

UPPSALA UNIVERSITET

Institutionen för neurovetenskap

Enheten för sjukgymnastik

Kurs: Uppsatskurs i sjukgymnastik 71-80p

Uppsats 15hsp, D-nivå

# Invandrarkvinnors erfarenhet av att leva med smärta och deras förväntningar på sjukvården

- en intervjustudie

Författare:  
Viktoria Zander  
Leg. Sjukgymnast  
Kungsgatans Läkarmottagning  
Eskilstuna

Handledare:  
Maria Müllersdorf  
leg. Arb.ter, Dr Med.vet.  
Lektor, Mälardalens Högskola  
Eskilstuna

Redovisad mars 2009

Examinator:  
Margareta Emtner  
Universitetslektor  
Uppsala Universitet  
Institutionen för neurovetenskap  
Enheten för sjukgymnastik

## **SAMMANFATTNING**

Syftet med studien var att undersöka muslimska invandrarkvinnors erfarenhet av att leva med muskuloskelettal smärta och deras förväntningar på svensk sjukvård. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med fem muslimska kvinnor aktuella hos sjukgymnast inom primärvården pga. muskuloskelettal smärta och som kommit till Sverige som flyktingar. Den här studien är ett första steg i en teorigenererande process, enligt Glasers Grounded Theory. Tre kategorier har framkommit ur analysen av materialet. Dessa är; 1) Påverkan av att leva med smärta; 2) Möjligheter att hantera smärtan och 3) Erfarenheter av och förväntningar på sjukvården. Till dessa kategorier fanns underkategorier. Smärtan begränsade fysiskt, påverkade emotionellt, vardags- och familjeliv samt i arbetslivet. Dessa kvinnor kunde hantera sin smärta, åtminstone tillfälligt, genom medicin och fysisk aktivitet. Uppfattningen om sjukvården var dubbelbottnad; dels att sjukvården gjorde sitt bästa, men att det också fanns begränsningar som för lite hjälp, brister i bemötande och för långa väntetider. Det fanns en förhoppning om bot och behandling samtidigt med en oro att besvären skulle bli bestående. Av vikt för förtroende för vården var bemötandet, att personal tag sig tid och samtalade med patienten, visade förståelse, ärlighet och fick personen att känna sig trygg och tagen på allvar. Sjukgymnastik upplevdes som något positivt med effekter fysiskt och emotionellt. Viktigt var dock att träningen följdes upp regelbundet och att en sjukgymnast fanns med som stöd under träning. Kvinnorna i studien, som tillsammans med andra invandrare i Sverige bildar en stor del av den svenska befolkningen, blir ofta exkluderade ur studier pga. språksvårigheter. Genom att ta sig tid och samtala med patienten, göra en ordentlig undersökning och verkligen försöka ge en godtagbar förklaring till smärtan kan man minska mycket oro och frustration.

Keywords: women, refugee, Muslims, pain, healthcare, physiotherapy.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to investigate female refugee's experience of living with pain and their experience of the Swedish healthcare system. Interviews were carried out with five Muslim women, who came as refugees via Iraq to Sweden, and who had a contact with a physiotherapist in a middle-sized town in Sweden because of musculoskeletal pain. This is the first step in a theory generative process. Glaser's Grounded Theory was the chosen method for analysis. Three main categories emerged from the analysis: 1) How the women were affected by living with pain; 2) Pain management and 3) Experiences and expectations of the Swedish healthcare system. All three had subcategories. The pain made the women feel limited physically, emotionally, in their everyday activities and in their work. They could manage the pain to some extent by medications or physical activities. They had had both good and bad experiences of the Swedish healthcare system. The main complaints were a lack of help, a feeling they had not been treated properly and that the wait to see a doctor was far too long.

Among the women was a hope for cure and treatment, but at the same time a concern that the pain may become permanent. Important for trusting the health care system was to be treated properly. This means that the caregivers take their time, talk to the patient, show understanding, honesty, make the person feel safe and understood. The women had good experiences of physiotherapy with effects physically and emotionally. It was important that the physiotherapist was present as support during the physical activities. These women which together with other immigrants form a big part of the Swedish population, is often excluded from research because of language difficulties.

If caregivers take their time, talk to the patient, make a thorough assessment and give the patient an acceptable explanation of the problems, a big part of the patient's worries and frustrations can be avoided.

**Keywords:** women, refugee, Muslims, pain, healthcare, physiotherapy

<b>INLEDNING</b>	1
<b>Invandring till Sverige</b>	1
<b>Några fakta om Irak</b>	1
<b>Hälsa och hälsotillstånd</b>	2
<b>Smärta och dess påverkan på hälsan</b>	2
<b>Kulturella faktorer som påverkar upplevd hälsa och smärta</b>	3
<b>Islam, sjukdom och sjukvård</b>	4
<b>Invandring och hälsa</b>	5
<b>Flyktingar och frivilliga invandrare</b>	6
<b>Bemötande i svensk sjukvård</b>	7
<b>Behov av anpassad rehabilitering</b>	8
<b>Kommunikation – att förstå och göra sig förstådd</b>	9
<b>Problemformulering</b>	10
<b>Syfte</b>	10
<b>Frågeställningar</b>	10
<b>METOD</b>	11
<b>Design</b>	11
<b>Urval</b>	11
<u>Inklusionskriterier</u>	11
<u>Exklusionskriterier</u>	11
<b>Deltagare</b>	11
<b>Procedur</b>	12
<b>Datainsamlingsmetod</b>	13
<b>Databearbetning</b>	13
<b>Etiska överväganden</b>	14
<b>RESULTAT</b>	14
<b>Påverkan av att leva med smärta</b>	15
<u>Fysisk begränsning</u>	15
<u>Emotionell påverkan</u>	16
<u>Påverkan på vardags- och familjeliv</u>	16

<u>Smärtans påverkan på arbetsförmåga</u>	17
<u>Jämförelse med hur det var tidigare och tankar om framtiden</u>	17
<b>Möjligheter att hantera smärtan</b>	18
<b>Erfarenheter och förväntningar på sjukvården</b>	18
<u>Diagnos och behandling</u>	18
<u>Förtroende för vården</u>	19
<u>Förväntningar</u>	20
<u>Jämförelse vård i Irak och i Sverige</u>	20
<b>DISKUSSION</b>	22
<b>Resultatsammanfattning</b>	22
<b>Resultatdiskussion</b>	22
<u>Att leva med smärta</u>	22
<u>Smärthantering</u>	24
<u>Erfarenheter av och förväntningar på den svenska sjukvården</u>	24
<b>Metoddiskussion</b>	27
<b>Klinisk relevans och framtida studier</b>	29
<b>Konklusion</b>	29
<b>REFERENSLISTA</b>	30
<b>BILAGOR</b>	
Bilaga 1: Informationsbrev	35
Bilaga 2: Informerat samtycke	36
Bilaga 3a: Smärtritning	37
Bilaga 3b: Bakgrundsdata	38
Bilaga 4: Temaguide vid intervjuer	39

## **INLEDNING**

Andelen invandrare i Sverige ökar (1). En stor andel kommer som flyktingar från krig och förföljelse i Irak. Det är vanligt att dessa personer upplever en nedsatt hälsa och lider av en diffus smärta. I första hand söker de vård inom primärvården för sina besvär. De upplevs ofta av vårdgivare vara en svår patientgrupp och det är vanligt att vårdgivaren upplever sin kompetens som otillräcklig (2). Vad är det som gör att denna patientgrupp upplevs som svår? Vad skiljer dessa från patienter med svenskt ursprung? Trots den växande andelen invandrare i Sverige och trots att vårdgivare inom primärvården träffar många utländska patienter med muskuloskeletal smärta finns inte mycket kunskap inom området (3, 4).

### **Invandring till Sverige**

Sverige har historiskt sett varit både ett utvandrings- och invandringsland. Från 1800-talet fram till 1930-talet utvandrade många svenskar, främst till USA. Sedan efterkrigstiden har andelen utrikes födda successivt ökat till cirka 12 procent av befolkningen i början av 2000-talet. Efter krigsslutet var tillväxten hög i den svenska industrin och brist på arbetskraft uppstod. Det gav upphov till en period av omfattande arbetskraftsinvandring som sträckte sig en bit in på 1970-talet. Från 70-talet och framåt har arbetskraftinvandringen minskat och ersatts av flyktinginvandring. Den näst största invandringsgruppen år 2008 var personer födda i Asien. Av dessa kom nästan alla av familjeskäl eller som flyktingar (1, 5).

Andelen utrikes födda har stigit och beräknades på nyårsafton 2008 vara 14 procent. Bland dessa utgjorde finländarna, med sina 176 000 personer, den största gruppen följt av 108 000 födda i Irak. Drygt 12 000 irakier invandrade till Sverige under 2008 (5).

### **Några fakta om Irak**

Republiken Irak (el. Al-Jumhuria al Iraqiya) ligger omgivet av Turkiet, Syrien, Jordanien, Saudiarabien, Kuwait och Iran. Huvudstaden är Bagdad med 5 772 000 invånare. Största andelen invånare är araber och kurder. Islam är den dominerande religionen. Den största delen är shiamuslimer även om gruppen sunnimuslimer inte är mycket mindre. Det finns även en mindre grupp kristna och judar i området (6-8).

Irak blev självständig monarki 1932. År 1968 tog Baathpartiet makten genom en kupp och 1979 lät Saddam Hussein utse sig till president i Irak. Efter kriget mot grannlandet Iran 1980-88 hamnade landet i en ekonomisk kris, vilket ledde till ockupationen av Kuwait 1990. Året därpå anfölls Irak av bl.a. USA som drev Irak ut ur Kuwait. I början av 2000-talet anfölls

landet på nytt av huvudsakligen amerikanska och brittiska styrkor. Irak hamnade i ett tillstånd där väpnade grupper från landets olika etniska och religiösa grupper bekämpade varandra. En irakisk regering tillträdde 2006, men de amerikanska och brittiska styrkorna har blivit kvar i landet. Konflikten i landet har hittills krävt 700 000 liv sedan invasionen i mars 2003 (6-8).

Efter flera krig är arbetslösheten stor och en stor del av befolkningen är i behov av hjälp för att få mat och många står utan rent vatten. Elektriciteten fungerar endast punktvis och bristen på bensin är stor. Detta får allvarliga följder för den allmänna hälsosituationen (6-8).

### **Hälsa och hälsotillstånd**

Hälsa kan definieras på olika sätt och på det sätt som WHO har uttryckt det innefattar hälsa flera olika aspekter hos människan. ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (9).

Hur man bedömer sitt allmänna hälsotillstånd kan ha ett visst samband med om man har en sjukdom eller besvär, men det är inte samma sak att konstatera att man har en eller annan sjukdom som att uppleva sitt hälsotillstånd som dåligt. I Sverige bedömer till exempel 58 procent av männen och 51 procent av kvinnorna som har långvariga sjukdomar sitt hälsotillstånd som gott. En stor andel av dessa personer bedömer sitt hälsotillstånd till och med som bättre än personer utan långvariga sjukdomar. Av dem som har svår ångest, oro eller ängslan eller som pga. långvarig sjukdom har i hög grad nedsatt arbetsförmåga är det cirka 40 procent som anser att de har dåligt allmänt hälsotillstånd (10).

Hälsan bland Sveriges befolkning har förbättrats sedan 70-talet, men under 90-talet försämrades framför allt det psykiska välbefinnandet. Det kan tyda på effekter av minskad sysselsättning, ökad arbetslöshet, ökade arbetskrav, minskade offentliga insatser och allmänt ökad otrygghet. Kvinnor rapporterar allmänt mer omfattande hälsoproblem, bl.a. smärta, än män. En bidragande orsak, utöver befintliga sjukdomar, kan vara större hälsomedvetenhet och bättre kunskap hos kvinnor (11).

