

Den röda tråden

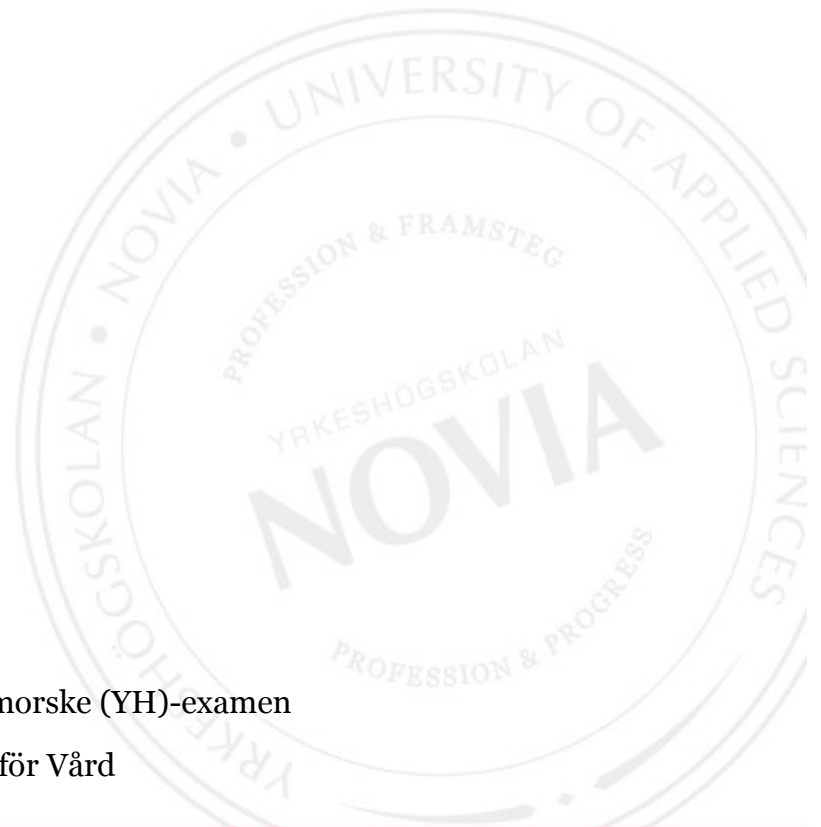
– en empirisk studie om barnmorskors kulturella kompetens i samband med vården av födande kvinnor från andra kulturer

Linda-Jennifer Budd

Examensarbete för barnmorske (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Vasa 2010



EXAMENSARBETE

Författare: Linda Jennifer Budd

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningalternativ: Barnmorska

Handledare: Eva Matintupa

Titel: Den röda tråden; en empirisk studie om barnmorskors kulturella kompetens i samband med vården av födande kvinnor från andra kulturer.

Datum: 14.10.2010

Sidantal: 34

Bilagor: 5

Sammanfattning

Den växande kulturella mångfalden bland invånarna i olika länder likväl som den kulturella mångfalden inom vårdbranschen ökar behovet av kulturell medvetenhet och kunskap. Kunskaper och kompetens inom den transkulturella omvårdnaden påverkar hälsovården, utbildningen och forskningen i stor utsträckning i ett snabbt växande globalt samhälle. Syftet med detta arbete är att beskriva barnmorskors upplevelser av vård av födande kvinnor med olika etniska bakgrunder. Detta för att kunna identifiera den kulturella kompetens som behövs i dessa möten och på det sättet ge den bästa möjliga vården till kvinnorna. De teoretiska utgångspunkterna är Leiningers kulturell kompetens och Jean Watsons helhetsvård och omsorg. Material för denna studie har samlats in genom kvalitativa intervjuer med barnmorskor som jobbar på en förlossningssal. Materialet har analyserats med hjälp av innehållsanalys.

Resultatet visar att barnmorskor anser att utbildningen inte förbereder dem tillräckligt för kulturella möten. De önskar få mera kulturell kompetens genom skolning, fortbildning och förstahandsinformation. Vidare forskning inom detta område behövs för att kunna integrera kulturell omvårdad i vårdutbildningarna.

Språk: Svenska

Nyckelord: kulturell kompetens, förlossningsvård, etnisk bakgrund, utbildning

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt antingen i webbiblioteket Theseus.fi eller i biblioteket

BACHELOR'S THESIS

Author: Linda-Jennifer Budd

Degree Programme: Health Care

Specialization: Midwifery

Supervisor: Eva Matintupa

Title: The main thread; an empirical study of midwives' cultural competence in relation to the care of birthing women from other cultures

Date: 14.10.2010 **Number of pages:** 34 **Appendices:** 5

Summary

The need for cultural awareness and knowledge is increasing as the cultural diversity is growing among the population in different countries as well as in the nursing practise. Transcultural knowledge and competence influence the health care curricula, education and research to a great extent in a rapidly growing global society. The aim of this study is to describe midwives' experiences of care for birthing women from different ethnic backgrounds. This is to identify the cultural skills needed in these meetings and thus provide the best possible care to women. The theoretical basis is cultural competence by Leininger and overall health and social care by Watson. Material for this study was collected through interviews with midwives who work at an obstetric ward. The material was analysed using content analysis.

The result shows that midwives believe that education does not prepare them enough for cultural meetings. They wish to obtain more cultural competence and they want education, training and first-hand information. Further research in this area should be carried out in order to integrate cultural care in nursing education.

Language: Swedish

Key words: cultural competence, obstetric care, ethnic background, education

Filed at: The thesis is available either at the electronic library Theseus.fi or in the library.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	2
3	Teoretiska utgångspunkter.....	3
3.1	Kulturell kompetens.....	3
3.2	Helhetsvård och omsorg.....	5
4	Teoretisk bakgrund.....	6
4.1	Kulturell kompetens.....	6
4.2	Definition av kultur i Norden.....	7
5	Tidigare forskning.....	8
5.1	Utbildning inom kulturell omvårdnad.....	9
5.2	Utveckling av kulturell kompetens.....	10
6	Metod.....	11
6.1	Informanter.....	11
6.2	Kvalitativ intervju.....	11
6.3	Innehållsanalys.....	12
6.4	Undersökningens praktiska genomförande.....	14
7	Resultat.....	15
7.1	Utbildning.....	15
7.1.1	Ingen kulturell utbildning.....	15
7.1.2	För lite utbildning.....	15
7.1.3	Väckt tankar.....	16
7.1.4	Arbets- och livserfarenheter.....	16
7.1.5	Vårdvetenskap.....	17
7.2	Upplevelser.....	17
7.2.1	Kommunikationsbrist.....	17
7.2.2	Berikande.....	18
7.2.3	Svårigheter.....	19
7.3	Karaktäristiskt för vården.....	22
7.3.1	Kommunikationssvårigheter.....	22
7.3.2	Kaos.....	22
7.3.3	Frånvaro av män.....	23
7.4	Kulturell kompetens.....	23
7.4.1	Öppenhet.....	23

7.4.2	Eget intresse.....	24
7.4.3	Svårt att värdera.....	24
7.4.4	Den röda tråden.....	25
7.5	Förbättring av kulturell kompetens.....	25
7.5.1	Skolning.....	25
7.5.2	Förstahandsinformation.....	26
7.5.3	Personlighet.....	27
7.5.4	Utveckling.....	27
8	Tolkning.....	28
9	Kritisk granskning.....	31
10	Diskussion.....	33
	Litteratur	
	Bilagor	

1 Inledning

Kulturella möten berör oss alla både medvetet och omedvetet vare sig vi uppskattar dem eller inte (Stier, 2004). Vårdyrket uppmanar sjukskötare, barnmorskor och andra utövare av vårdyrket att tänka och handla med ett globalt perspektiv när dessa stöder och hjälper människor från i stort sett hela världen. Vår värld har blivit konceptuellt mindre, ännu mer komplex och mångfaldig och professionella inom vården möter ofta människor från många olika kulturer med olika angelägenheter, religioner, värderingar och livsstilar (Leiniger & McFarland, 2002, 3).

Varje vårdssituation är ett möte mellan vårdutövare, patient och eventuellt anhöriga. Även i samband med graviditet och förlossning uppstår möten, då mellan barnmorska och framförallt den blivande modern som kommer från en annan etnisk bakgrund än barnmorskan själv och dennes anhöriga. En god relation till barnmorskan kan ha en positiv inverkan på moderns upplevelse av förlossningen och även minska behovet av kirurgiska och medicinska ingrepp i samband med förlossningen och eftervården. Dock händer det ibland att kvinnor upplever avsaknad av inflytande och kroppslig integritet under förlossningen och detta blir särskilt tydligt när det är frågan om kvinnor från etniska minoriteter och kvinnor med invandrabakgrund. Både det kvinnliga könet och invandrabakgrund är riskfaktorer för diskriminering inom hälso- och sjukvården (Waltman, 2007). För oss som barnmorskor innebär det att kunna jobba med en kvinna i den bemärkelse att vi jobbar sida vid sida med henne för att försäkra att den vård vi erbjuder möter hennes individuella behov, likväl hennes familjs behov i samband med ankomsten av en ny familjemedlem (Page & McCandlish, 2006, 13).

Den växande kulturella mångfalden bland invånarna i olika länder likväl som den kulturella mångfalden inom vårdbranschen ökar behovet av medvetenhet och kunskap om omfattningen av hur individer i olika situationer är påverkade av sina kulturellt invanda värderingar och övertygelser (Kleiman, 2006). Nuförtiden finns många universitet som saknar en specifik utbildningsplan för transkulturell omvårdnad (Pinikahana, Manias & Happel, 2002, 152-153). Enligt forskning är varje person en individ och hennes önsningar och övertygelser bör respekteras. Detta inkluderar även respekt för anhöriga. Leishman (2004) framhåller att på detta sätt blir omvårdnaden likvärdig för alla. Vården bör vara likvärdig för alla och vårdarbetare bör känna till patientens behov av individuell

omvårdnad. Kulturella färdigheter gör att vårdare kan lära sig om patienters övertygelser och värderingar och därmed utföra lämpliga omvårdningsingripanden i sitt yrke (Leishman, 2004).

