

Magisteruppsats

## Autentiskt möte

---

**En litteraturstudie om sjuksköterska-patient relationen vid olika modersmål**

**Authentic encounter – A review of bilingual nurse-patient relationships**

Författare: Helinä Soras  
Handledare: Birgitta Klang  
Granskare: Doris Hägglund  
Examinator: Anna Ehrenberg  
Ämne: Vårdvetenskap  
Kurs: Examensarbete  
Poäng: 15 poäng avancerad nivå

Högskolan Dalarna  
791 88 Falun  
Sweden  
Tel 023-77 80 00

**Sammanfattning** sökord: omvårdnad, modersmål, relation, autenticitet, autentisk, patient-centerad

Studiens syfte var att beskriva kännetecknen för ett autentiskt vårdmöte där patient och vårdare har ett gemensamt, respektive olika modersmål. Datainsamling har skett i vetenskapliga databaser via sökverktyget Summon. De valda artiklarna analyserades och resulterade i tre huvudteman efter en meta-syntes. I studien framkom att erkännande och respekt för patientens språkliga identitet är en viktig förutsättning för etablering av ett autentiskt möte och patient-centerad vård när vårdare och patient hade olika modersmål. Vårdaren kunde visa detta genom flera olika strategier, att lära sig några ord på patientens språk, att förklara att man var okunnig i patientens språk och att försöka överbrygga språkbarriären med användning av gester, ljudinspelningar eller att kommunicera via kulturella mediatorer. När vårdaren var tvåspråkig visade han/hon lyhördhet till behov av språkbyte och erbjöd det vid behov. Användning av dessa enkla metoder bör integreras i vårdutbildningarna tillsammans med kännedom om modermålets betydelse för patient-centerad vård.

**Abstract** keywords: nursing, bilingual, relationship, authenticity, authentic, patient-centered

Three main findings were revealed via metasynthesis of literature. It appears that the single most important factor in establishing an authentic relationship between the carer and the patient (this is a prerequisite of patient-centered caring), is the recognition of the patients lingual identity. Skilled practioners enable this by code-swiching between the dominant language and patients first language (mothertongue) with a sensitivity to the patients preferred language in the particular situation. Ofcourse not all carers can be expected to posess skills in all minority languages, but the studies show that even a limited use of the patients preffered language can help the patient to feel more at ease. Learning a couple of frases in a minority language shows the patient that their lingual identity is appreciated and valued. In cases where this is not possible can the same effect of balancing the powerstructure in the relationship be established by the carer showing appreciation towards the patients lingual position. This can be done for example by explaining that the carer is unable to speak the patients mothertongue and asking permission to proceed in the dominant language. The use of these simple measures should be intergrated to health and medical staffs training, along with education in awareness of the roll of language in patient-centered care.

<b>Innehållsförteckning</b>		sida
<b>1.0</b>	<b>Inledning</b>	1
<b>2.0</b>	<b>Bakgrund</b>	1
	2.1 Språket och omvårdnad	1
	2.2 Relationen i vårdmötet	3
	2.2.1 Subjekt - objekt relation	4
	2.2.2 Språket och relationen i vårdmötet	5
<b>3.0</b>	<b>Problemformulering</b>	6
<b>4.0</b>	<b>Syfte</b>	6
	4.1 Frågeställningar	6
<b>5.0</b>	<b>Etiska hänsyn</b>	6
<b>6.0</b>	<b>Metod</b>	7
	6.1 Design	7
	6.2 Urval av litteratur	7
	6.3 Analys	9
<b>7.0</b>	<b>Resultat</b>	10
	7.1 Att stärka identiteten och mötas i språket	10
	7.2 Att förstå och mötas i språket	12
	7.3 Att visa patientcentrering	14
<b>8.0</b>	<b>Diskussion</b>	16
	8.1 Sammanfattning av huvudresultaten	16
	8.2 Resultat diskussion	17
	8.3 Metod diskussion	18
<b>9.0</b>	<b>Förslag till vidare forskning</b>	20
<b>10.0</b>	<b>Konklusion</b>	21
	Referensförteckning	22
	Bilaga 1. Granskningsmall för kvalitativa studier	27
	Bilaga 2. Granskningsmall för kvantitativa studier	28
	Bilaga 3. Artikelmatris	29



## 1.0 Inledning

Som verksam sjuksköterska och finskspråkig inom primärvården i Sverige har jag många gånger stött på ett fenomen som förundrat mig när jag mött en patient med gemensamt modersmål. När vi växlar språk till vårt modersmål präglas relationen av mer värme och närhet än som fanns där innan. Även maktbalansen i vårdrelationen jämnas ut. Vad är det som sker och varför? Utmaningar inträder i vårdrelationen när vårdare pratar ett dominerande språk och klienten är flerspråkig med ett annat modersmål. Det omvända inträder också och är dåligt studerat trots att en betydande del av vårdpersonalen i väst har ett annat modersmål än det dominerande språket i landet i fråga.

## 2.0 Bakgrund

Vår värld idag domineras alltmer av globalisering och i egenskap av vårdgivare såväl som vårdtagare konfronteras vi närmast dagligen med människor från andra kulturer, och med andra språk än vårt eget. Detta ställer hälso- och sjukvårdspersonalen inför nya situationer och utmanar våra gamla sätt att hantera och bygga upp vårdrelationer (Soras, 2007). Fishman (1998) räknar att det finns cirka 6000 orala språk i världen, fördelade på 250 nationalstater. Med tanke på denna mångfald är en till ett förhållande mellan en nation och ett språk en omöjlighet. På senare år har språkminoriteternas behov uppmärksamrats alltmer. Europeiska Unionen har genomfört ett arbete för att trygga de nationella språkliga minoriteternas ställning, vilket har resulterat i en reglering av språkens ställning via fördraget European Charter for Regional Minority Languages (EU, 1998). Flera av våra europeiska grannar har sedan länge fler än ett officiellt språk, däribland Finland, Schweiz, Belgien, Holland och Irland. I dessa länder ses det närmast som en självklarhet att bedriva såväl skola som vård på patientens föredragna språk. Trots detta finns det lite forskning om språkets inverkan på vårdrelationen.

### 2.1 Språket och omvårdnad

En två- eller flerspråkig (bilingual) person är en som behärskar två språk till synes perfekt men har det ena språket som föredraget språk (preferred language). Graden av tvåspråkighet fluktuerar under livet och varierar även från situation till situation beroende på omständigheter (Hyltenstam,

1988, refererad i Ekman, 1993). Generaliserat upplever immigranter det nya språket som någonting positivt, en väg till integration i det nya samhället/landet medan minoritets representanten upplever majoritetsspråket som maktmedel riktat mot dem, ofta på grund av en historia av språkligt förtryck (Hanssen, 1998). Den som behärskar ett språk har större makt än den som inte gör det (Eide & Eide, 1997). Inom psykiatri (Roberts & Paden, 2000, Madoc-Jones, 2004) och äldreomsorgen (Heikkilä, 1994, Ekman, 1993) har det publicerats forskning inom området modersmålets betydelse för omvårdnaden. Trots att tvåspråkigheten har stor betydelse även inom andra vårdformer finns det sparsamt med studier inom primärvården. En kvalitetshöjning av omvårdnaden när kommunikation sker på modersmålet beskrivs av flera författare (Madoc-Jones, 2004, Heikkilä, 2004). Heikkilä (1994) fann att språksvårigheter även kan bidra till isolering och ensamhet och ge minskad självkänsla.

Språkbrister kan äventyra diagnostiken, i Ekmans (1993) studie fann man flera fall där patienten fått demens diagnosen för tidigt i sin sjukdomsutveckling och där graden av demens felbedömts. Detta kan bero bland annat på att användning av det inlärd språket genomgår förändringar när människan åldras. En patient med begynnande demens får svårare att välja adekvat språk i olika situationer, vilket kan leda till att patienten bedöms vara mer förvirrad än hon/han är. Två- och flerspråkiga använder sig i sin kommunikation med andra tvåspråkiga så kallad code-switching, med vilket menas att de växlar mellan två eller flera språk med syfte att utöka sitt uttryckspektrum (Kumar, Narendra, 2012). Vid demens försvåras språkseparatoring (language separation) och leder till svårigheter i code-switching och personen blandar då olika språk i en och samma mening även i kommunikation med enspråkiga som då får svårigheter att tolka vad personen menar (Ekman, 1993).

Det är inte möjligt att sätta likhetstecken mellan kultur och språk. Enligt Merleau-Ponty (1945/1962) har orden ingen mening i sig utan bär på en mening som består av hela språkets historia kondenserad och infogat i ordet. Jag hävdar att man i sin kropp kan bära på två språkliga världar och att det kan till och med berika en genom att tillhandahålla två världsbilder som kan integreras i kroppen i harmoni. En förutsättning är dock att båda språken tillkännages lika värde så att människan kan leva i dem på lika villkor. Språket är centralt i existensen enligt Merleau-Ponty (1945/1962), människan lever i språket. Det är genom språket som människan projicerar sig mot världen.

