



**LUNDS UNIVERSITET**

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

# **Upplevelser av kontakt med arbetsterapeuter under rehabilitering hos personer med stroke från Mellanöstern**

Författare: Mirsad Sarhatlic,  
Naim Kabalan

Handledare: Birgitta Wästberg

November 2012

**Kandidatuppsats**

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

*Till att börja med vill vi rikta ett stort tack till vår fantastiska handledare Birgitta Wästberg som med ett stort engagemang och stort intresse alltid funnits där för oss och tagit sig tid för att hjälpa, stötta och vägleda oss. Ett stort tack till alla deltagare som gjort det möjligt att genomföra studien genom att dela med sig av sina erfarenheter samt arbetsterapeuterna som fungerat som mellanhand. Tack till Dennis Persson och Parvin Pooremamali som gav oss hjälp och inspiration vid upptakten*  
*Stort tack*



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2012-11-18

## Upplevelser av kontakt med arbetsterapeuter under rehabilitering hos personer med stroke från Mellanöstern

Naim Kabalan och Mirsad Sarhatlic

### Abstrakt

**Bakgrund:** Sverige har blivit ett allt mer mångkulturellt land. Bland annat har det skett en snabb tillväxt med människor från mellanöstern. Att komma till ett nytt land som har en annan religiös och kulturell bakgrund än ens egen kan innebära att man stöter på problem och svårigheter bland annat i mötet med vård och rehabilitering vid sjukdom. Inom arbetsterapi finns det lite forskning kring bemötande mellan arbetsterapeuter och patienter med utländsk bakgrund. Med anledning av det ville vi undersöka hur stroke drabbade patienter upplever mötet med arbetsterapeuten.

**Syfte:** Syftet är att undersöka hur personer från Mellanöstern som drabbats av stroke upplevde kontakten med arbetsterapeuter på sjukhus i Sverige.

**Metod:** En kvalitativ studie genomfördes med semistrukturerade intervjuer med åtta personer från Mellanöstern. Analysen av intervjuerna gjordes utifrån en innehållsanalys som fokuserade på latent och manifesterade inslag.

**Resultat:** I analysen framkom fyra subteman: Familjens roll i behandlingen, kulturella skillnader, kommunikation och förtroende för arbetsterapeuten. Dessa tillsammans bildade ett huvudtema: Vikten av att arbetsterapeuten hade en kulturell kompetens.

**Konklusion:** Att ha stor kulturell kompetens är viktigt vid behandling av stroke drabbade personer från Mellanöstern. Det finns skillnad i synsätt beroende på kulturella och religiösa värderingar och det är viktigt att arbetsterapeuten är lyhörd har kunskap och visar respekt gentemot sina patienter.

*Nyckelord: Kultur, arbetsterapi, familj, religion, kulturell kompetens*

Kandidatuppsats Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET  
Medicinska fakulteten

Department of Health and Society  
Department of Occupational Therapy and Gerontology  
2012-11-18

## **Experiences of contact with occupational therapists in the rehabilitation of people with stroke from the Middle East**

Naim Kabalan and Mirsad Sarhatlic

### **Abstract**

**Background:** Sweden has become an increasingly multicultural country. Among other things, there has been a rapid growth with people from the Middle East. Coming to a new country with different religious and cultural backgrounds than your own can mean that you encounter problems and difficulties including meeting with the care and rehabilitation of illness. In occupational therapy, there is little research on the treatment of occupational therapists and patients of foreign origin. In view of this, we wanted to examine how the stroke affected patients experience meeting with the occupational therapist.

**Purpose:** The purpose is to examine how people from the Middle East who suffered a stroke experienced contact with occupational therapists in hospitals in Sweden.

**Method:** A qualitative study was conducted with semi-structured interviews with eight people from the Middle East. The analysis of the interviews was based on a content analysis that focused on the latent and manifest elements.

**Results:** The analysis revealed four subthemes: The family's role in treatment, cultural differences, communication and confidence in the occupational therapist. These together formed a major theme: the importance of the occupational therapist had a cultural competence.

**Conclusion:** To have great cultural competence is important in the treatment of stroke victims from the Middle East. There are differences in approach depending on the cultural and religious values and it is important that the occupational therapist is responsive, have knowledge and show respect towards their patients.

Keywords: Culture, occupational, family, religion, cultural competence

Bachelor Thesis Department of Occupational Therapy and Gerontology, Box 157, S-221 00 Lund, Sweden

## Innehållsförteckning

Bakgrund .....	5
<b>Migration.....</b>	<b>5</b>
<b>Kultur.....</b>	<b>5</b>
<b>Stroke.....</b>	<b>7</b>
<b>Arbetsterapi.....</b>	<b>8</b>
Syfte .....	8
Metod .....	9
Urvalsförfarande .....	9
Datainsamling .....	10
Procedur.....	10
<b>Bearbetning av information .....</b>	<b>11</b>
<b>Analys av intervjuer .....</b>	<b>11</b>
<b>Etiska överväganden .....</b>	<b>13</b>
Resultat .....	13
<b>Familjens roll i behandlingen.....</b>	<b>15</b>
<i>Starka familjära band.....</i>	<i>15</i>
<i>Familjens åsikter påverkar behandlingen.....</i>	<i>16</i>
<b>Kulturella skillnader.....</b>	<b>16</b>
<i>Religionens betydelse.....</i>	<i>17</i>
<b>Kommunikation.....</b>	<b>18</b>
<i>Språkets betydelse.....</i>	<i>18</i>
<i>Tolk.....</i>	<i>19</i>
<b>Förtroende för arbetsterapeuten.....</b>	<b>19</b>
<i>Bemötande.....</i>	<i>20</i>
<i>Bra och dåliga möten.....</i>	<i>21</i>
Metoddiskussion.....	22
Resultatdiskussion.....	24
Referenser.....	28

## **Bakgrund**

Sverige har karaktäriserats som ett land som utvecklats från att vara homogent till att bli ett mångkulturellt samhälle. Ett mångkulturellt samhälle kan definieras som samhälle med individer som har olika kulturella bakgrund (hudfärg, ras och etnicitet) (Allen, 2006).

Människor som migrerar till Sverige kommer från olika länder och kulturer. En snabb tillväxt av bland annat människor från Mellanöstern i de senaste decennierna är evident (Migrationsverket, 2012). De länder i Mellanöstern som ligger i sydvästra delen av Asien skiljer sig från varandra i sin historiska utveckling, sociala och ekonomiska struktur samt statens uppbyggnad. De flesta länderna är arabiska men Afghanistan, Iran, Turkiet och Israel är undantag. Islam är den dominerande religionen i samtliga länder utom i Israel.

## **Migration**

Migration innebär mycket mer än en geografisk förflyttning och är oftast förknippad med kris. Individens mål med flytten är att förbättra sin livssituation. Detta kan leda till en social utsatthet, sårbarhet och även till stora hälsorisker. Stora förändringar i levnadsförhållandena kan för invandrare innebära att en känsla av kontinuitet i den egna existensen går förlorad (Socialstyrelsen, 1983; 1995). Individer och grupper ställs inför två utmaningar: att kunna behålla sin etniska särprägel och samtidigt etablera relationer med andra etniska grupper (Socialstyrelsen, 1995). Att anpassa sig till de förändrade levnadsomständigheterna innebär att individen i regel måste upprätta en ny identitet för att kunna möta de nya villkoren och en ny kultur (Westin, 1973).

