



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper
Arbetsterapeutprogrammet

Upplevelser av arbetsterapi hos första- generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar

Författare: Vaman Hadj

Handledare: Pia Hovbrandt

Kandidatuppsats

Våren 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157, 221 00 LUND

Upplevelser av arbetsterapi hos första-generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar

Författare: Vaman Hadj

Handledare: Pia Hovbrandt

Examensarbete på kandidatnivå

Våren 2017

Abstrakt

Bakgrund: På grund av den höga invandringen av immigranter till Sverige från Mellanöstern och Västasien har antalet migrerade kvinnor blivit allt flera. Kvinnor som både lider av fysiska och psykiska funktionsnedsättningar har ofta svårt att anpassa sig till den nya kulturen där kulturella värderingar skapar problem i vardagen. Idag finns det ganska få studier som handlar om första-generationens invandrarkvinnor. **Syfte:** Syftet med denna studie är att undersöka hur första-generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar upplever arbetsterapi. **Metod:** Semi- strukturerade intervjuer genomfördes med två kvinnor från Mellanöstern. Manifest Innehållsanalys användes för att analysera intervjuerna. **Resultat:** Resultatet visade att kvinnorna hade olika upplevelser av arbetsterapi. Det uppkom kommunikationsproblem mellan patient och arbetsterapeut där en av orsakerna var brist på kulturell förståelse. Kulturella värderingar samt tillit till arbetsterapi var också några saker som påverkade den fortsatta behandlingen. **Slutsats:** Det finns ett behov av mer forskning kring hur invandrarkvinnor upplever arbetsterapi, men också hur arbetsterapeuter upplever invandrarkvinnor. Mer forskning borde riktas mot arbetsterapeuter och deras möte med patienter med annan kulturell bakgrund än den västerländska kulturen, där kulturkompetens och kulturell förståelse är centrala begrepp som bör vara i fokus.

Nyckelord

Invandrarkvinnor, fysisk hälsa, kulturellt bemötande, arbetsterapi och kultur

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Arbetsterapeutprogrammet
Box 157, 221 00 LUND

Experiences of occupational therapy at first generation immigrant women with physical disabilities

Author: Vaman Hadj

Supervisor: Pia Hovbrandt

Bachelor thesis

Spring 2017

Abstract

Background: Due to the high immigration to Sweden from the Middle East and West Asia, the number of migrated women has increased. Women who both suffer from physical and mental disabilities often have difficulty adapting to the new culture where cultural values create problems in everyday life. Today, there are quite a few studies dealing with first-generation immigrant women. **Purpose:** The purpose of this study is to investigate how the first generation of immigrant women with physical disabilities experiences occupational therapy. **Method:** Semi-structured interviews was conducted with two participants from the Middle East. Manifest content analysis was used to analyze the interview. **Results:** The result showed that the woman had different experiences of occupational therapy. There was a communication problem between the patient and the occupational therapist where one of the reasons was lack of cultural understanding. Cultural values as well as trust in occupational therapy were also a few things that affected continued treatment. **Conclusion:** There is a need for more research on how immigrant women experience occupational therapy, but also how occupational therapists experience immigrant women. More research should be directed towards the occupational therapist and their meeting with patients with different cultural backgrounds than western culture, where cultural competency and cultural understanding is one of the key concepts that should be in focus.

Keywords

Immigrant women, physical health, cultural hospitality, occupational therapy, cultural encounter

Lund University
Faculty of Medicin
Occupational Therapy Programme
Box 157, S-221 00 LUND

TACK

Jag vill tacka min handledare Pia Hovbrandt för handledning och stöttning i uppsatsskrivandet.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Migration.....	1
Fysiska funktionsnedsättningar.....	2
Artros	3
Upplevelsen av smärta hos invandrarkvinnor	3
Arbetssterapi och kultur.....	4
Syfte	6
Metod	6
Urval	6
Procedur	7
Datainsamling.....	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden	10
Resultat	11
Bemötande & kulturell förståelse	11
Tillit för arbetssterapi	12
Diskussion	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	15
Kulturens betydelse	16
Kommunikations problem och kulturella skillnader.....	17
Roller och kulturella behov	17
Slutsats	18
Referenslista	20
Bilaga 1 (4)	26
Bilaga 2 (4)	27
Bilaga 3 (4)	28
Bilaga 4 (4)	29

Inledning

Migrationen till Sverige har avsevärt ökat de senaste åren (2016 a). Det finns flera orsaker till varför människan migrerar till ett annat land och, för det mesta handlar det om att fly från krig våld, eller strävan efter att bo på ett bättre ställe enligt Norberg och Segerfeldt (2012). Under 2014 migrerade 650 000 människor till den Europeiska unionen, och från denna grupp migrerade 81 000 till Sverige. Ett stort antal migrerande var kvinnor, framförallt från Irak, Iran, Turkiet och Syrien (Statistiska Centralbyrån, 2013). Kunskap om mötet mellan arbetsterapeut och kvinnliga patienter från mellanöstern är viktigt och det finns få studier som belyser invandrarkvinnors upplevelse av arbetsterapi samt vilken betydelse ett gott bemötande mellan dessa parter kan ha för behandling/intervention. Föreliggande studie fokuserar därför på detta ämne och undersöker hur första-generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar upplever arbetsterapi utifrån det kulturella mötet.

Bakgrund

Migration

För första-generationen invandrarkvinnor handlar inte migration endast om att flytta från ett land till ett annat, det handlar framförallt om att hitta ett bättre liv, bättre levnadsförhållanden och samtidigt känna sig säkra i vardagen (Berry, 1997). Miljöombyten kan vara påfrestande liksom livsstil och anpassningar till aspekter i det nya livet, detta resulterar både fysiska och kognitiva hälsoproblem (Melle, 2006). Röda korset (2015) menar att människor migrerar på grund av förföljelse eller allvarlig kränkning. Enligt rapporter från Migrationsinfo (2016 b) är migrationen delad i tre faser: fas ett var under och efter andra världskriget runt 1945-1960, under denna tid flydde många människor på grund av krig men också på grund av andra kriser. Den andra fasen började i slutet av 1960- talet och i början av 1970- talet, och under denna tid var invandringen hög i Sverige, då det uppkom brist på arbetskraft. Den tredje fasen började runt 1980- talet och har fortsatt fram till idag där majoriteten av invandrarna är flyktingar från länder utanför Europa. En studie av Bennett, Scornaienci, Brzozowski, Denis och Magalhaes (2012) visade att migration kan ha negativ inverkan på invandrarnas hälsa och välbefinnande, särskilt när det gäller deras roller, rutiner och vanor. Fortsättningsvis visar en

annan studie av Zander, Eriksson, Christensson och Mullersdorf (2015) att kvinnor från minoritetsetniska grupper har generellt sämre hälsa jämfört med kvinnor i majoritets-etniska grupper, vidare drog de slutsatserna om att dessa kvinnor ofta har fysiska problem såsom smärta i axel, nacke, rygg och leder.