Vårdarbetet är enligt Narayanasamy (2003) mest effektivt när man visar en känslighet för alla aspekter av människans behov. Ett känsligt förhållningssätt till patientens behov anses som viktigt inom den transkulturella omvårdnaden. För att kunna läsa av patienten bör man även vara införstådd med den nonverbala kommunikationen som ofta kan vara ett gemensamt språk mellan vårdare och patient (Lea, 1994; Narayanasamy, 2003).

I respondentens tidigare studie, även denna ett lärdomsprov (Sedighi & Strandell, 2007) framkom att det idag i vårdutbildningar saknas en konkret plan för transkulturella studier, vilket i sin tur leder till att utövare i vårdyrket inte erhåller de transkulturella kunskaperna som dessa bör ha för att kunna bemöta patienter med en annan etnisk bakgrund och att detta kan förorsaka vårdlidande och försämra vårdkvaliteten. Därför är syftet med detta arbete att beskriva barnmorskors upplevelse av vård av födande kvinnor med olika etniska bakgrunder. Detta för att kunna identifiera den kulturella kompetens som behövs i dessa möten och på det sättet ge den bästa möjliga vården till kvinnorna

I mitt eget arbete som sjukskötare har jag ibland fått vårda människor med en annan etnisk bakgrund än min egen. Jag upplever att de kunskaper som jag fått genom min utbildning inte säkerställer att jag verkligen kan möta de behov av omvårdnad som uppstår p.g.a. klienters kulturella bakgrund. Bristen på kulturell medvetenhet kan förorsaka vårdlidande i samband med vård av individer från olika kulturer och öka osäkerheten hos vårdare i mötet med dessa patienter (Leishman, 2004). Genom kunskap förbättras vårdkvaliteten, vilket kan minska vårdlidandet.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att beskriva barnmorskors upplevelse av vård av födande kvinnor med olika etniska bakgrunder. Detta för att kunna identifiera den kulturella kompetens som behövs i dessa möten och på det sättet ge den bästa möjliga vården till kvinnorna.

Frågeställningarna är:

1. Hur har barnmorskor upplevt förlossningsvården av kvinnor med en annan etnisk bakgrund?
2. Vilken transkulturell kompetens upplever barnmorskorna sig ha för att kunna bemöta ovannämnda kvinnors behov av vård under förlossningen?

3 Teoretiska utgångspunkter

I denna studie används Leiningers (2002) teori om den transkulturella omvårdnaden. De teoretiska utgångspunkterna är kulturell kompetens, helhetsvård och omsorg. Leiningers teori har kommit till från antropologins och omvårdnadens discipliner. Hon har definierat den transkulturella omvårdnaden som ett stort område inom vården som fokuserar på jämförande studier och analyser av olika kulturer och subkulturer i världen. Denna fokus poängterar respekt för andras vårdvärderingar, uttryckssätt, tros- uppfattningar om hälsa och sjukdom samt beteendemönster med målet att utveckla ett vetenskapligt och humanistiskt vetande. Detta i sin tur ska kunna utveckla ett kulturspecifikt och/eller kulturglobalt sjukskötar-/barnmorskeyrke (Leininger & McFarland, 2002, 3-5).

En förutsättning för att ge omsorg är att bekräfta värden hos den mänskliga omsorgen och detta måste gå före givandet av själva omsorgen. Omsorgskategorier som kommit fram ur Jean Watsons forskningsresultat ger upphov till processer som att behandla individen som en människa, omtanke och empati, vårdarens personliga egenart, kommunikationsprocess och extra insatser (Watson, 1993, 48).

3.1 Kulturell kompetens

Enligt Leiningers ”Culture Care -theory” (2002) behöver de verksamma inom hälso- och sjukvården se helheten hos sin patient för att kunna ge kulturellkongruent vård. Definitionen på hälsa och sjukdom varierar mellan olika kulturer och därför är det viktigt att ta reda på vilken effekt människors kultur har på deras uppfattning kring vård, hälsa och sjukdom. Kulturell kompetens förbättrar vårdkvaliteten både genom att bidra till att möta patienters behov på ett mer tillfredsställande sätt, men också genom att ge professionella

inom vården en känsla av säkerhet i mötet med patienter. När man syftar till att sätta individen i fokus förstår man att man bör respektera människan och uppmärksamma det som har stor betydelse i människans liv. Kultur är en viktig del av varje människas liv, därför kräver den också vilja, förståelse, medvetenhet och kunskap från vårdarens sida. Med transkulturell omvårdnad menas att sjukskötare/barnmorska respekterar annorlunda värderingar, övertygelser, vanor, likväl som han eller hon lyssnar till patientens berättelser för att förbättra deras situation och hälsa. Kulturell omvårdnad syftar till sammanställda och kulturellt konstituerade bistående, stödjande och fördelaktiga omvårdnadshandlingar som fokuserar på evidens eller patientens förutseende behov av hälsovård eller välbefinnande eller för att möta sjukdomar, död och andra mänskliga faktorer (Leininger & McFarland, 2002, 79).

Leininger (2002) utvecklade *Sunrise*-modellen (se bilaga 1) på 1970-talet för att beskriva de viktiga komponenterna i sin teori om den kulturella omvårdnadens mångfald och universalitet. *Sunrise*-modellen framställer människor som oskiljaktiga från sin kulturella bakgrund och sociala struktur, världssyn, historia och miljökontext som en grundläggande lärosats i Leiningers teori. Kön, ras, ålder och klass är inbäddade och studerade utifrån en helhetssyn och inte delade eller separerade (Leininger & McFarland, 2002, 79-83).

Sunrise-modellen har från år 1955 till år 1985 genomgått en del mindre förändringar för att kunna renodlas i relation till teori och multipla helhetsfaktorer som kunde ha haft inverkan på kulturell omvårdnad (Leininger & McFarland, 2002). Modellen visar potentiella faktorer som skulle kunna förklara vårdfenomenet relaterat till historia, kultur, socialstruktur, världssyn, miljö och andra faktorer. Det är viktigt att förstå att kön, ras, ålder, klass, historia och andra drag vanligtvis är inbäddade eller relaterade till socialstrukturfaktorer såsom religion, gemenskap, politik och ekonomi. Kulturella värderingar kopplas till kön, ålder och så vidare. När forskare använder *Sunrise*-modellen bestämmer dessa om de vill studera individer och gradvis övergå till familjer, grupper, samhällen och institutioner som är mer komplexa områden. Enligt Leininger & McFarland (2002) bör nybörjare börja med individer och gradvis övergå till familjer, grupper, samhällen och institutioner som är mer komplexa områden.

Sunrise-modellen främjar en individuell omvårdnad utgående från dess olika komponenter; kulturellt betingande värderingar, övertygelser och livsstilar, gemenskap och sociala

faktorer, politiska och lagliga faktorer, religiösa och filosofiska faktorer, utbildningsfaktorer samt teknologiska faktorer (se bilaga 1) (Leininger & McFarland, 2002, 79-83).

3.2 Helhetsvård och omsorg

Omsorg och kärlek är de mest fantastiska av de kosmiska krafterna. Trots att vi vet att människor bör möta varandra med kärlek och omsorg, förbiser vi ofta dessa mest universella mänskliga behoven genom att inte behandla varandra särskilt väl. Mänsklig omsorg utgör essensen och det mest centrala av praktisk omvårdnad, ändå har den fått allt mindre betydelse både på individuellnivå och gruppnivå inom hälso- och sjukvården. Enbart på ett interpersonellt plan kan mänsklig omsorg upplevas. Den intersubjektiva, mänskliga processen lär oss hur vi kan vara mänskliga. Det mänskliga hos den ene avspeglas i den andre genom att man identifierar sig själv med andra och håller en gemensam känsla av mänsklighet vid liv. Det krävs aktning och vördnad för att kunna ge mänsklig omsorg. Individens subjektiva inre värld och hur denne uppfattar tillstånd av hälsa och ohälsa har stor betydelse för upplevelsen av omsorg (Watson, 1993, 47-49).

Vårdare bör vara lyhörda mot egna och andras behov. Att kunna känna igen känslor leder till självförverkligande genom självaccepterande för både patient och vårdare. När vårdare erkänner sin egen lyhörddhet och känslighet, blir de mera genuina, tillförlitliga och känsliga mot andra. Genom att utveckla en relation där vårdare når fram till patienten, kommer vårdaren att förstå hur patienten upplever sin situation. En vårdare, som kan känna igen och tillgodose patientens behov och samtidigt vara med dem på ett hjälpsamt sätt, karaktäriseras som empatisk och intuitiv. Vårdare känner igen sin egen och patientens biofysiska, psykosociala, psykologiska och personliga behov och förstår att även behov av mindre prioritet måste tillfredsställas för en helhet i vården (Chinn & Watson, 1994, 80-93).

Watson anser att genom att studera människor utvecklar man sin tankeverksamhet och växer som människa. Vården är effektiv endast när den är personlig och kreativ och kan tillfredsställa patientens särskilda behov. En bra vårdmiljö tillåter patienten att välja den bästa vården för sig själv och accepterar patienten som hon är och som hon kommer att vara (Watson, 1979, 8-9).

4 Teoretisk bakgrund

Respekt för andra människor är det mest grundläggande i alla möten. Dock skall man inte i sin frustration blanda ihop att respektera och att acceptera. Även om vi i mötet med kvinnor med invandrarbakgrund möter på sedvänjor som vi aldrig kan acceptera, t.ex. könsstympling, måste vi ändå visa respekt för kvinnorna. Som barnmorska är det viktigt att kunna stå för vad som är rätt, riktigt och lagenligt i vårt land, utan att kränka patienter (Franck, 2006, 24).