## **Kultur**

Kultur kommer ifrån latinets *Cultura* och betyder i ordagrann översättning odla och vårda, Kultur kan definieras som en grupp människors gemensamma regler, värderingar och symboler. I begreppet kultur ligger de grundläggande värderingar av vad gruppen uppfattar som rätt eller fel (Lindehag, Pohl & Rönnerfalk, 1993). Vård av patienter och klienter från Mellanöstern i Sverige innebär flera olika utmaningar på grund av den inneboende komplexiteten för vård och omsorg i form av hälso-relaterade beteende, synen på sjukdom,

välbefinnande och hälsobehov (Pooremamali, Persson & Eklund, 2010). Kulturen är kärnan i sådana omständigheter och kulturella skillnader mellan vårdgivaren och vårdtagare kan medföra stora hinder (Black & Wells, 2007). Synen på sjukdom kan variera och det är vanligt att människor från Mellanöstern avstår från att söka hjälp hos psykiater på grund av stigmatiseringen av psykisk sjukdom (Meleis & Lipson, 1983; Sue, 2006). Vården i den islamiska synen och traditionen är huvudsakligen kopplad till att familjen är en enhet som är skyldig att hjälpa till och ta hand om sina medlemmar. Familjen ses även som den viktigaste sociala enheten med en stark patriarkalisk struktur och är hierarkiskt baserad på ålder, kön och status. Aspekter av så kallat ”arabiskt beteende” som enligt västerländskt perspektiv kan leda till stora missförstånd, är att män medverkar i alla aspekter av hälsovården som har med deras fruar och barn att göra, hur barnen assimileras i alla livets aspekter, kvinnornas ödmjukhet och underordnade ställning och den starka betoningen på den traditionella kvinnorollen (Aboul-Enein & Aboul-Enein, 2010). Heigil, Kinebanian och Josepsson (2011) beskriver i en studie en grupp av albanska muslimska män som relaterar en stor del av sina aktiviteter till familjen. Familjen är framträdande i många aktiviteter som personlig vård, fritid och produktivitet, vilket innebär att de har en familjecentrerad uppfattning, som kan förknippas med kollektivism (Heigil, Kinebanian & Josephsson 2011).

Hälsa och ohälsa är begrepp som är kulturellrelaterade. Samma sjukdom kan ha olika innebörd i skilda kulturer. En sjukdom är aldrig endast ett biologiskt tillstånd utan måste tolkas utifrån sitt kulturella sammanhang (DeMarinis, 1998). Enligt Pellmer och Wramner (2007) är hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte bara frånvaro av sjukdom eller handikapp. Inom islamiska länder liksom andra länder förekommer också andra förklaringar till sjukdom, till exempel att det finns övernaturliga orsaker (Gud och djävulen), sociala orsaker (onda ögat och stress) naturliga orsaker (väderförhållande och smutsig miljö) och ärftliga orsaker (Al-Krenawi & Graham, 2000; Yosef, 2008).

Genom samspel mellan individen och den kultur han eller hon har växt upp i grundläggs individens identitet, det vill säga upplevelsen av vem man är. De sociala rollerna förvärvas under den process som kallas för socialisation. Man tar till den egna kulturens värderingar och gör dem till sina. För dem som kommer från en annan kultur kan det uppstå problem när man inte kan tolka och förstå de reaktioner man möter. Det kan ge en otrygghet och osäkerhet på den egna förmågan och kanske på vem man egentligen är (Lindehag, Pohl & Rönnerfalk, 1993). Pooremamali och medförfattare poängterar vikten av ökad kunskap hos

arbetsterapeuter om olika dilemman som genererats av olika kulturella världsbilder. Det är också viktigt att arbetsterapeuter är medvetna om att de svårigheter som kan uppstå i kontakterna med klienter inte bara är kopplade till klienter och deras möten med samhällets normer och attityder, utan också är grundat i arbetsterapeutiska ideologin i Sverige (Pooremamali, Persson & Eklund, 2010). Hansen (2007) ifrågasätter relationen mellan sjukvården i de skandinaviska länderna och det mångkulturella samhället och menar att sjukvården i dessa länder inte kan möta kraven från vårt mångkulturella samhälle. Björk Brämberg (2008) tar upp kommunikationssvårigheter som förekom inom vården mellan vårdare och patienter då vårdaren misslyckades med att förstå patienternas behov när de inte talade samma språk. Echeverri (2010) konstaterade att det rådde oenighet om vilken kompetens vårdpersonal förväntades ha i möten med människor som har olika kulturella bakgrund. Echeverri (2010), pekade även på stora brister i hälso- och sjukvårdsutbildningar i Sverige angående hur man bemöter människor med olika kulturella bakgrund, samt att det saknas klara riktlinjer för undervisning om möten mellan personer med olika kulturell bakgrund.

### **Stroke**

En av många patientgrupper där kulturell förståelse är viktig, är patienter med stroke. Hälsan påverkas ofta fysiskt, psykiskt och socialt för en patient som haft stroke. Det finns stora skillnader på konsekvenserna av sjukdomen beroende på vilken del av hjärnan som är skadad och hur svårt skadad den är (Aquilonius & Fagius, 2000). Stroke eller slaganfall definieras som plötsliga störningar i hjärnans funktioner (Socialstyrelsen, 2005). Störningarna kan vara fokala eller globala, de ska vara i minst 24 timmar alternativt leda till döden, och vara vasculärt orsakade (Aquilonius & Faigus, 2000).

Att kunna medverka i sociala interaktioner, umgås med familj och vänner, kommunicera och göra olika aktiviteter innebär det sociala i livet (McKevitt, Redfern, La-Placa & Wolfe, 2003). En studie av Lundgren, Aniansson och Grimby, (2000) visar att det efter stroke vanligen finns ett behov av socialt stöd för att kunna leva livet fullt ut. De två viktigaste faktorerna, enligt Kim, Warren, Madill, och Hadley, (1999), som påverkar livskvaliteten hos dem som drabbats av stroke, är grad av socialt stöd och depression.



## Arbetsterapi

Inom arbetsterapi har det utvecklats flera olika modeller som beskriver mänsklig aktivitet. De mest använda i svensk arbetsterapi är Model of Human Occupation (MOHO) och Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Båda modellerna tar upp kulturella värderingars betydelse för aktivitetsutförande. Inom MOHO skriver Kielhofner (2008) att en persons aktivitetsutförande påverkas av den fysiska, sociala och kulturella miljön samt de ekonomiska och politiska förhållandena. CMOP-E beskriver den fysiska, sociala, kulturella och institutionella miljön som faktorer som påverkar aktivitetsutförandet (Townsend & Polatajko, 2007). Att komma till ett nytt land innebär att komma till en helt ny miljö och oftast en helt ny kultur. Kielhofner betonar betydelsen av den kulturella miljön och hur den påverkar olika aktiviteter. Kulturer påverkar tillvägagångssätt, resultat och normer för att göra en aktivitet, samt vilka typer av förmågor som är viktiga, vilka fritidssysselsättningar som uppskattas och vad man bör sträva efter i livet (Kielhofner, 2008).

Townsend och Wilcock (2004) tar upp begreppet ”occupational justice” som bygger på att alla individer är olika och har olika behov av aktiviteter i vardagen. Klienter från

Mellanöstern som drabbats av stroke, liksom alla andra människor behöver och vill vara aktiva för att kunna uppnå god hälsa och livskvalitet. Arbetsterapeuter i Sverige har enligt den etiska koden för arbetsterapeuter (FSA, 1998) fokus på att göra det möjligt för individer att leva och göra det som är meningsfullt och fördelaktigt för dem och för deras familjer och för samhället. Att förstå vad klienten vill och värderar är en förutsättning för att kunna stödja klienten i att kunna utföra de aktiviteter han/hon vill göra. Författarna vill, därför, undersöka om hur undersökningspersonerna som har träffat en arbetsterapeut upplever att de blivit bemötta och förstådda av arbetsterapeuter.

## Syfte

Syftet är att undersöka hur personer från Mellanöstern som drabbats av stroke upplevde kontakten med arbetsterapeuter på sjukhus i Sverige.