### **Smärta och dess påverkan på hälsan**

Smärta drabbar befolkningen i stor utsträckning och innebär ett stort lidande. När det gäller smärta står rörelseorganen i särklass. Det vill säga besvär från nacke, skuldror, axlar, armar, rygg och ben (12). Femtioåtta procent av männen och 71 procent av kvinnorna i åldrarna 18-

64 år besväras av värk. Bland kvinnorna är det vanligast med värk från nacke, skuldror eller axlar. Bland männen är det ungefär lika vanligt med ryggvärk, höftsmärtor eller ischias (10). Hur vi uppfattar smärtan beror på vad vi själva uppfattar som orsak och vilken förväntning eller betydelse vi förknippar med smärtsymtomen. Hur vi upplever och reagerar på smärtan beror på tidigare erfarenheter samt faktorer som rädsla, ångest, inläring, familj och kultur (12, 13).

### **Kulturella faktorer som påverkar upplevd hälsa och smärta**

Det finns över 200 olika definitioner av ordet kultur. Emami m.fl. (14, 15) beskriver kultur som olika folkgruppers ärvda värderingar, tankar och normer, vilka talar om hur människorna ska tolka omvärlden och hur de ska bete sig i den i relation till andra människor, omgivningen och i förhållande till övernaturliga krafter och gudar. Dessa principer förs vidare till nästa generation genom användning av symboler, språk, konst och ritualer. Det finns gott om faktorer såsom kulturell och historisk bakgrund, social identitet och tidigare erfarenheter, vilka påverkar hur en person förstår och uppfattar en annan, eller hur en person kan göra sig förstådd (14).

Vår kultur är med och anger ramarna för hur vi upplever och uttrycker smärta.

Forskningsrapporter har visat hur personer med olika kulturell bakgrund upplever och visar sin smärta på skilda sätt (12, 15). Exempelvis befanns grekiska invandrade patienter med smärta röra sig med varsamhet i högre grad än svenska smärtpatienter (16). Hägerstam beskriver också hur smärta yttras på olika sätt i olika delar av världen. Till exempel visade sig amerikaner med judisk och italiensk bakgrund uttrycka sin smärta mer intensivt och öppet än de som hade en nordeuropeisk, irländsk eller anglosaxisk bakgrund. Ett annat exempel är att det i en del av Nigeria accepteras att en kvinna skriker när hon föder barn medan det inte accepteras i en annan del av samma land. Hägerstam förklarar skillnaderna med att yttringen i viss mån har olika funktion i olika kulturer. Ett mycket högljutt och mångordigt smärtyttrande i de nordligare länderna leder till irritation och misstänksamhet, medan det i sydliga länder är normalt med utpräglade former av yttringar, vilket innebär att man måste överreagera för att bli hörd (17).

Emami poängterar problemet att använda ordet kultur inom forskning, då kultur ses som en grundläggande och statisk faktor som styr en individs beteende. Även om kulturen ger



vägledning i förståelse för en persons beteende och tankar, är det viktigt att komma ihåg att han/hon även påverkas av egna erfarenheter, kön, socioekonomiska förhållanden mm. (14).

### **Islam, sjukdom och sjukvård**

Islam uppstod 500 år efter Kristi födelse och har många gemensamma drag med judendom och kristendom. Islams heliga skrift, Koranen, består av profeten Muhammeds uppenbarelser och innehåller enligt islam Guds (Allahs) budskap nedsänt till profeten Muhammed genom ärkeängeln Gabriel. En som bekänner sig till islam kallas muslim, vilket ungefär betyder "en som ger sig åt Gud av tillit och förtröstan". Att ha andra gudar vid sidan av Allah är en stor synd. Islam är idag världens näst största religion efter kristendomen (18, 19).

Inom islam är män och kvinnor likställda men ändå olika. En man och hans hustru kompletterar varandra. Mannens roll innebär att han ska skydda och försörja familjen. Oförmåga att ekonomiskt försörja familjen är en källa för stress för mannen. Den muslimska kvinnan ansvarar för att ta hand om och utbilda barnen samt sörja för äktenskapet. Koranen hindrar inte kvinnan från att arbeta utanför hemmet; men hennes första ansvar ligger i att ta hand om barnen och äktenskapet (18).

Hälsa är, enligt islam, normaltillståndet för en människa. Sjukdom är avvikelser. Inom islam betraktas smärta som en del av livet. Smärtan kan också ses som ett lidande som Allah har lagt på muslimer för att testa hur stark tro han har. Allah har den totala makten. Hälsa, sjukdom, smärta och lidande är för muslimer direkt relaterat till förhållandet till Allah. Det är han som avgör om den troende ska drabbas av lidandet eller inte; om han ska vara frisk eller inte; om han ska leva eller dö. En allmän uppfattning hos muslimer är att den heliga skriften, Koranens påbud leder till både andlig och fysisk hälsa för den som följer dem. Lever man enligt Koranen lever man ett hälsosamt liv. Islam skiljer inte på kropp och själ utan betraktar människan som en helhet och uppfattar inte heller kroppen som oren och själen som ren. Smärtan kan symboliseras som orsakad av en kroppslig, dvs. medicinsk skada eller sjukdom, men kan även symboliseras som ett andligt problem. Det betyder att relationen till Allah är störd och botas med koranläsning och bön. För en muslim är det svårt att se hur psykologi i västerländsk mening kan ha något med smärtan att göra (18, 20).

Det finns inom islam inget avståndstagande från modern läkarvetenskap och moderna läkemedel så länge behandlingen sker i Guds namn och inte bryter mot föreskrifter i koranen.

Mediciner har effekt därför att Gud verkar genom dem. Men medicin och sjukvård är inte nog. Den drabbade måste inse att smärtan är en varning från Allah. Även om det är en muslims skyldighet att anstränga sig att bli frisk (t.ex. söka hjälp hos sjukvården) är det ändå Allah som avgör om och när den sjuke ska bli frisk (18, 20).

Muslimers möte med svensk sjukvård är inte oproblematiskt. Ett problem är att svensk sjukvård inte är könssegregerad. Troende muslimer vill helst bli behandlade av personer av samma kön. Många muslimska samhällen är så gott som helt uppdelade i en mans- och en kvinnovärld. Det svenska umgängesmönstret mellan män och kvinnor kan uppfattas som direkt chockerande (20).

### **Invandring och hälsa**

Detta avsnitt ger en överblick över invandrares hälsa. Liksom i Björk Brämbergs avhandling (2) används statistiska centralbyråns definitioner. Uttrycket ”person med utländsk bakgrund” avser en person som är född utomlands, eller inrikes född med två föräldrar födda utomlands. ”Person med svensk bakgrund” avser en inrikes född person, med en förälder född utomlands samt inrikes födda med två inrikes födda föräldrar.

Statistik från statistiska centralbyrån visar att personer med utländsk bakgrund genomgående har sämre självrapporterad hälsa än personer med svensk bakgrund (10, 11). Detta gäller män såväl som kvinnor. Långvarig sjukdom är lika vanlig, men fler personer med utländsk bakgrund upplever att deras sjukdom medför svåra besvär, nedsatt arbetsförmåga eller att de behöver hjälp i sitt dagliga liv. Kvinnor med utländsk bakgrund har visat sig ha högre grad av sjukfrånvaro och förtidspensionering än kvinnor med svensk bakgrund (21). Särskilt hög sjuklighet finns bland personer från mellanöstern och f.d. Jugoslavien, som har en bakgrund i regionala krig och låg ekonomisk standard (11).

Fysiska besvär som värk i skuldror, nacke, axlar, rygg eller leder, nedsatt rörelseförmåga och psykiska åkommor som sömnbesvär, ångslan, oro, ångest, känsla av övergivenhet och ensamhet drabbar flest personer med utländsk bakgrund (10). Studier har visat att de upplever smärta mer frekvent, mer intensivt och mer funktionsnedsättande och de använder mer mediciner än personer med svensk bakgrund. De använder oftare undvikandebeteende som coping strategi och värderar sin förmåga till smärtkontroll och att lindra smärta lägre jämfört med personer med svensk bakgrund. Utbredd smärta har studerats i ett flertal studier och har

befunnits mer vanligt förekommande hos personer av arbetarklass och bland kvinnor med utländsk bakgrund. Framför allt i socioekonomiskt svaga områden är det vanligt att människor söker vård pga. mer eller mindre generell smärta eller en mer diffus sådan (3). Många hade ömmande strukturer runt skuldror, ländrygg eller i höftregionerna (3, 4).

### **Flyktingar och frivilliga invandrare**

Invandrare, personer som flyttar in i ett land från ett annat land, kan vara av flera olika kategorier, såsom flyktingar, arbetsmarknadsinvandrare och anhöriginvandrare. Flyktingar är, enligt Genèvekonventionen, personer på flykt från sitt hemland pga. rädsla för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning eller pga. kön, sexuell läggning eller annan tillhörighet till en viss samhällsgrupp (19).

Skillnader i ursprung och livsvillkor är en del av de förutsättningar olika grupper av personer med utländsk bakgrund har för upplevd hälsa. Invandrare från samma land skiljer sig betydligt åt beroende på vilka som kommer vid ett visst tillfälle, vid vilken tidpunkt och av vilka orsaker de kommer. Det är bl.a. skillnader i ålders- och könssammansättning, utbildningsbakgrund och traumatiska upplevelser beroende på vilken situationen var i hemlandet vid utflyttningen (11, 22).

Det finns specifika symtom som förekommer hos personer som överlevt traumatiska upplevelser som krig. Sådana symtom är huvudvärk, icke-specifik smärta eller besvär i extremiteter och bål, yrsel, svaghet och trötthet (23). Somatisering eller fysiska symtom utan synlig orsak är vanligt förekommande bland flyktingar. De har visat sig ha högre grad av somatisering än frivilliga invandrare (24). Det finns bevis för samband mellan personligt trauma och fysisk smärta. Traumat har ofta en psykologisk komponent – sexuellt eller fysiskt övergrepp eller traumatisk olyckshändelse. Man har även upptäckt ett samband med muskuloskeletal smärta som ryggsmärta. Uppgivna sexuella övergrepp ökade risken för ryggsmärta mer än fyra gånger och fysisk misshandel ökade risken mer än fem gånger hos kvinnor (22).

Förutsättningarna för en framgångsrik integration varierar således avsevärt mellan flyktingar och andra invandrare, beroende på omständigheterna kring själva utvandringen. Det innebär en stor utmaning att finna vägar för att förbättra dessa förutsättningar (11, 22).

## **Bemötande i svensk sjukvård**

En orsak till varför personer med långdragna smärttillstånd oftare, än vad som anses vara normalt, uppsöker sjukvårdsinrättningar kan vara brist på bekräftelse. Att inte få en diagnos eller inte bli tagen på allvar orsakar en frustration som i sig orsakar lidande. Det är förståeligt att den person som efter ett tio minuter långt läkarbesök inte fått vare sig diagnos eller behandling och inte heller mött något medlidande eller förståelse, i sin förtvivlan bokar ett nytt läkarbesök. Orsaken är förhoppningen att denne läkare eller i bästa fall någon annan läkare vid nästa besök ska visa mera förståelse. I ett sådant fall är det lidande som ligger bakom yttringen orsakat av en stor portion av frustration och förtvivlan vid sidan av smärta och en rad andra orsaker (17).