För en som inte behärskar språket, en som bara börjat sin väg mot att lära sig ett annat språk måste orden te sig som tomma, "but clearly, when the word loses its meaning it is modified down to its sensible aspect, it is emptied."(Merleau-Ponty, 1945/1962, s.224). En person som inte fullt behärskar ett språk kan konversera på ett ytligt plan till synes utan problem. Men eftersom ordens inneboende mening inte finns hos honom får inte orden nödvändigtvis den resonans, varken hos honom själv eller den andre, som samtalspartnern förväntar sig. Merleau-Ponty menar att orden är en sorts gest. Denna språkliga gest föreslår ett nytt sätt att percipiera, om det är autentiskt språk, den transformerar människan mot ett nytt sätt att vara i relation till andra och till sig själv. "...the word gesture must be performed in a certain setting common to the speakers, just as the comprehension of other gestures presupposes a perceived world common to all..."(Merleau-Ponty, 1945/1962, s. 226). Ett uttryck kan aldrig översättas fullt ut till ett annat språk på grund av dess inneboende mening. Vi tenderar på ett naivt sätt att tro att vårt eget språk har de bästa formuleringarna och uttrycker tingens essens. Men mellan språken finns det enorma skillnader i perspektiv som de anslår i världsbilden. Till exempel kan frånvaro av ett tecken var ett tecken i sig. Uttrycken är inte en ihopfogning av meningselement med ett språkligt element utan som Merleau-Ponty beskriver det, en språkets bearbetning av språket som plötsligt förskjuts i riktning mot sin mening. Att säga någonting är inte som att placera ett ord framför varje tanke. Vi skulle förbli i tystnaden och inte ha känslan att leva i språket, ingenting skulle bli sagt (Merleau-Ponty, 1945/1962).

För att få tillgång till världen måste människan ha ett språk. Genom tillgängliga meningar, som förmedlas genom ord, skapas mellan talarna en gemensam värld till vilken orden refererar. Människan använder språket till att skapa en levande relation, språket upphör att vara ett instrument eller medel och blir till en manifestation av en varelse som är sammanlänkad med världen och sin medmänniska (Merleau-Ponty,1945/1962). I detta skikt sker det autentiska mötet. Många omvårdnadsforskare har arbetat med, och försökt definiera, vad som konstituerar dessa autentiska möten. Många av oss som arbetat inom vården kan känna igen oss i dessa situationer. Paterson och Zderad (citerade i Rooke, 1995) beskriver dem som "these beautiful moments". De menar stunder där en djup samhörighet har trätt in i vårdare-patient relationen, och det är dessa relationer som många anser vara terapeutiska.

## 2.2 Relationen i vårdmötet

Vårdvetenskapens kärna är relationen mellan patient och vårdare, närmare bestämt det som sker i relationen mellan vårdaren och den som vårdas (Meleis, 1997, Rooke, 1995). Kännetecknande för en vårdande relation är förmågan till etisk reflektion (Dahlberg et al, 2003). I denna vårdrelation finns det också en konstnärlig aspekt som visar sig i samspelet mellan vårdaren och den vårdade. Sjuksköterskan synkroniserar med patienten och hon vet när hon är synkroniserad (Gendron, 1988,1994, refererad i Meleis,1997). Det finns en ömsesidighet i relationen. Jag menar att detta förutsätter en autentiskhet i kommunikationen som beskrivet av Buber (1923/1994). Buber uttrycker detta på följande sätt "...mellan Jag och Du står intet syfte, intet begär och intet föregripande... varje medel är ett hinder. Endast där alla medel fallit bort sker mötet" (Buber,1923/1994).

Vårdmötessituationen ställer sjuksköterskan inför ett absolut etiskt krav som hon inte kan ignorera när hon praktiserar yrket enligt yrkesetikens fodran. Det innebär att varje människa tilldelas en värdighet som kräver att vi aldrig får nyttja denne som objekt eller medel, utan alltid betrakta denne som subjekt (Rachels, 2009). Detta är så centralt i vårdvetenskapen att vissa teoretiker menar att omvårdnadens främsta uppgift är just att upprätthålla andras värdighet (Gadow,1985,Watson, 1988, 1990, refererad i Meleis, 1997).

### 2.2.1 Subjekt - objekt relation

Vid tre års åldern slutar barnet förväxla sig själv med situationen eller med sin roll i en situation (Merleau-Ponty,1947/1964). När andra tittar på barnet får det svårigheter med att fokusera uppmärksamheten på uppgiften i fråga, istället riktas barnets uppmärksamhet till en representation av honom som utförare av uppgiften (Merleau-Ponty,1947/1964). De flesta av oss löser denna kris men fenomenet fortsätter att påverka oss även i vuxen ålder. Våra blickar och kroppar påverkar varandra utan medveten avsikt. En treåring som hämmas av andras blickar reagerar så därför att han inte längre känner sig vara det han är i sina egna ögon, utan han känner sig också som den som andra ser honom att vara (Merleau-Ponty,1947/1964). I Merleau-Pontyanska termer rämnar den intentionella bågen (Bullington, 2010) och adekvat strukturuomvandling uteblir. Likaså för en språklig minoritetsrepresentant, eller en representant för vilken som helst sårbar grupp, är detta en av mekanismerna av hur oreflekterade fördomar hos majoritetsbefolkningen befästs i den levda kroppen. Minoritetsspråkets utövare alienerar sig från sin levda kropp i mötet med "den andres blick" och som



ett sätt att hantera situationen förminskar sig själv för att få till stånd en harmoni mellan den levda kroppen och situationens krav. Om inte parterna får till stånd en autentisk dialog kan mötet komma att ske i en dold disharmoni. Dessa upplevelser kan sedimenteras i den sårbara personen och kan komma att alienera denne från sin kropp och sina sjukdomsyttningar.

### 2.2.2 Språket och relationen i vårdmötet

Från mitten av 1900-talet har det skett ett paradigmskifte i omvårdningsforskning. Omvårdnaden hade fram till dess huvudsakligen setts som övervakning av medicinska parametrar hos patienten. Patienten sågs som objekt för olika åtgärder och där sjuksköterskan agerade i överordnad ställning i förhållande till patienten. Sjuksköterskan som person sågs som en representant av sin utbildning och var utbytbar, hennes personlighet hörde inte till yrkesrollen och förlades utanför omvårdnaden, på samma sätt skulle inte patientens personlighet påverka omvårdnadens utformning (Aranda & Street, 1999).

Under andra halvan av nittonhundratalet och på tvåtusentalet har omvårdnad- och vårdvetenskapens intresse riktats mot sjuksköterska-patient relationen där omvårdnad omdefinierats som mellanmänsklig interaktion. Dock finns delar av det gamla synsättet kvar, till exempel uppmanas sjuksköterskan än idag att vara professionell i sin relation till patienten i den mening att hon bör separera sig själv och sin person från relationen (Aranda & Street, 1999). Trots alla försök att reformera vården mot ett patientcentrerat arbetssätt har det visat sig svårt att genomföra förändringen utan att förändra personalens attityder och arbetskultur på vårdenheterna (Manley & McCormack, 2008). Kanske beror det på att det kan vara svårt att förstå vad som avses med ett autentiskt vårdmöte. Ordet autentisk definieras i Svenska Akademiens ordbok (Svenska Akademin, 2013) som, "det som verkligen härrör från den person, tid osv. som uppgifves; som verkligen är af den beskaffenhet som uppgifves; äkta, genuin; ursprunglig, original-; fullt säker, tillförlitlig". Egenskapen att vara autentisk står för ursprunglighet, äkthet samt tillförlitlighet.

Personcentrerad och individualiserad omvårdnad förutsätter en autentisk relation mellan vårdare och patient. Vården ska vara empatisk, stötta patientens värdighet och utgå från dennes individuella behov och önsknings (Manley & McCormack, 2008). Sjuksköterskan strävar efter en autenticitet i en ömsesidig, terapeutisk relation, där patientens livsvärld är basen för deras interaktion och utgör

grunden till beslut i omvårdnaden. Sjuksköterskan synkroniserar med patienten genom autentisk kommunikation där språket möjliggör det subjektiva i förhållandet som hon eftersträvar (Aranda & Street, 1999). En sjuksköterska i Aranda och Streets (1999) studie definierar vad hon menar med autenticitet: "...it is about being able to be myself without all my layers around me.". Enligt Buber (1923/1994) och Merleau-Ponty (1945/1962) förutsätter det autentiska mötet ett autentiskt språk, ett oförfalskat språk utan underliggande intentioner.

### **3.0 Problemformulering**

I dagens globaliserade värld möter sjuksköterskan patienter som har andra modersmål och patienter möter sjuksköterskor som de inte delar modersmålet med. Människan använder språket till att projicera sig mot omvärlden och genom tillgängliga meningar skapas en gemensam verklighet som orden refererar till. Idag förutsätts av sjuksköterskan ett patientcentrerat förhållningssätt, vilket innebär att vården skall anpassas till individen och där omvårdnad och medicinska åtgärder utgår från patientens livsvärld. Sjuksköterskan söker tillgång till denna livsvärld genom autentiskt möte med patienten, ett möte där patienten kan visa sig hel, och de verkliga, sanna, behoven kan framträda. Det är rimligt att anta att om parterna har olika modersmål kan det utgöra ett hinder för det autentiska mötet.

### **4.0 Syfte**

Att beskriva kännetecknen för ett autentiskt vårdmöte där patient och vårdare har ett gemensamt, respektive olika, modersmål.

#### **4.1 Frågeställningar**

Vilka är förutsättningarna för ett autentiskt möte? Vilka eventuella likheter och skillnader finns i de förutsättningar som behövs för ett autentiskt möte när vårdare och patient har gemensamt kontra olika modersmål? Hur kan ett autentiskt möte kunna komma till stånd/utvecklas när vi möts med olika språk?