### Frågeställningar

1. Hur har klienten upplevt mötet med arbetsterapeuten?
2. Har klienten upplevt problem? Om ja, på vilket sätt?
3. Hur skulle patienten önska att mötet med arbetsterapeuten utspelade sig?

## Metod

En kvalitativ metod valdes i form av en intervjustudie för att få svar på syftet. Enligt Friberg (2006) karaktäriseras kvalitativ metod av strävan efter en helhetsförståelse för den unika människans upplevelser. Denna metod är mest lämplig för vår studie eftersom vi ville fokusera på människors berättelser kopplade till hälsa, lidande och vård. Författarna vill försöka förstå människors sätt att resonera eller reagera vilket är passande för vår studie. För att ta reda på respondenternas unika upplevelse valde författarna att göra intervjuer. Enligt Kvale & Brinkmann (2009) kan en intervju ge tillträde till de tillfrågades värld, där de kan beskriva sina upplevelser och erfarenheter.

## Urvalsförfarande

Författarna valde att göra ett målinriktat urval (Bryman, 2011). Stroke valdes för att begränsa urvalet och för att personer med stroke är en grupp som ofta träffar arbetsterapeuter. Fokus låg på klienter, 20 år och äldre, som kommer från Mellanöstern och hade varit i kontakt med en arbetsterapeut senaste 12 månaderna till följd av en stroke. Kontakter med klienter togs via neurologiska kliniker och rehabiliteringskliniker i södra Sverige. Vårt mål var att få en blandad grupp när det gällde ålder och kön för att få deltagare med olika erfarenheter, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar möjligheten att belysa frågeställningen från olika aspekter och ge en rikare variation av de fenomen som vi vill studera. Arbetsterapeuter på de aktuella klinikerna i södra Sverige fungerade som mellanhand och hjälpte oss att hitta och tillfråga klienter som uppfyllde våra inklusionskriterier. Genom detta urvalsförfarande fick vi kontakt med två personer från sjukhus ett, fem personer från sjukhus två och en person från sjukhus tre. Undersökningsgruppen kom därefter att bestå av åtta personer (tre kvinnor och fem män) som kom från Libanon, Iran och Irak. Eftersom alla våra respondenter hade samma religion och kulturella bakgrund och att samtliga utom en talade arabiska, så gjorde vi bedömningen att landet inte spelar stor roll. Könen däremot hade betydelse vilket lyfts fram senare i resultatet. Ingen av respondenterna var inlagda på sjukhus vid intervjutillfället och samtliga hade träffat en arbetsterapeut de senaste 12 månaderna.

## **Datainsamling**

Vår intervju var semistrukturerad och en intervjuguide med frågeområden (bilaga 1) användes för att få information om undersökningspersonernas upplevelser av att bli behandlade och bemötta av svenska arbetsterapeuter samt hur skulle de vilja att den vårdgivande processen såg ut (Kvale & Brinkman, 2009).

## **Procedur**

Kvaliteten på de data som produceras i en kvalitativ intervju beror på kvaliteten hos intervjuarens färdigheter och ämneskunskaper. Det krävs enligt Kvale och Brinkmann (2009) en omfattande träning för att bli en bra intervjuare. I ett inledande skede av vårt arbete gjorde vi en pilotintervju med en kvinna som passade in på vårt urvalskriterium. Enligt Lantz (2007) är en pilotstudie lämplig för att prova frågorna och att träna på intervjutekniken. Frågornas utformning och svaren som de genererade visade sig relevanta till studiens syfte. Det gav författarna träning i att intervju. Pilotintervjun ingår inte i resultatet.

Efter att verksamhetscheferna gett sitt godkännande och rådgivande yttrande från Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) var klart, skickade vi skriftliga förfrågningar om att delta i studien ut till arbetsterapeuterna på de aktuella klinikerna. Arbetsterapeuterna fungerade som mellanhand och frågade klienter som uppfyllde inklusionskriterierna om att delta i studien. Författarna fick namn och kontaktuppgifter på dem som gav sitt godkännande till att delta i studien och tog senare kontakt med dem. Tid och plats för intervjun bestämdes. Före intervjun fick klienterna muntlig och skriftlig information om studien, ett så kallat informerat samtycke användes. Det informerade samtycket var skrivet både på svenska och arabiska. För att bekräfta översättningen fick en arabisktalande person vid Malmö högskola läsa igenom den svenska och den arabiska versionen av samtycket. Författarna gjorde åtta intervjuer varav tre intervjuer genomfördes på svenska och fem på arabiska på de platser som författarna och klienten kom överens om. Alla intervjuer varade mellan 30-60 minuter. Samtliga intervjuer spelades in och känslor och kroppsspråk under intervjuerna noterades. Intervjuerna skrevs ut ordagrant på det språk som de genomfördes på. Författare ett transkriberade intervjuerna som gjorts på svenska medan författare två transkriberade intervjuerna som gjorts på arabiska. Därefter blev intervjuerna översatta från arabiska till svenska av samma författare.

### **Bearbetning av den insamlade informationen**

Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en kvalitativ innehållsanalys en värdefull analysmetod för dem som ska göra studier för första gången på grund av metodens möjligheter att utföra analyser av olika svårighetsgrader. Graneheim och Lundman (2004) tar upp att en grundläggande fråga när man utför kvalitativ innehållsanalys är att besluta om analysen ska fokusera på manifest eller latent innehåll. Kvalitativ innehållsanalys, som vi använde, fokuserar på både manifest och latent innehåll. Graneheim och Lundman (2004) menar vidare att texter baserade på intervjuer och observationer är formade i en interaktion mellan forskaren och deltagare och kan ses som en kommunicerande handling. Analys av det uppenbara innehållet, kan vara en lämplig utgångspunkt men i varje text finns också meddelanden som skall tolkas och beskrivs. Kvalitativ innehållsanalys gav författarna möjligheter att tolka den underliggande meningen, det vill säga det latent innehåll.

### **Analys av intervjuerna**

Alla intervjuer lyssnades noga igenom tre gånger för att få en uppfattning om helheten i intervjuerna. Därefter valde författarna att var för sig göra en innehållsanalys på den första intervjun. Enligt Graneheim och Lundman (2004) så stärks trovärdigheten på analysen om man gör det var för sig. I enlighet med vad Graneheim och Lundman (2004) anser så granskade författarnas även varandras analyser för att förstärka trovärdigheten ytterligare. Det gjordes på samma sätt på de resterande sju intervjuerna.

Efter att ha gått igenom intervjuerna ett par gånger så strök författarna över de meningar som motsvarade syftet i studien. Utifrån dessa meningar bildades sedan tillsammans en meningsenhet som utgjorde grunden för analysen av information, ord, meningar och stycken som tillsammans bildade ett sammanhang (Graneheim & Lundman, 2004). Därefter har meningsenheterna kondenserast och abstraherats vilket innebär att författarna kortat ner innehållet och tagit bort det som inte var relevant och behållit det viktiga som kan användas i analysen och som anses motsvara syftet i studien. Att abstrahera innebär att lyfta innehållet till en högre logisk nivå (Graneheim & Lundman, 2004). Efter att ha kondenserat meningsenheterna så kodades informationen som fått fram. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en kod en etikett på en meningsenhet som kortfattat beskriver dess innehåll. Nästa

steg som gjordes var att sammanföra koderna i alla intervjuer i subkategorier. En subkategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). Slutligen skapades fyra subteman utifrån kategorierna som tillsammans bildade ett huvudtema. Att skapa tema är enligt Graneheim och Lundman (2004) ett sätt att tolka det underliggande innehållet. När alla analyserna gjorts gjordes ett schema och kategorierna jämfördes i de olika intervjuerna och författarna sammanförde de som var liknande. - Tabell 1 nedan visar ett exempel hur intervjuerna analyserades.

