ord kan ha forskjellige betydninger i ulike sammenheng for sykepleier og pasient med forskjellig kulturell bakgrunn. All kommunikasjon baseres på tolkning og å forstå er alltid et spørsmål om både en indre og ytre forhandling (Dahl, Jensen og Nynäs 2006). Når mennesker fra ulike kulturer møtes, kan det oppstå usikkerhet rundt ordenes meninger. Det samme gjelder tegn, verdier og symbolske konnotasjoner knyttet til ordene eller forventning som er innebygd i dem (ibid). Nynäs definerer i korte trekk interkulturell hermeneutikk ”as an interest in the dynamics of how a common understanding between people can be established across cultural boundaries” (Dahl, Jensen og Nynäs 2006: 26).

Informantene reagerer når mennene tar over samtalene og kvinnene stopper å snakke. Mennene kommer fra kulturer med utpregete kollektivistiske trekk hvor de vil oppleve det som naturlig at de som familiens overhode tar beslutningene for kvinnene. Mennene oppfatter dette som sitt ansvar, og at de beskytter, ikke begrenser kvinnene. Dette er tydelig eksempel

på kommunikasjonsproblemer som kan bunne i kulturforskjeller. For mennene å neglisjere familien gjennom å ikke involvere seg kan oppleves som et nederlag. Familieverdier står sterkt hos mange pasienter fra etniske etnisk minoriteter, og innenfor et hierarkisk familiemønster er det mannen som er forsørger og tar beslutninger. Dermed blir det viktig at han inkluderes i samtalen (Scheppers et al 2006).

Dette er et tema der mange har sterke meninger, men uansett hva man måtte mene om innvandrernes verdier og kulturbakgrunn, vil kunnskap om og forståelse av denne være en nødvendig forutsetning for at kommunikasjonen ikke skal få uønskete konsekvenser.

Sykepleierne har opplevd afrikanske kvinner som har latt være å føre kost-og drikkeliste på grunn av analfabetisme . Dette er også et funn hos Davies og Bath (2001). I tillegg til at det var et problem at det ikke fantes helseinformasjon på somalisk, fant de utbredt analfabetisme blant kvinnene. I Somalia hadde de ikke et skriftlig språk før tidlig på 1970-tallet. I 2001 da studiet ble utført kunne 62% av de somaliske kvinner ikke skrive eller lese. Forskerne relaterte den høye andel av analfabetisme til å være kulturelt betinget og landlig fattigdom (Davies og Bath 2001). En kan også stille spørsmål om det kan relateres til at skriftspråket er ungt?

Drøfting ved bruk av familiemedlemmer som tolk

Gjennom intervjuene mine kommer det tydelig fram at sykepleierne gjør en etisk vurdering før de involverer familiemedlemmer, og sykepleierne benytter seg bare av pasientens familiemedlemmer som tolker når det er enkle beskjeder som skal gis. Når de benytter pasientens barn som tolk *tenker vi bare enkle spørsmål. Det går kun på mat.* Det kan være vanskelig å få tak i en profesjonell tolk på kort varsel, i helger, på kveldstid eller om natten, og årsaken til at familiemedlemmer brukes som tolker kan være noe så enkelt som at familien er mye til stede hos pasienten og dermed ofte tilgjengelig. Dette kan for sykepleierne være en enkel og lettvinnt løsning.

I studien til Hanssen (2002) forteller en av sykepleierne at "it is very good that her daughter is here a lot, so that she can function as interpreter. It is very good really, that she comes here and does that, but we have to trust that she translates correctly what we say to her mother, and that she translates correctly what her mother says to us" (Hanssen 2002: 168).

Dessuten forteller informantene at noen av kvinnene *ønsker* ikke profesjonell tolk, men heller vil benytte sin egen familie. Det kan være dette bidrar til større aksept blant sykepleierne for å bruke familien som tolk. I Helsedirektoratets veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene står det at ”barn eller andre familiemedlemmer skal ikke brukes som tolk” og ”det er helse- og omsorgspersonell sitt ansvar å påse at barn eller andre familiemedlemmer ikke brukes som tolk” (punkt 5). Når det gjelder å bruke barn som tolk, har regjeringen lagt fram et forslag som forbyr dette i offentlig forvaltning. I en pressemelding 4. Mars 2016 uttaler Innvandrings- og integreringsminister Sylvi Listhaug at ”barn har ikke det ordforrådet og den rolleforståelse som kreves i situasjoner der det er behov for tolking. I tillegg kan barn ta skade av å måtte formidle alvorlige beskjeder, for eksempel om sykdom til sine nærmeste” (Justis- og beredskapsdepartementet 2016).

En av informantene peker på at *det er feil å bruke ektefelle*. Da tenker hun ikke først og fremst på det etiske, men mer på at *pasientene føler mindre frihet til å fortelle hvordan de har det. Det er veldig vanskelig når du ser damen blir kuet*. Dette finner vi også hos Davies og Bath (2001) i et eksempel der både somaliske familiemedlemmer og bekjente ble brukt til som tolker når helsepersonellet ikke klarte å få en profesjonell tolk ”You shouldn’t have to depend on family members like that” mener pasienten. Hun mente at kvinnene følte det pinlig og at de ble hemmet i å søke informasjon om sensitive saker (Davies og Bath 2001).

Ved bruk av profesjonelle tolkere var sykepleierne i store trekk fornøyd med tolketjenesten. De ga uttrykk for de stoler på tolken og at det som formidles mellom partene blir korrekt. Enkelte misforståelser har skjedd under tolksamtalen med dette ble ordnet opp underveis uten problem. I følge Dahls kulturfiltermodell er tolken ikke bare tospråklig, men tokulturell som kan være gjenstand for usikkerhet i den konteksten tolken befinner seg i og misforståelser kan oppstå (Dahl 2001).

Informantene fortalte at de stort sett benytter tolketjenesten Semantix. Som forsker i denne studien har jeg mottatt en mail på forespørsel fra leverandør og kundeansvarlig Ranu Abi Namu ved Semantix. Hun opplyser at tolken må oppfylle visse krav. Tolken skal ha autorisasjon, eller tolkeutdanning, eller tatt en tospråklig test og gjennomført grunnkurs i tolke etikk og -teknikk. Ikke alle har medisinsk bakgrunn, men de blir testet i språkkunnskap

innen både helse og generelle fagord. Det er viktig å stille seg kritisk til å videreformidle disse opplysninger, da dette er firmaets egne uttalelser.

På en av avdelingene der det hyppig benyttes tolk, ytret flere sykepleiere at de ofte bare fikk de siste 20 minutter av en samtale på 60 minutter - siden de delte samtaletiden med legen. Mye informasjon skal formidles på kort tid og *hvor mye husker de av det*. Flere av sykepleierne kunne tenke seg flere egne sykepleie-tolkesamtaler. Dette tyder på at slike samtaler kanskje benyttes i for liten grad. En årsak til dette kan være at det ha økonomiske konsekvenser å øke antall samtaler, noe som en av informantene også påpekte.

Oppsummering

I dette kapitlet har hovedfokuset vært relatert til grunnleggende språkproblemer og bruk av tolk. Problemer ved å bruke familiemedlemmer som tolk ble drøftet og sykepleiernes aksept av dette. Men det er viktig å ikke glemme at de utfordringer sykepleierne står overfor i kommunikasjon med kvinnelige innvandrerpasienter dreier seg om langt mer enn språklige problemer. Sykepleierne kan ikke ta for gitt at pasientene deler deres biomedisinske forståelseshorisont, altså deres tenkning om og forståelse av sykdomsårsaker og behandling (Hanssen 2009).

6 KUNNSKAP OG FORSTÅELSE I ET FLERKULTURELT PERSPEKTIV

Hvordan en person har lært å tenke angående sykdom og behandling vil ha betydning for hvordan vedkommende oppfatter og erfarer sine symptomer. Sykepleierne som daglig møter pasienter og pårørende med en annen kulturell bakgrunn enn de selv har, må være ekstra oppmerksomme på dette.