4.1 Kulturell kompetens

Kulturell kompetens definieras som en uppställning av beteenden, attityder och policyn som samlas i ett system, arbetsplats eller bland de professionella inom vården och som möjliggör för dessa att arbeta sida vid sida i en mångkulturell miljö. En kulturellt kompetent vårdare känner igen och förstår vilken påverkan dennes egen kultur har på arbetsplatsen. Han eller hon förstår att kulturella skillnader förekommer bland alla nivåer av mångfald, både primära (ålder, kön, språk osv.) och sekundära (socioekonomisk bakgrund, geografiskt läge, religion osv.). Kulturell kompetens skall svara till alla vårdkonsumenters behov och därmed vara tillgänglig, lämplig, effektiv, anpassningsbar och acceptabel för alla (Chenowethm, Jeon, Geoff, & Burke, 2006, 36-39).

Kulturell kompetens är en egenskap som krävs i interaktion mellan individer som har annorlunda etnisk bakgrund, t.ex. i relationen patient – vårdare. Skicklighet, öppenhet och flexibilitet betecknas som attribut för kulturell kompetens. Kulturell kompetens handlar om vårdpersonalens omfattande skicklighet att kunna lösa kulturella olikheter mellan patienter och vårdare. Öppenhet för den kulturella mångfalden är en annan egenskap som kännetecknar kulturell kompetens. Öppenhet inkluderar i stor utsträckning att ha ett öppet sinne, acceptans, respekt, att inte vara dömande och att ha en objektiv attityd till kulturella attribut. Flexibilitet är ett implicit attribut av kulturell kompetens som i stort sett betyder en skicklighet att kunna anpassa sig till olika situationer. Flexibilitet inom kulturell kompetens innefattar ett relativt perspektiv till kultur samt delaktighet och engagemang i och uppskattning av andra kulturer (Suh, 2004). Människors uppfattningar om hälsa och

sjukdom är baserade på deras värderingar och övertygelser. Enligt Jenko & Moffitt (2006), Lea (1993), Leishman (2004), Narayanasamy (2003) och Newman Giger et al (2006) varierar definitionen av hälsa och sjukdom mellan olika kulturer och detta inkluderar även emotionella, sociala, beteendemässiga och religiösa dimensioner. Därför är det viktigt att ta reda på vilken betydelse människors kultur har för deras uppfattning om hälsa och sjukdom så att man på det viset kan ge den vård som är värdig och passande.

Kulturell kompetens omfattar kulturell medvetenhet och känslighet. Det innefattar även kunskap om en individs kulturella anknytning och färdigheter i att integrera detta i vårdpraxis (Kleiman, 2006). Vårdpersonal som har begränsade kulturella kunskaper kan känna sig frustrerade över att inte kunna vårda patienterna så bra som de önskar att de hade kunnat. Enligt Leishman (2004) upplever vårdpersonal att det att respektera individens övertygelser så långt som möjligt kan verka svårt med begränsade resurser, men de viktigaste resurserna är inte de materiella kostnaderna utan snarare vårdarnas attityd, bemötande, kommunikation och respekt för patienten.

4.2 Definition av kultur i Norden

Att hitta en riktig definition av begreppet kultur är svårt (Stier, 2004). Därför finns det fyra vanliga typer av kulturbeskrivningar: beteendemässiga, funktionalistiska, kognitivistiska och symboliska. *Beteendemässiga* beskrivningar innebär att man fokuserar på individens yttre beteende och handlande. Genom att observera beteendemönster, handlingar och händelser inom en grupp kan vi förstå dess kultur. *Funktionalistiska* beskrivningar fokuserar också på det yttre och observerbara beteendet. Kulturen betraktas som ett socialt system som består av olika komponenter t.ex. normer, värden, lagar och regler. *Kognitivistiska* beskrivningar tar fasta på människors ”tankemässiga” processer, det vill säga individens inre värld, vilket innebär vad människor gör mer eller mindre automatiskt för att hantera vardagen. *Symboliska* beskrivningar innebär att människor tillhandahåller symboler, innebörder och meningar. Med hjälp av symboler skapas och omskapas kulturen i ett socialt samspel (Stier, 2004).

När människor möts ansikte-mot-ansikte är det som händer det som står i centrum. Kulturen består av ett antal sammankopplade beteendemönster, värderingar, normer och symboler som individerna tillägnar sig. Kulturen ändras, liksom vi människor (Stier, 2004).

Människor betar sig på ett visst sätt för att de råkar vara svenskar, tyskar, araber eller muslimer utan att bry sig om andra förklaringsfaktorer. Det är även lika viktigt att ta hänsyn till skillnader mellan stadsliv och landsbygdsliv. Man måste även beakta individuella skillnader mellan människor, liksom situationsfaktorer. Därför kan olikheter mellan två kulturella grupper vara mindre än skillnaderna mellan individer inom samma grupp (Stier, 2004).

5 Tidigare forskning

Artiklarna till tidigare forskningen är hämtade från databasen Ebsco där först Academic Search Elite valdes. Sedan skrevs sökorden in och dessa var *cultural diversity*, *transcultural nursing*, *cultural competence* och *cultural awareness*. Kriterierna för artiklarna var fulltext och att de var publicerade mellan åren 2002-2007. En del artiklar är äldre än från år 2002 och dessa är hämtade från de utvalda artiklarnas referenslistor eller *Journal of Transcultural Nursing*. Bland publicerade artiklar (1999-2007) i tidskriften *Journal of Transcultural Nursing* har fem användbara artiklar valts ut för studiens syfte. Alla övriga artiklar är hämtade ur de ovannämnda artiklarnas referenslistor (se tabell 1.) I tabellen anges sökinformation om hur, var och när artiklarna som respondenten använt sig av i studien är hämtade.

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal utvalda	Sökdatum
Ebsco	Cultural diversity	521	1	11.04.2007
Ebsco	Transcultural nursing	180	8	17.04.2007
Ebsco	Cultural competence	208	3	25.04.2007
Ebsco	Cultural awareness	179	3	30.08.2007

Tabell 1. Artikelsökning.

5.1 Utbildning inom kulturell omvårdnad

Enligt Hascup (2005) kan de professionella inom vården idag inte längre förlita sig på sina semesterresor till andra kulturer för att bli professionellt kompetenta inom kulturell omvårdnad. Dagens kulturella ignorans, turistiska fördomar, rasism och många andra negativa aspekter måste ersättas med utbildning samt vetenskapliga och praktiska kunskaper om den kulturella omvårdnaden. Dagens nya och viktiga utmaning för vårdarna är att lära sig om specifika kulturer och de speciella behov av hälsovård som kan finnas inom dessa. Erfarenheter från vårdskolor och program som är kompetentgjorda för att vägleda sina studenter inom det kulturella fältet visar att det finns ett stort behov i många skolor. Studenterna förväntar sig av skolor att tillämpa ett holistiskt närmelsesätt i utbildningen och inte fokusera enbart på biomedicin (Hascup, 2005).

Ända sedan den kulturella omvårdnaden började, har det varit viktigt att utbilda vårdpersonal inom det nya fältet för att försäkra att sjukskötare och barnmorskor blir kunniga och förstår innebörden av kulturell omvårdnad. Detta medger även vårdlärare som värderar och lyfter fram vikten av utbildning som vägledning för vårdpersonalens tankar och arbete (Leininger & McFarland, 2002). Den kulturella omvårdnadens betydelse inom utbildning och praktik är allmänt känd på de flesta ställen i världen och många vårdare ser det som nödvändigt för arbetet. Dock finns det stor variation i pedagogik, inläring och den egentliga framgången i olika länder. Generellt känner skolorna till behovet av känslighet, kunskap och att ha färdigheter för att kunna vårda patienter som är kulturellt annorlunda och därför hålls en del kurser om kulturell omvårdnad. Leininger & McFarland (2002) framhåller att en del skolor ändå påstår att studerande vet allt om kulturer och att de har klarat sig utan kulturella omvårdnaden tidigare, så varför börja nu? Först när studerandena möter stora kulturella problem och konflikter börjar skolorna stöda utbildning inom den kulturell omvårdnad (Leininger & McFarland, 2002).

Vårdarbetet är enligt Narayanasamy (2003) mest effektivt när man visar en känslighet för alla aspekter av människans behov. Ett känsligt förhållningssätt till patientens behov anses som viktigt inom den kulturella omvårdnaden. För att kunna läsa av patienten bör man även vara införstådd med den nonverbala kommunikationen som ofta kan vara ett gemensamt språk mellan vårdare och patient (Lea, 1994; Narayanasamy, 2003). Nuförtiden finns det vårdskolor som inser det stora behovet av formella kurser och föreläsningar om erfarenheter från fältet, men som inte kunnat nå dessa mål på grund av

olika faktorer. Till dessa faktorer hör brist på förberedda eller kvalificerade föreläsare inom kulturell omvårdnad och akademiker som inte engagerar sig eller lärare med ambivalens om ämnets viktighet. Andra orsaker är brist på finansiering eller att befintliga medel inte används till att stöda kulturella fakulteter och studeranden eftersom organisationer fortfarande sätter fokus på det fysiska inom vården. Också rädslan att inte kunna handskas med rasism, kulturkrockar, fördomar och etnocentriska problem hindrar vårdskolor från att erkänna behovet. Slutligen är brist på ledare och risktagare för att sätta igång och etablera utbildningar inom den kulturella omvårdnaden en orsak till avsaknad av tillräcklig kulturell kompetens inom vården (Leininger & McFarland, 2002). En undersökning bland sjukvårdare i Storbritannien visar att dessa har fått antingen för lite eller ingen skolning alls om kulturell medvetenhet under sin utbildning. Det nuvarande utbildningssystemet förbereder inte vårdpersonalen för att möta patientens kulturella behov (Leishman, 2004).

5.2 Utveckling av kulturell kompetens

För att utveckla den kulturella kompetensen måste vårdare genomgå olika faser av medvetenhet och utbildning. Dessa steg delas in i kulturell vakenhet, kulturell kunskap, kulturell färdighet, kulturella möten och kulturell känslighet (Boyer, 2006).