Att migrera kan vara svårt för kvinnor då det ofta uppstår konflikter mellan individens egen kultur och den nya kulturen, vilket kallas acculturation (Berry, 1997). Ackulturation omfattar fyra olika strategier dessa är: assimilering, separation, integration och marginalisering. Assimilering betyder att individen på något sätt accepterar den nya kulturen och kasserar sin egen kultur, motsats till assimilering är separation där individen tar avstånd från den nya kulturen och bevarar sin egen kultur. Integration betyder att man bevarar båda kulturerna medan marginalisering innebär att man varken inte accepterar den nya kulturen eller den gamla (Berry, 1997). Att anpassa sig till en främmande kultur kan vara svårt eftersom invandrare ofta upplever en form av stress som kallas ackulturativ stress, en ökad känslighet för pågående stress i samband med en ny kultur (Berry, 1997).

Under de senaste decennierna, har benämningen mångkulturalism blivit allt vanligare i Sverige, eftersom invandringen till Sverige har ökat. Enligt Rattansi (2011), är mångkultur en term som syftar till att individer i ett samhälle med grupper från olika kulturer uppmuntras att följa sin etnicitet och samtidigt följa den nya kulturen. Mångkultur består dock av olika delar, såsom politiska, ekonomiska, utbildningsmässiga och kulturella. Sverige kan definieras som ett mångkulturellt samhälle med individer från många olika kulturer (Pooremamali, 2012). Med den globala ökningen av invandring är mångkultur ett relevant begrepp att fokusera på för att belysa frågor som kulturell kompetens, kulturella skillnader och hur det kan inverka på relationen mellan patient och arbetsterapeut.

Fysiska funktionsnedsättningar

Fysiska funktionsnedsättningar är ofta en orsak till aktivitetsproblem, vilket påverkar individen i varje skede i livet, både utifrån personliga och sociala aspekter (Turner, Foster & Johnson, 2002). Det finns många fysiska funktionsnedsättningar såsom smärta, brännskador i övre extremiteten, trauma, reumatoid artrit, hjärt-och andningssjukdomar som påverkar invandrarkvinnors vardag. (Turner et al., 2002) Vanliga åkommor hos invandrarkvinnor från Mellanöstern och Västasien är artros och smärta (Akhavan, Bildt & Wamala, 2007).

Artros

Det finns olika typer av reumatiska sjukdomar, en vanlig typ är artros. Artros är en antiinflammatorisk ledsjukdom. Symtomen för sjukdomen är nedsatt ledfunktion på grund av att ledbrosket är skadat (Petersson, Roos & Thorstensson, 2011). Sjukdomen debuterar kring 30 års ålder och framåt. Symtomen börjar med lokal värmeökning kring leden, ökad vätskesubstans och smärta i leden. De vanligaste symtomen för artros är nedsatt muskelstyrka, smärta och svullnad. Artros förekommer ofta i de större lederna såsom knä, höft och handens leder. För att hålla igång leden och minska smärta är det viktigt att man kontinuerligt tränar leden genom fysisk aktivitet. Att ständigt lida av artros kan leda till många hälsoproblem om det inte behandlas, det kan omfatta områden som arbete och fritid (Persson, 2008).

Artros förekommer oftast hos kvinnor som är över 55 år (Brittberg, 2014). Smärta är ett vanligt symptom för artros, studier visar på att kvinnor från Mellanöstern ofta upplever att artros är en del av det normala åldrandet vilket resulterar till att dessa kvinnor inte söker vård för sjukdomen (Al-Taiar, Al-Sabah, Elsalawy, Shehab, & Al-Mahmoud, 2013). Strategier relaterade till artros är ofta knutna till kulturella och personliga värderingar, det visar en studie av Zhang & Verhoef (2002). För att på ett professionellt sätt kunna bemöta och behandla invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar är det viktigt med kunskap om hur dessa kvinnor upplever mötet och den arbetsterapeutiska behandlingen.

Upplevelsen av smärta hos invandrarkvinnor

Enligt International Association for the Study of Pain [IASP] (2012) är smärta "*En obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse associerad med faktisk eller potentiell vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada.*". Det finns olika former av smärta. Två former av smärta är kronisk och akut smärta. Kronisk smärta, är en smärtsam förväntad läkning av vävnadsskada vilket är ett tillstånd som varar mer än sex månader. Akut smärta finns i en mer omfattande vävnadsskada, den är tillfällig och vanligtvis försvinner smärttillståndet efter att vävnadsskadan har läkt. (Werner & Leden, 2010). Den akuta smärtan är enligt Werner och Leden (2010) ofta förknippad med diverse trauma, tumörer, operationer, och vissa reumatiska sjukdomar. Enligt Lasch (2000) upplevs smärta olika beroende på vilken kultur eller religion man tillhör. En rapport från Statistiska Centralbyrån (2006) visar att fysiska besvär som

smärta i rygg, nacke och axlar är vanligt förekommande hos individer från spridda etniska populationer. Smärta förmedlas i olika former beroende på kulturella, sociala och psykosociala aspekter (Helman, 2007).

Smärta påverkar det dagliga livet och, en studie av Michaelis, Norredam och Kristiansen (2015) visade negativa effekter av smärta i välbefinnandet och den mentala hälsan hos invandrarkvinnor i Danmark. Enligt Michaelis et al. (2015) finns en hög sannolikhet att personer som lider av kronisk smärta också påverkas av många andra faktorer såsom depression, sömnlöshet, låg självkänsla och känslomässig stress. Upplevelsen av smärta påverkar förmågan att arbeta, göra hushållssysslor och vara engagerade i sociala aktiviteter vilket i sin tur leder till påverkan på sociala samt familjrelationer (Michaelis et al., 2015).

Arbetsterapi och kultur

Kultur är ett komplext begrepp och definieras på olika sätt beroende på olika perspektiv såsom antropologi, sociologi eller psykologi. Kielhofner (2007) definierade kultur som en grupp individers gemensamma regler, värderingar och ett sätt att leva på, medan andra hävdar att religionen är en stor del av de kulturella aspekterna och vyer (Ringquist, 2005).

Arbetsterapeutens roll grundar sig i att ta hänsyn till människans hela situation (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2012). Det handlar framför allt om att kunna stödja människor i aktiviteter samt möta deras värderingar och behov (Kielhofner, 2007). Kultur och sysselsättning ses som en viktig del av människan och beskrivs i flera av yrkets praxismodeller såsom Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 2007) och Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Turpin & Iwama, 2011). Att betona vikten av kulturella värden i samband med aktivitetsutförande socio- symbolisk aktivitetsvärde relaterat till kultur och kulturella skillnader mellan individer är viktigt för yrket (Turpin & Iwama, 2011). Modellen Value and Meaning in Occupation Model (ValMO), (Erlandsson & Persson, 2014) betonar vikten av socio-symboliskt aktivitetsvärde och dess relation till kultur. Iwama, Thomson & Macdonald (2009) menar dock att västerländska praxismodeller såsom MOHO (Kielhofner, 2007) och CMOP-E (Turpin & Iwama, 2011) är mer fokuserade på individen. När individen separeras från omgivningen skapar det i sin tur två olika enheter, vidare menar Iwama et al. (2009) att erkännande av de flerdimensionella utmaningar som kulturen presenterar ökar behovet av en

alternativ modell och teori som inte är förankrad i den västerländska livsstilen, och som kan bidra till att klargöra de kulturella dimensionerna av rehabiliteringsteorier och hjälpa arbetsterapeuter i deras arbete. På så vis skapade de en ny konceptuell modell, nämligen Kawa - en modell som fokuserar på hur individen ser på sig själv i anslutning till miljön (Iwama et al. 2009).