### **5.0 Etiska hänsyn**

Behov av godkännande av en etisk nämnd har inte identifierats. Avsikten är att sträva efter objektivitet genom att arbeta förutsättningslöst, medvetet, öppet och mångsidigt samt att vara politiskt neutral (Andersen, 1994). Vid litteratursökning kommer inga relevanta artiklar uteslutas och datat presenteras och analyseras så korrekt som författaren förmår (Sandelowski, 2008). Den från början emancipatoriska utgångspunkten har övergetts och ersatts av en mer neutral hållning till materialet.

## **6.0            Metod**

### **6.1            Design**

Studien är en meta-syntes, med vilken avses en systematisk översikt av litteratur där de ingående studiernas resultat slås samman och analyseras på nytt. Studierna är huvudsakligen kvalitativa, men även kvantitativa och studier med andra metoder kan inkluderas i sammanvägningen i en meta-syntes (Walsh & Downe, 2005).

### **6.2            Urval av litteratur**

Litteratursökningen började på samma sätt som en systematisk litteratursökning men utökades avseende sökstrategier med syfte att hitta all litteratur inom området, såväl kvalitativ, kvantitativ och mixed-metod litteratur. Under första sökningarna utvecklades sökstrategier och identifierades relevanta nyckelbegrepp som sedan kom att användas vid den slutgiltiga sökningen. När sökstrategierna reviderades flera gånger framkom det behov av även manuell sökning i referenser i de funna artiklarna för att hitta så många artiklar som möjligt inom området (Kristensson, 2014, Walsh & Downe, 2005). Litteratursökning skedde i vetenskapliga databaser via Högskolan Dalarnas biblioteksdatas sökverktyget Summon i databaserna PubMed, Cochrane Library, CINAHL, Academic Search Elite och PsycINFO. På grund av sökverktygets arkitektur var det inte möjligt att särskilja vilka databaser olika artiklar hittades i och Tabell 1 reflekterar detta. En sökning direkt i var och en av dessa vetenskapliga databaser torde dock ge samma slutresultat. I den slutgiltigt använda sökstrategin användes MeSH termerna “+nursing”, “+bilingual”, “+relationship” med Boolean operator “AND” samt indexord “nursing”, för att identifiera relevanta artiklar (se Tabell 1). De huvudsakliga inklusionskriterierna var artikelns fokus på relationsaspekter. Urvalet begränsades till artiklar skrivna på engelska, svenska, norska och finska. Artiklar utifrån både patient och personal perspektiv

inkluderades eftersom studiens fokus är i relationen mellan dessa två. Likaså inkluderades samtliga funna patientkategorier på grund av att artiklarna behandlade relationen mellan vårdare och patient och alla typer av patientkategorier bedömdes vara relevanta i sammanhanget. Studien kom således att inkludera artiklar som behandlar vård av barn, ungdomar, vuxna, förlossningvård och vård av äldre, både i somatisk som i psykiatrisk vård. De artiklar som behandlar kommunikation via tolk exkluderades, likaså översättning av standardformulär och bruk av dessa bland olika språkgrupper, då de efter läsning av abstracts bedömdes vara irrelevanta till studiens syfte (Kristensson, 2014). De färskaste artiklarna gavs företräde, men kunde inte avgränsas tidsmässigt till det senaste tioårsintervallet då urvalet skulle ha blivit för litet. Tre av artiklarna identifierades via SAGE journalsystems som länkar till artiklar som var refererade till de som hittades via sökning med sökord, flertalet av de valda artiklarna hade även referenser till varandra. Totalt har elva artiklar inkluderats (se Bilaga 1. Artikelmatris).

En viktig skillnad mellan systematisk litteraturstudie och en meta-syntes är att meta-syntesen ämnar inkludera **all** litteratur inom området, vilket enligt Walsh and Downe (2005) inneburit att strävan efter att få med alla studier inom frågeställningen ibland i meta-syntes studier lett till bristfällig kvalitetsgranskning av de ingående artiklarna, vilka inte heller redovisats i tabeller. I denna studie kvalitetsgranskades de elva ingående studierna enligt granskningsformulär av Forsberg et al. (2008) och presenteras i en artikelmatris inklusive kvalitetsbedömning. Kvalitetsgranskningen skedde enligt respektive granskningsmall beroende på studiens metod och poängsattes därefter med kvalitetsbedömning där poäng < 16=Låg kvalitet, 16-20 poäng=Medel kvalitet och poäng > 20 =Hög kvalitet för kvalitativa studier och poäng = 19-24 =Medel, poäng >=25=Hög kvalitet för kvantitativa studier. Alla elva inkluderade artiklarna erhöll poäng över 16 och inkluderades i meta-syntesen. Utöver denna granskning gjordes även en allmän helhetsbedömning vid genomläsning av artiklarna enligt Kristensson (2014) avseende relevansen till denna studiens syfte samt de kvantitativa studiernas validitet, och kvalitativa studiernas trovärdighet. Särskild vikt lades vid granskning av bias vilket resulterade i exkludering av några studier redan vid första genomläsningen. Artikelmatrisen skrevs på engelska av ett flertal skäl, dels för att undvika missförstånd då det än så länge saknas etablerade begrepp på svenska i forskningsområdet, till exempel var det svårt att hitta motsvarande ord på svenska för termen “preferred language”, dels då engelskan är ett språk som den tänkta läsarkretsen behärskar och det möjliggjorde en snabbare skrivprocess för författaren som inte har svenska som modersmål.

Tabell 1 Artikelsökning med applikation Summon, via Högskolan Dalarna

Databaser: PubMed, Cochrane Library, CINAHL, Academic Search Elite, PsycINFO	Ämnes ord och Språk	Antal funna	Antal valda efter rubrik	Antal valda efter abstraktgenomgång och före kvalitetsbedömning	Antal inkluderade efter artikelgranskning och kvalitetsbedömning
+bilingual AND +nursing AND +relationship	nursing	915	256	10	8
omvårdnad AND språk	alla	44		3	0
<b>SAGE</b> referenser via de ovan valda 8 artiklarna		7		4	3

### 6.3 Analys

Enligt Dahlberg et al. (2008, s.346-347) är det möjligt att göra en meta-syntes baserad på ett flertal kvalitativa studier, så länge som studierna är intimt sammanlänkade, och utifrån dessa vidareutveckla existerande teorier eller skapa nya. Walsh & Downe (2005) menar att det är möjligt att inom den kvalitativa paradigmen, som inte ser sanningen i den positivistiska andan, utan där multipla sanningar kan konstrueras från upplevelser, använda data från studier med skilda metoder för att svara på kvalitativa forskningsfrågor. Detta innebär att kvalitativa och kvantitativa studiers resultat kan sammanfogas i meta-syntesen. Med meta-syntes menas en systematisk, konceptskapande analys av data från olika källor och alltså inte den traditionella kvantitativa meta-analysen som har homogena randomiserade kontrollerade studier som källa (Walsh & Downe, 2005). Denna teorigenererande analysmetod kan utöka den snäva, begränsade omfattning som ofta kännetecknar kvalitativa studier, till att lyfta dessa till ett större sammanhang eller mönster och även göra det möjligt att generalisera. De valda studierna till denna uppsats är kvalitativa med undantag för en studie som är kvantitativ och en som är mixed-metod, samtliga studier är fokuserade på patient-vårdare relation vilket utgör den sammanlänkning som en meta-syntes kräver (Dahlberg et al., 2008).

När det elva ingående artiklarna hade valts ut skedde en "compare and contrast" jämförelse mellan artiklarna för att klargöra hur de var sammanlänkade. Vid den första läsningen uppkom ett stort antal

deskriptiva kategorier och rubriker som bevarade "original datat" ur studierna utan tolkning, dessa skrevs ner och utgjorde data för nästa analytiska fas. I nästa steg sammanvägdes dessa teman och studierna interrelaterades, gemensamma metaforer och koncept identifierades som sedan efter ytterligare analys resulterade i de nedan presenterade tre teman som en slutlig meta-syntes av de ingående studiernas resultat (Walsh & Downe, 2005). Under analysens gång uppkom flera relevanta aspekter kring forskningsfrågan, dessa reflekterades i teman för att ge en bred och varierad litteraturöversikt över fenomenet. Omarbetningen skedde i enlighet med forskningsprocessen så att de i förväg bestämda forskningsfrågeställningarna inte skulle leda till en avskärmning från alternativa förklaringar och begreppsstrukturer (Ely, 1993).

## **7.0 Resultat**

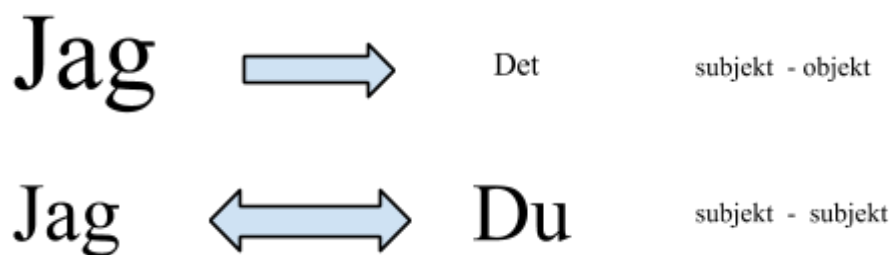
Tre frågeställningar har legat till grund för studien. Då förutsättningar, hinder, likheter och skillnader och strategier hänger tätt ihop kommer resultaten att presenteras i teman med samtliga frågeställningar inkluderade. De övergripande teman som studierna resulterat i är, Att stärka identiteten och mötas i språket, Att förstå och mötas i språket och Att visa patientcentrering.