Enligt statistiska centralbyråns rapport om ohälsa och sjukvård (10) gäller allmänt att kvinnor har en något högre benägenhet att ta kontakt med läkare än män. Det finns även skillnader mellan olika befolkningsgrupper, hur benägna de är att ta kontakt med läkare. Skillnaderna är dock små. Kvinnor uppger även i något större utsträckning att de varit i behov av läkarvård men ej sökt. Största skillnaderna är mellan personer med utländsk respektive svensk bakgrund. Tjugoen procent av kvinnorna med utländsk bakgrund har varit i behov av läkarvård men ej sökt jämfört med 12 procent bland svenska kvinnor. Bland män är siffrorna 16 procent respektive 10 procent (10).

Enligt Björk Brämberg finns fler studier som talar för att vårdgivare upplever möten med patienter av invandrabakgrund som svåra. Det är vanligt att de upplever sin kompetens som otillräcklig i mötet med patienter med invandrar- eller flyktingbakgrund (2). Andra transkulturella studier har visat att patientens uppfattning om sin sjukdom ofta skiljer sig från vårdgivarens, vilket leder till nedsatt följsamhet till rekommendationer och behandling (15).

Ett speciellt problem är språket, dvs. hur patienten ska beskriva sin smärta för svensk sjukvårdspersonal (4). Kommunikationssvårigheter och kulturella skillnader mellan vårdgivare och patient gör patienten osäker på hur hon ska uttrycka sig i vårdomgivningen. Särskilt svårt är det mellan en kvinnlig patient och manlig vårdgivare. Att uttrycka somatiska besvär eller smärta kan vara ett sätt att kommunicera stress, oro eller ledsamhet (3). Löfvanders studie från 2006 visade att invandrarkvinnor initialt kan beskriva en mer omfattande smärta, som minskar efter några kontakter med samma läkare. Hon drog

slutsatsen att beteendet kan vara ett sätt att övertyga doktorn, att bli tagen på allvar. I studien upplevdes det svårt att följa patientens tankar om smärta och dess ursprung samt hitta ett sätt att uttrycka sina rädslor. Många patienter hade spirituella funderingar kring sin hälsa och verkade ovana att uttrycka sina egna tankar (3). Risken finns att vårdgivare och patient inte förstår varandra eftersom de inte befinner sig på samma nivå utan de samtalar utifrån olika perspektiv, vilket leder till att båda känner sig missförstådda och frustrerade (25).

### **Behov av anpassad rehabilitering**

Med ökande andel invandrare behöver sjukvården utveckla ökad kunskap kring kulturens påverkan på uppfattning om sjukvård och behandling. Sjukvården behöver utveckla kulturellt sensitiva undersökningsmetoder som tar hänsyn till patientens och familjemedlemmarnas tankar kring smärtan. Dessutom bör patientens och hennes familjs tankar och traditioner kring alternativa former av behandling tas hänsyn till vid planering av rehabilitering (26).

Studier gjorda kring invandrare har visat att det finns skillnader mellan svenska patienter och patienter med utländsk bakgrund, gällande hälsa, smärta, smärtbeteende, funktionsnedsättning och psykosomatiska symtom, vilka visar att invandrapatienter kan ha särskilda behov som man bör tänka på vid planering av rehabilitering (27). Ett rehabiliteringsprogram med strukturerade dialoger mellan läkare och patient med fokus på patientens smärtångest har visat sig vara ett sätt att öka chanserna för lyckosam rehabilitering tillbaka i arbete bland unga invandrare med långvarig benign smärta (16).

När man närmar sig en smärtpatient är första regeln att undvika kulturella stereotyper och att vara öppen, känslig och omvårdande. Ju mer man lär sig om de kulturella kännetecknen hos en särskild patientgrupp, ju bättre utrustad är man för att arbeta effektivt med smärtpatienter. Ett patientfokuserat tänkande är drivkraften bakom kulturell kompetens (26, 28).

Goda kunskaper om de föreskrifter som gäller för respektive religion kan också vara av värde i behandlingsarbetet. Det är viktigt att inte underskatta en stark tro. Tro kan ses som en hälsofrämjande faktor. Den religiösa förklaringsmodellen, vilken den troende accepterat, kan göra lidandet både begripligt, meningsfullt och därför mer hanterbart. Det finns studier som tyder på att religionen är en stark medicin. Men en första förutsättning för att tron ska kunna bli en resurs i vårdarbetet är att patienten är troende och att tron kan identifieras. Man kan inte

räkna med att den vårdsökande spontant tar upp sin trosuppfattning eller att en person exempelvis från Irak alltid är troende muslim (20).

### **Kommunikation – att förstå och göra sig förstådd**

Kommunikationen är en nyckelfaktor för ett bra möte mellan vårdgivare och patient. God kommunikation är relaterad till patienttillfredsställelse, följsamhet till behandling, och påverkar i vissa fall även fysiska faktorer såsom blodtryck och blodsockernivåer (29).

Det verkar som kunskap om ett samhälles värderingar och traditioner går via en förståelse av landets språk. Att förstå ett nytt språk handlar inte enbart om den rena inläringen av ord och grammatik, utan även om en förståelse för symboler. Världen är uppbyggd av symboler, varav de viktigaste är orden. Språket har en särställning i vår symboliska värld. I takt med att en person tillägnar sig svenska som vardagsspråk tillägnar de sig också andra symboliska värden och betydelser (2).

Enligt litteraturstudier gjorda av Björk Brämberg (2) har många forskare intresserat sig för de hinder som uppstår när patient och vårdare inte talar samma språk. Patienter som inte talar majoritetsbefolkningens språk får inte vård i samma utsträckning som de patienter som talar samma språk som sina vårdare. Kunskaper i det nya hemlandets språk ger bättre tillgång till sjukvård. Studierna visar att vårdare misslyckas med att förstå patienternas behov när de inte har ett gemensamt språk. Det leder till missförstånd och frustration från bådas sida (2). Många patienter kan ha svårt att beskriva sin smärta och rädslan för smärtan (3). Särskilt invandrarkvinnor upplevs beskriva sin smärta som generell eller utbredd och i vaga termer och uppfattningen finns att de överreagerar under undersökning, vilket leder till att de riskerar antas överdriva sin smärta för sekundär vinning (4). Deras beskrivning av smärtutbredning kan vara ett sätt att kommunicera (3).

Kommunikationssvårigheter kan finnas även när vårdare och patient talar samma språk och kan bero på det språk som används inom medicinen. Studier har funnit att samtal mellan läkare och patient präglas av läkarens medicinska perspektiv och styrs av tidspress, begränsad ekonomi och effektivitetstänkande. Bristfällig kommunikation tycks alltså kunna drabba alla patienter inom hälso- och sjukvården. Situationen kan dock bli ännu mer problematisk när kommunikationen ska ske via en tolk, eller ännu värre, när tolk inte används trots att det behövs (2). Trots det är det vanligt att vårdare låter bli att använda tolk, vilket kan leda till att

patienter får sämre tillgång till vård och att den vård som ges håller en relativt låg kvalitet. Vården kan således inte anses vara trygg och säker för patienterna (2). När tolk används är det viktigt att de tolkar som används inom vården verkligen har kunskap att översätta medicinska termer och kan förklara olika medicinska fenomen, både för patientens och för vårdgivarens skull (30).

En god kommunikation innehåller bra översättning, aktivt lyssnande och empati för patientens bekymmer och förväntningar. Bra kommunikation förbättrar relationen mellan vårdgivare och patient och ökar sannolikheten att patienten förföljer behandlingen (28).

### **Problemformulering**

Invandringen till Sverige ökar. Den näst största gruppen invandrare kommer från Irak. Forskning visar att invandrare skattar sin hälsa sämre än infödda svenskar. De upplever smärta mer frekvent, mer intensivt och mer funktionsnedsättande och de använder mer mediciner än personer med svensk bakgrund (4). Flyktingar har visat sig ha en högre grad av somatisering eller fysiska symtom utan orsaksbakgrund jämfört med frivilliga invandrare (24). Litteraturen beskriver svårigheter i mötet mellan flyktingar och den svenska sjukvården. Dessa patienter upplevs ofta som svåra och det är vanligt att vårdgivaren upplever sin kompetens som otillräcklig i mötet med patienter med invandrar- eller flyktingbakgrund (2). Det är viktigt i dagens mångkulturella samhälle att försöka förstå människor från olika ursprung och med olika bakgrund, och anpassa vården efter deras behov. Det är viktigt att veta om en patientgrupp har särskilda behov man bör anpassa sig till. De flesta studier om rehabilitering av patienter exkluderar invandrare (27). Trots den växande andelen invandrare i Sverige och trots att vårdgivare inom primärvården träffar många utländska patienter med muskuloskeletal smärta finns inte mycket kunskap inom området (3, 4).

### **Syfte**

Syftet med studien var att undersöka muslimska invandrarkvinnors erfarenhet av att leva med muskuloskeletal smärta och deras förväntningar på svensk sjukvård.

### **Frågeställningar**

Hur påverkar smärtan det dagliga livet hos muslimska kvinnor från Irak?

Hur ser du framtiden för muslimska kvinnor som lever med smärta?

Vilka erfarenheter har muslimska kvinnor av sjukvård i Irak och i Sverige?

Vilka förväntningar har muslimska kvinnor på svensk sjukvård?

Vilka förväntningar har muslimska kvinnor på sjukgymnastik?

## **METOD**

### **Design**

Studien har en deskriptiv design. Det är ett kvalitativt arbete med bearbetning enligt Grounded Theory. Grounded Theory (GT) utvecklades under 1960-talet av två sociologer, Glaser och Strauss. GT används framför allt för att skapa teorier som förklarar människors beteenden genom analys av kvalitativa data (31, 32). I studien har den del som utvecklats vidare av Glaser använts (31).

### **Urval**

Personerna som ingick i studien valdes genom s.k. teoretiskt urval. Det är en typ av urvalsmetod för datainsamling som används enligt GT. Urvalet bestäms kontinuerligt genom undersökningen, inte inledningsvis en gång för alla. Vad som styr urvalet är idéer som framkommer vid analys av materialet. Detta är möjligt därför att analys och urval följs åt under hela undersökningen. Till studien valdes kvinnor aktuella hos sjukgymnast på en vårdcentral i en medelstor stad i Svealand. Enligt GT ska datainsamling fortskrida till upplevd mättnad av materialet, dvs. när inget nytt av värde tillförs. Detta uppnåddes efter 5 intervjuer.

### Inklusionskriterier

Första generationens muslimska invandrarkvinnor som kommit till Sverige via Irak, >18år, som är eller har varit aktuella hos sjukgymnast på en vårdcentral i en medelstor stad i Svealand för muskuloskelettal smärta och som kommit till Sverige som flyktingar.

### Exklusionskriterier

Sjukdomstillstånd som malign smärta, neurogen eller reumatisk sjukdom.

### **Procedur**

Patienter aktuella hos sjukgymnast på en vårdcentral i en medelstor stad i Svealand och som stämde överens med inklusionskriterierna tillfrågades om deltagande i studien. De fick muntlig och skriftlig information om studien och de ombads skriva på ett informerat samtycke till att medverka. Intervjun skedde vid ett enskilt besök på sjukgymnastikavdelningen,



tillsammans med tolk om patienten inte uttryckligen motsade sig detta. Intervjuerna spelades in på band och skrevs därefter ordagrant ut på papper.

### **Datainsamlingsmetod**

Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer. För att på något vis kunna styra intervjun och få svar på frågeställningarna skapades en lista med teman kring smärtans påverkan på dagliga livet, framtidstankar, erfarenhet av och förväntningar på sjukvården i allmänhet och sjukgymnastik mer specifikt (se bilaga 4). Listan med teman följdes med flexibilitet utifrån deltagarens tankelinje. Den ändrades något allteftersom datainsamlingen fortskred.