Aktivitet kan definieras som något en individ gör under dygnet och som att göra något meningsfullt på en speciell tid och plats (Christiansen Baum & Bass, 2015). Townsend and Wilcock (2006) menar att individen har olika värderingar och livsstilar vilket betyder att de också har olika behov. Arbetsterapeuter behöver ha ett öppet sinne och arbeta kring ”occupational justice” som enligt Townsend and Wilcock (2006) innebär att individen har rätt till möjligheter och sociala, miljömässiga resurser för att engagera sig i olika aktiviteter som är personliga och kulturellt meningsfulla för individen.

Att undersöka kulturens inverkan är viktigt inom arbetsterapin, på grund av att arbetsterapeuter möter individer med olika kulturell bakgrund. Människan har olika världsbilder, enligt Pooremamali, Eklund, Östman och Persson (2012) och Pooremamali, Persson och Eklund (2011) uppstår konflikter beroende på vilken världsbild man har, om den är kollektivistisk eller individualistisk, konflikterna menar författarna har sin grund i brist på kulturell kunskap.

Enligt Lovering (2006) är kulturen och språket värdefullt vid insatser och långsiktig rehabilitering för utlandsfödda individer då mycket förmedlas i vårt språk. Kulturella skillnader och konflikter kan uppstå i arbetsterapin både i kommunikationen samt interaktionen (Black & Wells, 2007; Pooremamali et al, 2012). För att undvika konflikter och underlätta kommunikation behöver individen även förstå det språk som talas för att förstå själva insatserna i den bakomliggande behandlingen. Det finns en hel del patienter inom hälso- och sjukvården som talar olika språk som vårdpersonal ofta inte förstår, vilket skapar problem både med att ge och ta emot information (Fioretos, 2002). Ofta är det äldre invandrare som är socialt utslagna i samhället, detta beror på att de inte förstår det nya språket (Lovering, 2006). Detta skapar problem i kommunikationen mellan arbetsterapeut och klient (Foets, Birnie, Koopmans, Denktas & Bonsel, 2009).

Då den största andelen av invandringen till Sverige kommer från Mellanöstern och några från Västasien (Migrationsverket, 2014) och det finns få studier som kretsar kring första generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar och deras upplevelse av arbetsterapi, valdes detta ämne för att få en bättre inblick i hur denna grupp kan uppleva arbetsterapi i Sverige.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka upplevelsen av arbetsterapi hos första-generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar.

Frågeställningar

- Hur upplever kvinnorna mötet med en arbetsterapeut?
- Hur upplever kvinnorna den behandling/intervention de får på arbetsterapin?

Metod

En kvalitativ ansats användes i detta arbete där insamling skedde med hjälp av kvalitativ intervju och enligt Kvale och Brinkmann (2009) är denna metod känslig och kraftfull då den fångar upp subjektiva upplevelser i deltagarnas vardag. För att undersöka, analysera och tolka den transkriberade data som samlats in användes manifest innehållsanalys (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012).

Urval

Deltagarna valdes genom följande urvalskriterier:

- Första generationens invandrarkvinnor med någon form av fysisk nedsättning som artros och smärta.
- Kvinnor mellan 20 och 75 år, och härstammar från Mellanöstern och Västasien.

- Deltagarna bör haft kontakt med en arbetsterapeut vid minst sju tillfällen för att kunna skapa en relation med sin arbetsterapeut samt fått någon sorts intervention för sin skada/funktionsnedsättning.

Exklusionskriterierna var att dessa kvinnor inte skulle ha någon form av kognitiv funktionsnedsättning.

Kvinnorna som valdes var utlandsfödda och hade bott i Sverige mellan 11 och 25 år. De var 31 respektive 50 år gamla och kom från Kurdistan och Irak. Båda kvinnorna arbetade, levde med sina familjer och talade delvis svenska och flytande kurdiska/arabiska. Dessa kvinnor hade funktionsnedsättningar såsom artros i handled och karpaltunnelsyndrom.

Tabell 1. Beskrivning av deltagarna i studien

Deltagare	Suzan	Mona
Ålder	31	50
Levnadsförhållande	Med familj och barn	Med familj och barn
Aktivitet eller arbete	Barnskötare	Personlig assistent
Utbildning	Gymnasial utbildning	Gymnasial utbildning
Språk	Svenska och kurdiska	Svenska och arabiska
Funktionsnedsättning	Artros i handled	Karpaltunnelsyndrom
Antal år i Sverige	11 år	25 år

Procedur

För att hitta deltagarna till denna studie, var det tänkt att använda arbetsterapeuter som arbetade i den svenska sjukvården som mellanhand. Först letade författaren på internet efter arbetsterapeuter på olika sjukhus och vårdcentraler i Skåne. Sen kontaktades åtta arbetsterapeuter på telefon och genom mail, arbetsterapeuterna tillfrågades om de ville vara med i denna studie, och om de hade några patienter som uppfyllde inklusionskriterierna. Ett informationsbrev skickades till arbetsterapeuterna för mer kännedom via mail om denna studie (Bilaga 1). Fem av dessa svarade att de inte hade några patienter som passade

inklusionskriterierna till studien. En arbetsterapeut hörde av sig via mail och meddelade att det fanns en deltagare som ville vara med i studien. Kontaktuppgifter till deltagaren gavs via telefon (för att garantera att känsliga personuppgifter inte gavs via mail). För att författaren på egen hand skulle hitta ytterligare en deltagare till studien användes snöbollsurval (Trost, 2012) då författaren tillfrågade släkt, vänner och nära bekanta om det kunde finnas personer som motsvarade inklusionskriterierna och var intresserade av att delta. Genom detta förfaringssätt tillkom en deltagare till som ville vara med i studien. För att säkerställa att deltagarna hade förstått innebörden av studien träffade författaren deltagarna en vecka innan intervjutillfället och lämnade ett informationsblad (Bilaga 2) med information om studiens syfte, kriterier för att kunna delta i studien samt kontaktuppgifter till författaren och författarens handledare.

Tid och plats för intervju bestämdes av deltagarna själva. Båda intervjuerna genomfördes var för sig i deltagarnas hem efter deltagarnas egna önskemål. Detta underlättade för dem att känna sig trygga under intervjun och att kunna tala fritt. Innan intervjun tillfrågades deltagarna om de hade förstått själva innebörden av studien, därefter fick de skriva på en samtyckesblankett om att de samtycker till att vara med i studien (Bilaga 3). Intervjuerna genomfördes vid två tillfällen för att få djupare intervjusvar med utgångspunkt från samma intervjufrågor samt följdfrågor. Varje intervju varade mellan 60- 90 minuter. Under intervjutillfället hade den ena deltagaren en arabisktalande tolk, dottern tolkade vad mamman sa. Den andra deltagaren talade samma språk som författaren (kurdiska). Båda intervjuerna utfördes i det språk som mest var bekvämt för deltagarna, detta för att säkerställa att författaren fick pålitlig information. Den andra intervjun utfördes delvis på kurdiska och delvis på svenska. Deltagarna gavs därigenom möjlighet att både prata sitt modersmål och på svenska. Författaren var under intervjun fokuserad på förändringar som kunde uppkomma och anpassade sig till dessa förändringar, enligt Kvale (1997) är det en viktig faktor att hålla en god och kooperativ relation mellan deltagarna och författaren. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades ordagrant och översattes till svenska från kurdiska och arabiska av författaren.