6.1 Hvordan forstås HG blant sykepleierne og hos pasient/pårørende

Selv om mange symptomer på sykdom er fellesmenneskelig uavhengig av sosial og kulturell bakgrunn, påvirkes sykdomsopplevelsen i stor grad av personens følelsesmessige reaksjon på, kunnskapene om og vurderingene av symptomene. Det betyr at vi fra barnsben internaliserer hva vi legger vekt på hvis vi ikke føler oss vel, hvilke symptomer vi anser som viktige, hvilke vi overser, og hvordan symptomene uttrykkes (Hanssen 2005; Hanssen 2013; Alpers og Hanssen 2008). Sykepleiere og pasienter/pårørende kan ha svært ulik forståelse av HG. *HG i seg selv kan være vanskelig å forstå* sier en av mine informanter. Informantene opplever utfordringer når innvandrerkvinnene legges inn med HG -diagnose. *En spennende og litt diffus pasientgruppe, men veldig utfordrende. Det er den vanskeligste gruppen vi har. Det kommer inn en hyperemesis pasient og vi vet ikke helt hva vi skal gjøre.* En annen av sykepleierne uttrykker *:hyperemesis i seg selv er vanskelig og jeg vet ikke om vi er så gode på det. Jeg har ikke definisjonen i hodet, men kaster du opp og det går utover helsen (...)så er det klart at du må ha behandling. Er du kvalm og får i deg litt å drikke og spise, da er det ikke hyperemesis.*

Flere av innvandrerkvinnene blir lagt inn etter henvisning fra fastlegen med diagnosen HG selv om de ikke kaster opp. *De har ikke fått tilbud om kvalmestillende en gang, og alle inntakstprøvene er normale.* Sykepleierne tror at en av grunnene til at fastlegen sender kvinnene til sykehuset, er at legene heller ikke helt vet hva de skal gjøre: *Det er lettere å sende pasienten inn til sykehuset enn å nøste opp i hva som egentlig er problemet.*

6.1.1 De er ikke så syke som de vil ha det til

Sykepleierne har ved flere anledninger opplevd at legene ikke en gang tar seg bryet med å opplyse om diagnose, men bare sier at *her kommer en av de der.* Sykepleierne selv har også kjent på sine egne negative holdninger *ja, i grunnen så har det vært litt av det at de ikke har virket så syke som vi trodde. Så kommer de til sykehuset og får væske, så er de friske og*

klarer så plutselig mer. Så reiser de hjem og kommer tilbake etter noen dager bare. Informantene fortalte at de ikke likte de fordomsfulle tankene de kunne oppleve hos seg selv, og at de gjerne ville endre på innstillingen sin. En forteller:

Fordommer har vi og for å bryte de ned er vi nødt til å bli bedre kjent med andres kultur og spesielt disse kvinnene som er fra land som er så annerledes enn vårt land. Jeg har ikke så lyst å sitte med sånn fordomsfull innstilling. For det har jeg og jeg kjenner at der sitter pasienten og spytter og de er ikke så syke som de vil ha det til. Da blir jeg litt sint inni meg og tenker, er det en fordom? Jeg skulle gjerne ha litt mer forståelse og kunnskap om de forskjellige kulturers syn på sykdom

En av sykepleierne var opptatt av hvor lett hennes negative holdninger og forutinntatthet skinte igjennom overfor pasientene:

Når jeg får de negative holdninger eller forutinntatthet, vel så kjenner jeg, og holdningene de kommer, at jeg må definere det litt for meg selv "hva er dette?" For jeg er nødt til å gjøre det for jeg vet jeg har makt som sykepleier og min utstråling blir oppfattet av den andre personen. Så jeg kan ikke gå rundt og ha fordommer og høres ut som en rasist. For vi er så redde for å bli kalt rasister i dette landet, for det vil nå ikke være. Jeg føler det rett og slett kan være oppgitthet, bare en skepsis, uvitenhet og så blir det sett på som rasisme. Det blir feil for vi har lov å være skeptiske (...). Jeg må vite hvorfor jeg kjenner på de følelsene og da hadde det hjulpet med litt mer organisert kunnskapsheving dette med innvandrerkvinner.

Det kommer også fram at sykepleierne har hatt opplevelser med negative holdninger fra innvandrerkvinnenes medpasienter: *ja, noen fra eldre pasientgrupper. Det er ikke kjekt for de er nokså unge de som blir innlagt fra Somalia. De eldre snur i døren når de ser de. Ja, non verbalt og viser det tydelig. Sykepleierne peker også på at medpasienter passer sine egne saker og tror medpasientene ikke tør å si noe i frykt for å være rasister.*

Informantene sier at de i utgangspunktet ikke tror at kvinnene selv eller pårørende har særlig mye kunnskap om HG. En av sykepleierne vil ikke være for kategorisk men sier: *De afrikanske vet mindre om diagnosen enn de fra India.* Informantene uttrykker oppfatninger som:

Det er nå kanskje det med synet på sykdom med kulturene at kanskje det med å bli innlagt med ekstrem kvalme i graviditeten å se på det som en sykdom. De trenger veldig god forklaring på hva for noe som er viktig å vite og

Hyperemesis det kan diskuteres, men kvinnene vet de er uvel, de kaster opp og er trøtte og nedslitte. Jeg synes det er mer underordnet om kvinnen forstår hva hyperemesis innebærer enn en diagnose. Poenget er at de må ha hjelp.

En av sykepleierne opplever forskjell mellom innvandrerkvinnene og de norske kvinnene som innlegges med HG, og sier:

Jeg vet egentlig ikke hvilken oppfattelse innvandrerkvinnene har av hyperemesis. Jeg vet heller ikke om de kjenner det fra sitt eget hjemland. Det er forskjell på de norske som blir lagt inn, de er på Facebook og de er med i hyperemesisgrupper der. De har lest alt om hyperemesis,. De har snakket med noen som har vært innlagt her med samme diagnose, de norske er mye mer søkende. Jeg har aldri hørt om en med utenlandsk opprinnelse som er med i en hyperemesis gruppe eller vært og lest på internett.

6.1.2 Pasienten ønsker å ligge i sengen

Flere av informantene ga uttrykk for at innvandrerkvinnene ville ligge i sengen det meste av tiden de var inneliggende. Sykepleierne er opptatt av at pasientene må være i aktivitet for å unngå ytterligere problemer. *Det er veldig fort at når vi ikke er der så ligger de under dynen. Da gjelder det å gi den informasjon hvor viktig det er å være oppe. Med tanke på blodpropp, muskelmassen som forsvinner.* Selv om pasienten er sliten og vil hvile og sove hele tiden, så sier en av informantene at *når de føler seg sliten og trøtt og tror de skal hvile og sove hele tiden, så på norsk når en sier en er sliten trenger en ikke hvile for det. De må opp av sengen og være i aktivitet. Hvis jeg kan få uttrykt meg slik at de skjønner at jeg vet hva som er lurest for de.* En av sykepleierne opplever ulike måter fra pasientenes side om det er være syk. Hun forteller at:

Det er sånn kulturelt hvordan forventningene rundt det å være syk. Noen forventer at de skal ligge i sengen, ha ekstra støtte av to for å gå ut på toalettet. Noen gir sterkt uttrykk på at de er kvalme. Noen ligger helt stille og sier ingenting og nesten ikke ser på oss. Vi må bruke litt tid på å forstå hvordan de uttrykker seg. Det er ikke alltid de som roper høyest som trenger mest hjelp. Vi må prøve og ta de signalene.

6.1.3 Oppfatning av HG hos pårørende sett fra et sykepleiers perspektiv

Under intervjuene kom det opp at flere av informantene har hatt opplevelser hvor pårørende er både redde og engstelige for den syke. *Jeg har opplevd at familien har vært så redde. De opplever pasienten veldig syk og sier 'hun er så syk, hun er gravid, hva skjer?' og 'hun er veldig syk, dere må hjelpe'.* En av sykepleierne forteller at når pårørende blir redde, så blir pasienten også redd: *Så er det menn som lurere på hva som skjer, hun er kjempesyk, du må hjelpe. De er kjemperedde for henne når de kommer inn. Så blir hun redd selv når de rundt*

henne blir redd. De er trygge når vi gir informasjon [og] når vi forklarer at det ikke er noe som er farlig. En annen fortalte at pårørende reagerte når pasienten måtte stå opp av sengen og finne drikke selv: Da jeg sa til pasienten at hun måtte finne noe å drikke, reagerte mannen på at hun måtte stå opp av sengen. Familien opplever henne som syk. Hjemme lå hun bare i sengen og orket ikke å gjøre det hun pleide å gjøre, lage maten, passe ungene (...). Så da opplever de henne som veldig syk.