Enligt Boyer (2006), Cowan & Norman (2006) och Flowers (2004) handlar kulturell *vakenhet* om att vårdare måste bekräfta sina egna fördomar. Erkännande är en självreflektions process som tillåter utvärdering av vårdarens egen kultur, medan man studerar personliga barriärer som har potentialen att hämma förståelsen för andra kulturer.

Efter att man nått en nivå av kulturell vakenhet är vårdaren öppensinnad och börjar få *kunskaper* om andra kulturer. Detta formar utbildningsgrunder för att bilda kulturell omvårdnadspraxis. Utbildning i grundläggande *vårdfärdigheter* är ett nödvändigt element för vårdutbildningarna. Utöver instruktioner i grundläggande färdigheter måste vårdpersonal också ha kulturella färdigheter. Kulturella färdigheter inkluderar vårdarens kunnighet att kommunicera effektivt, så väl som att identifiera, uppskatta och infoga värderingar, övertygelser och kulturell hälsopraxis i vården av patienter från olika kulturer.

Dagligen hamnar vårdpersonal genom sitt arbete i kulturella *möten*. Direkt involvering i multikulturella erfarenheter breddar vårdpersonalens grundkunskaper och hjälper till att öka nivån av stimulans och självsäkerhet. Genom att engagera sig i kulturella möten utvecklar vårdarbetare en stark känslighet för olika människors behov. Kulturell *känslighet* förklaras genom attityder som förmedlar förståelse för och acceptans av klientens behov, värderingar och övertygelser. Både olikheter och likheter är respekterade och uppskattade (Boyer, 2006; Cowan & Norman, 2006; Flowers, 2004).

6 Metod

Materialet som samlats in genom kvalitativa intervjuer med barnmorskor som jobbar på förlossningssalen har analyserats med hjälp av innehållsanalys och resultatet redovisas vidare i form av kategorier och citat ur informanternas berättelser.

6.1 Informanter

I denna studie används intervjuer som datainsamlingsmetod. Intervjuspråket är svenska. Informanterna är barnmorskor som arbetar på förlossningssalen men deras ålder eller arbetserfarenhet har inte beaktats.

6.2 Kvalitativ intervju

Det unika med kvalitativa metoder är att man vill karaktärisera något samtidigt som man söker kategorier, beskrivningar eller modeller som bäst beskriver ett fenomen. Personliga intervjuer är ett sätt att samla in data för kvalitativa studier. Intervju är ett samtal med en struktur och ett syfte. Genom att omsorgsfullt ställa frågor och lyssna till intervjupersonen försöker intervjuaren förstå sig på dennes värld och erhålla grundligt prövade kunskaper. Vanligen består processen av tre olika typer av samtal: ett logiskt begreppsligt samtal, ett emotionellt personligt samtal och ett empiriskt samtal om vardagsvärlden (Olsson & Sörensen, 2007, 79).

Innan frågeställaren sätter igång med att intervjua bör denne ha klargjort för sig syftet och frågeställningarna i undersökningen. Forskaren presenterar också ämnet för intervjun. Man

bör tänka på stegen vidare, alltså vad händer med intervjun när den är klar och vad skall man göra av det insamlade materialet (Olsson & Sörensen, 2007, 80). När man bandar in intervjuerna skall materialet skrivas ut med minimala fel och den utskrivna datan skall motsvara den muntliga intervjun i sin helhet (Polit & Beck, 2004, 572).

Intervjuer kan vara av kvalitativ eller kvantitativ karaktär. Utmärkande för kvalitativa intervjuer är att intervjuaren kan ställa raka och enkla frågor som ger innehållsrika, sammanfattande svar som fyller syftet med forskningen (Trost, 2005, 7). För denna typ av undersökning kommer intervjuaren att ställa halvstrukturerade frågor för att ge intervjupersonerna friheten att tolka frågorna beroende på sin inställning och tidigare upplevelser (Olsson & Sörensen, 2007, 80). Grad av strukturering handlar om vilket svarsutrymme som intervjuaren ger till respondenten. Ju lägre grad av strukturering, desto mera svarsutrymme för den som blir intervjuad att svara inom (Patel & Davidsson, 2007, 72).

Trost (2005, 44) betonar vikten av att genomföra intervjuerna i en lugn och ostörd miljö. Platsen för intervjun är viktig eftersom det gäller att skapa en bra relation med den som man intervjuar. Det är även viktigt att betona för respondenten att det som sägs är konfidentiellt. Man kan t.ex. inleda intervjuerna med en kort presentation av forskningen där man informerar om intervjufrågorna och sedan berättar man om de intervjuades anonymitet och konfidentialitet (Trost, 2005, 41). Intervjuer inleds och avslutas vanligtvis med neutrala frågor så att man öppnar med de bakgrundsvariabler som det behövs information om och avslutar med att lämna utrymme för kommentarer och tillägg som inte kommit med i frågorna men som upplevs som betydelsefulla av respondenten. Mellan inledningen och avslutningen ställer intervjuaren de egentliga frågorna som berör syftet och frågeställningarna (Patel & Davidsson, 2007, 73).

6.3 Innehållsanalys

Innehållsanalys av material sker på så vis att forskaren först läser igenom allt insamlat material för att kunna definiera analysenheter, vilket är det första skedet i innehållsanalysen. Materialet förenklas genom att man t.ex. ställer en fråga i enlighet med forskningens syfte. I sidmarginalerna skriver man upp de saker som svarar på denna fråga.

De i marginalen förenklade uttrycken samlas till listor som kan kallas för materialets checklista. Detta skede är kategoribildningens första skede. Följande skede i innehållsanalysen är gruppering. Här är det frågan om skillnader och likheter mellan de olika förenklade uttrycken. Uttryck som handlar om samma saker samlas ihop till en kategori och denna kategori får ett namn som säger tillräckligt mycket om dess innehåll. Innehållsanalysen fortsätter med att man för ihop de kategorier som handlar om samma saker och placerar dessa under en gemensam huvudkategori. Även huvudkategorin ska ha ett namn som mycket väl presenterar alla underkategorier. Abstraktionen fortsätter med sammanföring av kategorier så länge som det med tanke på innehållet är fördelaktigt och möjligt (Kygäs & Vanhanen, 1998).

Kvalitativa dataanalyser är utmanande och kräver hårt arbete. Det är viktigt att inför den slutgiltiga analysen av insamlade datan skriva upp de tankar som uppstår under arbetets gång, t.ex. genom att föra en dagbok. Med kvalitativa metoder sker dataanalysen löpande till skillnad från kvantitativa metoder där man väntar med all databearbetning tills hela materialet är insamlat (Patel & Davidsson, 2007, 119). Dataanalysen skall stämma överens med arbetets syfte och forskningsdesignet. Arbetet sker schematiskt med den ordningen att forskaren först går igenom all data och utvecklar ett mönster för att sortera all insamlad data. Vidare skall den sorterade datan redigeras så att schematiska kategorier uppstår. Forskare skall sedan fördjupa sig i dessa kategorier och reflektera över allt textmaterial (Polit & Beck, 2004, 570).

Kvalitativa dataanalyser innehåller vanligtvis fyra intellektuella processer: att begripa, att syntetisera, att teoretisera och att utforska den utvecklade teorin (Polit & Beck, 2004, s.572). Den egentliga dataanalysen börjar med att man söker efter teman där man inte enbart letar efter något gemensamt mellan olika ämnen utan också efter naturliga variationer och mönster inom datan. Även materialets latent budskap bör komma fram i text. Inga fakta skall falla mellan två kategorier eller kunna platsa i flera kategorier än en. Om det händer så har man inte analyserat materialet tillräckligt noga. I de sista analyskedena försöker analytikern att väva ihop de tematiska trådarna till en integrerad bild av fenomenet som det forskats om (Polit & Beck, 2004, 572-574, 591-595; Graneheim & Lundman, 2004). Inför slutbearbetningen skall forskaren läsa igenom hela textmaterialet på nytt i flera omgångar. Detta kräver att man ägnar lång och sammanhängande tid till detta skede av forskningen. Till sist det som blir resultatet av en kvalitativ bearbetning är

en text där citat från intervjuer eller observationsanteckningar varvas med egna kommentarer och tolkningar. Slutligen skall den som gör en undersökning komma ihåg att i rapporten redovisa det metodiska tillvägagångssättet vid bearbetningen (Patel & Davidsson, 2007, 119-120)

6.4 Undersökningens praktiska genomförande

Detta arbete är en beställning från ett centralsjukhus. Efter att forskningsplanen godkändes av den ansvarige handledaren anhöll respondenten om tillstånd (se bilaga 2) från beställaren för att få göra undersökningen. Tillstånd beviljades i september 2009 (se bilaga 3).

Respondenten sände ut brev till förlossningsavdelningen (se bilaga 4) för att informera barnmorskorna om att undersökningen kommer att ske. Via skild e-post bad respondenten avdelningssköterskan om information om de praktiska detaljerna kring själva intervjutillfällena, t.ex. var och när intervjuerna kunde ske på bästa sätt. Barnmorskorna fick frivilligt ställa upp på att delta i de personliga intervjuerna som bandades in. Intervjuerna som baserades på intervjuschemat (se bilaga 5) ägde rum under hösten 2009 (september-oktober). Respondenten kom överens med de sju barnmorskorna om när det skulle passa att göra intervjuer, då respondenten råkade göra sin praktik samtidigt på förlossningssalen. Intervjuerna tog ca en timme med varje barnmorska, samtalen bandades in och intervjuspråket var svenska. Respondenten kom också överens med barnmorskorna om hur dessa kunde kontaktas vid eventuella frågor som kunde uppstå under dataanalysskedet.