### **7.1 Att stärka identiteten och mötas i språket**

Att stärka identiteten är problematiskt när språkliga barriärer finns i ett vårdsammanhang och skapar svårigheter i maktförhållandet mellan patienten och vårdaren, samtidigt kan konstateras att även en begränsad användning av modersmålet trots allt kan resultera i en förtroendefull relation (Irvine, Roberts, Jones, Spencer, Baker & Williams, 2006, Johnson, Noble, Matthews, Aguilar, 1999, Misell, 2000, Roberts, 1994, Shatell, Hamilton, Jenkins & Hinderliter, 2008). Müller (2008) menar att det finns bevis på att tillgång till minnen och skapandet av minnen är av vikt för individen som person. Tillgång till viktiga minnen underlättas genom användning av det språk som användes när minnena skapades, minnena är länkade till språket (Müller, 2008).

Modersmålet är intimt förknippad med ens identitet och har visat sig vara den faktor som skilde ”dem” från “de andra”. Patienterna kände sig alienerade från “de andra” och “deras språk” (engelskan). De tvåspråkiga i Müllers (2008) studie menade att modersmålet var viktigt för deras identitet, för kontakten med deras rötter, att modersmålet var nyckeln till att “se bakåt i livet”, att det var förknippat med lojalitet mot ens bakgrund och för den kulturella samhörigheten. Andra exempel på vikten av den kulturella kompetensen är ”kulturella mediatorer” som visat sig underlätta processen att skapa en autentisk relation mellan vårdare och patient. Kulturella mediatorer är volontärer från minoritetsspråkgrupper som arbetar på vårdinrättningar i bland annat Italien och Australien (Festini et al. 2009, Johnson et al., 1999).

En absolut förutsättning för ett autentiskt möte och en äkta dialog är en relation som i det Buberianska termer uttryckta är en Jag-Du relation (Buber,1923/1994). Etablering av en sådan relation försvåras eller i sämsta fall omöjliggörs när vårdpersonalen inte delar modersmål med patienten. I studierna fann dock vårdpersonalen en mängd olika strategier för att trots svårigheterna uppnå en patient-centrerad relation. Gemensamt för dessa strategier var strävan efter att erkänna och respektera patientens språkliga identitet ( Irvine et al., 2006, Johnson et al., 1999, Misell, 2000,Roberts, 1994). Vårdaren stärker patientens identitet genom att visa att patientens språkliga identitet värderas via tilltal på patientens språk och med hjälp av kulturella mediatorer. Vårdare och patient förstår varandra och möts i språket genom att söka efter en gemensam språklig begreppsram i vilken de kan mötas i patientens livsvärld, detta sker också genom användning av gester och ljudinspelningar. Vårdarna visade patient-centrering genom ett empatiskt förhållningssätt och vid tvåspråkighet hos vårdaren visade de lyhördhet till behov av språkbyte och erbjöd det vid behov.



Figur 1. (Buber, 1923/1994)

Även en begränsad användning av modersmålet, till exempel att yttra några enkla ord eller hälsningsfraser på patientens modersmål hjälper till att skapa en mer förtroendefull relation mellan vårdare och patient (Irvine et al., 2006, Johnson et al., 1999, Misell, 2000, Roberts, 1994). Patienter beskrev de vårdare som hade lärt sig och använde några fraser på deras modermål som mer "hemtrevliga" och "intima" (Roberts, 1994), men detta upplevdes även som ett erkännande av patientens identitet och att relationen blev mer förtrolig (Johnson et al 1999). En läkare ger exempel på hur fördelaktigt han anser att det är använda även sin begränsade walesiska i kommunikation med walesiskt-engelska tvåspråkiga patienter: "Just learning a few phrases helps put patients at ease if Welsh is their preferred language - if patients are relaxed it helps them communicate effectively and avoid misunderstandings." (Misell, 2000, s.63).

## **7.2 Att förstå och mötas i språket**

I temat att förstå och mötas i språket ingår alla de fördelar som finns när vårdare och patient förstår varandra och kan mötas i språket och i den kultur patienten lever i och även hur patienter och vårdpersonal i situationer där ett gemensamt språk inte finns hittar strategier som att låna ord från olika språk för att göra sig förstådda och hur valet av språk sker samt användning av kroppsspråk för att överbrygga språkbarriärer.

En viktig strategi i mötet med olika språk är förståelsen och tolkningen av uttryck som används. Det finns behov att försäkra sig om att båda parterna är ense om begreppens betydelse. I en studie om behov av psykiatrisk vård blev det problematiskt att använda uttrycket psykisk sjukdom då informanterna inte uppfattade symptomen som uttryck för psykisk sjukdom. Symptomen motsvarade inte vad som menas med psykisk sjukdom på spanska som var den språkgrupp de tillhörde. Slutsatsen som författarna drog var att det finns behov av en annan terminologi där båda språkliga världsbilder kan förenas om vad man menar med psykisk sjukdom och dess symptom, först då kan man adressera problemet (Shattell et al.2008).

Tydligt är att ett gemensamt språk underlättar den gemensamma förståelsen av varandra och innebörden i de budskap som framförs men kan bli mer problematiskt vid olika språk. En socialarbetare berättade om en walesiskpratande förvirrad patient som hade blivit utan eftervård vid hemkomst från sjukhus på grund av språkförbristning, men som vid närmande på walesiska svarade adekvat och



började prata entusiastiskt. Oroliga patienter kunde nås och lugnas bättre när modersmålet användes av sjuksköterskan (Misell, 2000). Johnson et al. (2006) fann att både analfabeter och läskunniga somalier föredrog att lyssna på sitt språk istället för att använda ett skriftligt frågeformulär. De läskunniga berättade att de tyckte om att höra ljudet av sitt eget språk och föredrog att använda det talade språket för kommunikation. I Müllers (2008) studie använde de åldrande informanterna modersmålet vid religiösa ritualer och för reproduktion av memorerade texter och ramsor som man lärt sig som barn även fast de i vardagssituationer kommunicerade på det inlärd språket. Kroppsspråk och gester var andra strategier till att överkomma språkbarriärer och etablera en terapeutisk relation (Festini et al., 2009).

Individer med färdighet i flera språk växlar mellan språk mer eller mindre frivilligt i sin kommunikation med andra tvåspråkiga vilket kallas code-switching. Code-switching och att låna ord från ett språk till ett annat visade sig vara vanligt förekommande vid tvåspråkighet. I dessa fall adapteras det lånade ordet i det andra språkets grammatik för att göra lålandet mindre märkbart. Detta kunde ske när patienten hade svårt att antingen hitta det rätta ordet i en specifik situation eller när det fattades ett naturligt ord på det aktuella språket (Roberts, Kent, Prys & Lewis 2003). Ett konkret exempel på hur codeswitching användes som en strategi av en patient för att bättre kunna beskriva sin smärta, "There are many reasons why bilinguals codeswitch but the main reason in this context was to emphasise and clarify the nature of the pain, for example, 'mellten (shooting pains)', 'gwayw (twinges)', 'poen diog (dull ache)'" (Roberts et al, 2003, s.894).

Hur och när det egna språket tas till kan alltså variera beroende på situationen. Irvine (2006), Müllers (2008) och Roberts et al. (2003) fann att patienterna i vårdsituationer använde modersmålet i nödsituationer som till exempel vid svår smärta och i andra situationer där de fann sin engelska vara otillräcklig för att förmedla känslor. De boende i Müllers (2008) studie menade att dialogen på modersmålet gav bättre förståelse för vad vårdarna "egentligen menade". De boende använde modersmålet huvudsakligen i nära relationer, det var språket för förtroende och känslor. Valet att prata modersmålet eller det dominerade språket är komplicerat och beror på vem man pratar med, när och var. Även i grupper där alla har samma modersmål är det gruppen som gemensamt beslutar, genom samspel i den enskilda situationen, vilket av språken som används i situationen (Müller, 2008). Tvåspråkig vårdpersonal växlade till exempel naturligt mellan rollerna av en neutral vårdgivare och en medlem av den språkliga minoritetsgruppen i en och samma interaktion med syfte att nå en djupare

relation med patienten (Boughtwood, Shanley, Adams, Santalucia, Kyriazopoulos, Rowland & Pond 2013). Författarna menar att tvåspråkig vårdpersonal behöver vara medvetna om sitt rollskifte eftersom patienter i ena stunden kan uppfatta dem som anonym vårdpersonal och i nästa stund som en förtrolig person. Andra (Johnson et al. 1999) har också visat att tvåspråkiga informanter använde sin tvåkulturella identitet för att skapa en relation till den tvåspråkiga patienten oavsett om de delade ett modersmål eller ej: "Not only are we bilingual . . . we also are bicultural, we understand their different cultures. Some of the issues for non-English-speaking background [patients] are the same no matter what language you speak. . . . We are bilingual [bicultural]; we are able to recognize that." (Johnson et al., 1999, s. 335).