Tabell 1 visar ett exempel på hur en meningsenhet analyserades

<b>Meningsenhet</b>	<b>Kondenserad meningsenhet</b>	<b>Kod</b>	<b>kategori</b>
”Jag kommer ärligt talat inte ihåg... Nej de va jättebra, Dom var väldigt trevliga. Det var allmänt bra”	Jag kommer inte ihåg mycket men de var trevliga!	Känna sig bra bemött.	Bemötande

## **Etiska överväganden**

Deltagarna i studien informerades muntligt och skriftligt (på svenska och/eller arabiska) om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst utan att ange skäl. Undersökningspersonerna fick också information om konfidentialitet och det betyder att personliga uppgifter som identifierar deltagarna i undersökningen inte kommer att avslöjas. Det informerat samtycket som skickades till deltagarna, innehöll också information om vem som kommer att utföra intervjun, vem som får tillgång till intervjun eller annat material, författarnas rätt att publicera hela intervjun eller delar av den och deltagarnas eventuella tillgång till utskriften och analysen av kvalitativ data (Kvale & Brinkmann, 2009). Ljudfiler från intervjuer och utskrifter förvaras på en lösenordsskyddad dator och innehållet ska raderas då uppsatsen är godkänd. Redovisning av resultatet kommer att ske på gruppnivå, så att ingen enskild intervjuperson kan identifieras.

## **Resultat**

Ett genomgående tema i samtliga intervjuer var vikten av att arbetsterapeuten hade en kulturell kompetens, det vill säga förstod att familjen har en vital roll i behandlingen, att det finns skillnad i synsätt beroende på kulturella värderingar och att kommunikation och språk är av yttersta vikt för att kunna samarbeta och behandla. En annan viktig sak som lyftes fram var personligheten, respekten och kunskapen som arbetsterapeuten visade. Dessa tillsammans skapade ett förtroende för arbetsterapeuten.

Följande del beskriver upplevelser av kontakt med arbetsterapeuter under rehabilitering hos personer med stroke från Mellanöstern. Vissa faktorer var framträdande under intervjuerna och det genomförda analysarbetet har resulterat i ett huvudtema: "Vikten av att arbetsterapeuten hade kulturell kompetens", samt fyra subteman: "Familjens roll i behandlingen", "Kulturella skillnader", "Kommunikation" och "Förtroende för arbetsterapeuten". Varje subtema stöds av kategorier och koder som presenteras i den löpande texten och exemplifieras med utvalda citat. För att visa spridningen av citat mellan de olika intervjupersonerna så kallades de deltagare A", " B" och så vidare.

Tabell 2 visar Subteman, kategorier och koder som framkom i de åtta intervjuerna.

<b>Subteman</b>	<b>Kategorier</b>	<b>Koder</b>
<b>Familjens roll i behandlingen</b>	Starka familjära band som påverkar behandlingen	Trygghet i familjen Patientens önskemål Hjälp från familjemedlemmar
<b>Kulturella skillnader</b>	Familjens åsikter spelar roll i behandlingen Religionens betydelse  Arbetsterapeutens kulturella kunskap	Kollektivism Kunskap om sjukdomen Synen på man respektive kvinnan inom Islam  Erfarenhet Lyhördhet
<b>Kommunikation</b>	Språkets betydelse  Tolk	Förstå varandra Tolka  Missförståelse Tidskrävande
<b>Förtroende för arbetsterapeuten</b>	Bemötande  Bra möten och dåliga möten	Respekt för kunskap Att få stöd Personlighet  Arbetsterapeuten ger trygghet Bra kontakt Önskemål som inte uppfylldes

### **Familjens roll i behandlingen**

I intervjuerna framkommer det att personer med stroke från Mellanöstern tyckte att familjen spelade en viktig roll under rehabiliterings processen. Familjen utgjorde en drivkraft och gav stöd som underlättade för den sjuke att ta sig genom behandlingen och svårigheter på olika nivåer orsakade av sjukdomen. Man kände trygghet och säkerhet med familjen runt omkring sig. Det var en självklarhet hos alla respondenter att familjens delaktighet spelade stor roll för behandlingen och respondenterna betonade hela tiden betydelsen av att ha någon i familjen vid sin sida under behandlingen. De flesta respondenter beskrev hur självförtroendet ökade och att man kände starkare vilja till att ta sig genom behandlingen med familjen vid sin sida. Deltagare D beskriver:

*”Familjen lyfter självförtroendet och motivationen. Jag känner mig säkrare.”*

### *Starka familjära band*

Respondenterna framhöll starka intrafamiljära band som en trygghetsfaktor som präglade hela behandlingsprocessen och dess resultat. Man kände en lättnad av familjemedlemmens närvaro och en samhörighets känsla då familjen deltog under behandlingen. En sak som lyftes fram under intervjuerna var att när man blir sjuk så är det inte bara individen som påverkas utan hela familjen och det är viktigt att man tar sig igenom detta tillsammans. Deltagare F beskriver:

*”Absolut det tycker jag, det är ju familjen. Hela mitt liv har med dom att göra. Vi har väldigt nära kontakt i vår familj och jag menar inget funkar utan dom. Vi tar våra beslut tillsammans.”*

Några respondenter tyckte att den professionella hjälpen som de fick av arbetsterapeuten inte räckte till för att känna sig trygg utan att tryggheten ökade med familjens närvaro. Man kände en lättnad vid att ha någon familjemedlem med sig. Deltagare D beskriver trygghets- känsla:

*”Min man var med mig hela tiden vid alla behandlingar inte bara AT och min man är min trygghet utan han så kan jag ej göra något.”*



Alla respondenter uttryckte att det var viktigt att familjen var direkt delaktig i behandlingen och på så sätt kunde familjemedlemmarna få kunskap om sjukdomen och hjälpa till på bästa sätt. De fick även en större kunskap för varför man som sjuk förändrades och reagerade på ett annorlunda sätt än tidigare och lärde sig därigenom hantera det bättre. Det var även viktigt eftersom man som närvarande familjemedlem ges möjlighet att få svar på sina frågor kring sjukdomen och dess påverkan. Deltagare A säger:

*”Barnen lär sig hur de ska behandla mig och varför jag reagerar på ett visst sätt. Bra att familjen är med.”*

#### *Familjens åsikter påverkar behandlingen*

Att familjemedlemmarna fick vara med och säga vad de tyckte upplevdes som viktigt av de flesta respondenter. Man betonade att det var viktigt att familjen fick komma med sina åsikter och önskemål och ta del i behandlingen. Man respekterade familjemedlemmarnas åsikter och övervägde de flesta besluten tillsammans. Deltagare F uttrycker det så här:

*”Min son bryr sig mycket om mig och han gillar att försöka bestämma lite. Han talade ofta om för mig vad jag skulle säga och inte säga.”*

Önskemål om familjens fulla delaktighet i behandlingen framkom i alla intervjuer och alla respondenter uttryckte betydelsen av att någon familjemedlem var med under behandlingarna. Detta bedömdes som en faktor som underlättade hela behandlingsprocessen och underlättade samarbetet mellan respondenterna, familjen och arbetsterapeuten. Att familjen fick delta i behandlingen stärkte respondenternas samarbetsvilja och respekt gentemot arbetsterapeuten. Deltagare H beskriver sina önskemål:

*”Det är ju familjen. Hade inte min man varit med så skulle jag absolut velat att nån av mina barn finns med.”*

#### **Kulturella skillnader**

Det var viktigt att kulturella skillnader inte påverkade etableringen av välfungerande relationer mellan vårdgivaren och vårdtagaren, enligt våra respondenter. Nära samarbete kan främjas med öppnare förhållningsätt. Några respondenter efterlyste mer flexibilitet och