Datainsamling

Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer, där stöd av en intervjuguide användes (Bilaga 4). I intervjuguiden var centrala teman i studien täckta, och enligt Dalen (2011) är en intervjuguide en viktig del i halvstrukturerade intervjuer. Intervjuguiden utformades genom att författaren fokuserade på centrala frågor såsom vad deltagarna hade för funktionsnedsättning, hur det började, om det hade förändrat deras liv, hur de upplevde kommunikationen och interaktionen med arbetsterapeuten samt hur de upplevde den behandling och intervention de fick av arbetsterapeuten. Två kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna från mellanöstern test frågades för att kunna skapa en lättförståelig och begriplig intervjuguide. Författaren lyssnade på inspelningarna och läste de transkriberade intervjuerna och utgick från dessa vid det andra intervjutillfället, för att få mer utförliga och djupare svar. Följdfrågorna bestod av hur första mötet med arbetsterapeuten var, hur deltagaren upplevde samtalet med arbetsterapeuten, vad det var som gjorde att deltagaren kände sig ledsen, hur deltagaren upplevde den feedback som hon fick av arbetsterapeuten.

Dataanalys

Data analyserades genom manifest innehållsanalys med en induktiv ansats, där författaren inspirerats av Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys syftar till att analysera texter som är baserade på individens upplevelser och berättelser (Graneheim & Lundman, 2004) och fokuserar på att hitta tydliga likheter och skillnader i texten (Kristensson, 2014). Författaren använde de fyra stegen i analysen: hitta meningsbärande enheter, kondensering, göra reflektionskoder och därefter kategorisering.

Analysen startade med att den transkriberade texten lästes igenom ett antal gånger för att få en helhet över vad texten handlade om och meningsbärande enheter plockades ur texten som var relevanta för studiens syfte. I det andra steget kondenserades de meningsbärande enheterna genom att göra en sammanfattning av de meningsbärande enheterna vilket skedde var för sig, betydelsen kvarstod men meningen kortades ner. I det tredje steget kodades de meningsbärande enheterna och utifrån reflektionskoderna kunde författaren skapa kategorier. För att öka trovärdigheten var det viktigt för författaren att gå igenom dessa fyra stegen i enlighet med Graneheim & Lundman, (2004).

Figur 1. Utdrag från innehållsanalysen.

Meningsbärande enhet	kondensering	Reflektionskod	Kategori
<i>”Jag blev ledsen för att arbetsterapeuten gjorde på så sätt att jag kände mig nere, redan från första början. Precis som om jag inte kunde någonting, att hon typ dumförklarade mig”</i>	Kände sig nere, dumförklarade patienten	Bemötandet	Bemötande & kulturell förståelse
<i>”Den manliga arbetsterapeuten kändes ganska svår att prata med, han var mycket snäll och så och jag har absolut inget emot honom, men det kändes svårt för mig som person”.</i>	Svårt att för en konversation med den manliga arbetsterapeuten.	Bemötandet	Bemötande & kulturell förståelse

Forskningsetiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådet (2002) är samtyckeskrav, informationskrav, konfidentialitet och nyttjandegrad etiska principer som behöver följas vid en studie. Nyttjandekravet har säkerställts genom att deltagarna fick muntlig information om att all data endast skulle användas i denna studie och förstöras efter att studien genomförts. Informationskravet säkerställdes genom att deltagarna informerades om studiens syfte dels genom muntlig information en vecka innan intervjun samt ett skriftligt informationsbrev som lämnades till deltagarna. Samtyckeskravet säkerställdes genom att deltagarna själva hade rätten att när som helst dra sig ur studien utan att ange någon anledning och att det inte skulle medföra några konsekvenser för dem. Deltagarna fick ge sitt skriftliga medgivande i en samtyckesblankett som lämnades till varje deltagare innan första intervjutillfället, i enlighet med Dalen (2011). Konfidentialitetskravet säkerställdes genom att deltagarnas anonymitet bevarades, detta säkerställdes genom att deltagarna fick fiktiva namn i studien och de garanterades att deras identitet inte ska kunna härledas i studien. För att hålla deltagarnas identiteter konfidentiellt bevarades dessutom all rådata inlåst (Codex, 2013).

Resultat

I innehållsanalysen av de transkriberade intervjuerna framkom två kategorier, **Bemötande & kulturell förståelse** och **Tillit för arbetsterapi**.

Att drabbas av en fysisk funktionsnedsättning var något som påverkade båda deltagarna negativt, detta ledde bl.a. till att deltagarna inte hade någon allmän lust att delta i meningsfulla aktiviteter. Smärta, brist på motivation, och upplevelsen av utanförskap var några saker som tillhörde deltagarnas vardag. Upplevelsen av mötet med arbetsterapeuten skilde sig åt mellan deltagarna. Nora hade en positiv syn på arbetsterapeutens roll medan Suzan hade en negativ syn på den intervention hon fick, vilket också påverkade hennes tillit till arbetsterapi.

Bemötande & kulturell förståelse

Denna kategori fokuserade på mötet mellan arbetsterapeut och patient vilket handlade om deras kommunikation och interaktion samt den kulturella samhörighetskänsla som kunde uppkomma i mötet mellan patient och arbetsterapeut. Mötet med arbetsterapeuten upplevdes som både positivt och negativt av deltagarna. De negativa aspekterna berörde brist på kulturell förståelse hos arbetsterapeuten och de positiva aspekterna berörde upplevelse av kulturell samhörighet med arbetsterapeuten.

Till exempel berättade en av deltagarna:

”Vid första gång och vid andra gång samt vid andra tillfällen jag träffade henne (arbetsterapeuten) upplevdes det som om arbetsterapeuten inte ville förstå mig” (Suzan)

Bemötandet kändes viktigt för Suzan eftersom att kunna bemöta varandra på ett respektfullt sätt var något som Suzan efterlängtrade. Att kunna uppleva att hon var välkommen som patient, samt att arbetsterapeuten var där för henne var något som Suzan saknade.

Vidare uttrycker Suzan följande:

”Jag blev ledsen för att arbetsterapeuten gjorde på så sätt att jag kände mig nere, redan från första början. Precis som om jag inte kunde någonting, att hon typ dumförklarade mig”.
(Suzan)

Bemötandet kändes inte bara negativt, deltagaren Nora upplevde att arbetsterapeutens bemötande ledde till ett positivt möte mellan dem.

Nora uttrycker det så här:

”Första mötet var bra, jag fick stöd, paraffinbad och en planering på alla gånger jag skulle gå dit. Vi diskuterade olika saker om mitt hemliv, arbetet, sjukhistoria osv”. (Nora)

Nora hade två arbetsterapeuter, en kvinnlig i början av interventionen innan hon opererades för karpaltunnelsyndrom och en manlig arbetsterapeut efter operationen. Bemötandet av den manliga arbetsterapeuten upplevde Nora som svår, och detta berodde på att Nora kände sig osäker med en manlig arbetsterapeut. Nora hade inte varit i kontakt med en manlig arbetsterapeut förut vilket försvårade mötet mellan dem.