Drøfting

Utsagnene til sykepleierne, for eksempel *'en spennende gruppe, men diffus og vanskelig'*, og *'ikke lage diagnosen til et problem'* viser at diagnosen HG kan være diffus både for sykepleierne og for legene. Dette er forståelig, siden autoritetene strides om hva diagnosen innebærer. Etiologiske teorier om HG er mange, men resultatene fra disse er ikke konklusive (Power, Thomson og Waterman 2010; Vikanes 2010). Nye teorier og funn dukker opp hvert år. Forskere tror at HG kan være en fysiologisk sykdom, sannsynlig forårsaket av multifaktorer (Power, Thomson og Waterman 2010). Disse faktorer spenner fra det endokrine system [et system av kjertler som produserer hormoner som utskilles i blodbanen], immunologiske forstyrrelser, mage-/tarm bakterien *Helicobacter pylori* og påvirkning fra vestibularapparatet, som har med likevektsansen i øret å gjøre (Vikanes 2010). Hvis HG har multifaktorelle årsaker, kan det for sykepleierne se ut som dette ikke er en enkel oppgave å behandle. Kan dette forklare at enkelte sykepleiere ikke ser pasienten som "syk nok"? Eller at en av sykepleierne mener at *hvis de kaster opp 20 ganger til dagen, da er det en HG?*

Studien til Obrowski og Obrowski (2015) viser at HG kan vare gjennom hele svangerskapet og vanligvis kommer med konstant oppkast, og alltid med konstant kvalme. En liten prosent av pasientene med HG kaster sjelden opp, men kvalmen kan forårsake like mye plager som HG med oppkast (Obrowski og Obrowski 2015).

Den britiske jordmoren Denise Tiran skriver i sin artikkel at kvalme og oppkast i et svangerskap ikke bare er en følelse av kvalme ispedd episoder med oppkast. Det er et komplekst biopsykososialt syndrom av egenskaper som påvirker kvinnene individuelt forskjellig (Tiran 2014).

Scheppers et al(2006) viser at pasienter fra etniske minoriteters kulturelle oppfatninger av symptomer kan uttrykkes forskjellig. Disse gruppene kan vise klassiske symptomer på en annerledes måte som kan oppfattes feil, noe som kan resultere i manglende eller feil diagnose. Derfor er det viktig at helsepersonell har en bevissthet (awareness) omkring dette (Scheppers et al 2006).

Sykepleierne er lært opp til å se HG i et biomedisinske sykdomsperspektiv. Dette faller inn under Kleinmanns *disease* –begrep, omtalt i kapittel 3. Ut fra diagnose og prøvesvar vurderer legen om det skal iverksettes behandling. Hos mine informantene kan eksempler på dette være *'fastlegen legger de inn og alle prøvene er fine'* og *'det er ikke nødvendig at fastlegen sender pasienten inn, når hun ikke kaster opp engang og prøvene er ok'*. I kontrast til dette kan man se på HG i lys av Kleinmanns *illness* -begrep, og undersøke pasientens subjektive opplevelse av sykdom, som er kulturelt betinget og som ikke bare berører den syke selv, men også storfamilie rundt pasienten (Magelssen 2008; Hanssen 2005; Wiley og Allen 2009; Hylland Eriksen og Sørheim 2006).

Oppfatningen om hvordan en skal forholde seg til HG varierer, både innad blant sykepleierne og mellom sykepleierne og pasient/pårørende. Når sykepleierne kommer med utsagn som *'ikke lage diagnosen til et problem'* og *'når de føler seg sliten og trøtt og tror de skal hvile og sove hele tiden, så på norsk når en sier en er sliten så trenger en ikke hvile for det'* og *'blir litt negativt sett på, kanskje fordi vi ser flertallet at det er ikke så mye oppkast, bare spyting'*, kan det virke som diagnosen er diffus for sykepleierne. Det kan også virke som HG ikke tas så alvorlig *de ser ikke så syke ut*, og at det derfor kan forekomme en viss stigmatisering av diagnosen HG. Dette synes å forsterkes av legenes holdning. To av informantene hadde flere ganger opplevd at leger ved innleggelse av pasient uttalte slik som *her kommer en av de der, gidder ikke engang si diagnosen*.

Dette støttes av Power, Thomson og Watermans funn. De fant at helsepersonell rapporterte om frustrasjon over HG pasienter, og at innleggelsen av slike pasienter ofte kunne oppleves som misbruk av sykehuspersonalets tid og ressurser. Uttalelse fra britiske sykepleiere som *'some of these ladies actually believe the hospital is a five-star hotel, where you can just come and chill out and get taken care of and will have the nurses doing everything for them'*, *'too lazy, won't stand up and get something from the cupboard'* og *'we need the beds, we're thinking they're not sick'*. Pasientene følte på sin side at helsepersonellet mistrodde deres

symptom på HG og undervurderte alvorlighetsgraden av HG (Power, Thomson og Waterman 2010).

På bakgrunn av dette er det mulig å forstå sykepleiernes frustrasjon over HG som diagnose og at det finnes så mange ulike måter å behandle kvinnene på. Men det rettfærdiggjør ikke negative holdninger og stigmatisering av innvandrerkvinner. Hvordan skal så disse holdningene bekjempes/motvirkes?

Papadopoulos, Tilki and Taylor (2006) sykepleierne må øke sin kulturelle bevissthet (cultural awareness), altså sin bevissthet rundt eget livssyn og egne verdier. De må erkjenne at fordommer, stereotyper og holdninger de selv måtte ha, kan virke inn på hvilke valg og beslutninger de tar. (Papadopoulos, Tilki and Taylor 2006). Dessuten må de øke sin kulturelle kompetanse så de blir i stand til å forstå pasientene sine (Alpers og Hanssen 2008). Så hvordan står det til med norske sykepleieres kulturelle kompetanse?

6.2 Sykepleiernes kulturelle kompetanse

Alpers og Hanssen har kartlagt norske sykepleieres kulturelle kompetanse, og har funnet noen svakheter på feltet. Flere internasjonale studier viser også mangelfull kulturell kompetanse blant sykepleierne (Alpers og Hanssen 2008). Dette betyr ikke at sykepleierne ikke ønsker å lære mer. En sykepleier ønsker mer kunnskap: *jeg har så lyst å vite mer om kulturer, føler jeg kan for lite*. Dette er et ønske som deles av de fleste av mine informanter. De ønsker å få mer kjennskap til den kulturelle bakgrunnen til pasientene. En annen av sykepleierne sier at:

Hadde en hatt en mer flerkulturell bakgrunn, forståelse, så hadde det vært lettere å formidle til disse kvinnene. Jeg opplever at hvis vi klarer å formidle at det ikke er farlig når de får behandling [for sin HG] og at det ikke er farlig for barnet heller. (...) [Fortelle] at vi er her for å hjelpe. Vi har mange tilbud å gi deg og vi har masse informasjon og masse erfaring på det. Så hvis du klarer å formidle så de blir trygge på at de er på en plass der folk bryr seg og ivaretar de.

Informantene ser at det er viktig med mer kulturell forståelse for å kunne formidle trygghet til og vise respekt for sine pasienter er:

Det at vi kjenner til, kunnskap om disse kulturene, viktig for å gi de trygghet mens de er innlagt. Kunnskap om kulturene og kommunikasjon når vi møter de, trygghet og

respekt, ja for at det skal gå greit når de blir innlagt. Og vite hva i kulturen hvis det er ting som dukker opp, så en kan fange opp under samtalen og ha så god tid under samtalen du merker om pasienten spør om ting.

Fordi de hadde så mange utenlandske studenter, fikk en annen informant undervisning i flerkulturell forståelse i forbindelse med studentveiledning mens hun jobbet i Oslo: *Da gikk det mye på kulturer. Det er noe jeg faktisk husker godt fordi det var mange overraskende punkter som gjorde at du fikk mer forståelse [for ulike kulturer].* Informanten kom også med *Et lite hjertesukk. Enten vi vil eller ei må vi forholde oss til disse damene, og da synes jeg det kan være sykehuset sitt ansvar å øke kompetansen [til helsepersonellet]. Et eksempel kan være en onsdagsundervisning. Et eller annet som kan gjøre at vi blir mer interessert.* Ingen av sykepleierne hadde noen form for flerkulturell undervisning i grunnutdanningen i sykepleie. En av informantene med lang fartstid som sykepleier uttaler: *Det var ikke fokus på det. Det var lenge siden. Det er nok mer fokus på det i dag håper jeg,* mens en annen av informantene med kort fartstid som sykepleier uttalte: *Det kan jo være at det var en time om det, men [i grunnutdanningen] la [lærerne] ikke noe hovedvekt på det, ikke noe som helst slag.* Informanten sier videre:

Det burde komme mer inn i sykepleien. Der kommer flere og flere innvandrere til landet og vi kan egentlig for lite om de forskjellige kulturene. Det kan godt være at det er helt vanlig å spytte i svangerskapet når de kommer fra et afrikansk land. Det vet ikke vi egentlig ikke. Så hovedtrekkene er at vi bør lære mer om det i grunnutdanningen om forskjellige kulturer. Det er forskjellig bare hvordan de reagerer på smerte, en helt annen måte enn nordmenn gjør.