öppenhet. Andra tyckte att det var viktigt att arbetsterapeuten visade intresse om att lära sig mer om klienterna och deras kultur. Respondenterna i vår studie vill se arbetsterapeuten som problemlösare inte problemskapare. Vårdgivarens personliga värderingar, eventuella fördomar och tvivelaktiga föreställningar kunde kännas av i kontakten med vårdtagaren även om de inte uttalades direkt, tyckte våra respondenter. Deltagare F beskriver:

*”Ja, om man inte hälsar så blir alla så försiktiga och lite konstiga. Jag förklarar med hjälp av min son att jag ej kan hälsa men jag ser på dom att de inte håller med.”*

Kulturen är en stor och viktig del av respondenternas liv och kan inte beaktas separat, därför var det viktigt att arbetsterapeuten höll en neutral linje i sitt arbete och visade respekt gentemot klientens värderingar och klienternas behov. Deltagare G beskriver:

*”Men vad ska jag göra åt saken jag är muslim och respekterar min religion och jag respekterar deras. Alla får tro vad de vill.”*

### *Religionens betydelse*

Religionen påverkar deltagarnas beteende och de uppfattas som ovilliga att samarbeta. Främst var det kvinnorna som visade sig ha problem och deltagare B beskriver situationen:

*”Det var tur att jag fick dela rummet med kvinnor annars skulle det varit otäckt, jag har ju själ och ville vara ensam.”*

Synen på man respektive kvinna inom islam påverkade interaktionen mellan könen inom vården. Kvinnliga deltagare ville helst bli behandlade av kvinnliga arbetsterapeuter då det inom islam är förbjudet för en utomstående man att ta på kvinnan eller se henne utan själ. Deltagare D beskriver

*”Hon kände mycket på mig så jag är glad att det var en kvinna och inte en man. Som läkaren han var en man och det var mycket obekvämt när han undersökte mig.”*

Respondenterna uppgav att kulturella svårigheter uppstod och att det kunde undvikas om arbetsterapeuten hade större kunskap om deras religion och kultur. Det skulle öka respekten och förståelsen gentemot individen och dennes tro. Respondenterna efterfrågade svenska arbetsterapeuter med större kulturell kompetens. Deltagaren F beskriver:

*”En manlig muslim som dig skulle direkt vetat om allt och tagit hänsyn till det. Så som du gjorde innan du kom in. Du sträckte inte fram handen för att du vet att det inte är tillåtet i vår religion.”*

### **Kommunikation**

I intervjuerna framhävde respondenterna kommunikationen som viktig del i arbetsterapeutisk behandling. Några respondenter kände sig mindre delaktiga i behandlingen när de inte kunde förmedla sina känslor och tankar direkt till arbetsterapeuten. Respondenterna tyckte, även att kommunikationsprocessen hade underlättats med en arbetsterapeut som har liknande språk och bakgrund. Deltagare H beskriver:

*”Ja, Jag menar då kan jag prata direkt till henne och hon till mig och då är jag mer bekväm. Sen tror jag att vi hade fått bättre kontakt eftersom vi har samma språk och samma religion.”*

### *Språkets betydelse*

Enligt respondenterna påverkades kommunikationen i högsta grad av bristande kunskaper i det svenska språket. Förmågan att förklara sina känslor och tankar var större hos de som talade god svenska. Deltagare D beskriver följande känslor:

*”Jag tror det hade varit lättare att uttrycka sig om jag kunde språket för det finns saker man lättare kan säga som kommer från hjärtat och det är lättare att säga det och visa det, med tolk blir det inte samma sak.”*

### *Tolk*

Användandet av tolk i arbetsterapeutisk behandling visade sig spela en viktig roll. Kommunikationssvårigheter mellan arbetsterapeuten och respondenter som inte talade svenska kunde undvikas genom användandet av professionella tolkar. Deltagare H säger:

*”Ja, de hade skickat mig en tolk. Jag kan nästan ingen svenska alls. Jag kände mig säkrare, hade inte han varit där så hade jag inte förstått något alls.”*

Eventuell missförståelse som kunde uppkomma i mötet med arbetsterapeuten kunde undvikas med hjälp av en professionell tolk. Tolken upplevdes då som en tillgång som ökar säkerheten. Deltagare D beskriver:

*”Ibland nickar jag på huvudet medan hon pratar fast jag inte riktigt förstår allt, men det är ingen fara jag ju tolken som översätter allt sen.”*

Några respondenter föredrog familjemedlemmar som tolkar. De tyckte att de är mer insatta i deras livssituation och på så sätt kände de sig tryggare. Deltagare C beskriver:

*”Ja det kunde dom, ibland tog jag med min fru, dom hade alltid tolk med sig men jag ville ha med mig min fru.”*

Några respondenter tyckte att det fanns nackdelar med att använda en professionell tolk. En respondent tyckte att användandet av professionella tolkar var tidskrävande. Deltagare B säger:

*”Tiden räcker nästan inte till, speciellt när tolken hela tiden måste översätta, det tar ju extra lång tid”*

### **Förtroende för arbetsterapeuten**

Alla respondenter uttryckte att arbetsterapeuterna som de kommit i kontakt med kunde sitt jobb. Förtroendet för arbetsterapeuterna ökar enligt respondenterna när arbetsterapeuterna kommer till mötena väl förberedda. Respondenterna ansåg att det är viktigt att arbetsterapeuterna besitter kunskap, erbjuder hjälp, ger information, visar engagemang,

respekt och är lyhörda. En kontinuerlig kontakt med samma arbetsterapeut skapar närmare relation och ökar, enligt respondenterna, förtroendet. En respondent uttryckte osäkerhet när hon mötte en vikarierande arbetsterapeut. Genom att träffa en arbetsterapeut av samma kön ökar förtroendet hos flera kvinnliga respondenter. Deltagare C beskriver:

*“Hon var trevlig och gav sig tid till att prata och undersöka mig och lära känna mig och se vilka problem jag hade och bäst av allt var att hon var kvinna. Det hjälpte mig att lugna ner mig och känna mig tryggare.”*

### *Bemötande*

Alla respondenter ansåg att man blev väl bemötta av arbetsterapeuten och hade positiva upplevelser från vården. En viktig del i bemötande processen visade sig vara personligheten hos arbetsterapeuter. Att vara trevlig och hjälpsam uppfattades som att man gör sitt bästa och är professionell. Respondenterna ansåg att arbetsterapeuterna behandlade med omtanke och respekt och var allmänt trevliga och visste hur man skall bemöta patienter vilket ökade förtroendet gentemot arbetsterapeuten. Deltagare A beskriver:

*”Det är konstigt alltså jag träffa henne inte många gånger men det verkar som om landstinget väljer de som kan och har en god mentalitet att bemöta patienten på ett väldigt fint sätt.”*

Flera respondenter uttryckte respekt för utbildningen och kunskapen som arbetsterapeuten besitter. Man förlitade sig på att arbetsterapeuten ger bästa möjliga behandling. Deltagare C beskriver:

*”Jag tänkte bara att jag behöver hjälp det är allt, det är dom som är behandlarna så jag förutsätter att dom gör det bästa för mig.”*

Ett annat viktigt perspektiv som lyftes fram av våra respondenter var stödet de fick av arbetsterapeuten. Man ansåg att det var en viktig del i behandlingen och ökade förtroendet och självkänslan. En respondent var särskilt imponerad av sin arbetsterapeut som hela tiden gjorde sitt bästa för att stötta honom. Deltagaren E beskriver:

*”Det var väldigt svårt för mig eftersom jag är svag i överkroppen. Jag ville ge upp direkt men hon hjälpte mig och efter ett tag gick det”*

#### *Bra och dåliga möten*

Respondenterna upplevde bra möten som en förutsättning för att skapa större förtroende för arbetsterapeuten. Enligt respondenterna handlade bra möten om att känna sig respekterad, hörd, få resultat samt skapa en bra kontakt med sin arbetsterapeut. En deltagare F beskriver:

*”Hon visade mig mycket och lärde mig många saker och gav mig hjälpmedel och jag var mer bekväm med henne och kände mig mer som mig själv, Ju bättre jag blev desto roligare var det.”*

I genomförandet av våra analyser framkom några exempel på dåligt möte. Respondent B upplevde en känsla av nonchalans och ointresse från arbetsterapeuten. Han beskriver situationen följande:

*”Nej, de lyssnar men det är inte alltid att de gör som man vill att de ska göra”.*

Förtroendet för arbetsterapeuten ökade när arbetsterapeuten upplevdes som att han/hon lyssnade på patienternas önskemål. Några respondenter uttryckte att det var betydelsefullt med kontinuitet i behandlingen. Man önskade att samma arbetsterapeut följde med under hela behandlingen vilket ansågs skapa bättre kontakt och större trygghet. Deltagare F som inte fick samma arbetsterapeut beskriver:

*”Jag ville ju ha samma arbetsterapeut, speciellt när vi haft bättre kontakt med tiden. Det kändes inte lika bra. Hon var okänd för mig och visste inte mycket om mig.”*

## Metoddiskussion

För denna studie valde författarna att använda sig av en kvalitativ studie för att på bästa sätt kunna få fram patienternas upplevelser av kontakt med arbetsterapeut. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är intervju ett bra sätt att fånga upplevelser. Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerad intervju med öppna frågor för att ge våra respondenter möjlighet att med egna ord fritt kunna beskriva sina upplevelser. Tanken var att den ställda frågan skulle fungera som stöd. Som analysmetod användes manifest och latent innehållsanalys eftersom den lämpar sig bra för granskning och tolkning av intervjutexter samt att det var första gången vi gjorde ett forskningsprojekt. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är kvalitativ innehållsanalys en värdefull analysmetod för elever när de deltar i ett forskningsprojekt för första gången på grund av möjligheten att utföra analys av olika svårighetsgrader.

Antalet deltagare i studien var åtta personer, både män och kvinnor. Några intervjuer gjordes på arabiska och andra på svenska och författarna upplevde inte att var någon skillnad på vilket språk intervjun gjordes på eller att det påverkade utgången av intervjuerna. Alla intervjuer gjordes i deltagarnas hem i enlighet med deras önskemål. Meningen med att de fick bestämma plats för intervjuerna var att de skulle känna sig säkra och bekväma. En fundering som diskuterades innan intervjuerna var att vi är två män som gör detta projekt och att det kanske kunde vara problem vid intervjuer med kvinnor då de kanske kunde känna sig obekväma med för dem tidigare okända män. Nu i efterhand kan man säga att det inte hade någon stor inverkan. Anledningen till det kan vara att en manlig familjemedlem i form av man eller son alltid närvarade samt att en av författarna hade samma språk och religion vilket ökade bekvämligheten. Båda dessa faktorer togs upp i intervjuerna som vitala för trygghet och bekvämlighet och vi anser att det också passade bra in på oss vid genomförandet av intervjun. En annan sak som diskuterades mellan författarna före intervjuerna var om familjens delaktighet i intervjun kunde vara en nackdel. Känslan vi fick var att familjens närvaro endast påverkade på ett positivt sätt eftersom de anhöriga var passiva vid samtliga intervjuer. En tanke kring det kan vara att respondenterna kände sig bekväma på grund av att en av författarna hade samma språk och bakgrund och visade rätt beteende och respekt från första stund. Vår utländska bakgrund och tidigare erfarenheter gör att vi har en kulturell kompetens och visste hur vi skulle förhålla oss mot respondenterna. Ett exempel på det är att vid samtliga intervjuer med kvinnor så sträckte författarna inte fram handen till kvinnan eller kvinnorna i

huset utan endast till männen vilket visade respondenten och familjemedlemmarna att vi visste hur vi skulle förhålla oss. Detta i sin tur tror vi ledde till att respondenten och även de anhöriga kände sig bekväma.

Resultatet som redovisas är en direkt avspegling av hur personer upplevde bemötandet från arbetsterapeuten då citat från patienternas upplevelser hela tiden presenteras. I analys och resultatdelen beskrivs och redovisas hur teman och kategorier fåtts fram vilket skapar en större giltighet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är en noggrann beskrivning av urval och analysarbete ett sätt att ge läsaren möjlighet att bedöma giltighet i tolkningar. För att kunna beskriva innehållet i studien korrekt lades författarnas tankar och förförståelse åt sidan. Genom diskussioner och nära samarbete under hela analysprocess fick författarna fram teman, subteman och kategorier och detta anser vi kunna stärka studiens noggrannhet.

Författarna har själv genomfört och skrivit ut alla intervjuer vilket ökar datamaterialets trovärdighet. Trost (2010) menar att det är en stor fördel om författarna själva utför alla intervjuerna då minnet från intervjutillfället är ett viktigt inslag vid tolkning och analys av materialet. Från början var det meningen att båda författarna skulle delta vid samtliga intervjuer eftersom vi ansåg att man kunde fungera som stöd och komplement för varandra under intervjuerna. Detta kunde dock inte utföras på alla intervjuer på grund av sjukdom hos en av författarna.

Intervjun pilottestades på en person och författarna upplevde att den gav bra svar som var relevanta till studiens syfte. Meningen med pilotstudien var att granska frågornas utformning och kvalitet samt öka trovärdigheten. Därefter gjordes bedömningen att frågorna motsvarade studiens syfte. Här gavs även en möjlighet för författarna att testa och utvärdera sin intervjuteknik. Författarna valde att illustrera resultatet med många citat i resultatet för att underlätta överförbarheten och pålitligheten i enlighet med Graneheim och Lundman (2004) samt för att ge en klar och tydlig beskrivning av deltagarnas upplevelser. Varje deltagare tilldelades en bokstav för att enklare kunna urskilja deltagarna samt ge läsaren en snabb överblick över svarspridningen mellan respondenterna i studien. Största möjliga spridningen anses enligt Graneheim och Lundman (2004) öka giltigheten i studien.

En annan tänkbar metod som övervägdes att användas var Grounded Theory men efter diskussioner mellan författarna och handledaren beslutades att innehållsanalys var mer lämplig. Grounded Theory bygger på att göra intervjuer och data analys av personer vilka



sedan väcker nya frågeställningar och idéer. Urvalet av nästa deltagare i studien ska vara strategiskt utifrån dessa slutsatser. Urvalet är inte bestämd på förhand, utan pågår tills mättnad-saturation (datamättnad, tillräckligt med information) har uppnåtts. Vi anser att denna metod är för komplicerad för oss och kräver en längre tid än de vi har till vårt förfogande samt kräver tidigare forskningserfarenhet.

## **Resultatdiskussion**

Studien syftade till att undersöka hur personer från Mellanöstern som drabbats av stroke upplevde mötet med arbetsterapeuten. Resultatet visade att respondenterna upplevde det som viktigt att arbetsterapeuten hade kunskap och förståelse för att familjen har en viktig roll i rehabiliteringen, att det fanns kulturella skillnader i synsätt och att kommunikationen är viktig. Detta bidrog till att skapa förtroende för arbetsterapeuten. Sammantaget tolkades detta av författarna som att det var viktigt att arbetsterapeuten har kulturell kompetens. Det stämmer väl överens med Pooremamali och medarbetare (2011) som menar att arbetsterapeuten behöver ha en ökad insikt i kulturella skillnader i synsätt och att de arbetsterapeutiska teoretiska modellerna som används nu behöver utvecklas.