Bakgrundsfakta som samlades in var smärtritning och skattning av smärta enligt visuell analog skala, VAS, 0-10 cm (se bilaga 3a). Smärtritning har visat god intra- som interreliabilitet samt validitet hos kroniska rygg- och nackpatienter (33-37). Visuell analog skala, VAS, har visat sig ha god validitet och reliabilitet när det gäller skattning av smärta (38-41).

Data angående vistelsetid i Sverige, ålder, utbildning, arbete/studier, sjukskrivning och ursprungsland samlades in för att få en bakgrund till kvinnorna i studien (se bilaga 3b).

### **Deltagare**

Deltagare 1: Den första deltagaren var 33 år gammal. Hon hade bott i Sverige sedan 1994 dvs. i 18 år. Hon hade familj med tre barn. Anledningen till flytten till Sverige var att maken flytt undan kriget fyra år tidigare. Hon hade sju års grundskola i hemlandet. Hon arbetade som personlig assistent, ett tungt arbete som inte alltid gick att anpassa ergonomiskt. Kvinnan besvärades av en molande smärta mellan skulderbladen med pulserande smärta ut mot axlarna. Hårda muskler i nacke och ut över axlarna på båda sidor. Hon beskrev även brännande smärta i ländryggen. Skattade VAS 9 (0-10).

Deltagare 2: 56 år gammal kvinna som bott i Sverige sedan 2000. Flyttade för att de var förtryckta pga. sin religionsuppfattning. Hon hade 12 års utbildning i Irak och arbetade där som sekreterare, men hade inget arbete i Sverige utan tog hand om hem och familj. Hon beskrev en pulserande smärta baktill i övre delen av höger lår med huggande/skärande smärta i knäveck och smärta i höger vad. Skattade VAS 6 (0-10).

Deltagare 3: Deltagare 3 var 43 år gammal. Hon flydde till Sverige från kriget för sju år sedan. Uppgav att hon inte har någon utbildning. Hon tog hand om hem och familj som hemmafru. Beskrev smärta i stort sett hela höger kroppshalva, från nacke, höger skulderblad och axel, arm samt ljumske, framsida och baksida av höger lår. Skattade VAS 5 (0-10).

Deltagare 4: 36 år gammal kvinna som kom till Sverige från Irak för 15 år sedan pga. kriget. Studerat motsvarande grundskola och gymnasium i hemlandet samt på Svenska för invandrare, SFI och Komvux i Sverige. Hade tidigare en anställning, men sa upp sig då smärtan gjorde det omöjligt att klara arbetsuppgifterna. Beskrev en brännande smärta i nacken och ut mot axlarna, över höger skulderblad, övergång ländrygg-korsrygg samt ut mot höger höft, och ned baksida höger lår och invid höger vrist. Skattade VAS 6 (0-10).

Deltagare 5: 44 år gammal kvinna som kom från Irak för 17 år sedan pga. kriget. Hon hade studerat tre år i Irak och fyra år i Sverige. Beskrev smärta i nacke och ut över axlarna med huvudvärk. Smärta i ländrygg, knän och ned i underben, vrister och framfötterna. Skattade VAS 4 (0-10) i benen vid intervjutillfället.

### **Databearbetning**

Databearbetning har skett enligt Glasers Grounded Theory. Grounded Theory (GT) är en strukturerad forskningsmetod med tydliga ramar för datainsamling, analys och sammanskrivning av resultaten. Ett utmärkande drag för just GT är att analys av datainsamlingen sker parallellt med intervjuer/observationer. Metoden för analys av data kallas konstant komparativ metod. Det innebär att resultaten från analysen konstant jämförs med det insamlade materialet. Genom denna jämförelse kan nya frågor väckas som man tar fasta på i nästa datainsamling. Genom att hela tiden jämföra data framkommer vad som är viktigt i det insamlade materialet och det är på denna grund en teori så småningom kan genereras (31, 32, 42).

Analysen startade med att materialet lästes igenom upprepade gånger. Meningsbärande enheter, dvs. meningar eller fraser som beskrev enskilda fenomen, plockades ut ur texten. Enheterna kodades var för sig. Kodningen har skett genom en sammanfattning av varje textrad eller beskriven händelse som ett begrepp eller kategori. Detta kallas öppen kodning. De meningsbärande enheterna och kategorierna numrerades för att lätt kunna spåras tillbaka

till texten. En femtedel av materialet har kodats av två personer var och en för sig för att stärka analysförfarandet. Överensstämmelsen var god. Under analysen växte kategorierna fram, vilka presenteras som en modell i resultatdelen. Under datainsamling och analys fördes minnesanteckningar, memos, vilka är ett sätt att hantera och bevara de idéer som framkom under analysen av materialet. Minnesanteckningarna används sedan under bildandet av en teori utifrån data.

Den här studien får ses som ett första steg i en analys enligt Grounded Theory. Nästa steg blir att utifrån detta resultat gå vidare med datainsamling med de frågor som väckts och så småningom generera en teori.

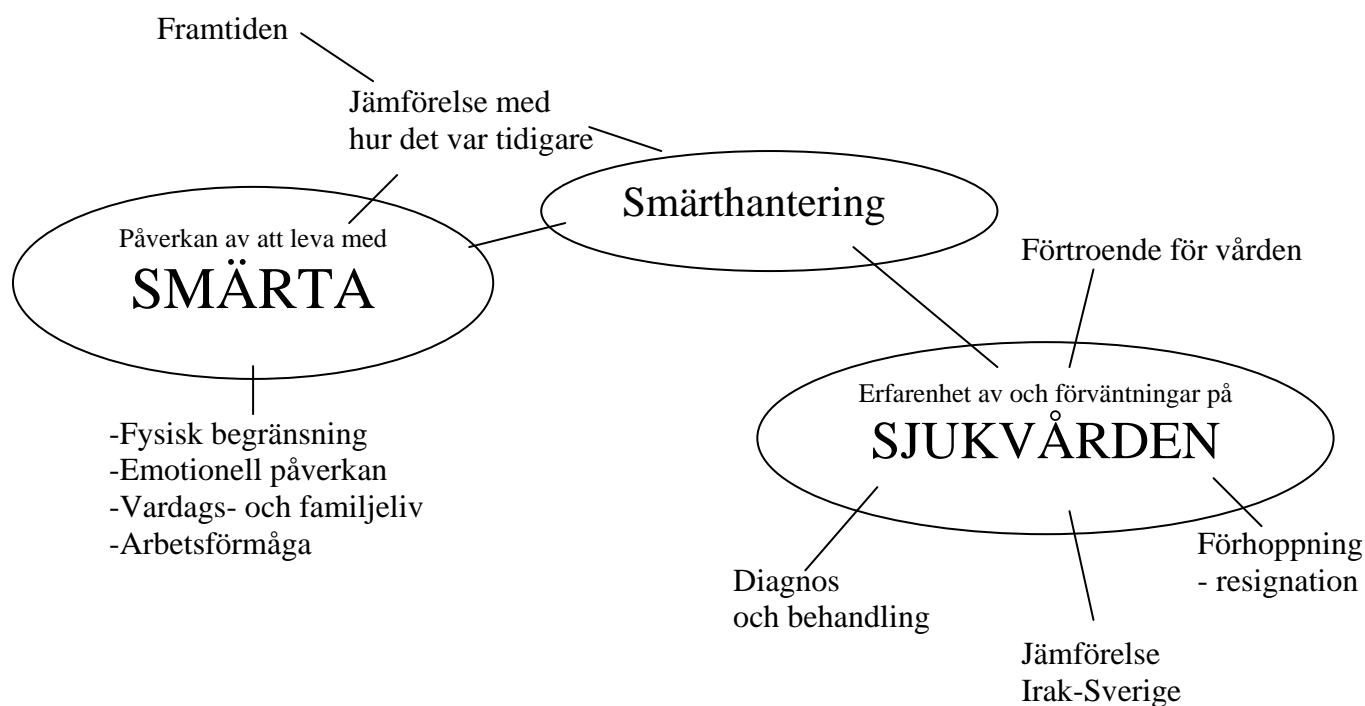
### **Etiska överväganden**

Deltagarna i studien informerades nogsamt om att deltagandet i studien var frivilligt och att de kunde avbryta närhelst de önskade. De informerades även om att behandlingen inte påverkades av en medverkan i studien. Tolk medverkade såvida deltagaren inte uttryckligen avsåg sig sådan. Intervjumaterialet behandlades konfidentiellt. Vid utskrift kodades intervjuerna. Kodlistor och bandinspelningar förvarades inlåsta. Endast ansvarig för studien hade tillgång till materialet.

Studien har godkänts av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm, 2008/967-31/3.

### **RESULTAT**

Tre kategorier har framkommit ur analysen av materialet. Dessa är; 1) Påverkan av att leva med smärta; 2) Möjligheter att hantera smärtan och 3) Erfarenheter av och förväntningar på sjukvården. Till varje kategori finns underkategorier, se figur 1.



Figur 1: Illustration av kategorier och underkategorier som framkommit i analysen.

### **Påverkan av att leva med smärta**

Att leva med smärta gav konsekvenser på flera områden. Deltagarna i det här arbetet berättade om konsekvenser fysiskt, emotionellt, i vardags- och familjelivet och på arbetsförmågan.

#### Fysisk begränsning

De fysiska begränsningar som beskrevs gällde främst ork och uthållighet med ökat behov av vilopauser och lägesändringar. Det upplevdes svårt att delta i aktiviteter som tidigare.

*”Jag kan inte anstränga mig lika mycket som jag brukade.”*

*”Jag kan inte lyfta och bära tunga saker.”*

Smärtan påverkade även sömnen med svårigheter att somna, hitta viloställningar och upprepade uppvakningar under nätterna.

### Emotionell påverkan

Att leva med smärta och dess följder påverkade emotionellt med nedstämdhet, oro, förlorad livslust och isolering. Kvinnorna beskrev känslor av ilska, trötthet och förvirring. De hade inte samma tålamod som tidigare.

*”När jag har så ont ser jag allt mörkt”*

*”Jag blir sur och aggressiv.”*

*”Jag känner mig förvirrad och trött”*

Sorg och saknad av anhöriga framkom i resultatet vilket förstärktes när t.ex. nyheter sändes på tv från Irak. I vilken grad som kopplingen mellan sorg och saknad fanns varierade. Ibland var den tydlig, ibland inte alls.

*”Jag vet inte om mina bekymmer kommer från grubblande, den psykiska sidan. Det blir mer smärta när jag tänker på att jag varit borta från min släkt och mina bröder och systrar i sexton år”*

### Påverkan på vardags- och familjeliv

Vardagslivet påverkades med svårigheter att klara hushållsgöromålen. Det upplevdes negativt att bli beroende av hjälp av make och barn när ansvaret för hemmet egentligen låg på kvinnorna. Men samtidigt kunde det vara positivt med avlastning.

*”Det är min man som hjälper till med nästan allt. Utan min man kan jag inte klara av det här.”*

*”Det känns tungt att alltid behöva be om hjälp.”*

*”Jättebra att ha någon i familjen som kan hjälpa till. Utan hjälp skulle jag fixa med jobbet och hemma också. Det är jättesvårt.”*

Smärtans negativa inverkan på framför allt barnen kunde göra att deltagarna valde att dölja smärtan inför familjen. De ville inte väcka oro.

### Smärtans påverkan på arbetsförmåga

Vare sig kvinnorna arbetade i hemmet eller hade anställning påverkades deras arbetsförmåga av smärtan. Det fanns en upplevd oförståelse från myndigheternas sida när arbetet blev för tungt och samtidigt svårt att söka arbete på den öppna arbetsmarknaden med en begränsande smärta. Att se andra människor gå till skola och arbete väckte känslor av avundsjuka.