En av informantene hadde personlig interesse av interkulturell kompetanse og hadde lest seg opp på en del litteratur. Hun hadde også deltatt i flerkulturell undervisning på MHS , men lærte ikke så mye mer enn det hun kunne fra før. To av informantene hadde hatt undervisning i flerkulturell forståelse på en fagdag syv år tidligere.

6.2.1 Kulturell datasamling-er den viktig for sykepleiere?

Et av spørsmålene jeg stilte informantene var hvor viktig det er for dem å vite mer om kvinnenens bakgrunn, hvilken nasjonalitet de har, familieforhold, antall barn og eventuelt HG i tidligere svangerskap. Her hadde sykepleierne oppfatninger som: *'nei, for bare en kan kommunisere, så spiller det ingen rolle. Det er det viktigste', 'jeg møter de der og da uansett hvor de kommer fra, men klart det er nå viktig å vite litt, dette med muslimske land, dette med*

mat og kultur'. En av informantene syntes det var viktig å få en liten bakgrunnshistorie om pasienten:

Det synes jeg. Jeg bruker å spørre hvor lenge de har vært i Norge. Om de har familie her eller om det er bare hun og mannen(...)om de er flyktninger. Hvilke familiestøtte, de har (...). Det gjelder forståelse og støtte til pasienten. Jeg spør om tidligere svangerskap, om hun har hatt hyperemesis i de. Det å få en liten bakgrunnshistorie(...) at du får satt sammen et bilde når du snakker med pasienten.

Drøfting

Alle informantene ga uttrykk for at de ønsket mer kunnskap om og forståelse for ulike kulturer. Informanten som hadde lest mye om andre kulturer og i tillegg tatt kurs ved MHS, ønsket å lære mer om mat og kulturer. Sykepleiernes første møte med disse pasientene foregår i lys av sykepleiernes egen "livsverden" i hermeneutisk forstand. Etter Gadammers terminologi vil de ha en begrenset "horisont" når de møter pasientene for første gang. Noen av informantene var ikke så opptatt av den kulturelle bakgrunnen til pasientene, de spurte verken hvor pasienten kom fra eller hvor lenge pasienten hadde vært i Norge. Bare en av informantene ga tydelig uttrykk for at den kulturelle bakgrunnen var interessant. Jeg synes denne sykepleieren stilte pasientene veldig gode spørsmål. Men på den andre siden kan det også forsvares ut i fra yrkesretningslinjene til sykepleierne 'å behandle alle pasienter likt uansett hvilken kulturell bakgrunn eller religion'(Norsk Sykepleieforbund 2001). Med utgangspunkt i Gadammers hermeneutikk kan man også hevde at sykepleierne la vekt på det som ikke evner å se langt nok til å anerkjenne annerledesheten, men holder seg til sine kjente rutiner (Otterstad 2008).

Alle informantene ønsker å utvikle en større kulturell forståelse og øke sine kulturelle kunnskaper og sin kulturkompetanse. Etter Papadopulos, Tilki og Taylors kompetansemodell for sykepleiere, vil det å opparbeide sin kulturelle kompetanse være en kontinuerlig og stadig pågående prosess. Hvis man tenker seg modellen som en spiral, viser den at den som utvikler sin kulturelle kompetanse stadig vil gå videre, og at en etter å ha gått i gjennom en læringsprosess stadig kan lære mer. Papadopoulos, Tilki og Taylors fire steg mot kulturell kompetanse gjennom kulturellbevissthet, -kunnskap og -sensitivitet, vil i en læringsprosess med veiledning og refleksjon samt dialog rundt egen og andres teori og praksis, kunne bidra til å klargjøre tanker om sykepleiernes eget ståsted og øke bevisstheten omkring det å utøve

flerkulturell sykepleie. Modellen kan fremstå som et redskap for å utvikle ny kunnskap og hjelpe sykepleiere til å gi bedre pleie og omsorg til pasienter fra andre kulturer.

Dette syn deles av flere, blant annet Camphina-Bacote (2003)(sitert i Otterstad 2008) som sier at for å utvikle kulturkompetanse må en være i en kontinuerlig prosess for å søke en kulturell bevissthet. Dette krever at sykepleierne i møte med andre kulturer jobber aktivt med sin virkelighetsoppfatning (Otterstad 2008).

Informantene mener at *vi bør lære mer i grunnutdanningen om forskjellige kulturer*. Dette mener også Alpers og Hanssen (2008), som foreslår at opplæring som vil gi økt kulturell kompetanse må inn i sykepleierutdanningen i større grad enn i dag (Alpers og Hanssen 2008). Argumenter for dette styrkes av Alpers og Hanssens funn som viser også at lang arbeidserfaring som sykepleier ikke øker den kulturelle kompetansen (ibid).

For å finne ut om en sykepleierutdanningsinstitusjon i nærheten av universitetssykehuset driver med flerkulturell undervisning, sendte jeg dem en forespørsel. Svaret jeg mottok, var ”i noen grad, men ikke som hovedtema”.

I rammeplanen for sykepleierutdanning står det at sykepleierne skal forholde seg til pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, og at sykepleierutdanningen skal fremme en yrkesetisk holdning og *”en flerkulturell forståelse av helse og sykdom”* (Kunnskapsdepartementet 2008). Dette ser jeg som særs viktig og pliktig så lenge ordet ”skal” blir brukt. Sykepleiernes vurdering av sin interkulturell kompetanse tyder på at det trengs mer undervisning i kulturell kompetanse og kulturell tilpasset omsorg i sykepleierutdanningen. Dette er nødvendig som en forberedelse både til sykepleieryrket og eventuell praksis i utlandet, som tilbys ved flere skoler.

Det er imidlertid viktig at sykepleierne er selvbevisste på sin profesjon, at de ikke glemmer det de har tilegnet seg av kunnskap gjennom mange års erfaringer. De må lære å stole på sine fagkunnskaper, og videreutvikle kulturelle kunnskap og kompetanse på bakgrunn av det de allerede kan. Williams og Soydan (2005)(sitert i Otterstad 2008) peker på at det kan være en fare for å bli for opptatt av kulturell annerledeshet og egne begrensede kunnskaper og forståelse, slik at sykepleiere glemmer det de faktisk kan, at de ikke lenger stoler på egne fagkunnskaper og egne metoder (Otterstad 2008). Mange av sykepleiere undervurderer og

nedvurderer sin egen kompetanse i møte med pasienter fra minoritetsgrupper, noe som fører til at de ble usikre og mindre handlingsdyktige. Kulturkunnskap er altså en fordel, men om man har ikke uttømmende kunnskaper om en kultur, er det ikke avgjørende for det konkrete sosiale arbeidet (ibid).

7 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Denne studien har undersøkt sykepleieres opplevelser og erfaringer i møte med gravide innvandrerkvinner med HG. Norge har blitt et multietnisk land som følge av innvandring. For helsepersonell representerer dette betraktelige utfordringer for å forstå pasientenes ulike behov, erfaringer og verdier. Målet med studien var å oppnå en bedre forståelse for hva som skjer i møtet mellom sykepleier og innvandrerkvinner: Hvilke kulturelle og kommunikative utfordringer står sykepleierne overfor i møte med disse kvinnene?

Studien viste at sykepleierne har utfordringer i møte med innvandrerkvinnene og deres pårørende, og at disse utfordringene ofte kan knyttes til kulturforskjeller. Dette kan være storfamiliens grad av involvering, ulike oppfatninger av HG og reaksjoner på fremmedartet atferd hos pasientene. Et viktig funn er at mangel på kommunikasjon i stor grad skyldes språkbarrierer. Svekket kommunikasjon som følge av manglende felles språk kan begrense muligheten for å oppnå en felles forståelse og et holistisk bilde av pasient og pårørende og pårørende. Mangel på kommunikasjon kan være frustrerende for begge parter. Gjennom studien kom det fram at sykepleierne ofte brukte familiemedlemmer som tolkere, både fordi de ikke alltid får tak i profesjonell tolk og fordi det er lettvis å ty til familiemedlemmer. Samtidig uttrykker sykepleierne bekymring over om det som blir formidlet videre til pasienten er korrekt. Min konklusjon er at sykepleierne bør bruke profesjonelle tolker når de trenger det, både for det etiske og det praktiske.