Respondenterna som deltog i studien kommer från Mellanöstern och dessa länder beskrivs av Ekblad, Janson och Svensson, (2002) som länder där kollektiv livsform är normen och den handlar om familjeansvar, respekt för äldre, lydnad och ofta sträng religiositet. Resultaten i vår studie, att familjens fulla involverande i rehabiliteringen var nödvändig och en allierande kraft i rehabiliteringen, stämmer väl överens med Ekblad och medarbetare (2002) som skriver att en inblick på hur starka intrafamiljära band gör att individens sjukdom blir hela familjens sjukdom. Författarna tolkade att slutsatsen som förekom i resultaten, att för den sjuka personen från Mellanöstern är det viktigt att veta vad familjen tycker och vilka som är deras önskemål i behandlingen, kunde kolliderade med den etiska koden för svenska arbetsterapeuter. Den etiska koden talar om att arbetsterapeuternas uppgift är att skapa förutsättningar för individen att leva ett värdefullt liv genom behandlingen som ska vara individuellt utformad och i samarbete med patienten (FSA, 2005). Detta stöds av Pooremamali och medarbetares forskning som visade att de terapeutiska interventionerna inte stämde överens med Mellanöstern klienternas verklighet på grund av arbetsterapeuternas

individualistiska världsbild. Denna främjar enligt Ekblad och medarbetare (2002) individualistisk livsform med frihet och egenansvar som nyckelord.

I resultatet framkom det att den professionella hjälpen från arbetsterapeuter inte räckte till för att respondenterna skulle kunna känna sig trygga i behandlingen, utan studien indikerade också att känslan av tryggheten ökade med familjens närvaro i behandlingen. Ytterligare en studie poängterar nödvändighet av att vara medveten att det finns kulturella skillnader mellan arbetsterapeutens och klienternas inställningar till individualism och kollektivism (Heigl, Kinebanian, & Josephsson, 2001).

Kulturella skillnader kunde enligt respondenterna överbryggas genom en välfungerande arbetsterapeutisk relation som var präglad av öppenhet, flexibilitet och lyhörddhet. Förutom det bör personliga värderingar, eventuella fördomar och tvivelaktiga föreställningar undvikas. Författarna tolkade det som att det kunde finnas inslag av etnocentriskt tänkande som framkom från båda sidor och påverkade relationen mellan arbetsterapeuten och respondenten negativt. Etnocentrism beskrivs av Nilsson och Waldemarson att

*”Vi ställer det egna i centrum och dömer ut det avvikande. Etnocentrism betyder att vi människor ser och betraktar andra människor och deras beteenden eller handlingar genom vårt eget kulturella filter”* (Nilsson och Waldemarson, 1994, 131).

Resultaten illustrerade också hur religionen inverkar på samarbetet mellan arbetsterapeuter och respondenter i studien genom att respondenterna inte framstod som tillräckligt samarbetsvilliga. Liknande konflikt har beskrivits i studien av Pooremamali, Eklund, Persson och Östman (2011b) som belyser problemen utifrån holistiska islamiska synen och konflikten som uppstår mellan kollektivistiska och individualistiska sättet och vara.

En viktig aspekt, utifrån könsperspektiv, pekade ut kvinnorna som mest utsatta för religionens påverkan. Dessutom visar vår studie att kvinnliga respondenter helst ville bli behandlade av kvinnliga arbetsterapeuter. Detta kan stämma med Pooremamali och medarbetares (2011b) studie som påpekade att klienter ville förenas med sina arbetsterapeuter i en relation som är antingen är släktbaserad eller har mahram anslutning (innebär att tagas upp i den inre kretsen).

Respondenter i studien efterfrågar svenska arbetsterapeuter med större kulturell kompetens. Författarna tolkar kulturell kompetens som en nödvändig egenskap hos arbetsterapeuter vilken kan bidra till att många kulturella svårigheter kan överbryggas. Tanken är i linjen med

Brown (2001), som menar att kulturell kompetens får man när man har lärt sig och är medveten om sin egen kultur och om sina egna värderingar och sedan är redo att upptäcka dem hos andra helt fördomsfritt. Enligt Nationalencyklopedin (2012), är kommunikation viktigt och ett primärt behov hos människor, men det kräver bland annat att man kan språket. Bristande kommunikation är ingen bra förutsättning för en fullvärdig psykisk, social och kulturell utveckling. Kommunikation ansågs också av respondenterna i studien som en viktig del i behandlingen och de menade att kommunikationsbrister inte främjade delaktighet i behandlingen. Respondenterna i studien uttryckte vidare att kommunikationen hade underlättats om arbetsterapeuten hade liknande bakgrund och språk. Författarna tolkade detta som en viktig trygghetsfaktor i relation till arbetsterapeuten, vilket styrks med Pooremamali och medarbetares (2011b) studie som beskrev att känslan av tillhörigheten till arbetsterapeuten med samma etnisk bakgrund upplevdes som underlättande och höjde förtroende för rehabiliteringen.

Kunskap i svenska språket spelade en avgörande roll i kontakter med arbetsterapeuter. Denna slutsats stämmer överens med att de viktigaste orsakerna till att vårdmöten försvåras är just om en patient saknar helt eller delvis saknar kunskaper i det svenska språket (Magnússon, 2002). Användandet av professionella tolkar efterfrågades av våra respondenter i studien och Magnússon instämmer vidare i att det ökade tryggheten och minskade missförstånden i kontakten. Det framkom inte riktigt klart om respondenterna i studien föredrog professionella tolkar framför familjemedlemmar som tolkar, men att familjemedlemmar användes som tolkar sågs som positivt. Det positiva enligt Ekblad och medarbetare (2002) tycks vara att tolk som familjemedlem agerar som familjens språkrör och är mer insatt i problematiken, men trots det rekommenderas ändå användning av professionella tolkar på grund av bland annat opartiskhet och formella kvalifikationer. Några respondenter tyckte att nackdelen med professionella tolkar var att det tog tid från behandlingstiden som var avsatt för respondenterna vilket också bekräftades av Magnússon. Enligt honom var en ”god kvalite” på tolken att han eller hon översätter allt som sagts ordagrant, vilket tar betydligt längre tid att kommunicera utan tolk.

Även om att det fanns svårigheter i möten med arbetsterapeuter så uppfattade våra respondenter svenska arbetsterapeuter som trevliga i sitt sätt att vara hjälpsamma, professionella och engagerade, vilket medförde ökad respekt och förtroende för dem. Något som värdesattes och ökade förtroendet för arbetsterapeuter var kontinuerlig kontakt med en

och samma arbetsterapeut i rehabiliteringsprocessen och att kvinnliga respondenter fick träffa kvinnliga arbetsterapeuter. Vår studie visar att respondenterna värderar svensk arbetsterapi högt och menar att de ger bästa möjliga behandlingen. Bra och dåliga möten påverkade också förtroendet för arbetsterapeuter enligt studien. Respondenterna betonade vikten av kontinuerlig kontakt med en och samma arbetsterapeut, visad respekt och lyhördhet och av arbetsterapeuter som viktiga förutsättningar för ett bra möte. Dock berättade någon respondent om nonchalans och ointresse, vilket ansågs som ett dåligt möte.

## Konklusion

Studien visar betydelsen av att arbetsterapeuterna har kulturell kompetens vid behandling av personer med utländsk bakgrund. Det finns skillnad i synsätt beroende på kulturella och religiösa värderingar och dessa kan innebära problem i mötet mellan arbetsterapeut och patient om arbetsterapeuten inte vet hur han/hon ska förhålla sig. Studien har bidragit till en ökad förståelse för kulturella och religiösa värderingar och hur viktiga de är vid behandlingar. Som arbetsterapeut är det viktigt att ta reda på så mycket information och kunskap som möjligt om sina patienter både före och under mötet. Det är viktigt att arbetsterapeuten är medveten om att personer från Mellanöstern tänker ur ett grupperspektiv och inte ett individperspektiv. Man ser sig själv som en del i en familj där familjens åsikter och tankar värderas i första hand. Det är viktigt för arbetsterapeuterna att man lägger sina egna värderingar och föredömen åt sidan och behandlar patienten utifrån dennes önskemål och värderingar.