Inte enbart språket utan även den kulturella tillhörigheten är av betydelse för hur vi förstår varandra. Hos en grupp av tvåspråkiga HIV (spansk-engelsk) patienter förbättrades hälsotillståndet efter införandet av tvåspråkiga tvärkulturella vårdteam (Enriquez, Farnan, Cheng, Almeida, Del Valle, Pulido-Parra & Flores 2008). Både objektivt mätbara medicinska parametrar och mera subjektiva kvalitativa hälsoaspekter påverkades när patienten hade möjlighet att välja mellan spansktalande eller engelsktalande vårdteam. De allra flesta valde det tvåspråkiga teamet och hade efter ett år signifikant förbättrade laboratorievärden (Simoni, Pearson, Pantalone, Marks, & Crepaz, 2006, citerad i Enriquez et al., 2008).

### **7.3 Att visa patientcentrering**

Att visa patientcentrering innebär att ha interpersonell kunskap, visa på ett empatiskt förhållningssätt och en patient-centrerad attityd genom olika strategier som att identifiera behov av och erbjuda språkbyte, bekräfta patientens identitet genom att ställa vardagliga frågor på dennes språk, visa socialt engagemang och att etablera tvåspråkliga vårdteam.

Den primära och viktigaste framgångsfaktorn hos vårdare som endast talade engelska var goda interpersonella kunskaper och en patient-centrerad attityd enligt informanterna i en studie av spansktalande minoriteten i USA. De betonade vikten av att etablera ett förtroende redan vid första mötet (Shattell et al.). Ett sätt att överkomma "etnicitets barriären" som en av vårdarna i studie uttryckte det, var ett empatiskt förhållningssätt, "...they really respond to you, if they know you really care about them." (Shattell et al., 2008, s. 362). Enkla frågor om till exempel patientens familj, mat

eller fritidsintressen kunde hjälpa till att skapa en förtrolig relation (Johnson et al., 1999, Shatell et al., 2008). Andra har också visat att bilinguala vårdare engagerade sig socialt med patienterna och att detta var mer värdefullt för patienter än att motta komplex rådgivning och information från personalen (Johnson et al., 1999). Samtidigt förväntade sig patienter ur språkminoriteter inte att någon inom vården utanför den egna språkgruppen skulle värdera deras språk och bry sig om att tala på det med dem och när detta skedde upplevdes det positivt överraskande (Irvine et al, 2006, Müller, 2008).

”Språkbyte” är ett begrepp och en företeelse som har studerats vid “en osynlig språkbarriär” i Wales bland den walesiktalande minoritetsspråkgruppen. Språkminoritetsspråkgruppen består av cirka 500 000 personer, vilket utgör cirka 25% av totala befolkningen i Wales. De vårdare som erbjöd patienten ett “språkbyte” uppfattade att språkbytet utökade deras uttrycksspektrum och var särskilt värdefullt när de kommunicerade med sårbara patientgrupper, tex. äldre. Språkbytet ansågs främja holistisk och patient-centrerad vård och leda till terapeutiska möten. Vårdarna beskrev språket som ett band mellan de själva och patienterna, även de vårdare som inte hade walesiska som första språk upplevde att vårdkvaliteten förbättrades då vårdaren uppfattade att patienten blev mer bekväm i relationen och kunde uttrycka sina behov bättre på modersmålet än på engelska. “If the patient can’t explain clearly, in English, this can have a huge effect on the diagnosis and how we treat them. (Nurse. Interview conducted in Welsh).”(Irvine et al., 2006, s.428).

Språkbarriärers dilemma blev tydligt som hinder för överföring av medicinsk information men också att den försvårade, och till och med omöjliggjorde etablering av hälsofrämjande terapeutiska relationer med patienten (Festini et al. 2009). Ett sätt att lösa detta är införandet av tvåspråkiga vårdteam. Studier på HIV positiva patienter visade ökad tillit hos patienterna till sjukvårdssystemet, remittering till andra instanser underlättades och patientens förståelse av följsamhetens (compliance) betydelse i HIV behandlingen förbättrades när de fick vård på modersmålet (Enriquez et al. (2008).

Ett ytterligare dilemma i språkets betydelse för patient-centreringen är att behoven av språkligt stöd till tvåspråkiga och immigranter har visat sig kunna bagatelliseras av vårdpersonal och negativa attityder kan anas (Cioffi, 2003, Festini et al., 2009, Irvine et al. 2006, Meddings & Haith-Cooper, 2008). Till exempel ansåg vissa i personalen att pengar som användes för tolkverksamhet kunde behövas bättre i andra verksamheter och tärde på de redan knappa resurserna och att de ansåg att immigranter hade en

moralisk plikt att lära sig det dominerande språket (Meddings &Haith-Cooper, 2008). Andra (Irvine et al.,2006) har visat att vårdare som visade en negativ attityd mot minoritetsspråk ansåg också att dess användning i patientkontakter vara en onödig lyx. Denna negativa attityd mot minoritetsspråk som modersmål framkom också i Festini et al. (2009) studie från pediatrik vård i Italien där 93.8% av de sjuksköterskor som behärskade ett annat språk än italienska ansåg att det var viktigt att bemöta patienter på ett gemensamt språk, medan sjuksköterskor som inte själva kunde ett annat språk ansåg i mindre utsträckning att modersmålet var en viktig faktor i omvårdnaden (Festini et al.(2009).Negativa och rasistiska attityder och brist på tålmod hos vårdaren när patienten försöker tala det dominerande språket kan leda till sänkt självförtroende och minskad vilja att prata det dominerande språket oavsett språklig förmåga (Meddlings och Cooper 2008). Individer, då inte enbart i en patientsituation, kunde känna att arbetsgivaren och arbetskamrater inte uppskattade deras insatser som kulturella och kommunikativa förmedlare och de saknade uppskattning för det extra arbete som utnyttjande av deras språkkunskaper innebar för dem. De kände också att de saknades uttalade regler och gränser för hur tvåspråkigheten skulle användas. (Johnson et al. 1999, Meddings &Haith-Cooper, 2008). Ett annat hinder som framkom var att vårdare kunde känna rädsla för att patienter kan bli överdrivet beroende av dem och ställa orimliga krav. För en del av personalen kändes kraven betungande och de valde att inte använda sina språkkunskaper i vårdarbetet. De förklarade till patienter att det inte var tillåtet att prata med patienter på det gemensamma modersmålet och att det var mot riktlinjer att göra det (Johnson et al. 1999). Hinder som försvårar modersmålets användande i den dagliga kommunikationen och därmed patient-centreringen kan vara av historisk karaktär (Irvine et al. 2006, Müller 2008) och försvårar utnyttjande av den språkliga identiteten.

## **8.0 Diskussion**

### **8.1 Sammanfattning av huvudresultaten**

Det framkom i studierna att erkännande och respekt för patientens språkliga identitet var en viktig förutsättning för att etablera ett autentisk möte och patient-centrerad vård när vårdare och patient hade olika modersmål. Vårdaren kunde visa detta genom flera olika stategier, att lära sig några ord på patientens språk, att förklara att man var okunnig i patientens språk och försöka överbygga språkbarriären med användning av gester, ljudinspelningar eller att kommunicera via kulturella

mediatorer. När vårdaren var tvåspråkig visade hon lyhördhet till behov av språkbyte och erbjöd det vid behov.

## 8.2 Resultat diskussion

Ett intressant och oväntat resultat i studierna är att även en hälsningsfras på modersmålet kan hjälpa till att skapa en mer intim och tillitsfull relation mellan patient och vårdare (Cioffi, 2003, Misell, 2000, Müller, 2008, Roberts, 1994, Roberts et al., 2003). Då människan lever i språket är språket centralt för hennes/hans livsvärld och en förutsättning för att projicera sig mot omvärlden (Merleau-Ponty, 1945/1962). Eftersom språket är så avgörande i människans existens är det rimligt att anta att uttryck på modersmålet inte bara stärker patientens identitet utan också kan hjälpa henne/honom att projicera sig mot världen med större autenticitet än på det inlärd språket och att det är mot denna resonansbotten som vårdarens enkla fraser på patientens modersmål träffar. Likaså kan Johnsons et al. (2006) fynd att även läskunniga somalier föredrog ett formulär som var inspelad på deras modersmål ses som en verkningsmekanism för hur modersmålets melodi påverkar oss känslomässigt och inger oss trygghet, särskilt när vi är i en främmande miljö. Ett sjukhus eller en vårdcentral är i sig en miljö som kan framkalla rädsla och osäkerhet hos patienten och det kan tänkas att möjligheten att höra/tala sitt modersmål kan verka lugnande i den stressfulla situationen som ens egen eller en anhörigs sjukdom innebär (Roberts et al. 2003).

Det är rimligt att anta att eftersom tvåspråkighet i sig förenar oavsett om man delar ett modersmål, kan det vara fördelaktigt att den tvåspråkiga vårdaren inte döljer sin egen tvåspråkighet i relationen med patienten eftersom det kan underlätta det autentiska mötet genom att öppna upp en gemensam livsvärld (Johnson et al., 1999). Förutsättningar för ett autentiskt vårdmöte när vårdare och patient har samma modersmål är förvånansvärt lika som när de inte delar ett modersmål. Aranda & Street (1999) fann att även den monolinguala vårdaren växlar mellan autenticitet och en "neutral" relation till patienten i en komplex interaktion där han/hon anpassar sig till patientens livsvärld i samspel med patienten, likt den bilinguala vårdaren som växlar mellan identitet av medlem i en språklig minoritetsgrupp och en neutral vårdgivare i syfte att nå en djupare terapeutisk relation (Boughtwood, et al., 2013). Det tycks att autenticiteten inte kan upprätthållas en längre tid utan är en vågrörelse i vilken patient och vårdare interagerar (Aranda & Street, 1999).