Nora berättar följande:

”Den manliga arbetsterapeuten kändes ganska svår att prata med, han var mycket snäll och så och jag har absolut inget emot honom, men det kändes svårt för mig som person”. (Nora)

Samhörighetskänsla i mötet med arbetsterapeuten var viktigt för båda deltagarna. Nora upplevde att den arbetsterapeuten som hade utländsk härkomst lättare förstod hennes tankar, känslor och smärtpåverkan utifrån ett kulturellt perspektiv som hon och arbetsterapeuten hade gemensamt. (arbetsterapeuten och Nora härstammade från samma kultur).

Nora berättar följande:

”Jag och min arbetsterapeut hade samma kultur, då var det lättare att förstå varandra. Jag tror inte att det hade gått lättare för mig om jag hade haft en annan arbetsterapeut från en annan kultur”. (Nora)

Tillit för arbetsterapi

Den andra kategorin handlade om tillit för arbetsterapi, vilket kändes viktigt för båda deltagarna. Det blev tydligt hur viktigt det var att kunna lita på sin arbetsterapeut för den behandling/intervention som valdes, men även att kunna följa sin intervention och få

feedback. Detta ledde bl.a. till att deltagarna kunde lita på sin arbetsterapeut, diskutera och på så sätt åstadkomma den intervention som deltagarna hade tänkt sig.

Suzan hade negativa upplevelser och erfarenheter av arbetsterapin/ arbetsterapeuten. Hon upplevde bl.a. att arbetsterapeuten förolämpade henne och hennes kultur. Hon kände även skuld för att hennes armlid förvärrats då arbetsterapeuten ofta kunde uttrycka att hon utförde aktiviteter på ”fel” sätt. Suzan menade även att arbetsterapeuten ofta kunde påminna henne om vad som var rätt och fel i Sverige, då Suzan för närvarande bor i Sverige bör hon göra som andra i den svenska befolkningen gör.

Suzan berättar:

”Arbetsterapeuten gav liksom aldrig tips om att det finns lättare vägar att utföra en aktivitet på, utan gav mig negativ respons som gjorde så att jag kände mig nere och höjde ofta rösten”. (Suzan)

Enligt Suzan påverkade interventionerna henne mycket, hon fick inte den feedback från arbetsterapeuten som önskades vilket minskade tilliten och därmed medförde att Suzan upplevde att hon inte ville gå till arbetsterapeuten fler gånger.

Efter ett antal gånger som Suzan och arbetsterapeuten lärde känna varandra ökade tilliten för arbetsterapi och interventionerna Suzan fick.

Suzan berättar följande:

”Arbetsterapeuten kunde ge mig tips då hon slutligen förstod mig. Jag fick t.ex. tips om att beställa hem hjälpmedel som kunde lätta för min handled och så. Det kändes bra. Hon (arbetsterapeuten) visade även mig hur jag skulle göra, och hemaktiviteterna lättnade då hon visade hur jag kunde göra på ett bättre sätt. Så sista gång upplevde jag stor skillnad gentemot första och andra gång (interventionerna Suzan fick)”. (Suzan)

Känslan av att arbetsterapeuten var opålitlig minskades genom att arbetsterapeuten lärde känna Suzan och hennes kulturella bakgrund. Suzan hade mer förståelse för hur arbetsterapeuten tänkte och kunde ta till sig interventionens syfte.

Nora hade tillit till arbetsterapeuten från första stund. Hon upplevde att arbetsterapeuten kunde förstå henne, ge henne feedback och ”behandla” henne på ett respektfullt sätt.

Nora berättar:

”Jag kände mig ganska trygg med min arbetsterapeut redan från första stund. Det som gjorde så att jag kände mig trygg var att hon ofta gav mig positiv feedback på det jag sa till henne”.

(Nora)

Feedback från arbetsterapeut kändes viktigt för Nora, upplevelsen av tillit ökade genom den behandlingen/intervention Nora fick detta ökade förtroende för arbetsterapi.

Vidare säger Nora:

”Man kunde lita på henne och berätta om vad som helst. Men det bästa var att hon hade förståelse för mig samt det jag sa. Alltså att hon förstod mig och mina tankar kring hemaktiviteter”. (Nora)

Att uppleva att arbetsterapeuten förstod deltagarna var något som kändes viktigt för båda deltagarna, detta påverkade deras sätt att kunna ta emot viktig information såsom behandlingens syfte och hur arbetsterapeuten kommer gå tillväga med olika behandlingar och interventioner vid varje besök hos arbetsterapeuten.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod valdes för att kunna undersöka upplevelsen av arbetsterapi hos förstagenerationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar. Deltagarna i denna studie kunde möjligtvis ha ökats genom att rekrytera via sociala medier såsom Facebook, Twitter eller likande (Kristensson, 2014). Enligt Malterud (2014) kan en större grupp deltagare bidra till ett bättre resultat, som även hade bidragit till mer kvalitativ data som går att jämföra med andra liknande studier. För att uppväga det låga deltagarantalet genomfördes två intervjuer med varje deltagare vilket gjorde att intervjuerna kunde fördjupas och materialet blev något mer innehållsrikt och kan ses som en ökad trovärdighet i studiens resultat.

En egenformad semistrukturerad intervjuguide utformades med öppna frågor och följd frågor som syftade till att fånga deltagarnas upplevelser av arbetsterapi. Att använda sig av semistrukturerade frågor var viktigt då möjlighet att ställa följdfrågor fanns, på så sätt kunde det leda till en bredare och djupare intervju (Kristensson, 2014). Intervjuguiden testades på två utomstående invandrarkvinnor, detta för att garantera att den var lättförståelig, hade logisk ordningsföljd, inte hade för personliga frågor samt inte var upprepande. Det vore bättre om intervjuguiden inte hade testats på just invandrarkvinnor som var lämpliga för studien, då man förlorade deltagare till studien.

Tillförlitligheten i studien kan ha påverkats då författaren genomfört intervjuer, analys och skrivit studien själv, men allt material har skickats till författarens handledare som varit tillgänglig och stöttat författaren i diskussion och kunnat jämföra kategorisering med rådata. Graneheim och Lundman (2004) menar att det ger en ökad tillförlitlighet om citat används i resultatet. Bandinspelning var också något som författaren använde sig av vid intervjuerna, och detta ökar enligt Dalen (2011) trovärdigheten i studien. För att säkerställa att författaren inte misstolkat något i det transkriberade data fick författaren lyssna på ljudinspelningen noga och jämföra med transkriberat data, vilket också ökar tillförlitligheten enligt Bell (2006).

Miljön spelade roll för deltagarna, de fick själva bestämma tid och plats för intervju detta gjorde att de kände sig säkra, trygga och kunde prata fritt på den plats de själva valt vilket enligt Lantz (2013) ger bra resultat. Deltagarna pratade svenska, kurdiska och arabiska. Författaren kunde med fördel prata svenska och kurdiska men hade svårare för arabiska dock, hade det varit bättre när det gäller trovärdigheten om tolken varit någon utomstående och inte släkt till själva deltagaren, detta skulle kunnat medföra rättvisa svar från deltagarna (Gerrish, 2001).