Efter att materialet samlades in, gick respondenten igenom intervjuerna och skrev ner det inbandade materialet till en text. Respondenten skickade in texterna till barnmorskorna för att kontrollera att all information blev rätt. Texterna returnerades utan ändringar från intervjupersonerna. Materialets innehåll lästes sedan igenom för att kunna hitta uttryck, meningar och begrepp och dessa kategoriserades utgående från intervjufrågorna. Kategorierna med gemensamma nämnare kopplades ihop genom kondensering och således minskades antalet kategorier. Efter denna kategorisering gjorde respondenten en egen tolkning av forskningsresultatet.

7 Resultat

Resultatet presenteras som kategorier och underkategorier som respondenten har fått fram genom innehållsanalys. Resultatet är uppdelat, utgående från de fem intervjufrågorna: Utbildning, Upplevelser, Karaktäristik för vården, Kulturell kompetens och Att förbättra kulturell kompetens. Kategorierna är svärtade och underkategorierna kursiverade.

7.1 Utbildning

Beträffande Utbildning fann respondenten följande kategorier som beskriver hur intervjupersonerna upplevde den kulturella kompetens som de hade erhållit genom sin utbildning: **Ingen kulturell utbildning, För lite, Väckt tankar, Arbets- och livserfarenhet och Vårdvetenskap.**

7.1.1 Ingen kulturell utbildning

Enligt intervjupersonerna har utbildningen i de flesta fall inte alls förberett dem för kulturella möten. Det fanns inte någon speciell kurs eller föreläsning som betonade vård av kvinnor från andra kulturer. Genom utbildningen har barnmorskorna lärt sig hur man möter kvinnor i allmänhet.

”...inte var det någonting i utbildningen...förstås allmänt om hur man sköter kvinnor...”

”... inte har utbildningen förberett mig något alls...det gick ju inte någon speciell kurs...inga föreläsningar heller....inte nästan några diskussioner...”

7.1.2 För lite utbildning

Den kulturella utbildningen som hade ingått i en del av intervjupersonernas utbildning var enligt dem själva för knapp och kunde innefatta någon mindre kurs, föreläsning eller små diskussioner. Barnmorskorna ansåg att kultur är ett svårt ämne att lära ut och utbildningen handlar mest om ett skrap på ytan. Dessutom vet man aldrig helt exakt förrän man har haft egna kulturella möten.

”...egentligen ganska lite sist och slutligen...inte tycker jag att vi hade så där jättemycket under själva utbildningen...”

”...jag kommer inte ihåg om vi direkt hade så mycket....någon föreläsning...någon kurs...men väldigt lite...”

"...det har kanske varit mera ett skrap på ytan..."
"... man vet inte exakt hur det är förrän man har fått se i verkligheten..."

7.1.3 Väckt tankar

De barnmorskor som ansåg att de ändå hade fått lite kulturell medvetenhet via utbildningen menade att detta hade väckt vissa tankar som att ha respekt för olikheter. Enligt intervjupersonerna tänker man inte lika noga utan utbildning. Man riskerar att behandla alla lika utan att höra efter vad som är bäst för patienten. Det finns stora variationer kulturellt emellan och därför kan ämnet vara ett svårt område att lära ut enligt barnmorskorna.

"... utan utbildning tänker man inte lika noggrant..."
"...utbildningen har väckt de där tankarna... att vi kanske inte alla är lika...att inte dra alla över en kam"
"...man måste höra efter vad som är bäst för patienten och inte ta allt för givet..."
"... det är ett svårt område att lära ut...eftersom det finns så stora variationer..."

7.1.4 Arbets- och livserfarenheter

Den kulturella kompetensen som behövs i barnmorskearbetet har intervjupersonerna utvecklat genom att läsa själv, genom arbetserfarenhet eller av äldre kolleger. Kolleger med mera arbetslivserfarenhet har enligt barnmorskorna mycket kunskaper att dela med sig och därför har barnmorskorna lärt sig mera om kulturell omvårdnad genom jobbet. Några av barnmorskorna berättade att de under studierna hade gjort utomlandspraktik och små grupparbeten med diskussioner kring kulturella möten. Enligt intervjupersonerna borde det satsas mera på kulturell utbildning och de upplevde att kulturella möten och kulturell utbildning förekommer i större utsträckning i andra länder än hos oss.

"... jag skulle nästan säga att jag har lärt mig mer genom jobbet än vad jag har lärt mig i skolan..."
"...den (transkulturella kompetensen) har kommit på arbetsplatsskolning och vad jag själv läst..."
"...under själva utbildningen har man fått kontakt med kvinnor från andra kulturer under praktiken..."
"... här kanske det inte finns lika mycket utlänningar...som t.ex. i Sverige..."

7.1.5 Vårdvetenskap

I intervjuerna framkom att vårdvetenskapen som ingår i utbildningen inte täcker det behov av kulturell kompetens som finns i barnmorskearbetet. Barnmorskan befinner sig i ett svagt läge när hon möter den födande kvinnan med en annan kulturell bakgrund. Barnmorskorna vill veta vad som är väsentligt för födande kvinnor från andra kulturer när dessa kommer för att föda barn och den traditionella vårdvetenskapen inte räcker till i detta avseende.

"...den kulturella vården under utbildningen var mera på en vårdvetenskaplig nivå än vad man behöver i praktiken..."

"... etik i utbildningen är säkert bra...men ändå inte hundra procent täckande..."

"...den teoretiska vårdvetenskapen man lär sig under utbildningen är långt ifrån kulturella möten..."

"... så kommer den här situationen med samma sak...när jag alltid kommer att vara i ett svagt läge..."

7.2 Upplevelser

Intervjupersonerna hade många olika upplevelser av vården av födande kvinnor från olika kulturer. Dessa upplevelser delades in i tre kategorier: **Kommunikationsbrist, berikande och Svårigheter.**

7.2.1 Kommunikationsbrist

Kommunikation var ämnet som gick som en röd tråd igenom hela undersökningen. Kommunikationssvårigheter påverkar samarbetet mellan mammor och barnmorskor, försvårar arbetet och gör att allt tar mera tid. Under kategorin kommunikationsbrist ryms följande underkategorier: *Svårigheter i samband med språkbrist, Fördelar med tolkservice samt Tolk inte alltid bra.*

Svårigheter i samband med språkbrist

Kommunikationen är enligt barnmorskorna mycket viktig i deras arbete. Många föderskor har vistats en kortare tid i landet innan dessa skall föda barn och därav är språkkunskaperna små eller helt obefintliga. Språkbristen skapar i sin tur en del svårigheter, t.ex. kan inte barnmorskor och föderskor förstå varandra och mötas på ett emotionellt plan.

"...ofta har kvinnorna varit en kortare tid i landet innan de kommer hit för att föda...och då kan de oftast inget språk..."
"...man måste använda sig av nonverbal kommunikation...kommunikationen är ju så central i barnmorskearbetet..."
"... man kan inte fråga och följa upp saker själv... det blir svårt att möta kvinnan på det emotionella planet..."

Fördelar med tolkservice

För att kunna kommunicera anlitas ofta en tolk, vilket intervjupersonerna tyckte var en bra service. Enligt barnmorskorna är tolken ibland mycket saklig och det blir lättare att sköta förlossningen då barnmorskan och föderskan i något mån kan ha en verbal kommunikation. Även anhöriga eller den egna mannen kan ibland fungera som tolk.

"... ibland har man haft tolk... ibland har jag manlig tolk som står bakom skärm... ibland tolkar den egna mannen eller en annan anhörig..."
"... ibland är tolken saklig... och jag får verkligen kommunicera med mamman..."

Tolk inte alltid bra

Kring tolkservicen undrade barnmorskorna också ifall tolken verkligen tolkade deras exakta ord till föderskan eller svängde denne på frågor och information och lät sina åsikter måla de ord som tolkades till föderskan. Barnmorskorna kunde ibland höra på tolkens ton att denne inte tolkar deras exakta ord till föderskan utan möjligtvis låter sina egna ord komma med i tolkningen.

"... de kan t.ex. ha anhörig som tolk... man undrar ibland om tolkningen stämmer..."
"... man blir misstänksam mot tolken... stämmer tolkningen eller svänger tolken på frågan..."
,"... ibland undrar man om det är tolkens egna åsikter som kommer fram..."
"... jag hör ibland på tonen att tolken inte tolkar vad jag säger..."

7.2.2 Berikande

Det finns mycket positivt i vården av födande kvinnor från andra kulturer. Enligt intervjupersonerna är kulturella möten intressanta och berikar deras arbete. Kvinnorna litar mycket på sig själva och sin doula, som de ofta väljer att ha med som stödperson istället för barnets far. Kvinnorna är positiva, berättar om sig själva och kan t.o.m. behandla barnmorskan som en vän. Ofta kommer den riktiga personen fram efter att barnet är född och den personen är mycket tacksam och glad och visar i allmänhet mera känslor än

finländare. Barnmorskorna tyckte också att de ibland kunde känna sig mera pressade med finländska föderskor som är mera strikta med hur de vill ha sin förlossning.

”...jag har mera sett dem (födande från andra kulturer) som tacksamma...”
 ”...det (kulturella mötet) är intressant...och berikande som jag är intresserad av också...”
 ”...det positiva tycker jag är att kvinnorna litar väldigt mycket på sig själva och doula personen som de har med...”
 ”...de (föderskorna) kan behandla barnmorskan som en kompis...”
 ”... finska mamman kan man känna sig mera pressad med som har så mycket förväntningar...eller är mycket reglerad på vad hon skall ha...”
 ”...den riktiga personen kommer fram först efter att barnet är fött....de visar så mycket mera känslor... och är mera utåt...”

7.2.3 Svårigheter

Under kategorin Svårigheter ryms följande underkategorier: *Extrema situationer*, *Utmaning* och *Frustration*.