Det är svårt att förändra föreställningar om språkens olika värde när dessa värderingar ofta antingen är omedvetna eller tabubelagda så att vi inte vanligtvis pratar om dem. Lagförändringar och föreskrifter kan vara en hjälp men då dessa föreställningar är djupt förankrade i oss behövs det en öppen diskussion och en medvetandehöjning om hur viktigt modersmålet är för vår hälsa. Det är alarmerande att patienter som inte kan göra sig fullt förstådda och vars behov därför inte tillgodosetts kan råka ut för ökat lidande och sjuklighet och till och med död på grund av språkförbristning. Kvinnor ur minoritetsgrupper som talar lite eller ingen engelska har i England en fördubblad risk att dö vid en förlossning (Meddings & Haith-Cooper, 2008). I USA visade Enriquez et al. (2008) att HIV patienter ur minoritetsgrupper förbättrade sin objektivt mätbara hälsa i form av minskad antal viruspartiklar, mindre smittsamhet och färre komplikationer efter att de erbjöds vård på sitt modersmål. Dessutom uppkom det direkta hälsoekonomiska vinster ur etablering av tvåspråkiga tvärkulturella team eftersom det ledde till förkortade besökstider och patienters behov av tolktjänster minskade. Att tillgodose patienters språkliga behov behöver alltså inte kosta mer som personal i studier befarade (Irvine et al., 2006, Misell, 2000, Roberts, 1994, Roberts et al., 2003) och å andra sidan om det inte görs kan det leda till onödigt vårdlidande, att diagnoser försenas och och det kan äventyra adekvat behandling (Ekman, 1993).

Sjuksköterskan har en unik möjlighet att genom sin förståelse av förutsättningar för det autentiska mötet agera som en advokat för patientens språkliga behov. Mandat för detta ges bland annat av Europakonventionen enligt Socialstyrelsen (2010), s.3, "I Europakonventionen (SÖ 1952:35, artikel 14) som gäller som lag i Sverige, anges att åtnjutande av fri- och rättigheter ska säkerställas utan någon åtskillnad såsom på grund av kön, ras, hudfärg, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationellt eller socialt ursprung, tillhörighet till nationell minoritet, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt.". Därutöver har Sverige en ny lag sedan 2010 avseende nationella minoritetsspråk, vars tolkning enligt Socialstyrelsen, 2010, s.9, lyder: "Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) pekar inte ut särskilda grupper, utan omfattar alla patientgrupper. I lagen anges bland annat att målen för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård för hela befolkningen (2 §), att patienter ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd (2 b §) och att den personal som behövs för att ge god vård ska finnas (2 e §). Av detta kan anses följa ett ansvar för vårdgivare att verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i samiska, finska eller meänkieli där detta behövs i vården.". Det finns alltså inget krav i Sverige att patienten måste lära sig det dominerande språket. Ett sätt att

förmedla en känsla av respekt mot patientens språkliga identitet kan vara att som vårdgivare visa att patienten inte är oförmögen eller okunnet utan att det är vårdgivarens skyldighet att erbjuda patienten förutsättningar för att göra sig förstådd och sedd (Meddings & Haith-Cooper, 2008).

### 8.3 Metod diskussion

En allmän litteratursammanställning som genomförs med förutbestämt protokoll anses vara strukturerad och vetenskaplig och brukar benämnas systematisk litteratursammanställning (Sandelowski & Boshamer, 2008), men kvalitativa studiers fynd är sällan av karaktären som lämpar sig sammanfattas i ett fåtal exakta söktermer. Systematisk litteraturstudie som metod för att studera kvalitativa studier har visat sig ha brister eftersom man inom kvalitativ forskning strävar efter bredd och variation i data och inte den sammanfattning och ihopfogning som systematisk litteratursökning kan resultera i. Meta-syntes är en relativt ny analysmetod och det pågår en vidareutveckling i metoden men det har publicerats ett ökande antal meta-syntes baserade studier inom omvårdnadsforskningen (Walsh & Downe, 2005).

Under sökfasen i denna studie skedde det förbryllande ofta att olika resultat kunde fås med endast små ändringar i sökorden eller val av ämnesorden. Följande sökord prövades i kombination med de ord som slutligen valdes som sökord, "bilingualism", "preferred language", "interaction", "primary care", "dominant language" och "indigenous language", men dessa begränsade fynden till en oacceptabelt lågt antal. Till slut valdes sökorden "+nursing" AND "+bilingual" AND "+relationship" med ämnesord "nursing" som gav ett rikt material men var mödosamt att läsa igenom i urvalsprocessen. Det kan anas att artikelförfattarnas val av sökord i sina artiklar styr vad som kan hittas vid en artikelsökning och detta kan leda till att relevanta artiklar inte hittas då sökorden är mer eller mindre subjektivt valda, kanske baserade på författarens egna intresseområden. De blev således nödvändigt att utföra så kallad "berrypicking", det vill säga att genomföra en bred sökning som innefattade även andra referenser än vetenskapligt publicerade artiklar för att få ett så heltäckande material som möjligt (Walsh & Downe, 2005, Kristensson, 2014). Således hittades ytterligare tre av de till slut inkluderade artiklarna via referenssystemet SAGE utifrån de valda artiklarnas referenslistor. Dessa artiklar hittades alltså inte med sökorden och utgjorde enligt min mening en avvikelse i systematiken, men de var likaväl relevanta och valida för forskningsfrågan. En vetenskaplig studie ska alltså alltid kunna genomföras på nytt annars är den inte vetenskaplig då resultaten inte kan värderas. Den skall även kunna upprepas med

samma resultat. Antingen genomförs litteratursammanställningen med ett förutbestämt protokoll och utelämnar då relevant information som inte kan fångas in med protokollet, eller så kan den inte kallas systematisk enligt min mening. Dessutom påverkas resultaten av forskarens förförståelse bland annat i val av teman, till exempel framkom det under handledningen av denna uppsats att handledaren och författaren såg olika mönster i materialet men det kan enligt min mening inte tolkas som att en av dessa ägde "sanningen", utan att det i kvalitativa studier alltid finns tolkningsutrymme för olika "sanningar". Enligt Walsh & Downe (2005) kan ett brett syfte eller en vid frågeställning vara olämplig för metasynthes som analysmetod då det kan resultera i alltför stort antal artiklar att analysera, vilket gör det omöjligt att hålla ihop materialet. I denna studie, trots dess ganska breda syfte, lämpade sig metoden väl eftersom antalet relevanta artiklar som kunde inkluderas var relativt lågt.

Kvalitetsbegreppet inom kvalitativ forskning är inte okomplicerat. Alltför stränga kriterier kan bli en tvångströja, till exempel kan en kvalitetsgranskingsmall leda till uteslutning av relevanta artiklar på grund av att helhetssynen förloras när man bedömer enskilda aspekter var för sig (Starrin & Svensson, 1994), vilket gör det viktigt att efter en detaljbedömning göra även en övergripande värdering av de poäng som framkommit.

## **9.0 Förslag till vidare forskning**

Modersmålet användes inte i avsedd omfattning på ett franskspråkigt äldreboende beroende på historisk belastning. Det skulle vara intressant att utvärdera om detta är överförbart till de svenska äldreboenden som på senare år inrättats särskilt för olika språkgrupper, tex. finska och turkiska äldreboenden. Ett annat förslag är att studera om "språkkänslighet" behandlas inom sjuksköterskeutbildningarna och i så fall hur detta görs och även hur det kan läras in.

## **10.0 Konklusion**

När språket inte kan användas optimalt innebär detta att kvalitén i vårdmötet blir nedsatt. Det är angeläget att öka medvetenheten och kunskapen om problemet och finna strategier för att optimera mötet då det är en förutsättning för att möjliggöra en känsla av respekt, integritet och delaktighet i



vården. Fynden i denna studie representerar geografiskt vitt skilda områden och olika världsdelar men visar på likartade svårigheter i autentisk kommunikation vid olika modermål hos vårdare och patient, vilket tyder på att resultaten kan vara generaliserbara även för svenska förhållanden.

## Referenser

Andersen, H.(red.).(1994). *Vetenskapsteori och metodlära - en introduktion*. Lund:Studentlitteratur.

Aranda, S., Street, A.(1999). Being authentic and being a chameleon; nurse-patient interaction revisited. *Nursing inquiry*, 6,75-82.

\*Boughtwood, D., Shanley,C., Adams,J., Santalucia,Y., Kyriazopoulos,H., Rowland, J., Pond, D.(2013). The role of the bilingual/bicultural worker in dementia education, support and care. *Dementia*,12(7). DOI: 10.1177/1471301211416173

Buber, M.(1994). *Jag och Du* (Margit och Curt Norell övers.). Ludvika: Dualis Förlag (Originalarbete publicerad 1923).

Bullington, J.(2010). Muntlig kommunikation, föreläsning Merleau-Ponty. Stockholm: Ersta Sköndal Högskola.

\* Cioffi, J.(2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*. 40, 299–306.

Dahlberg, K, Dahlberg, H., Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Eide, H, Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

EU, *European Charter for Regional or Minority Languages* (1998). European Commission, Brussels.