*”Försäkringskassan var hård. Lämna arbetet eller fortsätt arbeta.”*

*”Livet är meningslöst när man är hemma och har ingenting. Man blir helt sjuk i huvudet av att gå hemma.”*

*”Allt ansvar ligger på mig när det gäller att städa, laga mat, att ta emot gäster.”*

### Jämförelse hur det var tidigare och tankar om framtiden

Sammantaget hade deltagarna en viss förhoppning inför framtiden, men samtidigt en oro. Även om de sa sig inte ha någon framtidstro alls fanns en förhoppning om att bli bättre i framtiden. Upplevelsen fanns att mycket hade ändrats, de kunde inte göra samma saker som tidigare och inte anstränga sig utan att straffas i efterhand med ökad smärta. Oro över att försämras över tid och att inte våga se framåt framkom i intervjuerna.

*”Jag tror framtiden är helt svart. Jag blir helt stilla vid tanken på att jag ska leva med den här sjukdomen hela livet.”*

*”Ibland bryr jag mig inte och tänker att jag kan. Men det tar mycket energi av mig och dagen efter orkar jag inte göra någonting.”*

*”Jag blir rädd, orolig för framtiden. Framtiden är som en mardröm. Jag tänker alltså, om jag är så här nu, hur ska det bli om tio år?”*

Även vid förbättring med mindre smärta fanns en kvarstående oro över vad som skulle hända i framtiden.

## **Smärthantering**

Även om smärtan ibland upplevdes som okontrollerbar fanns strategier för att åtminstone tillfälligt lindra smärtan. Mediciner hade oftast en tillfällig effekt, dock ej vid episoder med starkare smärta. Det fanns en oro för att bli beroende och för medicinens eventuella biverkningar.

Fysisk aktivitet, som promenader eller träning gav smärtlindring, främst kopplat till ökad kroppsvärme. Passivitet förknippades med försämring, misströstan och sämre psykiskt mående. En strategi var att under perioder med ökad smärta söka sjukgymnasten för tips och råd samt för att prata av sig. Det handlade oftast om saker de redan visste sedan tidigare, men det kändes bra att få höra det en gång till och det fanns ett stöd från sjukgymnastens sida. Övningar från sjukgymnasten kunde ersätta mediciner och sprutor i smärtlindrande syfte med bättre effekt och ökad kontroll på smärtan.

Under intervjuerna framkom en oro för att träning på egen hand, utan sjukgymnastens stöd, skulle förvärra besvären. Samma oro fanns över att prova hjälpmedel som inte uttryckligen rekommenderats av vården.

## **Erfarenheter av och förväntningar på sjukvården**

### Diagnos och behandling

Olika diagnoser och orsaker till kvinnornas smärta hade föreslagits från vårdens sida. Allt från en säker diagnos till att det kanske kunde bero på stress, ålder eller orsakas av kroppsvikten. Kvinnorna funderade själva över vad som kunde vara orsaken. Något fel måste det vara, på skelett, muskler eller nerver. Under intervjuerna framkom uppfattningen att ryggen var viktigare än hjärnan då den gör så man kan röra sig. Om ryggen inte fungerar kan man inte röra sig. Därför är det allvarligt med ryggsmärtor. Andra funderingar var om smärtan kunde vara av psykosomatiskt ursprung.

*”Det finns ett fel, som man måste laga. Men var? Hur?”*

*”Jag fattar ingenting, vad har hänt? Jag förstår ingenting”*

Gångse behandling var smärtlindrande mediciner från läkare och fysisk aktivitet hos sjukgymnasten, oftast med tillfällig smärtlindring som effekt.

### Förtroende för vården

Deltagarna i studien hade både positiva och negativa erfarenheter av vården. De hade träffat kunniga vårdgivare, som undersökte ordentligt, gav effektiv behandling och bemötte personerna på ett korrekt sätt. Men de hade även träffat vårdgivare som brast på ett eller annat sätt. Några orsaker till bristande förtroende var om patienten upplevde att läkaren inte undersökte ordentligt eller ställde diagnos helt utan undersökning, om behandlingen inte hade effekt, upplevelsen att man inte fått allt i behandlingsväg som fanns att erbjuda samt bristande bemötande. Myndigheterna ställde krav samtidigt som hjälpen i vården gradvis drogs undan.

*”Läkarna skulle prata lite med dig, uppmuntra dig. Det är lika bra att de förklarar. Kanske har jag hört det av en läkare. Men om den andra säger samma sak, då vet jag att de förstår situationen. Det är som att de tror jag kommer hit och ljuger. Det är det som känns obehagligt.”*

Uppfattningen bland deltagarna var att en patient kunde känna förtroende för en läkare även om han eller hon inte kan ställa någon säker diagnos eller om läkaren inte kan erbjuda någon behandling om bara personen blir bemött på rätt sätt. En stor del av förtroendet bygger på bemötande. Vårdgivaren ska ta sig tid att samtala även om budskapet är negativt, att inget kan göras. Ett gott bemötande innebär att man tar sig tid, samtalar med patienten, är ärlig, visar förståelse och att vårdgivaren bryr sig.

Alla deltagare hade något gott att säga om kontakten med sjukgymnaster. Viktigt för förtroendet är att sjukgymnasten tar sig tid, får patienten att känna sig uppmärksam, tagen på allvar, förstådd och att hon känner trygghet.

Träning hos sjukgymnast beskrevs som positiv med ökad kroppsvärme som effekt. Träningen hade upplevts som lugn och metodisk och det var en trygghet om sjukgymnasten var med under tiden. Det fick personen att känna sig uppmärksam och att sjukgymnasten följde hennes steg. Sjukgymnastik hade effekt både fysiskt och psykiskt och kunde lindra smärtan och öka aktivitetsnivån. Sjukgymnasten visade förståelse för besvären och ingav en känsla av trygghet. Uppehåll i träningen kunde ibland leda till en försämring.



*”Jag tycker det jag fått av sjukgymnasten var bra. Sjukgymnastiken var mjukt och skönt och med tålmod. Om jag går någon annanstans och tränar skulle jag inte träna som här, och räkna varje gång. Och ta det lugnt. Jag skulle aldrig ha den här erfarenheten om jag tränade någon annanstans.”*

*”Det gör ont att träna men det är skönt också. När jag inte tränar kan jag inte röra mig.”*

Men de hade inte bara positiva erfarenheter. Att bli hänvisad till läkare för en bedömning av besvären upplevdes som ett avfärdande från sjukgymnastens sida. En annan negativ erfarenhet var att bli avslutad utan deltagande i beslutet. Det fanns en kvarstående förhoppning om tillfrisknande om sjukgymnastiken fått pågå under ytterligare en tid. Att endast få ett träningsprogram utan uppföljning upplevdes inte heller som förtroendegivande.

Kommunikationen är en viktig del av mötet mellan vårdgivare och patient. Att som vårdgivare vara tydlig i samtalet och bemöda sig om att använda ett lätt språk gynnar kommunikationen och gör att man slipper kommunicera genom tolk.

### Förväntningar

Deltagarna i studien hade förväntningar och förhoppningar när de sökte vården. Allmänt gällde det förhoppningen att det skulle finnas en behandling eller bot. För varje sjukdom finns en bot. De sökte orsak till och behandling av smärtan.

Det fanns dock en tvetydighet bland svaren. Å ena sidan sökte personerna med förväntning att vårdgivaren skulle göra allt han eller hon kunde för att finna en behandling, det fanns en trygghet i förvisningen om att man ska få hjälp. Å andra sidan fanns en tvekan om att behandling/ bot var möjlig.

En uppfattning var att läkarna måste kunna sätta en diagnos och hjälpa till med smärtlindring i form av mediciner och hjälpmedel. Hos sjukgymnasten var den allmänna förväntningen smärtlindring genom träning och hjälpmedel.

### Jämförelse vård i Irak och i Sverige

Under intervjuerna framkom kulturella skillnader mellan Irak och Sverige. Den största skillnaden gällde social samvaro och hjälp och stöd från släkt och familj. I Sverige har ingen

tid att umgås, utan människor lever ett inrutat och tidspressat liv. Deltagarna saknade stödet från sin familj och släkt.

*”Den sociala delen skiljer sig mellan kulturerna. Folk umgås betydligt mer hos oss jämfört med här.”*

*”I Irak är vädret och människorna varma, i Sverige är vädret och människorna kalla.”*

Att integrera sina barn i svenska kulturen samtidigt som de ska bevara traditioner och seder från Irak, sin ursprungliga kultur, ses som en svårighet. Barnen kan dock ha lättare att komma in i det svenska samhället än föräldrarna som vuxit upp i en annan kultur.

*”Jag är flykting här och jag grubblar över att mina barn inte ska förlora sin kultur och ska samtidigt kunna lära sig den kultur som de lever i också. Det blir svårare för mig eftersom jag har levt och vuxit upp i en annan kultur.”*

Alla deltagare hade inte varit i kontakt med sjukvården i Irak och kunde således inte göra några riktiga jämförelser, utan berättade mer om vilka skillnader de uppfattat. Deltagarna beskrev vissa skillnader i vården mellan de två länderna. I Sverige finns bättre utrustning och teknologi. Sverige har mer resurser och personal. I asiatiska länder finns resurser för dem som har pengar eller är betydelsefulla personer, medan övriga invånare får tillgång till mycket knapphändiga resurser. Även om mediciner är en stor del i den behandlingen som dessa kvinnor fått skrivs det inte ut lika mycket mediciner i Sverige som i Irak.

*”Vården i Sverige är ganska perfekt. De gör sitt bästa.”*

*”Andra har berättat att i arabiska och andra länder finns specialsprutor och tabletter för skelettet. Kroppen behöver mer vitaminer för att benen ska bli starkare och hålla ihop.”*

En betydande skillnad är tillgängligheten till läkare. I Irak kan man träffa en läkare samma dag som man söker. I Sverige är väntetiderna alltför långa. Det gäller även inom akutsjukvården. Det uppfattades som ett stort problem.

*”När man är sjuk orkar man inte vänta.”*

*”Hellre dör jag hemma än jag går till akuten.”*

Deltagarna upplevde inga problem att få kontakt med en sjukgymnast. Oftast kom de på remiss från en läkare. De sa inget specifikt om väntetiderna till sjukgymnasten.

## **DISKUSSION**

### **Resultatsammanfattning**

Syftet med studien var att undersöka invandrarkvinnors erfarenheter av att leva med smärta och deras förväntningar på sjukvården. Tre kategorier har framkommit ur analysen av materialet. Dessa är; 1) Påverkan av att leva med smärta; 2) Möjligheter att hantera smärtan och 3) Erfarenheter av och förväntningar på sjukvården. Till dessa kategorier finns underkategorier.

Smärtan begränsar fysiskt, påverkar emotionellt, i vardags- och familjeliv samt i arbetslivet. Informanterna hanterade sin smärta främst genom medicin och fysisk aktivitet, vilket gav åtminstone tillfällig lindring. Avsaknaden av diagnos var stor. Uppfattningen om sjukvården var dubbelbottnad; dels att sjukvården gjorde sitt bästa, men också begränsningar som för lite hjälp, brister i bemötande och för långa väntetider. Man förväntade sig att personal inom sjukvården gjorde sitt bästa för att finna diagnos och behandling. Det fanns en förhoppning om bot och behandling samtidigt med en oro/ tro på att besvären skulle bli bestående. Av vikt för att få förtroende för vården var bemötandet, att personal tar sig tid och samtalar med patienten, visar förståelse, ärlighet och får personen att känna sig trygg och tagen på allvar. Sjukgymnastik upplevdes som något positivt. Fysisk aktivitet med ökad kroppsvärme gav tillfällig lindring. Fysisk aktivitet hade även effekt psykiskt med mindre grubblande och minskad passivitet och användes som strategi i situationer med ökad nedstämdhet. Viktigt var dock att träningen följdes upp regelbundet och att en sjukgymnast fanns med som stöd under träning.