7.1 Sykepleiernes implikasjon i praksis

Sykepleierne erfarer at de har mangelfull kulturell kompetansen som. Gjennom intervjuene uttrykte de hva som ville ha betydning for avdelingene og for dere egen yrkesutøvelse. Lang arbeidserfaring, ser det ikke ut til å føre til tilstrekkelig kulturell kompetanse. sykepleierne etterlyser og ønsker å:

- Øke den kulturelle kompetansen gjennom kurs, dagsseminar og på fagdager.
- Øke den kulturelle kompetansen i grunnutdanningen i sykepleien.
- Få oversatt brosjyrematerialet til flere språk.
- Øke antall tolkesamtaler
- Mer tid til informasjon til pasientene

7.2 Perspektivering av praktiske tiltak

Ifølge de yrkesetiske retningslinjer skal sykepleierne yte den samme helhetlige og likeverdige sykepleien, uavhengig av etisk bakgrunn, kjønn, alder og religion. For at dette skal kunne oppnås når det gjelder behandlingen av innvandrerkvinnene med HG, så er det nødvendig å øke kunnskapen og kompetansen hos sykepleierne. Jeg har gjennom studien funnet flere områder som kan forbedres. Dette utdypes i 7.3.1, 7.3.2 og 7.3.3. Dessuten må det, etter min oppfatning, være evne og vilje til å forstå hvor viktig den kulturelle dimensjonen kan være for pasientens velbefinnende, enten det gjelder gravide innvandrerkvinner med HG eller innvandrerkvinner med andre gynekologiske sykdommer. Hvilke praktiske tiltak kan tenkes? Hvilke kjøreregler bør eventuelt utvikles, hva slags kodekser trengs, og hvilke praktiske tiltak kan iverksettes? Jeg velger å dele det inn i tre nivåer:

- Individnivå
- Foretaksnivå
- Nasjonalt nivå

7.2.1 Praktiske tiltak på individnivå i en sykepleiers kliniske hverdag

Sykepleierne ønsker mer tid til pasientinformasjon både i sitt første møte med pasient og pårørende og ved behov for ytterligere informasjon. Mye informasjon skal gis, og det bør avsettes mer tid til dette. En viktig grunn til å prioritere dette høyere er at det vil gjøre både sykepleierne og pasientene trygge på at all informasjon er gitt og forstått. Sykepleierne etterspør egne tolkesamtaler. Her bør tilbud og etterspørsel gå hånd i hånd. Tiltak som bør iverksettes:

- På tross av at det koster penger, må sykepleierne få gehør hos ledelsen for egne tolkesamtaler.
- En egen nettbasert kommunikasjonsperm på flere språk etter modellen til Sykehuset Østfold vil være et godt supplerende kommunikasjonsverktøy for både sykepleiere og pasienter i de tilfellene det ikke er mulig å få tak i profesjonell tolk.
- Sykepleierne ønsker å få oversatt informasjonsmateriell til flere språk. Anbefaler at det settes av penger til dette.

Når det gjelder funnet som viser at sykepleierne utfordres av pasientenes mange besøkende som ”invaderer” rommet kan følgende tiltak iverksettes:

- Sykepleierne kan sammen med ledelsen på avdelingen sette seg ned og diskutere

endringer i besøksrutinene. De kan også diskutere om en kan endre på bestemmelser om hvem som prioriteres enerom?

- Forslag å kjøpe inn "Portable Spittoon. Spitting can for pregnant women".

7.2.2 Praktiske tiltak på foretaksnivå

Medarbeidernes kompetanse er viktig for kvaliteten i oppgaveløsingen i foretaket. Kompetanseportalen i foretaket ble tatt i bruk i 2010. Dette er et verktøy som skal hjelpe medarbeidere og ledere til å dokumentere kompetanse og identifisere behov for opplæring og videreutvikling. Her finner en alle obligatoriske kurs for sykehusansatte, som eksempel årlige brannvern-, smittevern- og hjerte-lunge-redningskurs. Etter gjennomgang av kompetanseportalen har jeg ikke funnet noen kurs i flerkulturell undervisning. Her vil jeg argumentere for tiltak som:

- Å inkludere et årlig i obligatorisk kurs i flerkulturell forståelse i Kompetanseportalen.
- Invitere sykehusets egne ansatte med flerkulturell bakgrunn til å holde foredrag ved foretakets interne fredagsundervisning.
- Bestille eksterne kurs gjennom SIK, Senter for interkulturell kommunikasjon. SIK tilbyr ulike kurs som omhandler interkulturell samhandling og kommunikasjon for oppdragsgivere både innen offentlig og privat sektor. I tillegg tilbyr SIK veiledning til mennesker som til daglig jobber i en flerkulturell setting (sik.no).

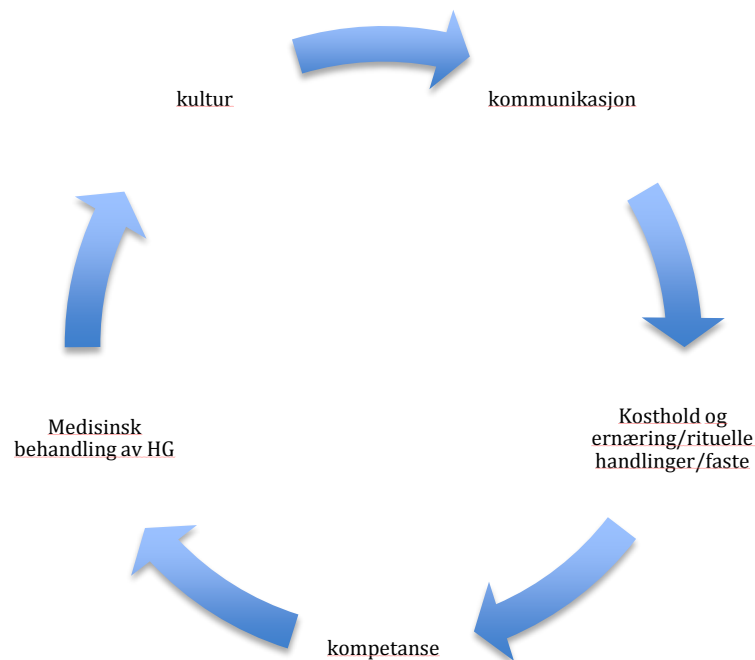
7.2.3 Praktiske tiltak på nasjonalt nivå

Møter mellom helsepersonell og pasienter med ulik kulturell bakgrunn bør ikke bare få oppmerksomhet gjennom enkelte kurs eller på en fagdag - det flerkulturelle må inkluderes i hele grunnutdanningen til sykepleierne. På den måten kan kulturkompetanse bli en naturlig del av arbeidshverdagen, noe som vil gjøre sykepleierne i stand til å yte "transkulturell sykepleie". Sykepleierne vil slik utdannes til å bli flerkulturelle i tråd med Madeleine Leiningers TCN.

7.3 Avslutning

Denne studien har tatt for seg sykepleiernes opplevelser og erfaringer i møte med gravide innvandrerkvinner med HG og de utfordringer som de står overfor. Jeg har delt inn presentasjonen av funn, analyse og drøfting i tre hovedkategorier: Kultur, kommunikasjon og kompetanse. Ved å studere samme pasientgruppe i nye studier, kan andre hovedkategorier

være aktuelle å ta med. Et eksempel kan være å utvide de tre hovedkategoriene beskrevet i modellen i 4.1, med kosthold og ernæring, rituelle handlinger og faste, og medisinsk behandling av HG som sykepleierne utfører etter legenes forordninger:



(modellen er selvlaget 2016)

Disse kategoriene vil være i samspill med hverandre. I kommunikasjon med etnisk minoritetspasienter kan sykepleiere oppnå mer forståelse og kunnskap om andres kulturers syn på medisinsk behandling og mat i forbindelse med HG, ved å øke sin interkulturelle kompetanse.

Jeg opplever de funn som viser til sykepleiernes opplevelser og utfordringer i møte med gravide innvandrerkvinner med HG som interessante i denne studien. Funn som 'stor involvering fra pasientens storfamilie', 'fremmedartet reaksjoner hos pasienten som smerte, overdreven spyting og odør i klær og på kropp', og 'pasientene og pårørendes opplevelse av HG', var funn jeg ikke forventet på forhånd.

Et annet fokus i fremtidige studier kan være å vinkle oppgaven ut fra en pasients perspektiv. Det hadde vært interessant å gjennomføre et kvalitativt studie med å dybdeintervjue innvandrerkvinner med HG hvor man kan spørre seg: Hvordan opplever de gravide innvandrerkvinner med HG møte med det norske helsevesen når de innlegges i sykehus?