Ekman, Sirkka-Liisa.(1993). *Monolingual and Bilingual Communication between patients with dementia diseases and their caregivers* (avhandling för doktorsexamen, Umeå Universitet). Umeå University Medical Dissertations, New Series No 370.

Ely,M., (1993). *Kvalitativ forskningsmetodik i praktiken - cirklar inom cirklar*. Lund: Studentlitteratur.

\*Enriquez, M., Farnan, R., Cheng, A-L., Almeida, A., Del Valle, D., Pulido-Parra, M., Flores, G.(2008). Impact of a Bilingual/Bicultural Care Team on HIV-Related Health Outcomes. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, Vol. 19, No. 4, July/August 2008, 295-301.  
doi:10.1016/j.jana.2008.04.004

\* Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C. Neri, S. (2009). Providing Transcultural to children and parents: an Exploratory Study from Italy. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 220-227.

Fishman, J., A. (1998). The New Linguistic Order. *Foreign Policy*,198, 26-40.

Forsberg,C., Wengström, Y.(2008) och Willman, A., Stoltz, B. och Bahtsevani, C.(2006). Bilaga 1 och 2. *Granskningsmall för kvantitativa och kvalitativa studier*. Högskolan Dalarna, 2012.

Hanssen, I. (1998).*Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (B.Lundqvist övers.). Lund: Studentlitteratur (Originalarbete publicerat 1996).

Heikkilä, K. (1994). *Mer än halva livet - en studie om finländska invandrare i Stockholm*. Stockholm: FoU-rapport 1994:2.

Heikkilä, K.(2004). *The role of ethnicity in care of elderly Finnish immigrants*. Avhandling för doktors examen, Karolinska Institutet. Stockholm.

\*Irvine, F.E, Roberts, G,W, Jones, P, Spencer, L.H, Baker, C.R, Williams, C. (2006). Communicative sensitivity in the bilingual healthcare setting: A qualitative study of language awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 422-434.

\*Johnson, M., Noble, C., Matthews, C., Aguilar, N.(1999). Bilingual Communicators within the Health Care Setting. *Qualitative Health Research*. 9: 329.

DOI: 10.1177/104973299129121893

Kristensson, J.(2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kumar, N.S., Narendra, M.(2012). A Study of Code Switching in Relation to ESL. *Language in India*, 12, 4.

Madoc-Jones, I. (2004). Linguistic sensitivity, indigenous people and the mental health system in Wales. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 216-224.

Manley, K., McCormack, B.(2008). Person-centred care. *Nursing Management UK*.15(8), 12-3.

Meddings, F., Haith-Cooper, M. (2008) . Culture and Communication in Ethically Appropriate Care. *Nursing Ethics* 15(52).

DOI: 10.1177/0969733007083934

Meleis, A. (1997) (red). *Theoretical Nursing: Development and progress*. 4 ed.. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.

Merleau-Ponty, M. (1945/1962) *Phenomenology of Perception*, London: Routledge & Kegan Paul.

Merleau-Ponty, M. (1947/1964). *The Primacy of Perception*, Evanston: Northwestern University Press.

\*Misell, A., 2000. *Welsh in the Health Service: the Scope, Nature and Adequacy of Welsh Language Provision in the National Health Service in Wales*. Welsh Consumer Council, Cardiff.

\*Müller, N. (2008). Aging with French: Observations from South Louisiana. *Journal of Cross Cultural Gerontology*. 24,143-155.

Rachels, J., Rachels, S.(2009). *The Elements of Moral Philosophy*. New York:McGraw Hill Higher Education.

\*Roberts, G. (1994). Nurse/Patient Communication Within a Bilingual Health Setting. *British Journal of Nursing* Vol. 3 No. 2, 1994

Roberts, GW., Paden, L.(2000). Identifying the factors influencing minority language use in health care education settings: a European perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 75-83.

\*Roberts, GW., Kent,B. Prys, D., Lewis, R.(2003). Describing chronic pain: towards bilingual practice. *International Journal of Nursing Studies*,40(8), pp. 889–902.

Rooke, L. (1995). *Omvårdnad - teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Liber: Stockholm.

Sandelowski, M., Boshamer, C.,C. (2008). Reading, writing and systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 64(1), 104–110.

\*Shatell, M., Hamilton, D., Starr, S., Jenkins, C., Hinderliter, N. (2008). Mental Health Service needs of a Latino population: A community based participatory research project. *Issues in Mental Health Nursing*. 29:351-370.

Socialstyrelsen, 2010. *Ny lag om nationella minoriteter och minoritetsspråk*. Meddelandeblad. Mottagare: Kommuner och landsting, socialnämnder eller motsvarande, landstingsnämnder, chefer och personal inom socialtjänstens individ och familjeomsorg, chefer och personal inom hälso- och sjukvården, länsstyrelser m.fl., Nr 5/2010.

Soras, H. (2007). *Modersmålets betydelse i vårdrelationen*. Kandidatuppsats, Ersta Sköndal Högskola.

Starrin, B., Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Svenska Akademin(2013). *Svenska Akademiens ordbok*. hämtat online: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Walsh,D., Downe,SJ., (2005). Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2):204-11.

BILAGA 1. GRANSKNINGSMALL FÖR KVALITATIVA STUDIER

	Fråga	J a	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är den kvalitativa metoden beskriven?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterierna beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterierna beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvariabler?		
15.	Anges var studien genomfördes?		
16.	Anges när studien genomfördes?		
17.	Anges vald datainsamlingsmetod?		
18.	Är data systematiskt insamlade?		
19.	Presenteras hur data analyserats?		
20.	Är resultaten trovärdigt beskrivna?		
21.	Besvaras studiens syfte?		
22.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
23.	Diskuterar författarna studiens trovärdighet?		
24.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
25.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
	<b>Maxpoäng</b> 25		
	<b>Erhållen poäng</b> ....		
	<b>Kvalitet:</b> låg, medel, hög		
Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz, B. och Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. och Wengström, Y. (2008).			





BILAGA 2. GRANSKNINGSMALL FÖR KVANTITATIVA STUDIER

	Fråga	Ja	Nej
1.	Motsvarar titeln studiens innehåll?		
2.	Återger abstraktet studiens innehåll?		
3.	Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?		
4.	Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?		
5.	Är studiens syfte tydligt formulerat?		
6.	Är frågeställningarna tydligt formulerade?		
7.	Är designen relevant utifrån syftet?		
8.	Finns inklusionskriterierna beskrivna?		
9.	Är inklusionskriterierna relevanta?		
10.	Finns exklusionskriterierna beskrivna?		
11.	Är exklusionskriterierna relevanta?		
12.	Är urvalsmetoden beskriven?		
13.	Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?		
14.	Finns populationen beskriven?		
15.	Är populationen representativ för studiens syfte?		
16.	Anges bortfallets storlek?		
17.	Kan bortfallet accepteras?		
18.	Anges var studien genomfördes?		
19.	Anges när studien genomfördes?		
20.	Anges hur datainsamlingen genomfördes?		
21.	Anges vilka mätmetoder som användes?		
22.	Beskrivs studiens huvudresultat?		
23.	Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?		
24.	Besvaras studiens frågeställningar?		
25.	Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?		
26.	Diskuterar författarna studiens interna validitet?		
27.	Diskuterar författarna studiens externa validitet?		
28.	Diskuterar författarna studiens etiska aspekter?		
29.	Diskuterar författarna studiens kliniska värde?		
	<b>Maxpoäng</b> 29		
	<b>Erhållen poäng</b> ....		
	<b>Kvalitet:</b> låg, medel, hög		
Mallen är en modifierad version av Willman, A., Stoltz, B. och Bahtsevani, C. (2006) och Forsberg, C. och Wengström, Y. (2008).			

Författare, År, Titel, Tidsskrift	Syfte	Metod och urval	Typ	Deltagare /Bortfall	Resultat/slutsats	Kvalitet Hög Mellan Låg
<p>Boughtwood, D., Shanley,C., Adams,J., Santalucia,Y., Kyriazopoulos, H., Rowland, J., Pond, D.(2013). The role of the bilingual/bicultural worker in dementia education, support and care. <i>Dementia</i>12(7)</p>	<p>What role do bilingual/bicultural workers play in dementia education, support and care? What do they perceive as the challenges to providing such a role?</p>	<p>Semi-structured interviews with 24 bilingual/bicultural workers in south western Sydney, Australia</p> <p>Content and thematic analyses</p>	<p>Kvalitative</p>	<p>24 bilingual/bicultural workers</p>	<p>Seven Themes: importance of working with family; process of building trust when moving between two cultures; importance of understanding the culture; self-care and culture; flexibility of their role; linking community members; and linking communities to mainstream services. Bilingual/bicultural workers play a significant and complex role in supporting individuals and families within their community who are affected by dementia. The significance of their role needs to be more clearly acknowledged in the development of policy, further research and service provision within the dementia field.</p>	<p>H</p>

<p>Cioffi, J.(2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. <i>International Journal of Nursing Studies</i>. 40, 299–306.</p>	<p>To describe nurses' experiences of communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting.</p>	<p>A purposive sample of registered nurses and certified midwives were interviewed with open-ended questions circa 45 minutes. An interpretive-descriptive design in the qualitative tradition was used for analysis. Informants credibility checked the findings.</p>	<p>Kvalitative</p>	<p>Registered nurses, certified midwives (n=23)</p>	<p>Main findings were that interpreters, bilingual health workers and combinations of different strategies were used to communicate with culturally and linguistically diverse patients. Some nurses showed empathy, respect and a willingness to make an effort in the communication process with others and showed an ethno-centric orientation.</p>	<p>M</p>
---	---	--	--------------------	---	--	----------