Extrema situationer

Barnmorskorna upplevde att en del saker kan göra förlossningsvården av kvinnor från andra kulturer svårare och mera krävande än annars. Enligt barnmorskorna kommer man inte lika ofta i kontakt med andra kulturer på deras arbetsplats som man gör på många andra ställen. Av den anledningen känns de kulturella mötena som ovana situationer för barnmorskorna. Ofta uppstår kaotiska tillfällen där det blir mycket ljud och skrik kring den födande kvinnan, alla talar samtidigt och samarbetet mellan barnmorskan och föderskan sviktar. Dessa situationer kan lätt leda till att man inte får föderskan att arbeta fram till krystningsskedet och man blir tvungen att vidta tekniska åtgärder som att använda sugklocka eller att göra akuta snitt för att få slut på förlossningen. Vid förlossningstillfället är tiden knapp oavsett vilken kvinna man sköter. Vård av födande kvinnor från andra kulturer är ofta en ny och speciell situation för barnmorskor och p.g.a. tidsbristen hinner man inte etablera en bra kontakt som skulle kunna gynna samarbetet. Allt är ofta mera extremt och det kan ibland bli svårt för barnmorskan att möta den kaotiska situationen. Intervjupersonerna berättar om förlossningarna som speciella och att de på ett annat sätt sätter sig in i mötet med kvinnor från andra kulturer.

”...nog är det speciellt...stor skillnad tycker jag...och klart man sätter in sig på ett annat sätt...”
 ”... någon gång kan det vara jätte så där 'kaotiskt' tillfälle när de är sjuka och vi måste försöka få dem till gränsen att få krysta...”

"... det är inte bara en gång när vi går till sugkopp eller hätäsectio när vi kan liksom inte komma överens..."
"...det kommer väldigt mycket människor och det blir lätt tjatrigt och väldigt mycket ljud runt föderskan...och det kanske vi inte tycker riktigt om..."
"...det är väldigt mycket ljud och rörelser innan hela scenariot är över..."
"... på ett sätt tycker man ju att det är krävande och jobbigt men det är ju oftast för att det är så nytt för en... det tar ju...mera tid..."
"...det är många människor som försöker sig hit...alla ropar och skriker någonting...telefon och dörrklocka ringer...och på det viset är det mera arbete..."

Utmaning

Barnmorskorna hade många olika upplevelser av föderskorna. Många poängterade att föderskor från andra kulturer oftast för mera ljud och lever med i sin förlossning, medan den finska kvinnan är mera inåt. Föderskorna kan vara rädda, panikslagna, apatiska eller vägra att lyssna på barnmorskans instruktioner. Avståndet till släkt och vänner kan göra att föderskorna känner sig otrygga, men också mötet med den nya kulturen, kvinnornas tidigare upplevelser och erfarenheter samt vad de varit med om påverkar deras beteende vid förlossningsstillfället. Många födande kvinnor har inte vistats länge i landet när dessa ska föda barn och kanske därför vet de för lite om systemet. En del av kvinnorna, som kan ha fött barn tidigare, är inte vana vid att föda på sjukhus och det i sig skapar rädsla och otrygghet. I allmänhet betar sig föderskorna som väldigt sjuka och detta trots att de bara kan vara i början av sin förlossning. Nakenhet är något som enligt intervju- personerna upplevs som något svårt bland kvinnor från andra kulturer. Också uppfattningen om renlighet skiljer sig från det som barnmorskorna är vana vid. Det händer ofta att nyförlösta kvinnor från andra länder inte tar barnet direkt till bröstet utan vill att barnet först blir badat.

"...jag har...upplevt dem som så mycket rädda och spända och en del av dem... är mera deprimerade...apatiska..."
"...kvinnorna har varit här så kort tid och vet för lite om systemet...och kanske de inte är vana vid att föda på sjukhus...och vår kultur här skrämmer dem...det normala för oss kan vara hemskt för dem..."
"... mammans bakgrund...vad de har varit med om...man förstår ibland att de upplever på ett visst sätt eller upplever panik...man vet ju inte vilka upplevelser de har i bagaget..."
"...de kan vara väldigt sjuka...de låter väldigt mycket om sig...du tror att de är på väg att föda och de kan bara vara lite öppen..."
"...så det där med att ha babyn till bröstet till hudkontakt att de har ju många att de inte vill ha till hudkontakten utan de tar babyn sedan när den är tvättad....så det har kanske något att göra med renlighet..."
"...det här med nakenhet är svårt många gånger..."

Frustration

Barnmorskorna talade om sina känslor av irritation och frustration i samband med kulturella möten. De kände sig frustrerade över att inte kunna ge så mycket som de skulle vilja i vården. Tidsbrist var en annan sak som skapade frustration hos barn- morskorna.

När barnmorskor sköter födande kvinnor från andra kulturer hamnar de att ana sig till saker, då de ofta inte har ett gemensamt språk med föderskan. Barnmorskor måste ana sig till och läsa mellan raderna. Barnmorskor vill gärna kunna fråga själva och veta mera om föderskan, men den informationen kommer oftast från en tredje person.

Barnmorskan måste också enligt intervjupersonerna bjuda på sig själv och ge mera av sig själv. Hon ska vara lyhörd och inte så snar med kritik. I möten med kvinnor från andra kulturer ställer sig barnmorskan in på ett annat sätt än med inhemska patienter och kräver mera av sig själv. Här måste hon även använda sig av sin fantasi och inlevelse. Kroppsspråk och ögonkontakt är viktigt för att vården skall bli så optimal som möjligt. Barnmorskorna berättade också att de mera tänker på hur de ställer frågor och betar sig mot patienter och anhöriga för att inte göra påtramp. De är försiktigare och försöker alltid fråga hur föderskan vill ha det. I mån av möjlighet försöker barn- morskorna att anpassa rutinerna efter föderskans behov.

Vård av födande kvinnor från andra kulturer är ofta en obekant situation och utmanande enligt barnmorskorna. Genom sina kulturella möten har barnmorskorna lärt sig att det inte alltid finns bara ett sätt. Genom att fråga och ta reda på saker och i mån av möjlighet ändra på rutiner har barnmorskorna på bästa sätt försökt att förhålla sig till kvinnornas seder och bruk.

"...man vet ju så lite om mamman....oftast kommer informationen via en tredje person...man önskar att man kunde fråga själv...det är frustrerande"

"...man borde lära sig själv att vara lyhörd och att inte vara så snar med kritiken...jag märker ju på mig själv att jag ibland blir irriterad när jag går till dörren och det står en kvinna som ska föda och många runt henne."...det är nog en utmaning...just det här med språkbristen också...och man är ovan med situationen..."

"... inom vissa områden finns det ju gränser och rutiner som binder oss här att vi kan inte liksom ändra på allt men i den mån som det går så försöker jag..."

"... men det (språket) tycker jag inte är ett problem, utan det är nog mera den här liksom hur jag ska förhålla mig till den här kvinnan med tanke på deras seder och bruk..."

”... jag tycker inte att man ska vara rädd för att fråga... för du kan ju inte göra bort dig om du vill veta hur man... ska göra...”

7.3 Karaktäristiskt för vården

Det som enligt barnmorskorna karaktäriserar förlossningsvården av kvinnor från andra kulturer indelades i följande tre kategorier: **Kommunikationssvårigheter**, **Kaos** och **Frånvaro av män**.

7.3.1 Kommunikationssvårigheter

Det som främst är karaktäristiskt i vården av kvinnor från andra kulturer är kommunikations svårigheter. Att inte ha ett gemensamt språk kräver att barnmorskan måste på nonverbala sätt få ut den nödvändiga informationen av mamman. Man får använda sin kreativitet för att komma på olika lösningar där man på olika sätt ändå lyckas kommunicera med sin klient. Intervjupersonerna berättade att de har använt sig av mappar och bilder för att kunna kommunicera med föderskor.

”...då man inte kan kommunicera med dem (föderskorna), det är ett stort...minus tycker jag som barnmorska. Man skulle så gärna vilja fråga direkt, att säg hur är det? Hur upplever du? Hur känslan känns, det kan man inte göra ...”
”...man måste ta fram den kreativa sidan av sig själv....och hitta på...mycket använder vi bilder t.ex., vi har förberedelseappar och vi har...bilder...så brukar vi visa bilder t.ex. på PCB ...”
”...men så har jag också upplevt att ibland att det har varit nästan lika bra eller lika lätt...så att säga bara tala det nonverbala...vara nära...tala kroppens språk ...”

7.3.2 Kaos

Förlossningssituationerna kring kvinnor från andra kulturer kan vara helt olika. Ibland kan allting vara precis som barnmorskorna är vana vid, men mycket karaktäristiskt för dessa förlossningar är att situationen är kaosartad. Tidsbristen framförallt gör det svårt att från början etablera en bra kontakt till mamman och de anhöriga. Barnmorskorna är vana vid att endast ha fadern som stödperson i förlossningsrummet, men när det gäller födande kvinnor från andra kulturer vill många människor vara närvarande. Ofta ringer dörrklockan och telefonerna och anhöriga försöker att komma in på avdelningen. Det blir mycket ljud och prat och utrymmet räcker inte till. Samarbetet fungerar sämre under en sådan situation och krystningen fungerar inte. Ofta tvingas man att vidta extra åtgärder för att avsluta

förlossningen, vilket kan upplevas som att man för våld mot kvinnorna. Barnmorskorna upplever också att ibland är det enklast att strunta i regler och t.ex. låta anhöriga komma in till förlossningssalen.

"...vi säger åt mammorna att det är pappan eller någon stödperson som kan vara med, men det är mycket människor som försöker sig hit och ...det är bara en som får vara med vid förlossningen och telefonen ringer och dörrklockan ringer och....och på det viset är det mera arbete..."

"... något som karaktäriserar detta (förlossningsvården av kvinnor från andra kulturer) är att man har väldigt lite tid på sig. Därför att du har ju inte träffat den där människan förr och du har inte kunnat etablera någon slags kontakt..."