## Behov av fler studier

Syftet med denna studie var att undersöka hur personer från Mellanöstern som drabbats av stroke upplevde kontakten med arbetsterapeuter på sjukhus i Sverige. Det framkom många skillnader och brister i bemötandet. Det finns få liknande studier och i takt med att Sverige blir alltmer mångkulturellt är det viktigt att man skaffar sig kunskap om andra kulturer och religioner. Stroke är något som man inte kan bortse ifrån och som drabbar alla människor oavsett land och religion. Det finns behov av fler studier som ökar förståelsen för kulturella skillnader och deras påverkan vid behandling.

## Referenser

- Aboul-Enein, B.H., & Aboul-Enein, F.H. (2010). The cultural gap delivering health care services to Arab American populations in the United States. *Journal of Cultural Diversity*, 17 (19); 20-25
- Allen, D.G. (2006). Whiteness and difference in nursing. *Nursing Philosophy*, 27(2),65-78.
- Al-Krenawi, A. & Graham, J.R. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health Soc Work* , 25, 9-23.
- Aquilonius, S. & Fagius, J. (red.) (2000). *Neurologi*. (3., [bearb. och moderniserade] uppl.) Stockholm: Liber.
- Björk Brämberg, E. (2008). *Att vara invandrare och patient i Sverige. Ett individorienterat perspektiv*. Göteborg: Intellecta Docusys.
- Black, R.M. & Wells, S.A. (2007). *Culture and occupation: a model of empowerment in occupational therapy*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Brown, C. (red.) (2001). *Recovery and wellness: models of hope and empowerment for people with mental illness*. Binghamton, N.Y.: Haworth Press.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- DeMarinis, V. (1998). *Tvärkulturell vård i livets slutskede: att möta äldre personer med invandrabakgrund*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekblad, S., Janson, S. & Svensson, P. (2002). *Möten i vården transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Enskede: TPB.
- El-Islam, M. (2008). Arab culture and mental health care. *Transcult Psychiatry*, 45, 671-682
- Echeverri, P. (2010). *Bemötandeboken*. (1. uppl.) Stockholm: Norstedt.

- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur
- FSA. (1998). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Globalt förlagstryck AB
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad I ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Heigl, F., Kinebanian, A., & Josephsson, S. (2011). I think of my Family, therefore I am: Perception of daily occupations of some Albanians in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18:36-48.
- Jönsson, A. (2007). *Life after stroke: outcome and views of patients and careers*. Dissertation. Lund : Lunds universitet.
- Kim, P., Warren, S., Madill, H., & Hadley, M. (1999). Quality of life of stroke survivors. *Quality of Life Research*, 8, 293-301.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik*. Andra upplagan: Lund: Studentlitteratur
- Lindehag, A., Pohl, I. & Rönnerfalk, P. (1993). *Människan: socialt och kulturellt*. (1. uppl.) Nyköping: Athena lär.
- Lipson, J., G. & Meleis, A. L. (1983). Issues in health care of Middle Eastern patients in cross-cultural medicine. *West J. Med.*, 139, 854-61.
- Lundgren, Å., Aniansson, A., & Grimby, G. (2000). Rehabilitation Needs and Disability in Community Living Stroke Survivors Two Years after Stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation-Winter*, 6, 30-47.

Magnússon, F. (red.) (2002). *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Migrationsverket. Om migration/ Historia. Informationen inhämtades 2012-10-24 från Internet. <http://www.migrationsverket.se/>

McKevitt, C., Redfern, V., La-Placa, V., Wolfe, CDA. (2003). Defining and using quality of life: a survey of health care professionals. *Clinical Rehabilitation*, 17, 865-870.

Nationalencyklopedi. Hämtad 2012-11-18 från <http://www.ne.se/kommunikation>.

Nilsson B, Waldemarson A. Kommunikation: samspel mellan människor. uppl. Lund: Studentlitteratur; 1994.

Pellmer, K. & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. (2., [utök. och uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.

Pooremamali, P., Persson, D. & Eklund, M. (2011). Occupational Therapists experience of working with immigrant patients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18: 109-121

Pooremamali, P., Eklund, M., Persson, D. & Östman, M. (2011b). Muslim Middle Eastern clients` reflections on their relationship with their occupational therapists in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 1- 13

Socialstyrelsen (1983). *Invandrarna och den psykiatriska vården*. Stockholm: Liber distribution.

Socialstyrelsen (2005). *Nationella riktlinjer för strokesjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS-rapport 1995:5. *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*. Stockholm: Socialstyrelsen

Sue, D.W. (2006). *Multicultural social work practice*. Hoboken, N.J.: Wiley.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4.uppl.) Lund: Studentlitteratur

Townsend, E. & Wilcock, A. (2004). Occupational Justice. In Christiansen, C. & Townsend, E. *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living*. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall

Van den Brink, Y. (2003). Diversity in care values and expressions among Turkish family caregivers and Dutch community Nurses in the Netherlands. *J. Transcult Nurs*, 14, 146-154.

Westin, C. (1973). *Existens och identitet: invandrares problem belysta av invandrare i svårigheter*. Dissertation. Stockholms universitet.

Wyller, T., & Kirkevold, M. (1999). How does a cerebral stroke affect quality of life? Towards an adequate theoretical account. *Disability and Rehabilitation*, 21, 152-161.

Yosef, A.R. (2008). Health beliefs, practice, and priorities for health care of Arab Muslims in the United States: Implications for nursing care. *J. Transcult Nurs*, 19, 284-291.



**Bilaga 1**

Intervjuguiden

Kön

Ålder

Ursprungsland

Varför träffade du en arbetsterapeut ?

Möten med arbetsterapeut :

- Bra möten
- Saker som var bra
- Saker som inte var bra

## Intervjufrågor

Mirsad och Naim: Frågor 120301:

Varför fick du träffa en arbetsterapeut? (Intervjuarna ska ha i tankarna: Kan respondenten skilja på arbetsterapeut och annan personal)

Berätta om första mötet med arbetsterapeuten?

- Var träffades ni?
- Vad tyckte du om det stället?
- Använde ni tolk?
- Hur upplevde du det?
- Hur tyckte du att du blev bemött?
- Är det något arbetsterapeuten skulle gjort annorlunda?
- Är det något arbetsterapeuten borde ha tänkt på?
- Hur reagerade du då?
- Varför reagerade du som du gjorde?
- Vad tänkte du?

Har du träffat arbetsterapeuten flera gånger?

- Blev de mötena bättre eller sämre?
- På vilket sätt?
- Tycker du att du fått träffa arbetsterapeuten tillräckligt mycket?
- Fick du den hjälp du ville ha?
- Hur reagerade du då?
- (Om inte nöjd) Talade du om hur du ville ha det?
- (Om inte talade om) Varför inte?
- Fick din familj vara med vid mötena?
- Tycker du att det är viktigt att familjen får vara med i bedömningar och behandlingar?

Kan du berätta om bra möten?

- Kan du lyfta fram det som var bra?

Kan du berätta om möten som inte var bra?

- Vad var det som inte var bra?
- Hur reagerade du?

Har du upplevt att arbetsterapeuten inte förstår?

- Kan du ge exempel?

Har du upplevt att arbetsterapeuten inte lyssnar?

- Kan du ge exempel?

Har du upplevt att arbetsterapeuten inte betar sig på ett bra sätt?

- Kan du ge exempel?

Har du låtsas förstå utan att göra det?

- Kan du ge exempel?

Hur skulle du önska att kontakten mellan dig och arbetsterapeuten skedde?