VEDLEGG I

INTERVJUGUIDE

1. SYKEPLEIERS BAKGRUNN

- alder, kjønn, ansiennitet som sykepleier
- hvorfor ble du sykepleier?
- Hva var din første jobb som sykepleier?
- Hvor lang erfaring har du med gravide innvandrerkvinner med hyperemesis gravidarum som krever innleggelse?
- Har du noen videreutdanning? Interkulturelle kurs?
- Er der utfordringer forbundet med denne pasientgruppe?
- Hvilke hindringer kan oppstå i møte med disse kvinner?

2. KOMMUNIKASJON/KOMPETANSE

- Hvordan opplever du å kommunisere med disse innvandrerkvinner?
- Hva fungerer bra?
- Hva fungerer mindre bra?
- Språkbarrierer?
- Benyttes der tolk i avdelingen? Telefontolk? Oppmøtetolk?
- Hvis telefontolk, hvordan opplever du å kommunisere med kvinnene ved bruk av tolk, når tolken befinner seg på et annet sted utenfor avdelingen?
- Hvis oppmøtetolk, hvordan opplever det for kvinnene å være så nær tolken?
- Hva innebærer det for deg at du kan bruke tolketjeneste?
- Kan ting gjøres annerledes?
- Hvilken kompetanse opplever du som sykepleier er viktig å ha i samtale med denne pasientgruppe?
- Finnes der relevant litteratur på din avdeling som kan gi deg nyttig og nødvendig kunnskap i møte med innvandrerkvinner?
- I løpet av din sykepleieutdanning, har du hatt mye undervisning i interkulturell kompetanse/forståelse?

3. KULTUR/IDENTITET/RELIGION

- Er det viktig for deg som sykepleier om kvinnenes nasjonalbakgrunn?
- Har du opplevd noen spesielle eller spontane reaksjoner som kan ha med kvinnens identitet?
- Disse vanskeligheter, kan det knyttes til kultur ? religion?
- Kulturelle forskjeller? Blottlegging? Matvaner?
- Hvilken betydning spiller familien inn her?
- Forstår kvinnen betydningen av hyperemesis gravidarum?
- Forstår hennes familie betydningen av hyperemesis gravidarum?
- Finnes der infoskriv om dette på flere språk?
- Skolemedisin versus naturmedisin?

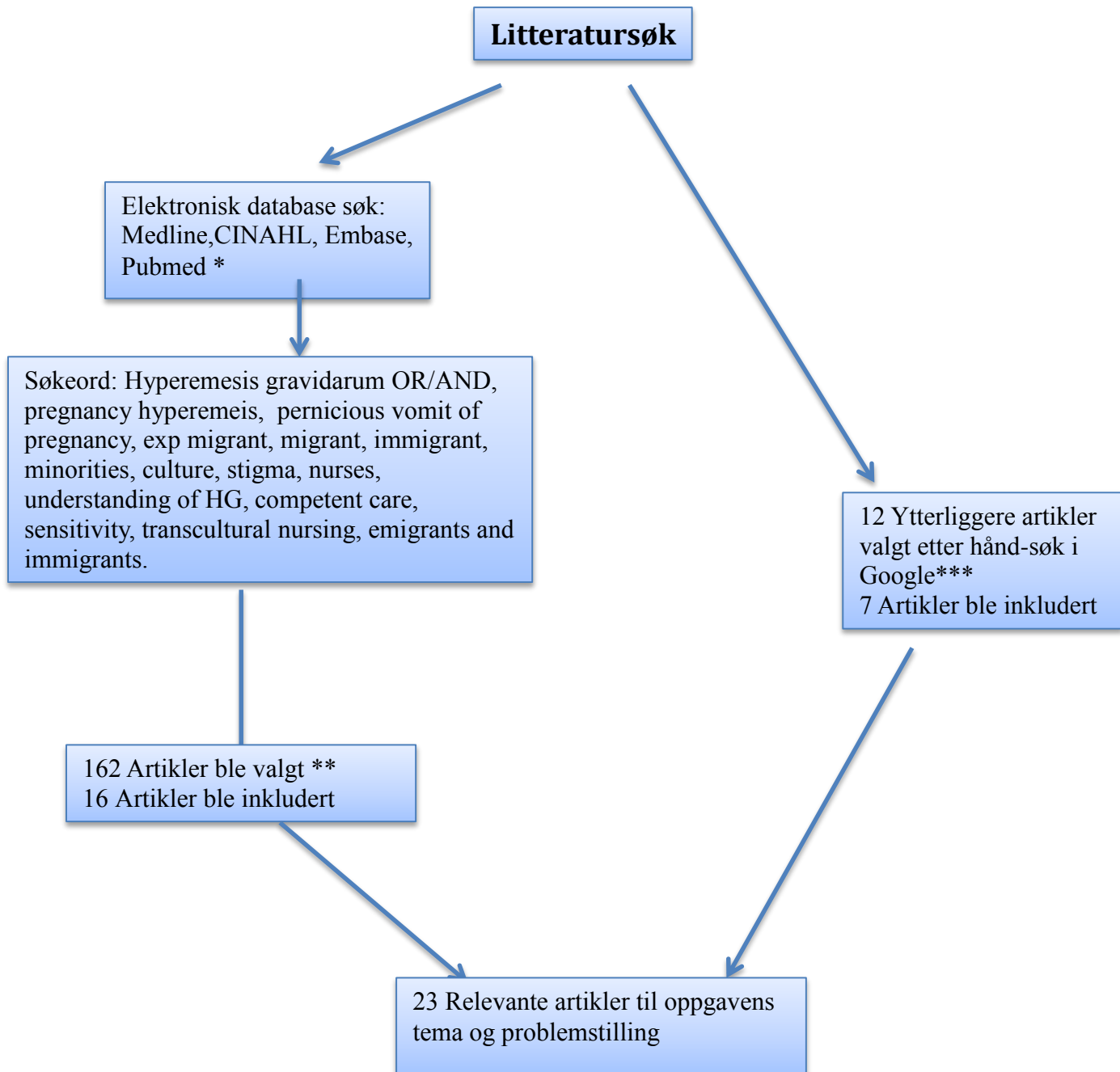
- Opplever du at din oppfatning av hyperemesis gravidarum er forskjellig fra pasienten sin opplevelse?
- Hvordan reagerer kvinnen på diagnosen?
- Er hun kjent fra sitt hjemland med denne diagnose?
- Er det forskjeller i forhold til å snakke om hyperemesis gravidarum når du snakker med etnisk norske kvinner ?
- Virker dette i så fall inn på ditt pasientforhold og dine forventninger til pleie og behandling?

- kan du si litt mer om viktigheten av.....
- opplever du det slik alltid?
- Du nevnte i sted at.....
- Hva gjør det med deg.....
- Hva kan gjøres annerledes.....

VEDLEGG 2

Måned	Forskningsprosessen
Juli 2015	Tanker omkring prosjektbeskrivelsen.
Juli 2015	Litteratursøk
August 2015	Laget en prosjektbeskrivelse
August 2015	Innlevering av prosjektbeskrivelse og godkjenning
August 2015	Sendte meldeskjema til NSD
August 2015	Kontaktet de aktuelle avdelingene på sykehuset
August 2015	Sendte meldeskjema til forskningsavdelingen på sykehuset
September 2015	Godkjenning fra forskningsavdelingen på sykehuset
September/ Oktober 2015	Oppstart og fullføring av syv intervjuer
September/ Oktober 2015	Transkribering av intervjuene
November/ Desember 2015	Feltrapportskriving og godkjenning av rapporten
Desember 2015- Mai 2016	Bearbeidingsprosessen fram mot fornyet vurdering

VEDLEGG 3



* søkehjelp av bibliotekar ved universitetssykehuset

** 138 artikler ble forkastet etter leste titler

** 6 artikler ble forkastet etter leste abstracts

** 2 artikler ble forkastet etter lest fulltekst

*** 12 web artikler ble nedlastet

*** 5 artikler ble forkastet etter lest fulltekst

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”[Sykepleiere i møte med gravide innvandrerkvinner med hyperemesis gravidarum]”

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Eli Bøhme, jeg er spesialsykepleier i operasjon og jeg er for tiden masterstudent i erfaringsbasert mastergrad i interkulturelt arbeid ved Misjonshøgskolen i Stavanger. Norge opplever stadig endringer i befolkningens demografiske sammensetning. Det gir Norge nye impulser og et interkulturelt mangfold. Men det gir oss også spesielle helseutfordringer, og om kulturelle og språklige utfordringer i møte med pasienter i helse- og omsorgstjenesten. På bakgrunn av dette trenger jeg bistand i mitt feltarbeid til å gjennomføre individuelle forskningsintervju ved din avdeling.