### **Resultatdiskussion**

#### Att leva med smärta

Kvinnorna i studien levde alla med smärta från någon del av kroppen. De beskrev hur smärtan påverkade dem och deras liv. Smärtan påverkade dem fysiskt med svårigheter att utföra sysslor och emotionellt med nedstämdhet, oro och förvirring. Man vet sedan tidigare att

smärta och emotioner hör samman. Smärta upplevs och uttrycks emotionellt, dvs. smärta leder till emotioner och emotioner påverkar upplevelsen av smärta. Oro, rädsla eller nedstämdhet leder till sänkt smärtröskel (12).

Smärta och nedstämdhet påverkar vardags- och arbetsliv. I den här patientgruppen kan det vara svårt att sära på vardagsliv och arbetsliv. I muslimska familjer har ofta hustrun uppgiften att ta hand om hushåll och barn, medan mannen sköter försörjningen. Och även om kvinnan har en anställning har hon oftast ett stort ansvar för hem och familj som hon inte kan avsäga sig (18). Bland kvinnorna i den här studien upplevdes att bli beroende av hjälp från familjemedlemmar för att sköta hushållsgöromål både negativt och positivt. Samtidigt som det var svårt att inte klara sitt åtagande kunde det vara bra med avlastning.

Två av kvinnorna i studien var arbetssökande, men fann det svårt att hitta något arbete pga. att smärtan begränsade dem. Att vara invandrare och dessutom begränsas av smärta påverkar möjligheterna att finna ett arbete. Den svenska arbetsmarknaden är segregerad både när det gäller etniskt ursprung och kön (21).

Sorg och saknad av familjemedlemmar och tidigare socialt nätverk förekom hos deltagarna i studien, liksom beskrivningar hur det påverkade deras psykiska och fysiska mående. Tidigare studier har visat att just saknad av sociala nätverk, isolering och den otrygga tillvaron är faktorer som påverkar hälsan hos många invandrare (11).

Gruppen kvinnor som ingick i den här studien kan inte sägas vara homogen. De var flyktingar från olika delar av Irak, med olika bakgrund, erfarenheter och utbildning. Vad som förde dem samman var att de levde med smärta, var flyktingar från Irak och det faktum att de hade flytt från krig till ett främmande land. Som beskrevs i bakgrunden är symtom som smärta vanligt förekommande bland flyktingar och bevis finns för ett samband mellan personligt trauma och fysisk smärta (22, 24). Frågorna i intervjuerna handlade inte om vad personerna fått utstå under kriget. Det har dock framkommit i andra studier att antalet personer från krigsdrabbade områden som varit utsatta för någon form av tortyr är stor, och att mörkertalet är ännu större. Primärvården är oftast första kontakten för dessa personer och viktig för att upptäcka/identifiera offer och se till att de får rätt vård. Dessa personer blir oftast inte identifierade och får därför heller inte optimal vård (43). Detta är något som är viktigt att ha i tankarna när man träffar patienter från krigsdrabbade områden.

### Smärthantering

Kvinnorna i studien levde med smärta. En av kvinnorna hade förbättrats och hade en god prognos jämfört med de andra. Andra hade börjat acceptera att de skulle få leva med smärtan. De som kommit längre mot en acceptans av ett liv med smärta resonerade annorlunda kring sin smärta och hade funnit andra strategier för att klara vardagslivet. Alla i studien kunde åtminstone tillfälligt lindra smärtan utom vid episoder med stark smärta. De hade av olika läkare fått smärtstillande mediciner förskrivna. Smärtan lindrades tillfälligt, samtidigt som det fanns en oro för beroende och bieffekter av medicinerna. Även om läkare befanns benägna att förskriva olika mediciner framkom uppfattningen att det i Sverige ändå skrevs ut mindre mediciner än i Irak. Andra studier har visat att invandrare använder mer mediciner än den svenska befolkningen (44, 45).

En annan strategi för smärtlindring var fysisk aktivitet. Ökad kroppsvärme till följd av träning eller promenader upplevdes som tillfälligt smärtlindrande. Poängteras bör det upplevda behovet av sjukgymnastens närvaro och stöd under träningen. Fysisk aktivitet hade en förmåga att påverka upplevelse av smärta genom höjd smärtröskel både under och efter arbete (46).

### Erfarenheter av och förväntningar på den svenska sjukvården

Endast en i gruppen hade fått en diagnos till smärtorna. De övriga hade föreslagits olika orsaker, utan någon riktigt godtagbar förklaring. Patienter med subjektiv smärta utan i klinik påvisbara symtom utgör cirka 30 procent av de flesta läkares klientel (47). De som har medicinskt oförklarade symtom löper risk att hamna snett i sjukvården, som ofta är illa rustad att hantera subjektiva besvär utan underliggande behandlingsbar åkomma. Dessa åkommor uppfattas ofta av läkarna som diffusa och svåra att förstå. Patienterna uppfattas av vårdarna som jobbiga och frustrerande, medan patienterna själva uppfattar sig avfärdade, missförstådda eller inte tagna på allvar (47).

Personerna i den här studien väntade sig att läkare skulle ha kunskap och kunna ställa en diagnos. De letade efter bot och behandling men hade samtidigt ingen förväntan att någon sådan skulle finnas. Det fanns en skillnad mellan förhoppning och förväntan. Kvinnorna hoppades på att man skulle finna en behandling som gjorde att smärtorna försvann samtidigt som de inte trodde på att sådan fanns. Det fanns en oro för att smärtan skulle kvarstå för resten av livet. De förväntade sig att vården skulle göra vad den kunde för att hjälpa dem. De

förväntade sig smärtlindring, åtminstone tillfällig sådan, genom medicin, hjälpmedel och fysisk aktivitet. Det fanns en trygghet i förvisningen om att man skulle få hjälp. Deltagarna upplevde både att sjukvårdspersonal gjort sitt bästa i undersökningar och behandlingar, men har också upplevt många brister, främst när det gäller bemötande och tillgänglighet. De hade i många fall upplevt att de inte blivit ordentligt undersökta eller erbjudna optimal behandling. De hade upplevelser av att inte bli trodda eller förstådda, utan avfärdade av vården. Brister kring bemötande framkommer även i tidigare studie (25) och föreslås bero på att vårdgivare och patient inte befinner sig på samma nivå och därför inte förstår varandra. Litteraturstudie gjord av Schouten och Meeuwesen (48) redovisar några nyckelfaktorer som försvårar mötet mellan vårdare och invandrapatienter. Dessa inbegriper, förutom rent språkliga hinder, kulturella skillnader i förklaringsmodeller för hälsa och sjukdom, skillnader i kulturella värderingar, skillnader i uppfattning hur en relation mellan patient och läkare ska vara och rasism eller fördomar.

Utifrån materialet i intervjuerna bygger ett gott förtroende för vården på bemötande där vårdgivaren tar sig tid att samtala, är ärlig, visar förståelse och får patienten att känna sig trodd. Samtalet i sig är av stor betydelse även om läkare eller annan vårdgivare inte kan erbjuda någon övrig behandling. Detta bekräftas i Björk Brämbergs avhandling (2). Enligt henne bör vårdare ha empatisk förmåga, kunna lyssna och sätta sig in i patientens situation. Hon betonar vikten av delaktighet vid planering av vård och hänvisar till den svenska hälso- och sjukvårdslagen (49), där det står att delaktighet föreligger när vårdare och patienter har en gemensam kunskap, det finns en anpassning till patientsituationen och patienten känner sig respekterad. Delaktighet kan vidare beskrivas som att patienter är involverade i en relation till sin vårdare där båda samarbetar. Det handlar om att bli sedd som en unik individ, att vårdare lyssnar till vad som är viktigt och att vara involverad i sin hälsoprocess. Små möjligheter till socialt stöd, liksom bristande språkkunskaper, försämrar villkoren för delaktighet. Enligt Björk Brämberg (2) har frågan om innebörden av delaktighet för patienter med invandrarbakgrund inte varit i fokus för forskningen, varken nationellt eller internationellt, tidigare.

Sjukgymnastik upplevdes av deltagarna i denna studie som något positivt. Fysisk aktivitet med ökad kroppsvärme gav tillfällig smärtlindring. Fysisk aktivitet hade även effekt psykiskt med mindre grubblande och minskad passivitet och användes som strategi i situationer med ökad nedstämdhet. Sjukgymnasten skulle visa förståelse för besvären och inge en känsla av

trygghet. Att ha en sjukgymnast med som stöd under träningen var positivt och fick personen att känna sig uppmärksammad.

Sökning i databaser har inte resulterat i några studier kring erfarenheter och förväntningar på mötet med en sjukgymnast när det gäller den här patientgruppen, dvs. muslimska kvinnor inom primärvården. Potter (50) studerade faktorer som gör att patienter uppfattar en sjukgymnast som "bra". Resultaten visar att sjukgymnasten ska visa vänlighet och empati, ge förklaringar till besvären, prognos och behandlingsprocess, vara lyhörd för patientens behov och svara på patientens frågor och lyssna aktivt. Positivt behandlingsresultat var också en faktor som bidrog. Besöken ska vara strukturerade och ge patienten gott om egen tid med sjukgymnasten, denne ska ej behöva känna sig jäktad.

Under intervjuerna i denna studie framkom vikten av fungerande kommunikation. En kvinna beskrev hur hon kunde förstå sjukgymnasten eftersom denne ansträngde sig för att använda ett lätt språk, med lätta ord. Men när det inte fungerar är det nödvändigt att ha tillgång till en tolk. Utmaningen i att skapa god vård för personer med invandrarbakgrund ligger framför allt i kommunikationen. De språkliga hindren kan leda till att vårdare verkar uppfatta vårdssituationer som onödigt problematiska och svåra att reda ut. Det försvårar i sin tur utvecklingen av en vårdrelation (2). Något som inte diskuterades i den aktuella studien var upplevelsen av att kommunicera genom tolk.

Genomgående i intervjuerna i det här arbetet var missnöjet över de långa väntetiderna för att få träffa en läkare. I Irak fanns inga väntetider, utan man får träffa en läkare samma dag. Det är något som bekräftar i tidigare studie med invandrare och flyktingar (30). Problemen med sjukvårdens begränsade tillgänglighet drabbar även svenskar. Vi är alla i en utsatt och sårbar situation när vi blir patienter. Det är långa väntetider för alla, svårt att komma fram på telefon och ibland också svårt att få tillgång till adekvat vård (2).

Det framkommer i intervjuerna några skillnader mellan Sverige och Irak. Svenskar beskrivs som kalla och lever ett tidspressat liv. Man har inte tid att umgås på samma sätt som man gör i Irak. Det är svårt att komma in i det svenska samhället när man vuxit upp i en annan kultur. Barnen ska lära sig den svenska kulturen samtidigt som de ska behålla seder och traditioner från hemlandet. Bristande sociala nätverk, obekantskap med svenska kulturen och ombyte av roller med barnen som anpassar sig till den svenska kulturen och som upplevs ha övergivit traditioner från hemlandet beskrivs även i tidigare studier (14).