"...krystningen blir inte till någonting...de (föderskorna) gör ingenting och då blir det så här att...man får ju påverkade hjärtljud och kan... inte hålla på utan man måste avsluta det på något sätt. Men det är ju som att göra ännu mera våld på dem, att måsta gå dit med en metallklocka..."

"...men många gånger är det lättare att säga (till anhöriga) ok...kom in bara... då vi inte orkar mera..."

7.3.3 Frånvaro av män

En annan sak som skiljer förlossningsvården av kvinnor från andra kulturer markant från vården av födande inhemska kvinnor är att männen i de flesta fall inte närvarar under förlossningen. Istället för den egna mannen väljer man många gånger att ha en doula eller en kvinnlig släkting med. Om man använder tolk skall även tolken vara kvinnlig. En manlig tolk måste stå bakom skynke och får inte vara inne i rummet hela tiden.

"...de (föderskorna) vill ofta inte ha män med under förlossningen....de vill inte att mannen närvarar...men tolken ska visst vara kvinnlig och ibland så får inte alls nån man vara i närheten...inte ens den egna mannen..."

"...ibland har jag haft manliga tolkar som har stått bakom draperi..."

"...det är väldigt vanligt om de inte har mannen med sig så är det en kvinna...en doula... som kommer med dit (till förlossningssalen)..."

7.4 Kulturell kompetens

Barnmorskornas beskrivning av kulturell kompetens indelades i fyra kategorier: **Öppenhet, Eget intresse, Svårt att värdera och Den röda tråden.**

7.4.1 Öppenhet

Barnmorskor anser att de för det mesta klarar av kulturella möten på ett bra sätt. Barnmorskorna beskriver sig själva som lyhörda och sociala och dessa egenskaper gör att barnmorskorna även är kulturellt öppna och lätt kan möta kvinnor. Enligt barnmorskorna är juridiska och tekniska biten ändå den svåraste biten i deras arbete. Barnmorskorna hade

skött en del kvinnor från andra kulturer och de hade inga problem att ta emot dessa föderskor. Bra kontakt skapas när man möter kvinnan på hennes villkor.

"...ett visst mått av kompetens har jag ju efter de här åren...jag har ju skött och mött och förlöst en hel del kvinnor från andra kulturer."

"...jag tycker att det är ganska lätt att möta den födande kvinnan...det beror säkert på att de flesta barnmorskor är ganska sociala...alla..."

"...barnmorskor vet i allmänhet hur de ska möta människor och de är ganska lyhörda...det måste de säkert, när de jobbar med folk..."

"...jag tycker nog att jag har klarat mig bra när jag mött de här kvinnorna..."

"...man möter ju varje kvinna och individ på hennes villkor...jag tycker att jag har inga problem att ta emot dessa kvinnor, för jag är ju mycket öppen annars också..."

7.4.2 Eget intresse

Genom livs- och arbetserfarenhet har barnmorskorna skaffat sig den kulturella kompetens som gör att de tänker på hur de ska bete sig och vad de ska säga när de möter födande kvinnor från andra kulturer. Man har läst om ämnet av eget intresse, men saknar ändå en formell utbildning. Enligt intervjupersonerna är utbildning av stor vikt eftersom barnmorskor gör som de har blivit lärda och de anser att brist på kulturell kompetens genom utbildningen beror på att de ansvariga inte tyckt att ämnet är tillräckligt väsentligt.

"... vi gör ju som vi har blivit lärda att göra..."

"... men det är klart av gamla barnmorskor som man lär sig...de har ju alla möjliga knix och trix att komma med om vad man kan göra..."

"... jag har inte fått någon formell utbildning... ingen har ju tydligen tyckt att det har varit speciellt väsentligt..."

"... man har själv då läst av eget intresse eller... tittat på TV...sen resten är ju den livserfarenhet jag har gjort, den arbetserfarenhet som jag har gjort..."

7.4.3 Svårt att värdera

Intervjupersonerna tyckte att det är svårt att värdera sin egen kulturella kompetens, eftersom de inte visste riktigt hur och med vem de skulle jämföra sig. Ingen har fått en formell utbildning och alla försöker göra sitt eget bästa och intervjupersonerna ansåg att de varken var bättre eller sämre än sina kolleger. Det som barnmorskorna ändå med säkerhet kunde säga var att den kulturella kompetensen var långt ifrån tillräckligt och att de var långt ifrån fullskolade.

"...ännu har man mycket nytt att lära sig..."

"... inte har vi ju fått någon formell utbildning... det är svårt att värdera om du jämför med de andra att skulle den vara speciellt dålig eller speciellt bra..."
"... jag tror i alla fall inte att den är speciellt mycket sämre än de andra på den här enheten..."
"... jag skulle vilja veta vad som skiljer de här olika kulturerna åt...vad som är för dem mera centralt..."
"... jag tror man vet ju en del men långt ifrån fullskolad...man borde veta mer och ta reda på mera, för jag tror ingen av oss vet allt..."

7.4.4 Den röda tråden

Enligt barnmorskorna är kulturell kompetens en viktig del av arbetet om man vill möta kvinnorna på deras egna villkor. Gärna skall den kulturella kompetensen få gå som en röd tråd igenom hela vårdtiden redan från öppna vården. Om man från den öppna vården under graviditeten kunde ge mera information till föderskorna och deras familjer och om man kunde vara mera öppen för deras önskemål, så skulle man redan då bygga en bra grund inför förlossningen. Genom att vara bättre förberedd redan under graviditeten har kvinnorna från andra kulturer bättre ro att vara i förlossnings- situationen. Barnmorskorna anser att den etik som man lär sig genom den traditionella vårdvetenskapen inte är helt täckande för att tillgodose alla kvinnors behov av vård.

"... kulturell kompetens...är att möta den födande kvinnan på hennes villkor...en viktig del i barnmorskeyrket..."
"... klart går informationen från mun till mun... men att man också redan från öppna vårdens sida....förbereder dem (föderskorna)...att då har de liksom på ett annat sätt ro att vara i den där förlossningssituationen också när de vet lite..."
"...det är klart att etikutbildningen är ju säkert bra men jag tror inte att den ändå är hundra procentigt täckande..."
"... man borde förbereda föderskorna och deras familjer redan från öppna vården...så att kulturella kompetensen blir som en röd tråd igenom hela graviditeten och förlossningen..."

7.5 Förbättring av kulturell kompetens

Intervjupersonernas förslag på förbättring av kulturell kompetens delades in i följande kategorier: **Skolning, Förstahandsinformation, Personlighet och Utveckling.**

7.5.1 Skolning

För att förbättra den transkulturella kompetensen bland barnmorskor föreslår intervjupersonerna att det satsas mera på kulturell utbildning under studietiden. Vidare föreslår intervjupersonerna att utbildningen är formad så att man har nytta av den i praktiken och

att utbildningen borde omstruktureras så att vårdvetenskapen, som av barnmorskorna upplevdes vara på en abstrakt nivå, skulle motsvara deras behov av kulturell kompetens. Barnmorskorna önskade också att kulturell fortbildning erbjuds som arbetsplatskolning. Enligt barnmorskorna har man olika behov av kulturell- kompetens beroende på vilken erfarenhet man har och vad man vet från förr. Enligt intervjupersonerna skulle det inte behövas så stora satsningar för att uppnå en tillfredsställande nivå av kulturell kompetens. Temadagar kunde enligt barnmorskorna vara ett sätt att hålla fortbildningstillfällen och förnya sina kunskaper samt att genom skolan eller jobbet få ”skrapa på ytan” och få möjligheten till att utveckla ett eget intresse inom ämnet.

”...detta (kulturell kompetens) är en sak som ju skulle behöva vara med just i utbildningen...”

”...att lite ens ge någon sorts...fast nu bara skrapa på ytan och kanske man själv får ett eget intresse”

”...alltid nu och då borde man få någon ... kurs eller gå igenom....skolning....förnya sina kunskaper”

”...det skulle säkert behövas vidareutbildning...”

”...vårdvetenskapen är på en abstrakt nivå...strukturera om utbildningen och baka in ämnet i vårdvetenskapen...”

7.5.2 Förstahandsinformation

Alla intervjupersonerna tyckte att föreläsningar är ett bra sätt att förbättra deras kulturella kompetens. Dock var de alla överens om att dessa föreläsningar inte skall dras av finländare. Barnmorskorna ville ha förstahandsinformation av de berörda mammorna från olika kulturer och möta dessa kvinnor i verkligheten. Barnmorskorna ville höra direkt från kvinnorna hur de tänker, vad de förväntar sig av vården och att representanter från olika grupper skulle få berätta om sig själva. Att få träffa kvinnorna och höra deras önskemål och funderingar skulle enligt barnmorskorna skapa ett symbios- förhållande mellan mammor och barnmorskor.

”...jag tror absolut på...fortbildning...som föreläsning av de här berörda kvinnorna...inte att en finländare föreläser för mig hur en kvinna från ett annat land är...”

”...läsa kan man ju gå och göra själv men att få träffa dessa kvinnor...det skulle vara bra...”

”...jag vill inte läsa....kvinnorna skulle få föreläsa själva....kvinman och barnmorskan hamnar på det sättet i symbios med varandra...”

7.5.3 Personlighet

Hur barnmorskan är som person påverkar även den kulturella kompetensen. För att kunna utveckla sin kulturella kompetens krävs öppenhet och att man vågar möta olikheter utan att vara rädd för andra kulturer. Att våga bjuda på sig själv och inte ha något emot olikheter kräver motivation och att man inte tar allt för givet. Att möta olikheter är en utmaning som enligt barnmorskorna ger mervärde åt arbetet.

”...barnmorskan kräver mera av sig själv...hon måste bjuda på sig själv lite...när man inte kan kommunicera...”
”...man behöver...inte vara rädd för den andra kulturen...”
”...vårdpersonalen borde våga mera...våga ge mera av sig själv...”
”...den (transkulturell kompetens) utgår ifrån personen själv...att man vågar möta den andra...lite bjuda till själv också...”
”det är berikande och utmanande...och ger mervärde åt mitt arbete att arbeta med olika människor...”
”...jag tror att en stor del är själva motivationen...”