Hensikten med feltstudiet er å få kunnskap om sykepleiernes erfaring, holdninger og forståelse i møte med gravide innvandrerkvinner med hyperemesis gravidarum (svangerskapskvalme) som er innlagt på sykehus. Hvordan det påvirker din kliniske hverdag og hvilke utfordringer som finnes ved avdelingen. Videre er hensikten å utvikle kunnskap om hvilke kulturelle faktorer som påvirker det aktuelle tema. Kriterier for deltakelse er at du er sykepleier og har mer enn 2 års arbeidserfaring med denne pasientgruppe.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For deg innebærer deltakelse et intervju på ca. 1 time. Intervjuet vil foregå på din arbeidsplass i nøytrale kontorer. Jeg vil samtidig be om tillatelse til å gjennomføre intervjuene i din arbeidstid, til et tidspunkt som vil passe for avdelingen. Intervjuene vil bli tatt opp på en digital multifunksjonell stereo opptager. Intervjuene vil bestå av individuelle forskningsintervju med 6 sykepleiere. Du sikres full konfidensialitet i hele prosessen. Dersom du ønsker å takke ja til å være med i studien, vil det innebære for deg å dele dine synspunkter på ulike aspekter om det aktuelle temaet. Skriftlig samtykke innhentes fra informanten ved intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt uten navn og direkte gjenkjennbare opplysninger. Det vil heller ikke fremgå informasjon som kan identifisere din arbeidsplass. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet i hensikten med feltstudiet. Det benyttes lydopptak under intervjuet der hvert lydopptak blir identifisert med et fiktivt navn. Opptakene vil så skrives ut og analyseres for å inngå i prosjektet, og vil ikke bli brukt til andre formål. Opplysningene vil ikke bli formidlet videre til andre, da det er kun undertegnede som har liste som kan knytte nummer til person. Hvis du takker ja til å delta i studien, har du rett til innsyn om hvilke

opplysninger som er registrert på deg og du har også mulighet til å lese intervjuet. Du har også rett til å korrigere eventuelle feil. Datamaterialet vil anonymiseres senest ved prosjektets slutt. I den ferdige publikasjon vil ingen kunne gjenkjenne deg. Skulle det bli aktuelt å bruke direkte sitater eller annet som kan gjøre deg gjenkjennelig for dine kollegaer, vil du få anledning til å lese og godkjenne disse delene før de publiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.08.17.].

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller vil ha mer informasjon om studien, kan du ringe eller sende e-post til Eli Bøhme, eliboehme@hotmail.com, mobil: 41270520, eller veileder Gunhild Odden, gunhild.odden@sik.no, tlf: 51516278

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg bekrefter å ha både mottatt informasjon muntlig og skriftlig om studien, og takker ja til deltakelse i studien.

.....

Navn på deltaker

Dato

Signatur

.....

Masterstudent

Dato

Signatur

VEDLEGG 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Gunhild Odden
Misjonshøgskolen
Misjonsmarka 12
4024 STAVANGER

Vår dato: 04.09.2015

Vår ref: 44237 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.08.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 02.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44237	<i>Sykepleiere i møte med gravide innvandrerkvinner med hyperemesis gravidarum som innlegges på gynekologisk avdeling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Misjonshøgskolen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gunhild Odden</i>
<i>Student</i>	<i>Eli Böhme</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

VEDLEGG 6



Til Eli Bøhme Kvinne og barnedivisjonen Stavanger universitetssjukehus

Intern ID

Tildeles av forskningsavdelingen

Ephorte saksnr

2015/3700

Saksbehandler:

Inger H Bleskestad, tlf 5151 3865

Dato:

27.10.2015

Personvernombudets tilråding for behandling av personopplysninger i prosjektet:
«Sykepleiere i møte med gravide innvandrerkvinner med hyperemesis»

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger av
16.10.2015.

Behandling og utlevering av person - /helseopplysninger i denne saken
meldes til personvernombudet med hjemmel i
Personopplysningsforskriften § 7-12, jf. Personopplysningsloven § 31
første ledd.

Personvernombudet legger til grunn at dette prosjektet er forskning, og
at prosjektet omfatter behandling av personopplysninger, men ikke
helseopplysninger.

Personvernombudet tilrår prosjektet under følgende forutsetninger:

1. Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen, jf. personopplysningsloven § 11 c). Dersom formålet eller databehandlingen endres må det straks gis melding til forskningsavdelingen.

2. Tilgangen til opplysningene skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
3. Data slettes eller anonymiseres ved prosjekt slutt 01.08.2017. Det skal ved prosjektslutt sendes sluttmelding og bekreftet sletting til forskningsavdelingen.
4. Prosjektets data skal oppbevares forsvarlig og i henhold til personopplysningsforskriftens kapittel 2. Data lagres aidentifisert og manuell kryssliste oppbevares på prosjektleders kontor i låsbart skap. Personopplysninger lagret på mobile enheter må krypteres tilstrekkelig.

Inger H Bleskestad Personvernombud

Helse Stavanger HF, Besøksadresse: Armauer Hansensvei 20, Postadresse: Postboks 8100, 4068 Stavanger E-postadresse: post@helse-stavanger.no, Telefon 0 51 51, www.helse-stavanger.no, organisasjonsnummer 983 974 678

Personvernombudet



-

Forskningsavdelingen

Bibliografi

Alpers, Lise-Merete og Ingrid Hanssen. "Caring for ethnic minority patients: a mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency". *Nurse Education Today* 34(6) (2014): 999-1004.

Alpers, Lise-Merete og Ingrid Hanssen. "Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter". Klinikk for medisin, Lovisenberg Diakonale Sykehus, 2008. Tilgjengelig på www.ldh.no; besøkt 02. oktober 2015

Austgard, Kitt. *Omsorgsfilosofi i praksis*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 2002

Austgard, Kitt. "Profesjonalitet og faglig skjønn". *Sykepleien Forskning* 2010 5(1)65-65
DOI: 10.42220/sykepleief.2010.0033. Tilgjengelig på www.nsf.no/forskning/forskningsartikkel/345582/profesjonalitet-og-faglig-skjonn; besøkt 02. mars 2016

Bashiru, Braimoh Omoigberai og Anthony Nzube Iochonwu. "Oral health awareness and experience among pregnant women in a Nigerian tertiary health institution". *Journal of Dental Research and Review* (2014): 66-69

Brochmann, Grete og Knut Kjeldstadli. *Innvandringen til Norge 900-2010*. Oslo: PAX FORLAG A/S, 2014

Bryman, Alan og Robert G Burgess. *The Debate about Quantitative and Qualitative Research*. 1 vol. London: Sage Publication, 1999

Burnard, Philip, and Paul Gill. *Culture, communication and nursing*. Edinburgh: Pearson Education Limited, Edinburgh Gate, Harlow Essex CM20 2JE England, 2009

Bøe, Anne Borgny, Rigmor Botnen og Wenche Anfinsen. "Kommunikasjonsperm". Tilgjengelig på www.sykehuset-ostfold.no/fag/kommunikasjonsperm ; besøkt 02. mars 2016, 15. mars 2016

Dahl, Øyvind. *Møter mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2001. 1. utgave

Dahl, Øyvind, Jensen, Iben Jensen og Peter Nynäs . *Bridges of understanding. Perspectives on Intercultural Communication*. Oslo: Unipub forlag, 2006

Dalland, Olav. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012. 5 utgave.

Drønen, Tomas Sundnes. *Anthropological Historical Research in Africa: How Do We Ask?* Tilgjengelig på DOI: <http://dx.doi.org/10.1353/hia.2006.0011> ; besøkt 03. september 2015

Drønen, Tomas Sundnes, Kjetil Fretheim og Marianne Skjortnes. *Forståelsens gylne øyeblikk. Festskrift til Øyvind Dahl*. Trondheim: Tapir, 2011

Egerod, Ingrid. "Tværkulturel sygepleje". Tilgjengelig på <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-1998-1/tvaerkulturel-sygepleje> ; besøkt 23. August 2015

Eide, Hilde og Tom Eide. *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo : Gyldendal akademiske, 2007. 2 utgave

Eriksen, Thomas Hylland. *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 2001. 2 utgave

Eriksen, Thomas Hylland. *Globalisering åtte nøkkelbegreper*. Oslo: Universitetsforlaget, 2010

Eriksen, Thomas Hylland og Torunn Arntsen Sørheim. *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2006. 4 utgave

Everett , Euris L og Inger Furueth. *Masteroppgaven. Hvordan begynne- og fullføre*. Oslo : Universitetsforlaget, 2012. 2 utgave

Finnström, Berit og Olle Söderhamn. "Conceptions of pain among Somali women". *Journal of Advanced Nursing* 54(4) (2005): 418-425

Fiona, Kelly og Irena Papadopoulos. "Enhancing the cultural competence of healthcare professionals through an online course". *Radcliffe Publishing* 6 (2009): 77-84

Gadamer, Hans-Georg. *Sannhet og metode. Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax forlag, 2010.