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka upplevelsen av arbetsterapi hos första-generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionshinder. I studien framkom, att två invandrarkvinnor från Mellanöstern upplevde arbetsterapi olika. Det uppkom kommunikationsproblem mellan patient och arbetsterapeut, där orsaken var brist på kulturell förståelse. Kulturella värderingar var också något som förekom hos deltagarna. Det var värderingar som handlade om

utförandet av vissa aktiviteter vilket skilde sig från den svenska kulturens värderingar. Detta påverkade deltagarnas dagliga liv i Sverige. Tillit för arbetsterapi och känsla av samhörighet var något som kändes viktigt för deltagarna vilket påverkade deras delaktighet i den intervention som fastställdes men också den fortsatta behandlingsprocessen.

Resultatet stämmer överens med en annan studie som gjorts av Aboul- Enein och Aboul- Enein, (2010) där syftet var att diskutera arabisk-amerikanska sociala sammanhang och hälsovård. Deras studie visar att vårdpersonal bör respektera olika kulturella bakgrunder inom vården. Resultatet visade även att invandrare riktat klagomål mot vårdpersonal där patienterna inte hade fått samma förståelse för kulturella värderingar, samt respekt inom vården som övriga patienter hade fått. Detta menar författarna till studien har sin grund i att vårdpersonalen inte har kunskap om den kultur som finns i Mellanöstern, vilket kan påverka samarbetet mellan patient och vårdpersonal.

Kulturens betydelse

Resultatet visade att den kulturella förståelsen hade betydelse för fortsatta behandlingen hos deltagarna. Detta stämmer överens med studier som gjorts av Pooremamali (2012) som under en av studierna undersökt vad arbetsterapeuten hade för erfarenheter och uppfattningar kring att arbeta med medelålders kvinnor från Mellanöstern. I resultatet framkom det bl.a. att samhälliga, kulturella och professionella dilemman påverkade arbetsterapeuternas tankar och känslor kring motivationen att söka kulturell kunskap, vilket var viktigt för att skapa en terapeutisk relation med klienten.

I mötet med patienter från andra kulturer är det viktigt att arbeta holistiskt och klientcentrerat (Fitzgerald, Mullavey-O`Byrne & Clemson, 1997). Tyngden bör läggas på kunskaper om kulturella skillnader inom vården där patientens kulturella bakgrund läggs i fokus. Enligt Fisher och Nyman (2011) innebär ett klientcentrerat arbete ett "top-down perspektiv" vilket innebär att arbetsterapeuten tar reda på vem patienten är, vad patienten har för önsknings och behov, samt skapar en god samarbetsrelation mellan sig och patienten (Fisher & Nyman, 2011).

Begreppet kulturkompetens är ett viktigt begrepp inom hälso- och sjukvården, vilket kan beskrivas som den vård arbetsterapeuten ger när denne tar hänsyn till patientens kulturella bakgrund, hantering av hälsa, tro, funktionshinder och sjukdom. Samhörighetskänsla var

viktigt för deltagarna. Att kunna bli förstådd var viktigt för den fortsatta interventionen. Enligt Hanssen (2007) kan samhörighetskänsla inte uppnås om individen känner sig obekvämt i andra människors sällskap.

Kommunikationsproblem och kulturella skillnader

Resultatet i denna studie visade att språk och kulturella skillnader ledde till osäkerhet och kommunikationsproblem. Detta stämmer överens med en avhandling från Karolinska institutet, där forskare undersökt hur patienter med invandrarbakgrund, samt vårdteamet upplever vårdmötet (Wiking, 2012). Studien visar att patienter från olika länder upplever språkliga och kulturella skillnader i mötet med vårdpersonal där de kulturella skillnaderna begränsade möjligheten att förmedla det patienterna ville säga såsom fakta, känslor och tankar (Wiking, 2012).

Resultatet visade att deltagarna hade svårt att förmedla sina känslor och tankar kring vad de tyckte till arbetsterapeuten, vilket ledde till missförstånd och vårdlidande. I dag är kommunikationen ett ständigt problem inom sjukvården, enligt Hanssen (2007) uppkommer det kommunikationsproblem då patienterna inte talar samma språk, eller så talar de samma språk men inte har samma kroppsspråk och slutligen att anhöriga talar för patienten som ofta tolkar fel.

Roller och kulturella behov

Att migrera till ett annat land kan vara svårt för invandrarkvinnor, ofta tar kvinnorna med sig sina levnadsvanor till det nya landet vilket enligt Socialstyrelsen (2009) påverkar levnadsförhållandet i det nya landet. Deltagarna upplevde i mötet med en ny kultur stora svårigheter i assimilering, enligt Berry (1997) är acculturation en förändring som en individ genomgår i mötet med två olika kulturer. Berry (1997) strategiska modell stämmer överens med deltagarnas liv i Sverige.

I Model Of Human Occupation (MOHO) är modellens centrala begrepp viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet. Vanebildning är när man utför en aktivitet efter en rutin/mönster i vår vardag. Vanorna utförs inte i en specifik miljö utan alla sorters miljöer som fysiska och sociala miljöer (Kielhofner, 2007). Vanorna kan vara svåra att bryta för dessa

kvinnor, då vanorna är förknippade med deras kultur. Det kan däremot vara svårt för vårdpersonal i mötet med patienter från andra kulturer där en känsla av osäkerhet kan uppstå när man träffar på människor som har andra förväntningar och uppfattningar än man själv har (Hanssen, 2007). Därför är det viktigt att arbetsterapeuten lär känna sin patient och skapa en god relation innan interventionen börjar.

Kulturkrock var något som förekom hos deltagaren Nora. Hon upplevde bl.a. att hennes kulturella värderingar krockade med den svenska kulturen. För att minska kulturkrockar i vården, och öka vårdmöjligheterna för patienter med utländsk härkomst kan arbetsterapeuten använda sig av olika arbetsterapeutiska modeller i sin profession. För att arbetsterapeuten lättare ska vägledas i sin yrkesroll med den kulturella mångfald vi idag lever i har Iwama (2012) skapat en arbetsterapeutisk praxismodell. Den kallas Kawa modellen och fokuserar på livets harmoni vilket benämns som livsenergin eller livsflöde (Iwama, 2012). Modellen använder floden som en metafor och interventionerna syftar till att öka flodens drivkraft. Arbetsterapeuten kan utifrån denna modell arbeta utifrån patientens kulturella synpunkter, och bakgrund och samtidigt minska individens funktionsnedsättning (Iwama, 2012).

Migrationen till Sverige har lett till mångfald, där etnicitet, religion, och social bakgrund ökar behoven för förståelse kring ovan beskrivna termer vilket påverkar dagens vård. När det gäller den här frågan menar Helman (2007) att det krävs kulturkompetens inom vården för en lyckad mångfaldsvård. Därför behöver arbetsterapeuter skapa sig en bred kunskap kring patienter med utländsk bakgrund för att patient- terapeut relationen ska fungera bättre i framtiden. Fler modeller kring arbetsterapi och kulturella skillnader inom vården behövs för att möjliggöra detta, där vikten av mångkulturell arbetsterapi behöver synliggöras. Författaren till studien anser att kulturella skillnader har betydelse för en god fortsatt rehabilitering, kulturkrock kan minskas genom att förståelse för andra kulturer ökas inom sjukvården detta kan göras genom att utbilda arbetsterapeuter, men också patienter.