<p>Enriquez, M., Farnan, R., Cheng, A-L., Almeida, A., Del Valle, D., Pulido-Parra, M., Flores, G.(2008). <i>JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF NURSES IN AIDS CARE.</i></p>	<p>Evaluate bilingual/bicultural cares effect on HIV patients health outcome</p>	<p>Retrospective analysis of Medical records of adult patients infected with HIV. Self-identified as Hispanic, and treated at the TMC HIV specialty clinic from March 2005 to March 2007.</p>	<p>Kv ntit ativ</p>	<p>43 eligible medical records. Patientsv isiting the HIV clinic under 1 yr period prior and the 1-year period after. Patients not visiting the clinic during the time period excluded</p>	<p>The number of clinic visits, CD41 T cell counts, and number of patients with HIV viral load suppressed to , 50 copies/ml increased significantly among Hispanic adults living with HIV (N 5 43) after the implementation of a bilingual bicultural care team. Over fifty procent had suppressed viral load at end of the 1-year period after implementation of the care team compared with 21.1% at the end of the 1-year period before the team was implemented.</p>	<p>H</p>
<p>Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C. Neri, S. (2009). Providing Transcultural to children and parents: an Exploratory Study from Italy. <i>Journal of Nursing Scholarship,</i></p>	<p>To investigate attitudes and problems encountered by Italian nurses in a paediatric setting with regard to nursing care of children and their families from other countries.</p>	<p>Exploratory study. An anonymous 11-item “ad hoc” questionnaire was distributed to 201 ward nurses of the Meyer Paediatric Hos- pital, Florence, Italy in May 2007.</p>	<p>kvali ltativ e</p>	<p>201 pediatri c nurses</p>	<p>The main findings were that the language barrier was reported as the most important, eventhough more than two-thirds of nurses speak a language in addition to Italian. Circa half of the nurses met problems in care because of different nutrition and personal hygiene customs of patients and their families. Religious and spiritual practices were perceived problematic by a minority of nurses. Effective communication is the main aspect of delivering culturally competent care. Language as a means of communication is paramount for an effective nurse-patient relationship without</p>	<p>M</p>

41(2), 220-227.					which nursing care is unsatisfactory.	
Irvine, F.E, Roberts, G,W, Jones, P, Spencer, L.H, Baker, C.R, Williams, C. (2006). Communicative sensitivity in the bilingual healthcare setting: A qualitative study of language awareness. <i>Journal of Advanced Nursing</i>	To assess the level of Welsh language awareness amongst healthcare professionals across Wales, and to identify the factors that enhance language choice within service delivery.	Semi-structured interviews with a range of healthcare professionals in acute and community settings across Wales	Kvalitative	83 in total. 27 were nurses, health visitors and midwives	Care enhancement focusing in the process and outcome of offering language choice to bilingual patients, organizational issues, for example relating to the infrastructure of service provision and training implications, especially focused on Welsh language learning in health care. Complex dynamics of language use are in operation within bilingual healthcare settings and organizational as well as individual factors are important in facilitating appropriate language use. Many of the issues highlighted are not peculiar to the Welsh context, but apply to healthcare settings across the world, where other minority languages are in use.	H
Johnson. M., Noble, C., Matthews, C., Aguilar, N.(1999) Bilingual Communicators within the Health Care Setting <i>Qualitative Health</i>	How do bilingual staff use their language skills in patient encounters	Content analysis varying staff categories and language groups participated in the study. formed from the 792 staff	Kvalitative	18 focus groups (n = 81)	Bilingual participants constantly emphasized the importance of social engagement with patients within health care systems. Health care systems have focussed on complex health care information transfers rather than the everyday exchanges that create a situation of confidence with the caregivers. Participants perceived this as enhancing the positive nature of the patient's	H

<i>Research</i>					stay in the hospital.	
<p>Misell, A., 2000. <i>Welsh in the Health Service: the Scope, Nature and Adequacy of Welsh Language Provision in the National Health Service in Wales</i>. Welsh Consumer Council, Cardiff.</p>	<p>To describe Welsh in the Health Service: The Scope, Nature and Adequacy of Welsh Language Provision in the National Health Service in Wales.</p>	<p>Research report. Multiple methods were used: articles and reports dealing with Welsh language matters but not directly with health care were studied, In-depth, face-to-face interviews were conducted 20 key individuals. Interviewees were recruited in 3 main ways: Open letter was published in a number of newspapers, patient organisations were contacted and thru personal networks. Data was presented in a descriptive manner.</p>	<p>A mixture of qualitative and quantitative aspects</p>	<p>20 key individuals</p>	<p>The chance to discuss health matters in their first language help many Welsh speaking patients to feel more comfortable and more at ease. This is confirmed by the testimony of Welsh speaking staff, some of whom go so far as to state that they can obtain better information from Welsh speaking patients about their condition by speaking Welsh with them. Welsh speaking patients appreciate any efforts to acknowledge their language and culture and to communicate with them, even partially in their first language. For some Welsh speaking patients, there is evidence to state that they cannot be effectively treated except in their first language, or in both their languages. This is especially true in the case of those receiving speech and language therapy, and of other 4 key groups, people with mental health problems, people with learning disabilities and other special needs, the elderly, and young children.</p> <p>1.</p>	<p>M</p>

Müller, N. (2008). Aging with French: Observations from South Louisiana. <i>Journal of Cross Cultural Gerontology</i> . 24,143-155.	Describe how bilingualism might effect the participants lives in the context of living in a bilingual nursing home and what preferences and practises there might be	Fieldwork, participating observation in a Frenchspeaking nursing home	Kvalitative	The residents and staff in the nursing home	The residents in the nursing home tended to act on the dominant language even though the majority of the inhabitants had French as a first language and their bilingual identity was not utilized in the nursing home.	M
Roberts, G. (1994). Nurse/Patient Communication Within a Bilingual Health Setting. <i>British Journal of Nursing</i> Vol. 3 No. 2, 1994	To identify the factors that influence language choice and code switching.	Ethnographic approach Participant and non-participant observation and informal and formal in-depth interviews during a period of 15 weeks. To examine the interaction of nurses and patients within a specific ward, with a particular focus on language use.	Kvalitative	Four nurses, four patients and one doctor	The results suggest that bilingual nurses are provided with additional insight into the problems of cross-cultural patient communication — problems that may prove difficult at times for monolinguals to understand. Furthermore, through the use of language switching strategies, bilingual nurses and semi-speakers demonstrate this awareness and attempt to improve communication with patients, thus strengthening the nurse/patient relationship.	M

--	--	--	--	--	--	--



<p>Roberts, GW., Kent, B. Prys, D., Lewis, R. (2003). Describing chronic pain: towards bilingual practice. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, <b>40</b>(8), pp. 889–902.</p>	<p>To collate and categorise a range of Welsh-medium chronic pain descriptors and develop a set of conceptually equivalent English translations in order to provide a preliminary basis for assessing the chronic pain of bilingual patients and specifically to enhance their pain management service provision</p>	<p>Individual tape-recorded semi-structured interviews, 12 Welsh-speaking patients between ages 20 to 80 years, attending the clinic were purposively selected out of 500 patients visiting the clinic</p>	<p>Kvalitative</p>	<p>12 Welsh-speaking patients</p>	<p>Three key themes were revealed, which reflect the way that these patients communicate their feelings about chronic pain, Metaphors and imagery, Contrasting pairs of descriptors, Codeswitching and language borrowing</p>	<p>H</p>
--	--	--	--------------------	-----------------------------------	---	----------

<p>Shattell,M., Hamilton, D., Starr, S., Jenkins, C., Hinderliter, N. (2008). Mental Health Service needs of a Latino population: A community based participatory research project. <i>Issues in Mental Health Nursing</i></p>	<p>Identify factors that affect access, use, and perception of mental health services by a Latino population at individual, organizational, and community levels.</p>	<p>Pilot study. Four two-hour focus groups. ATLAS.ti 5.0. Data were analyzed using qualitative description. Community-based participatory research. The study sample was the CBPR team, which was made up of seven community members, one public health educator, one doctoral student in nursing, two undergraduate nursing students, and the first author, who was principal investigator.</p>	<p>Kvalitative</p>	<p>12, age from 21–53 (mean = 36.4) and included two men and ten women ; three Latinos /Latinas, two Blacks/ African Americans, one African , and six Caucasians.</p>	<p>Undocumented immigration status gave rise to feelings of fear and anxiety, which influenced how individuals saw themselves, interacted with others in the community, and accessed resources.</p> <p>Language proficiency, however, also impacted parents. Inability to speak English was seen as a barrier to job attainment and ability to access health education messages and mental health services.</p> <p>For latinos these symptoms are not called mental illness. “That’s not a term that’s part of the language they speak. So, we have to look for—we need to help them associate what they describe as mental illness in our language.”</p> <p>Conclusion: a holistic community-based intervention is needed. This approach would enable researchers and practitioners to get to know the Latino community in their “natural environment,” and allow Latino families to feel more comfortable, respected and cared about.</p>	<p>H</p>
--	---	--	--------------------	---	---	----------