Vi har i studien försökt närma oss en patientgrupp, som oftast utesluts ur studier pga. språksvårigheter (27). Bortsett från det faktum att de flytt från krig till ett liv i Sverige och har en bakgrund i ett annat land och annan kultur, beskriver dessa fem kvinnor sina erfarenheter och förväntningar på sjukvården i stort som andra patientgrupper. De har en förhoppning om bot och behandling, främst smärtlindring; de vill bli korrekt bemötta och känna sig delaktiga i sin behandling; de vill kunna kommunicera med vårdaren; och de har ett behov att få kontakt med läkare eller annan vårdgivare inom rimlig tid. En stor del av resultatet var redan känd kunskap, men ingen har tidigare satt det på pränt för just den här patientkategorin.

### **Metoddiskussion**

I den här studien har Glasers GT använts. Det är en induktiv metod, baserad på idén att man växelvis samlar in och analyserar data. På detta sätt kan teorier som är helt grundade i data genereras. Metoden används för att generera nya teorier, inte för att testa redan etablerade sådana (31, 32, 42). Resultatet från den aktuella studien måste ses som ett första steg i processen.

Datainsamling skedde genom intervjuer. Urvalet gjordes genom att personer lämpliga för studien och som stämde överens med inklusionskriterierna valdes ut och tillfrågades om deltagande i studien. Tidigare studier har visat på en svårighet att bygga upp ett förtroende under intervjusituationen när intervjuare och studiedeltagare inte är bekanta med varandra sedan tidigare (4). För att underlätta intervjusituationen och få en möjlighet till mer ingående svar valdes deltagare som redan var aktuella hos sjukgymnasten, dvs. den person genomförde intervjuerna. Risken med sådant förfarande är att både frågor och svar kan påverkas av en redan etablerad kontakt. Frågorna kan omedvetet påverkas av att intervjuaren känner till deltagarens bakgrund. Svaren kan i sin tur påverkas av vad deltagaren har för uppfattning av intervjuaren. Risken finns också att deltagaren, trots försäkran om att behandlingen inte påverkas av deltagande i studien, ändå, medvetet eller omedvetet, låter sig påverkas.

I tidigare intervjustudie har det förekommit att deltagare blivit tveksamma vid förfrågan om intervjun får spelas in på band. De har börjat fråga om intervjuarens bakgrund, syfte med intervjun och frågor om anonymiteten. Det som framkom var vikten av ytterst noggrann information om varför intervjun spelas in på band och ytterligare förklaring kring hur anonymiteten säkrades (14).



Det finns alltid en risk att deltagarna blivit påverkade av miljön och av intervjuaren. Det finns även en risk för påverkan av förväntningar på vidare behandling. Kvinnorna i den här studien hade fått noggrann information om att deltagandet var frivilligt, att behandlingen inte påverkades av intervjun och om proceduren kring bandinspelning, utskrift av intervjun och vidare analys. De informerades om att allt material behandlades konfidentiellt och att ingen utom intervjuaren kunde spåra vilken person som sagt vad. Förhoppningsvis har kvinnorna känt att de kunde tala ut och berätta om sina erfarenheter och förväntningar. Vidare var miljön, den muntliga och skriftliga informationen och ansvarig sjukgymnast och intervjuare den samma för alla deltagare.

Under intervjuerna medverkade en tolk om inte kvinnan uttryckligen motsagt sig detta. Intervju genom tolk innebär att man riskerar att tappa nyanser i svaren (14, 22), men måste vägas mot vilken information som går förlorad om kommunikationen brister för att intervjuare och deltagare inte förstår varandra pga. språkliga svårigheter.

Intervjuer om hälsa med människor som har olika språk och ursprung i olika kulturer innebär också risk för feltolkningar av resultaten. Det kan vara svårt att säkert veta om skillnader som påvisas är verkliga skillnader eller om det istället är språk- och kulturskillnader som mäts (22). Under analys och beskrivning av resultaten har därför tolkningar undvikits och deltagarnas egna ord och uttryck använts i så lång utsträckning som möjligt. Materialet har delvis analyserats av två personer var och en för sig och därefter jämförts. Detta för att stärka den interna validiteten i resultatet.

Under analysen har författaren återkommande jämfört resultaten med data och memos som skrivits under processens gång, s.k. konstant komparativ metod. Denna metod stärker idén i GT att teorin måste komma utifrån data i motsats till deduktiv metod där syftet är att testa teorier och där data riskeras att bli forcerade in i befintliga teorier (31, 32). Författaren har valt att i presentationen av resultatet använda exempel på citat från intervjuerna för att förtydliga och för att läsaren ska få en förståelse för vad som ligger till grund för kategorierna.

Kvalitativ forskning kritiseras ofta för subjektivitet i datan. Syftet är dock inte att generalisera till en större population utan att bringa ökad kunskap kring dessa människors upplevelser.

Man får en ökad kunskap på individnivå, istället för på gruppnivå som vid kvantitativa studier.

Under analysprocessen framkom idéer för framtida studier, och följer därför idén om teoretiskt urval enligt GT. Frågor som väckts under arbetets gång gäller sjukvårdens uppfattning om den här patientkategorin. Hur uppfattar läkarna och sjukgymnasterna mötet med muslimska flyktingkvinnor som söker pga. smärta? En annan fråga är om den svenska sjukvården skiljer sig mellan svenska och utländska kvinnor. Hur ska vi hjälpa den här patientgruppen på bästa sätt?

### **Klinisk relevans och framtida studier**

Resultaten från denna studie kan ge en ökad förståelse för hur muslimska kvinnor som kommer från Irak och som lever med smärta erfar hur smärtan påverkar dem och deras liv samt vilka förväntningar de har på vården. Resultaten kan till viss del upplevas som redan känd kunskap, men något som kanske inte satts på pränt tidigare för just den här patientkategorin. I framtiden vore det intressant att fortsätta processen enligt Grounded Theory genom att undersöka sjukvårdens uppfattning om mötet med den här patientkategorin samt om det föreligger någon skillnad i vården mellan svenska och utländska kvinnor som söker pga. smärtproblem.

### **Konklusion**

Livet påverkas av smärta, som begränsar fysiskt, emotionellt, i vardags- och arbetsliv. Viktigt i mötet med vården är att bli bemött med respekt och känna sig trodd. Kvinnorna i den här i studien skiljer sig inte nämnvärt från andra patienter inom primärvården, när det gäller beskrivning av erfarenheter av att leva med smärta och förväntningar på sjukvården. Vad som skiljer den här gruppen mot infödda svenskar är att de levt i och flytt från krig till ett främmande land. De beskriver saknad av anhöriga och upplevelse att det är svårt att komma in i det svenska samhället samt skillnader när det gäller sjukvårdens resurser, väntetider och förskrivning av mediciner.

Genom att ta sig tid och samtala med patienten, göra en ordentlig undersökning och verkligen försöka ge en godtagbar förklaring till smärtan kan man minska mycket oro och frustration.

## REFERENSER

1. Integration – analys. <http://www.scb.se>. 090206 20.32
2. Björk Brämberg E. Att vara invandrare och patient i Sverige. Ett individorienterat perspektiv (dissertation). Växjö: Växjö universitet, 2008.
3. Lofvander MB, Engstrom AW. The immigrant patient having widespread pain. Clinical findings by physicians in Swedish primary care. Disabil Rehabil 2007 Mar;29(5):381-8.
4. Lofvander MB, Engstrom AW, Iglesias E. Do dialogues about concepts of pain reduce immigrant patients' reported spread of pain? A comparison between two consultation methods in primary care. Eur J Pain 2006 May;10(4):335-41.
5. Befolkningsstatistik. [www.scb.se](http://www.scb.se). 090226 10.52.
6. Irak. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Irak>. 090306 10.43
7. Fakta om Irak. <http://www.landguiden.se/>. 090206 20.42
8. Basfakta om Irak. <http://www.sida.se/sida/jsp/sida.jsp?d=1299&a=19710>. 090306 10.57.
9. WHO definition health. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. 090306 10.56.
10. Statistiska Centralbyrån: Ohälsa och sjukvård 1980-2005. Stockholm, 2006.
11. Vogel J, Hjerm M, Johansson S-E. Integration till svensk välfärd? Om invandrares välfärd på 90-talet. Statistiska Centralbyrån: Levnadsförhållanden, rapport 96, 2002.
12. Linton SJ. Smärtans psykologi. Muskuloskeletala besvär - teori och åtgärder. Uddevalla: Folksam; 1994.

13. Lundberg M. Kinesiophobia. Various aspects of moving with musculoskeletal pain(dissertation). Göteborg: Göteborgs universitet, 2006.
14. Emami A. "We are deaf, though we hear; we are dumb, though we talk; we are blind, though we see". Understanding Iranian late-in-life immigrants' perceptions and experiences of health, illness and culturally appropriate care (dissertation). Stockholm: Karolinska Institutet, 2000.
15. Ekman SL, Emami A. Cultural diversity in health care. Scand J Caring Sci 2007 Dec;21(4):417-8.
16. Lofvander M, Engstrom A, Theander H, Furhoff AK. Rehabilitation of young immigrants in primary care. A comparison between two treatment models. Scand J Prim Health Care 1997 Sep;15(3):123-8.
17. Hägerstam G. Ytringen. In: Hägerstam G. Smärta - ett mångfacetterat problem. Polen: Studentlitteratur, 2008:143-170.
18. Hägerstam G. Tolknigen. Religiösa aspekter - Islam. In: Hägerstam G. Smärta - ett mångfacetterat problem. Polen: Studentlitteratur, 2008:86-88
19. Flykting. <http://sv.wikipedia.org/wiki/Flyktingar>. 090306 09.22.
20. Samuelsson J. Smärta och lidande ur ett religiöst perspektiv. In: Hertting A , editor. Smärta och trötthet - Ohälsa i tiden. Lund: Studentlitteratur, 2000:79-93.
21. Akhavan S, Bildt C, Wamala S. Work-related health factors for female immigrants in Sweden. Work 2007;28(2):135-43.
22. Socialstyrelsen. Olika villkor - olika hälsa. En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet. Sos-rapport no: 2000:3

23. Harris M, Humphries K, Nabb J. Delivering care for women seeking refuge. *RCM Midwives* 2006 May;9(5):190-2.
24. Feldmann CT, Bensing JM, de Ruijter A. Worries are the mother of many diseases: general practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill and prejudice. *Patient Educ Coun* 2007 Mar;65(3):369-80.
25. Lundh C, Segesten K, Björkelund C. To be a helpless helpoholic- GPs' experiences of women patients with non-specific muscular pain. *Scand J Prim Health Care* 2004 Dec;22(4):244-7.
26. Lasch K. Culture, pain and culturally sensitive pain care. *Pain management nursing* 2000;1(3):16-22.
27. Lindström I, Areskoug B, Allebeck P. Do immigrant patients differ from native swedish patients with back pain when entering rehabilitation? *Advances in physiotherapy* 2002;4:74-84.
28. Crown LA. Providing care in a multucultural climate. *Cross-cultural medicine* 2003;25(9):37-44.
29. van Nuland M, Hannes K, Aertgeerts B, Goedhuys J. Educational interventions for improving the communication skills of general practice trainees in the clinical consultation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005(4).
30. Wissink L, Jones-Webb R, DuBois D, Krinke B, Ibrahim Q. Improving health care provision to Somali refugee women. *Minn Med* 2005 Feb;88(2):36-40.
31. Glaser B. *Doing Grounded Theory: Issues and discussions*. Mill Valley: Sociology Press, 1998.
32. Hartman J. *Grundad teori. Teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur, 2001.