Slutsats

Sammanfattningsvis visade resultatet att kvinnorna hade olika upplevelser av arbetsterapin, detta berodde på vilken arbetsterapeut de hade, och om arbetsterapeuten hade någon kulturell

förståelse eller inte. Resultatet visade även att det fanns kommunikationsproblem mellan arbetsterapeut och patient, där språkförståelse var en av orsakerna till kommunikationsproblem som uppkom. Kulturell samhörighet och tillit för arbetsterapi var viktig för en bra fortsatt behandling/intervention.

Behovet av mer forskning är nödvändigt, då det saknas kulturkompetens i arbetsterapeutens yrkesroll. Det krävs ytterligare utveckling av kulturmedvetenhet för att patienter med en annan kulturell bakgrund ska kunna få en rättvis behandling/intervention. Fokus bör i framtida forskning läggas på kulturella behov och respekt för patientens önskemål. Detta för att synliggöra att det finns kulturella skillnader inom sjukvården där arbetsterapeuter arbetar. Ett mer klientcentrerat arbetssätt kommer i framtiden bidra till att minska på kulturella skillnader som uppstår i mötet med patienter från utlandsfödda patienter. Fortsatt forskning bör även fokusera på arbetsterapeutens upplevelse i mötet med utlandsfödda patienter, detta är för att kunna få en helhetssyn på vad båda arbetsterapeuterna samt patienterna tycker och känner för mötet med utlandsfödda patienter.

Referenslista

Aboul-Enein, B., & Aboul-Enein, F. (2010). The cultural gap delivering health care services to Arab American populations in the United States. *Journal Of Cultural Diversity*, 17(1), 20-23.

Akhavan, S., Bildt, C., & Wamala, S. (2007). Work-related health factors for female immigrants in Sweden. *Work*, 28(2), 135-143.

Al-Taiar, A., Al-Sabah, R., Elsalawy, E., Shehab, D., & Al-Mahmoud, S. (2013). Attitudes to knee osteoarthritis and total knee replacement in Arab women: a qualitative study. *BMC Research Notes*, 6(1), 1-17.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. (4., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bennett, K. M., Scornaienci, J. M., Brzozowski, J., Denis, S., & Magalhaes, L. (2012). Immigration and its Impact on Daily Occupations: A Scoping Review. *Occupational Therapy International*, 19(4), 185-203. doi:10.1002/oti.1336

Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46(1), 5-34. doi:10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x

Black, R.M. & Wells, S.A. (2007). *Culture and occupation: a model of empowerment in occupational therapy*. Bethesda, MD: AOTA Press.

Brittberg, M. (red.) (2014). *Broskskador och artros: diagnostik, behandling och rehabilitering*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Christiansen, C., Baum, C.M. & Bass, J.D. (red.) (2015). *Occupational therapy: performance, participation and well-being*. (4. ed.) Thorofare, N.J.: Slack.

Codex. (2013). Forskarens etik. Hämtad 2017-07-18, Tillgänglig:
<http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>

Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnärming*. (2. [rev.] utg.) Oslo: Universitetsforl.

Erlandsson, L. & Persson, D. (2014). *ValMo-modellen: ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Fioretos, I. (2002). *Patienten som kulturellt objekt*. I A. Magnússon (Red.), *Etniska relationer i vård och omsorg* (s. 147-173). Lund: Studentlitteratur.

Fisher, A.G. & Nyman, A. (2011). *OTIPM: en modell för ett professionellt resonemang som främjar bästa praxis i arbetsterapi*. (3. rev. uppl.) Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. 10-04

Fitzgerald, M.H., Mullavey-O`Byrne, C., & Clemson, L. (1997). Cultural issues from practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 44, 1-21.

Foets, M., Birnie, E., Koopmans, G., Denктаş, S., & Bonsel, G. (2009). Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *International Journal For Equity In Health*, Vol 8, Iss 1, P 35 (2009), (1), 35. doi:10.1186/1475-9276-8-35

Förbundet Sveriges arbetsterapeuter. (2012). *Etisk kod för arbetsterapeuter: antagen av Förbundet Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige 1992, reviderad 2004 och 2012*. ([5.], rev. uppl.) Nacka: Förbundet Sveriges arbetsterapeuter (FSA).

Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *Journal Of Advanced Nursing*, 33(5), 566-574. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01674.x

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2012). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Helman, C. (2007). *Culture, health and illness*. (5. [rev.] ed.) London: Hodder Arnold.

International Association for the Study of Pain. (2012). *Pain*. Hämtad 2017-10-04, från <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>

Iwama, M. (2012). *Kawamodellen: kulturellt relevant arbetsterapi*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Iwama, M., Thomson, N., & Macdonald, R. (2009). The Kawa Model: the power of culturally responsive occupational therapy. *Disability & Rehabilitation*, 31(14), 1125-1135.
doi:10.1080/09638280902773711

Kielhofner, G. (2007). *Model of human occupation: theory and application*. (4. ed.) Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. (1. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Enskede: TPB.

Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. (3., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lasch, K. E. (2000). Original Articles: Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Management Nursing*, 1(Supplement 1), 16-22. doi:10.1053/jpmn.2000.9761

Lovering, S. (2006). Cultural Attitudes and Beliefs About Pain. *Journal Of Transcultural Nursing*, 17(4), 389-395. doi:10.1177/1043659606291546

Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Melle, A. (2006). *Att åldras i främmande land*. Höganäs: Kommunlitteratur.

Michaëlis, C., Norredam, M., & Kristiansen, M. (2015). Quality of life and coping strategies among immigrant women living with pain in Denmark: A qualitative study. *BMJ Open*, 5(7), doi:10.1136/bmjopen-2015-008075

Migrationsinfo. (2016 a). *Sverige*. Hämtad 2017-07-20, från <http://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/>

Migrationsinfo. (2016 b). *Historiskt*. Hämtad 2017-07-23, från <http://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/historiskt/>

Migrationsverket. (2014). *Fakta om migration*. Hämtad 2017 -07-26, från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Fakta-om-migration/Migrationsverket--mitt-i-varlden-2013/Flyktingkvot-och-UNHCR.htm>

Norberg, J. & Segerfeldt, F. (2012). *Migrationens kraft: därför behöver vi öppna gränser*. Stocksund: Hydra i samarbete med Migro.

Persson, M. (2008). *Konsekvenser i vardagliga aktiviteter för några kvinnor med artros i händerna (Kandidatuppsats)*. Lund: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Lunds Universitet. Tillgänglig: <http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/1318119>

Petersson, I.F., Roos, E. & Thorstensson, C. (2011). *Artros*. ([Ny utg.]). Stockholm: Reumatikerförbundet.

Pooremamali, P. (2012). *Culture, occupation and occupational therapy in a mental health care context: the challenge of meeting the needs of Middle Eastern immigrants* (Doctoral dissertation). Malmö: Malmö Högskola, 2012.