Geertz, Clifford. *The interpretation of culture*. New York, NY: Basic Books : 3-30, 1973

Gjæver, Henrik. "Kvalitativ metode". Tilgjengelig på www.giaever.com/sosiologi/KM.htm ; besøkt 15. August 2015

Graneheim, U.H og B Lundman. "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness". *Nurse Education Today* 24 (2004) : 106-112

Hammersley, Martyn og Paul Atkinson. *Feltmetodikk, grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal akademiske, 2004

Hanssen, Ingrid. *Facing differentness An empirical inquiry into ethical challenges in intercultural nursing*, Oslo: The Institute of Nursing. The University of Oslo, 2002

Hanssen, Ingrid. *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005

Hanssen, Ingrid. "Kommunikasjon på tvers av kulturer". Tilgjengelig på https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronicissues/articles/13kr1_annen_kulturell_bakgrunn_1561.pdf ; besøkt 03. oktober 2015, 07. oktober 2015

Hansen, Ingrid og Lise-Merete Alpers. "Utilitarian and common-sense morality discussions in intercultural nursing practice". SAGE 17(2) (2010): 201-211

Hofmann, Bjørn. "Pasientautonomi som etisk rettesnor-en kritisk gjennomgang". Tilgjengelig på <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasientautonomi-som-etisk-rettesnor-en-kritisk-gjennomgang> ; besøkt 04. mars 2016

Hugaas, Jon Vegar, Jan Hummelvoll og Hans Magnus Solli (red.). *Helse og helhet. Etiske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis. Festskrift til Antonio Barbosa da Silva*. Oslo: Unipubforlag, 2004

Lacasse et al. "Epidemiology of nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity, determinants, and the importance of race/ethnicity". BioMed Central 1471-2393/9/26(2009): 9-26

Leininger, Madeleine. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices*, second edition. New York: College Custom Series, 1995

Malin, Maili og Mika Gissler "Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland". *1 BioMed Central* 1471-2458/9/84(2009): 1-14

Magelssen, Ragnhild. *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe Forlag, 2002

Magelssen, Ragnhild. *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe Forlag, 2008. 2 utgave

Magelssen, Ragnhild "Generell sykepleie: Hva sier begrepet "transkulturell sykepleie" om vår virkelighetsoppfatning? DOI: 10.4220/sykepleiens. 2004.0015. Tilgjengelig på <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/generell-sykepleie-hva-sier-begrepet-transkulturell-sykepleie-om-var> ; besøkt 24. august 2015

Myfanwy, M. Davies og Peter A. Bath "The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom". *Journal of Advanced Nursing* 36(2) (2001): 237-245

O'Brien, B og N Newton. *Psyche versus soma: Historical evolution of beliefs about nausea and vomiting during pregnancy*. DOI: 10.3109/01674829109077994, volume 12, issue 2, 1991

Opsal, Jan. Utfordringer og kompetansebehov når helsevesenet møter muslimer, i Hugaas, Jon Vegar, Jan Kåre Hummelvoll & Hans Magnus Solli (red.): *Helse og helhet. Etiske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis*, Oslo: Unipub 2004 : 211-232

Obrowski, Michael og Stephanie Obrowski "Hyperemesis Gravidarum- A Serious Issue during Pregnancy: In-Depth Clinical Modalities Review and Treatment". *MOJ Womens` Health* 1(2) Volume 1 Issue 2 (2015). Tilgjengelig også på www.medcraveonline.com/MOJWH/MOJWH-01-00010.pdf

Otterstad, Ann Merete (red). *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold-fra utsikt til innsikt*. Oslo: Universitetsforlaget, 2008

Papadopoulos, Irena. *Transcultural Health and Sosial Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. London: Churchill Livingstone, 2006

Papadopoulos, Irena og Shelley Lees. "Developing culturally competent researchers". *Journal of Advanced Nursing* 37(3) (2002): 258-264

Plaza del Pino, Fernando J, Soriano Encarnación og Gina MA Higginbottom " Sociocultural and linguistic boundaries influencing intercultural communication between nurses and Moroccan patients in southern Spain: a focused ethnography". *I BMC Nursing*12:14 (2013)1-8

Power, Zoë, Ann M Thomson og Heather Waterman. "Understanding the Stigma of Hyperemesis Gravidarum: Qualitative Findings from an Action Research Study". Tilgjengelig på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2010.00411.x/full> ; besøkt 19. februar 2016

Rässjö et al "Somali womens' s use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: A descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedishwomen".Tilgjengelig på <http://www.sciencedirect.com/science/articles/pii/S1877575613000330X> ;besøkt 15. november 2015

Repstad, Pål. *Kvalitative intervjuer. I mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007 : 76-102

Roy, Abhik and William J. Starosta."Hans-Georg Gadamer, language, and Intercultural Communication" *I Language and Intercultural Communication* 1 , 2001: 6-20

Saadati, Monir. "åpner seg lettere for flerkulturelle sykepleiere". Tilgjengelig på <http://sykepleien.no/forskning/2009/11/apner-seg-lettere-flerkulturelle-sykepleiere> ; besøkt 27. januar 2016

Scheppers et al "Potential barriers to the use of health service among ethnic minorities: a review". *Family Practice* 23 (2006):325-348

Scholte, Jan Aart. second edition revised and updated. *Globalization a critical introduction*. London: Palgrave Macmillan, 2005

Thagaard, Tove. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget, 2013. 4 utgave

Tiran, Denise "Nausea and vomiting in pregnancy: An 'alternative' approach to care". *I British Journal of Midwifery*. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2014.22.8.544>

Vetlesen, Arne Johan og Per Nortvedt. *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996. 2 utgave

Vikanes, Åse Vigdis. *Causes of hyperemesis gravidarum*. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, University of Oslo. Unipub forlag . 2010

Wiley, Andrea S. og John S. Allen, *Medical Anthropology. A Biocultural Approach*. New York & Oxford: Oxford University Press , 2009 s: 10-35

Annen referanse

Helsedirektoratet ”*Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*” IS-1924, 2011. Tilgjengelig på <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene> ; besøkt 26. mars 2016

Helse- og omsorgsdepartementet ” *Likeverdig helse- og omsorgstjenester- god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*”, 2013. Tilgjengelig på www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse-og-omsorgstjenester/id733870/ ; besøkt 25. november 2015

Helse- og omsorgsdepartementet ” *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven. Rett til medvirkning og informasjon*”, 1999. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> ; besøkt 22. februar 2016

Justis- og beredskapsdepartementet ”*Forbud mot bruk av barn som tolk*”. Pressemelding nummer 19. 2016. Tilgjengelig på www.regjeringen.no/no/aktuelt/forbud-mot-bruk-av-barn-som-tolk/id2478184/ ; besøkt 26. mars 2015

NESH. 2006. *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo. De nasjonale forskningsetiske komiteer.

Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 25.januar 2008. Tilgjengelig på www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf ; besøkt 24.januar 2016

Morning Sickness Cartoon. Pregnancy Sickness Quotes/Early Pregnancy. Tilgjengelig på www.earlypregnancy.net ; besøkt 04. januar 2016

Stortingsmelding nummer 17 (1996-97) *om innvandring og det flerkulturelle Norge*. www.regjeringen.no ; besøkt 01. januar 2016

Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig på www.ssb.no besøkt 16. november 2015, 25.november 2015, 07. mars 2016

Sykepleierforbundet. "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler". Tilgjengelig på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf ; besøkt 02. februar 2016

Mumsnet "Did anyone have excess salivation in early pregnancy?" 2009. Tilgjengelig på www.mumsnet.com/Talk/pregnancy/744112-Did-anyone-have-excess-salivation-in-early-pregnancy ; besøkt 04. januar 2016, 11. mars 2016

Steadyhealth "Cure For Spitting in Pregnancy" 2016. Tilgjengelig på www.steadyhealth.com/topics/cure-for-spitting-in-pregnancy ; besøkt 04. januar 2016, 11. mars 2016