33. Gronblad M, Lukinmaa A, Konttinen YT. Chronic low-back pain: intercorrelation of repeated measures for pain and disability. *Scand J Rehabil Med* 1990;22(2):73-7.
34. Margolis RB, Chibnall JT, Tait RC. Test-retest reliability of the pain drawing instrument. *Pain* 1988 Apr;33(1):49-51.
35. Margolis RB, Tait RC, Krause SJ. A rating system for use with patient pain drawings. *Pain* 1986 Jan;24(1):57-65.
36. Ohlund C, Eek C, Palmbald S, Areskoug B, Nachemson A. Quantified pain drawing in subacute low back pain. Validation in a nonselected outpatient industrial sample. *Spine* 1996 May 1;21(9):1021-30.
37. Ohnmeiss DD. Repeatability of pain drawings in a low back pain population. *Spine* 2000 Apr 15;25(8):980-8.
38. Carlsson AM. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain* 1983 May;16(1):87-101.
39. Dixon JS, Bird HA. Reproducibility along a 10 cm vertical visual analogue scale. *Ann Rheum Dis* 1981 Feb;40(1):87-9.
40. Langley GB, Sheppard H. The visual analogue scale: its use in pain measurement. *Rheumatol Int* 1985;5(4):145-8.
41. Wilkie D, Lovejoy N, Dodd M, Tesler M. Cancer pain intensity measurement: concurrent validity of three tools--finger dynamometer, pain intensity number scale, visual analogue scale. *Hosp J* 1990;6(1):1-13.
42. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
43. Wenzel T. Torture. *Curr Opin Psychiatry* 2007 Sep;20(5):491-6.

44. Grossi G, Soares JJF, Ängeslevä J, Perski A. Psychosocial correlates of long-term sick-leave among patients with musculoskeletal pain. *Pain* 1999 Apr;80(3):607-19.
45. Soares JJF, Grossi G. Experience of musculoskeletal pain. Comparison of immigrant and Swedish patient. *Scand J Caring Sci* 1999;13(4):254-66.
46. Börjesson M, Mannerkorpi K, Knardahl S, Karlsson J, Mannheimer C. Smärta. In: Ståhle A, editor. *FYSS - Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. YFA och Statens folkhälsoinstitut; 2008:4.
47. Lundin A. Culture-bound diseases - different faces of the subjective health complaints. *Lakartidningen* 2008 Oct 29-Nov 4;105(44):3123-7.
48. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2006 Dec;64(1-3):21-34.
49. Hälso- och sjukvårdslag. *Svensk författningssamling* 1982:763.
50. Potter M, Gordon S, Hamer P. The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective. *Aust J Physiother*. 2003;49(3):195-202.

STUDIE om INVANDRARKVINNORS ERFARENHET AV SMÄRTA OCH  
FÖRVÄNTNINGAR PÅ SJUKVÅRDEN.

Detta är en förfrågan om Du vill medverka i en studie som syftar till att genom intervjuer undersöka hur invandrarkvinnor med smärta upplever att det är att leva med sin smärta samt vilka förväntningar de har på den svenska sjukvården.

**Syftet** med studien är dels att undersöka erfarenhet av att leva med smärta, dels förväntningar på svensk sjukvård hos muslimska invandrarkvinnor med muskuloskeletal smärta.

**Din medverkan** innebär att Du vid en förbokad tidpunkt ställer upp på en intervju med undertecknad på sjukgymnastiken Kungsgatans Läkarmottagning. Intervjun kommer att pågå under ca en timme och handlar om Dina erfarenheter hur det är att leva med smärta, hur det påverkar ditt dagliga liv samt vilka önskningar och förväntningar du har på sjukvården i allmänhet och på sjukgymnastiken i synnerhet. Intervjun spelas in på band och skrivs därefter ut på papper.

Om du önskar kommer en tolk att medverka under intervjun.

**Din medverkan är helt frivillig** och Du kan avbryta din medverkan precis när Du vill utan att förklara varför. Om Du inte vill delta eller avbryter Din medverkan tas alla uppgifter som gäller Dig bort från undersökningen.

Om Du väljer att delta eller inte delta i den här studien kommer inte att på något sätt påverka Din behandling/rehabilitering eller om Du har någon annan form av behandling eller sjukvård.

**Allt material kommer att kodas** vid utskrift av intervjun, vilket innebär att endast undertecknad har tillgång till Ditt namn. När studien är avslutad kommer alla uppgifter att avkodas, vilket innebär att ingen kan koppla samman Ditt namn med kodnummer eller med vad som kommit fram i studien.

Om du har frågor kan Du kontakta undertecknad, Viktoria Zander, per telefon (016-104085) eller skriva brev (Kungsgatans Läkarmottagning, Kungsgatan 39, 631 88 Eskilstuna, e-post: [viktoria.zander@dll.se](mailto:viktoria.zander@dll.se))

Med vänlig hälsning

Viktoria Zander  
leg. sjukgymnast  
Kungsgatans LM  
Eskilstuna

Maria Müllersdorf  
leg. arbetsterapeut  
Dr. med.vet  
Lektor Mälardalens Högskola  
Eskilstuna



## INFORMERAT SAMTYCKE

Avseende deltagande i studien: "Invandrarkvinnors erfarenhet av smärta och förväntningar på sjukvården".

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien och haft tillfälle att i lugn och ro läsa igenom informationen och att ställa frågor. Jag har också fått en kopia på den skriftliga informationen och mitt givna samtycke.

Genom min underskrift samtycker jag till:

- att delta i studien
- att mina personuppgifter behandlas såsom beskrivits.

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt, samt att jag när som helst och utan att ange orsak kan avbryta mitt deltagande.

.....  
Deltagarens underskrift

.....  
Datum

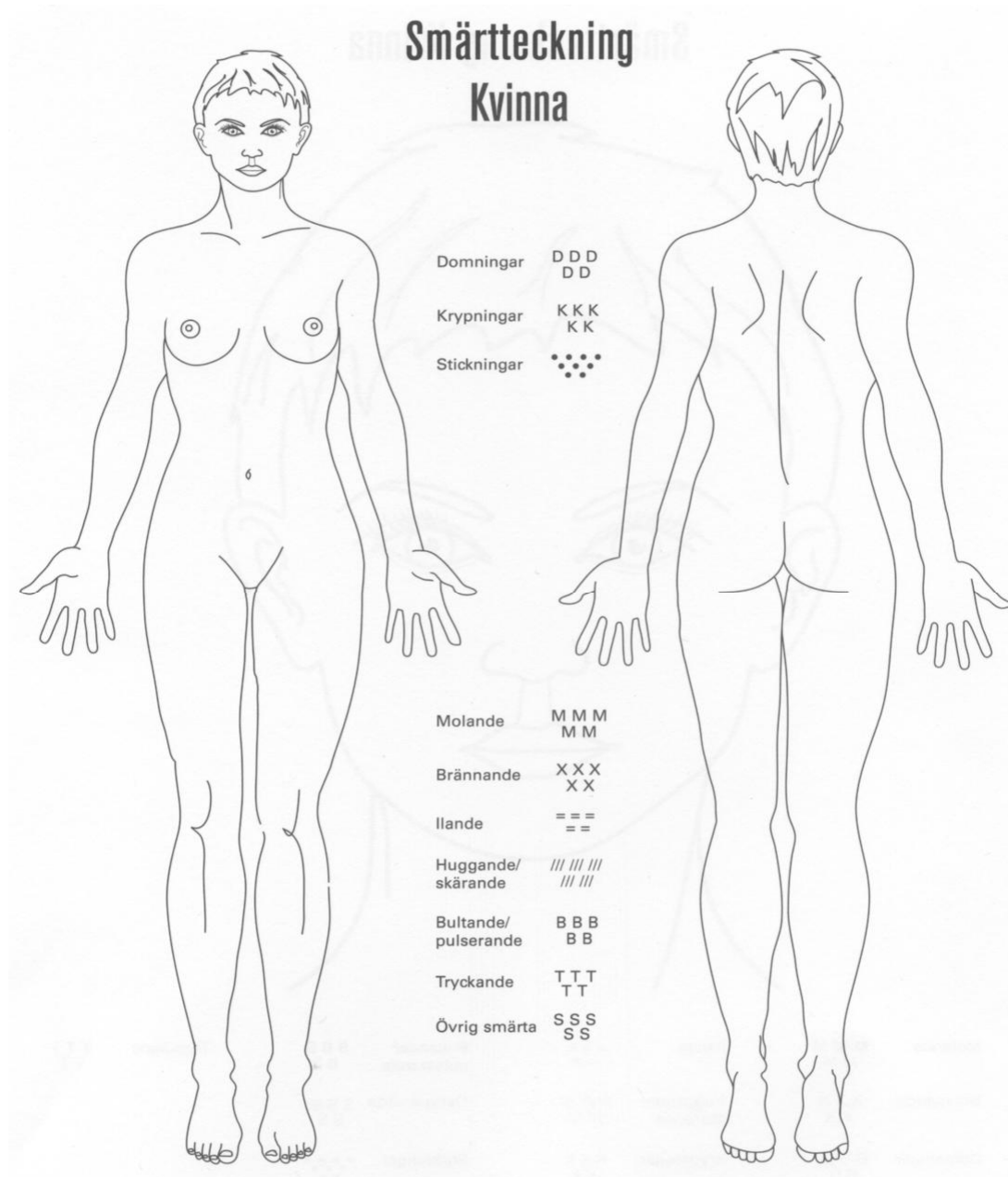
.....  
Namnförtydligande

Jag har förklarat studiens syfte och upplägg för ovanstående person:

.....  
Forskarens underskrift

.....  
Datum

.....  
Namnförtydligande.



Hur mycket smärta har du idag?

**VAS**.....(0-10)

**BAKGRUNDSDATA**

Ålder? .....

Vilket land kommer du ifrån? .....

Hur länge har du bott i Sverige? .....

Av vilken anledning kom du till Sverige? .....

Arbetar eller studerar du? .....

Är du sjukskriven? .....

Vad har du för utbildning? .....

## TEMAGUIDE VID INTERVJUER

### Smärta och dess påverkan

På vilket sätt påverkar smärtan kvinnan och hennes vardag?

- Fråga om hon kan berätta om en situation där smärtan påverkade henne.
- På vilket sätt påverkade smärtan henne i den situationen?
- Vad tänkte/kände hon då?
- Vad gör hon för att lindra smärtan?
  
- Har kvinnan och hennes familj ändrat något i vardagen till följd av smärtan?
- Kan hon ge något exempel?
- Vilka tankar/känslor gav det henne?

### Framtiden

Hur ser kvinnan på framtiden?

- Hur har smärtan förändrats sedan debut?
- Hur ser kvinnan på ett fortsatt liv med smärta?
- Vad tror hon kommer att hända med smärtan i framtiden?

### Sjukvård

Erfarenheter och förväntningar på sjukvård respektive sjukgymnastik.

- Be kvinnan berätta om ett tillfälle när hon sökt sjukvård i Sverige.
- Var det lätt att få träffa läkare/sköterska/sjukgymnast/annan vårdgivare?
- Hur blev hon emottagen?
- Fick hon den hjälp hon hade förväntat sig?
- Hur ville hon bli emottagen/hjälpt?
- Vad var bra/dåligt?
  
- Be kvinnan berätta om ett tillfälle när hon träffat en sjukgymnast.
- Var det lätt att få kontakt med sjukgymnasten?
- Hur kom hon i kontakt med sjukgymnast?
- Hur blev hon emottagen?
- Vilka förväntningar hade hon första gången hon sökte till en sjukgymnast?
- Fick hon den hjälp hon hade förväntat dig?
- Vad var bra/dåligt?

Hur hade drömscenariot sett ut när det gäller mötet med sjukvården i Sverige?

Vilka skillnader finns mellan sjukvårdssystemen i Irak och i Sverige?