Pooremamali, P., Eklund, M., Östman, M., & Persson, D. (2012). Muslim Middle Eastern clients' reflections on their relationship with their occupational therapists in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, (4), 328.

doi:10.3109/11038128.2011.600328

Pooremamali, P., Persson, D., & Eklund, M. (2011). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, (2), 109. doi:10.3109/11038121003649789

Rattansi, A. (2011). *Multiculturalism: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Ringquist, A.C. (2005). *Människan socialt och kulturellt*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Rödakorset. (2015). *Varför väljer människor att lämna sitt land*. Hämtad 2017-06-20, från <http://www.redcross.se/teman/migration/>

Socialstyrelsen.(2009). *Livsstil*. Folkhälsorapport. Hämtat 2017-08-06, från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/13_Migration.pdf

Statistiska Centralbyrån. (2006) *Ojämlighet i hälsa*. Hämtad 017-10-02, från https://www.scb.se/statistik/publikationer/le0101_1980i05_br_le113sa0601.pdf

Statistiska Centralbyrån. (2013) *Fortsatt ökning på utrikesfödda i Sverige*. Hämtad 2017-07-23, från <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Fortsatt-okning-av-utrikes-fodda-i-Sverige/#>

Townsend, E & Wilcock, A. (2006). Occupational justice. I Christiansen, C. & Townsend, E.A. *Introduction to occupation: the art and science of living*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Johanneshov: TPB.

Turner, A., Foster, M. & Johnson, S.E. (red.) (2002). *Occupational therapy and physical dysfunction: principles, skills, and practice*. (5. ed.) Edinburgh: Churchill Livingstone.

Turpin, M. & Iwama, M.K. (2011). *Using occupational therapy models in practice: a fieldguide*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Werner, M. & Leden, I. (red.) (2010). *Smärta och smärtbehandling*. (2., [rev.] uppl.)

Wiking, E. (2012). *Health care on equal terms for immigrants in Sweden*. Stockholm : Doctoral Dissertation, Karolinska institutet.

Zander, V., Eriksson, H., Christensson, K., & Müllersdorf, M. (2015). Rehabilitation of Women From the Middle East Living With Chronic Pain-Perceptions From *Health Care Professionals*. *Health Care For Women International*, 36(11), 1194-1207.

doi:10.1080/07399332.2014.989439

Zhang, J., & Verhoef, M. J. (2002). Illness management strategies among Chinese immigrants living with arthritis. *Social Science & Medicine*, 551795-1802. doi:10.1016/S0277-9536(01)00311-2

Till arbetsterapeut

”Upplevelser av arbetsterapi hos första- generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar”.

Syftet med denna studie är att utforska hur första-generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar upplever arbetsterapi, dess interventioner och hur detta har ändrat deras livssituation i ett kulturellt perspektiv. Författaren har valt detta syfte eftersom studier kring kvinnor med fysiska funktionsnedsättningar samt med tanke på den kulturella bakgrund som dessa kvinnor tillhör, är väldigt få i dagens läge. Detta tillsammans med att alla har olika bakgrund samt värderingar gör det intressant att veta hur dessa kvinnor tänker kring arbetsterapi. Författaren vill genomföra halvstrukturerade narrativa intervjuer med 3 klienter/patienter.

Dessa ska ha haft:

- Kontakt med arbetsterapeut i minst sju tillfällen och fått någon typ av intervention.
- Kvinnorna ska vara första generations invandrarkvinnor från Väst Asien eller Mellanöstern.
- Kunna prata något av dessa språk: svenska, engelska, pashto, dari, persiska, hindi, kurdiska, arabiska.
- Kvinnorna ska vara mellan åldrarna 20-70 år.

Om intervjun:

- Intervjuerna kommer att vara ca 60 minuter och genomföras på önskad plats av klienterna/patienterna. Eller en lånad lokal hos sjukvården.
- Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transkriberas och analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys.

Aktuella klienter/patienter kommer att kontaktas via telefon efter muntligt godkänt samtycke med dig som arbetsterapeut. Därefter kommer information och samtyckesblankett även ges till deltagarna. Information om att deltagandet är frivilligt kommer att framföras samt att de när som helst kan avbryta sin medverkan i studien. All data kommer att behandlas anonymt. Efter att studien är färdig kommer insamlad rådata att raderas på ett säkert sätt.

Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapeutprogrammet i Lund Universitet. Om du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig eller till min handledare.

Med vänlig hälsning

Namn: Vaman Hadj

Titel: Student/författare

Tfn: 0737171716

e-post: art13vha@student.lu.se

Namn: Pia Hovbrandt

Titel: Handledare/lärare

Tfn: 0708-886980

e-post: pia.hovbrandt@med.lu.se

Informationsbrev

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Till deltagarna

Upplevelsen av arbetsterapi hos första- generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionshinder

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet med denna studie är att utforska hur första generations invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar upplever arbetsterapi, dess interventioner och hur detta har ändrat deras livssituation från ett kulturellt perspektiv. Jag har valt detta syfte eftersom studier kring kvinnor med fysiska funktionsnedsättningar samt med tanke på den kulturella bakgrund som dessa kvinnor tillhör, är väldigt få i dagens läge. Detta tillsammans med att alla har olika bakgrund samt värderingar gör det intressant att veta hur du tänker kring arbetsterapi utifrån ett kulturellt perspektiv.

Intervjun beräknas ta cirka 60 minuter och genomförs av student/författare. Jag erbjuder plats för intervju alternativt att du själv föreslår plats, eller en av sjukvårdens lokaler.

Med din tillåtelse vill jag gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras säkert så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att arbetet har slutförts förstörs all råmaterial som har samlats in. Deltagandet är helt frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för din del. Resultatet av studien kommer att redovisas på så sätt att all känslig data kommer att avidentifieras för att försäkra din identitet. Om du vill delta ber jag dig underteckna samtycke och skicka tillbaka den i bifogade svarskuvert inom en 1 vecka. Studien ingår som ett examensarbete i arbetsterapeutprogrammet i Lunds Universitet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till mig eller min handledare.

Namn: Vaman Hadj
Titel: Student/författare
Tfn: 0737171716
e-post: art13vha@student.lu.se

Namn: Pia Hovbrandt
Titel: Handledare/lärare
Tfn: 0708-886980
e-post: pia.hovbrandt@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om studien ”*Upplevelsen av arbetsterapi hos första-generationen invandrarkvinnor med fysiska funktionsnedsättningar*”

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser för min del.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band/videoband.

Underskrift av undersökningsperson

Ort, datum

Underskrift av student

Telefonnummer

Intervjuguide

Bilaga 4(4)

Kan du berätta lite om dig själv? Bl.a. vad du heter och var du ursprungligen kommer ifrån?

- Hur gammal är du?
- Var kommer du ursprungligen ifrån?
- Hur länge har du bott i Sverige?
- Vad kan du för språk?

Vad har du för funktionsnedsättning?

- Vilken typ av funktionsnedsättning har du?
- Berätta lite om hur denna funktionsnedsättning har påverkat ditt dagliga liv?
- Hur länge har du haft denna funktionsnedsättning?

Hur och när hörde du först talas om arbetsterapi?

- Hur länge sedan var det du träffade din arbetsterapeut?
- Kan du berätta vad arbetsterapi är för dig?
- Förklara för mig hur interventionerna har påverkat ditt liv och varför det är viktigt för dig?
- Har du fått någon sorts arbetsterapi eller intervention i ditt hemland förut?

•Vad är viktigt för dig när det gäller aktivitet? och hur har aktiviteterna påverkat dig när det gäller det kulturella värdet? Tex. Religion, matlagning etc.

- Har arbetsterapeuten genom interventionens gång tänkt på dina önskemål gentemot din kultur?
- Vad har varit bra/ mindre bra när det gäller första intrycket av arbetsterapi kontakten du fick?