7.5.4 Utveckling

Som nyskolade är barnmorskornas kulturella kompetens på en minimal nivå. Ovissheten gör en osäker och handfallen, det dyker upp situationer där man känner sig helt ute i det blå och kan därmed inte ge så mycket av sig själv som man skulle vilja. Därför är det viktigt enligt intervjupersonerna att kulturell kompetens ingår som en enskild kurs i utbildningen. Man önskar få möjlighet till diskussioner och att få fundera tillsammans. Man vill ha ordentlig kunskap, bli säkrare och bättre samt veta hur kvinnorna tänker och vilka är deras önskemål är. Att läsa själv och lära sig av äldre kolleger är också bra sätt att utöka sin kulturella kompetens, vilket kräver eget intresse. Varje vårdssituation är ett tillfälle att lära sig nya saker, därför är det viktigt att barnmorskor med mera arbetserfarenhet delar med sig av sina upplevelser till kolleger som inte har jobbat lika länge. Barnmorskorna önskar också att få tillfälle att åka utomlands och arbeta för att bekanta sig med andra kulturer. Mera forskning och evidensbaserad kunskap om kulturell kompetens vore önskevärld enligt intervjupersonerna. Barnmorskorna önskar också att i framtiden få invandrarfamiljernas barn som sina kolleger och de ser ett samarbete med dessa som en stor tillgång för att utveckla sin egen transkulturella kompetens.

”...den här ovissheten gör en osäker och handfallen...man kan inte ge så mycket av sig själv som man skulle vilja...”
”...i början kommer man hit och vet ingenting...man är helt ute i det blå...”

"... lite mera forskning om förlossningsvården i olika kulturer... lite mera evidensbaserad kunskap... för detta är en grej som jag tycker man ska satsa på..."

"...skulle vara väldigt bra att få åka och jobba en månad till en annan kultur... jag skulle gärna fara om arbetet skulle bekosta mig en sådan resa..."

"...skolning är bra men det måste ju finnas undersökningar för det också..."

"...jag tycker att det borde finnas mera invandrarbarn som skulle vilja vara inom vården....att det redan skulle vara mycket lättare att fråga en arbetskamrat att kan du komma och hjälpa mig?..."

8 Tolkning

Kategorierna **Ingen kulturell utbildning**, **För lite**, **Väckt tankar**, **Arbets- och livserfarenhet** samt **Vårdvetenskap** innebar att utbildningen i de flesta fall inte hade förberett intervjupersonerna alls eller för lite för kulturella möten. Den kulturella kompetensen som dessa ansåg sig ha hade de fått genom arbetserfarenhet och de kunde inte direkt koppla det till vårdvetenskapen. Leininger & McFarland (2002) stöder detta fynd då de framhåller att en del skolor påstår att studerande vet allt om kulturer och att de har klarat sig utan kulturell omvårdnad tidigare, så varför börja nu? Författarna skriver att orsaker som brist på finansiering och avsaknad av kompetenta ledare gör det svårt att etablera kulturell kompetens i vårdutbildningarna. En undersökning bland sjukvårdare i Storbritannien visar att dessa har fått antingen för lite eller ingen skolning alls i kulturell medvetenhet under sin vårdutbildning (Leishman, 2004). Det nuvarande utbildnings systemet förbereder inte vårdpersonal för att möta patientens kulturella behov. I *Sunrise*-modellen på nivån omgivningsfaktorer, språk och etnohistorik hittar man utbildningsfaktorn. Detta stöder det fynd att utbildning behövs för att kunna uppnå kulturell kompetens.

Kategorierna **Kommunikationsbrist**, med underkategorierna *Svårigheter i samband med språkbrist*, *Fördelar med tolkservice* samt *Tolk inte alltid bra*, **Berikande** och **Svårigheter** med underkategorierna *Extrema situationer*, *Utmaning* och *Frustration*, handlade både om de utmaningar som barnmorskor möter i samband med förlossnings- vården av kvinnor från andra kulturer men tillika handlade kategorin om de positiva erfarenheter som barnmorskorna hade av den klientkategorin. Intervjupersonerna pratade om sin känsla av frustration när respondenten frågade dessa om deras upplevelser kring vården av föderskor från andra kulturer. Att hamna att ana sig till saker och ting och att inte vara helt säker på

hur man ska möta den födande kvinnan eller kunna ge den vård som man önskar att man hade kunnat skapa en känsla av frustration hos barnmorskorna. Kulturella möten kunde vara intressanta och berikande men ibland också ovana och extrema situationer där tidsbristen ledde till att barnmorskorna inte kunde etablera en bra kontakt med föderskorna. Enligt Leishman (2004) kan vårdpersonal som har begränsade kulturella kunskaper känna sig frustrerade över att inte kunna vårda patienterna så bra som de önskar att de hade kunnat. Enligt Leishman (2004) upplever vårdpersonal att respektera individers övertygelser så långt som möjligt kan verka svårt med begränsade resurser, men den viktigaste resursen är inte de materiella kostnaderna utan snarare vårdpersonalens attityd, bemötande, kommunikation och respekt för patienten. Också enligt intervjupersonerna var den nonverbala kommunikationen av stor betydelse. En tolk kan i bästa fall tolka orden rakt av, medan en barnmorska med sin goda förmåga till nonverbal kommunikation kan nå patienten på ett djupare plan.

I Kategorierna **Kommunikationssvårigheter**, **Kaos** och **Frånvaro av män** var lyhördhet enligt intervjupersonerna en viktig del av vården för att kunna tillgodose föderskornas behov. Enligt Chin och Watson (1994) när de erkänner sin egen lyhördhet och känslighet, blir vårdare mer genuina, tillförlitliga och känsliga mot andra. Genom att utveckla en relation där vårdare når fram till patienten, kommer vårdaren att förstå hur patienten upplever sin situation. En vårdare som kan känna igen och tillgodose patientens behov och samtidigt vara med dem på ett hjälpsamt sätt karaktäriseras som empatisk och intuitiv.

Den tidigare forskningen har inte direkt varit inriktad på det karaktäristiska i vården av patienter från andra kulturer. Dock framkommer genom olika undersökningar att människors uppfattning om hälsa och sjukdom påverkas av deras kulturella bakgrund. Därmed stöder forskningen att vårdsituationen där klienten är av annan kulturell bakgrund kan bli annorlunda från den som vårdaren är van vid. Enligt Jenko & Moffitt (2006), Lea (1993), Leishman (2004), Narayanasamy (2003) och Newman Giger et al (2006) varierar definitionen av hälsa och sjukdom mellan olika kulturer och detta inkluderar även emotionella, sociala, beteendemässiga och religiösa dimensioner. Därför är det viktigt att ta reda på vilken betydelse människors kultur har för deras uppfattning om hälsa och sjukdom så att man på det viset kan ge den vård som är värdig och passande.

Intervjupersonerna framhöll i kategorierna **Öppenhet**, **Eget intresse**, **Svårt att värdera** och **Den röda tråden** att de anser sig själva vara till viss mån kulturell kompetenta eller

åtminstone anser sig kunna respektera den andra individen. Samtidigt ansåg samtliga intervjupersoner att deras kulturella kompetens hade utrymme för förbättring. Enligt Leiningers "Culture Care -theory" (2002) behöver de verksamma inom hälso- och sjukvården se helheten hos sin patient för att kunna ge kulturkongruent vård.

Vidare i kategorierna **Skolning, Förstahandsinformation, Personlighet** och **Utveckling** föreslog barnmorskorna fortbildning och skolning som ett bra sätt att kunna utveckla sin kulturella kompetens. Ett förslag på förbättring som starkast framsteg var att få direkt information från de berörda kvinnorna. I Sunrise-modellen framgår att olika faktorer som omgivningen, språket och etnohistoriken influerar sättet att praktisera vården. Enligt Sunrise-modellen samlas individer, familjer, grupper, samhället och institutioner till ett mångkulturellt hälsosystem där vårdarbetet pendlar mellan och påverkas av generiska systemet eller folksystem samt professionella system. Kulturell kompetens är en egenskap som krävs i interaktion mellan individer som har annorlunda etnisk bakgrund, t.ex. i relationen patient–vårdare. Skicklighet, öppenhet och flexibilitet betecknas som attribut för kulturell kompetens. Intervjupersonerna uttalade ett klart intresse för utökandet av den kulturella kompetensen och de gav olika förslag på försök till förbättring, så som vidare utbildning och temadagar. Enligt forskning för att vård- personal ska kunna ge vård åt kulturellt olika patienter, krävs engagemang i processen att höja sin kulturella kompetens (Rosenjack Burchum, 2002; Thomas, 2001). Leishman (2004) framhåller att trots brister på kulturella kunskaper finns det ett klart intresse bland vårdpersonal att arbeta med kulturella frågor.

Utbildning i grundläggande vårdfärdigheter är ett nödvändigt element för vårdutbildningar. Utöver instruktioner i grundläggande färdigheter måste vårdpersonal också ha kulturella färdigheter. Kulturella färdigheter inkluderar vårdpersonalens kunnskap att kommunicera effektivt, såväl som att identifiera, uppskatta och infoga värderingar, övertygelser och kulturell hälsopraxis i vården av patienter från olika kulturer (Boyer, 2006; Cowan & Norman, 2006; Flowers, 2004). När man syftar till att sätta individen i fokus förstår man att man bör respektera människan och uppmärksamma det som har stor betydelse i människans liv. Kultur är en viktig del av varje människas liv. Därför kräver den också vilja, förståelse, medvetenhet och kunskap.

9 Kritisk granskning

Kvaliteten på vetenskapliga produkter bedöms utgående från föreställningar om vad som är bra och dåligt. Sådana föreställningar gör att forskningen blir av god kvalitet och att meningsfull handledning kan genomföras. Utan diskussion om kvalitetskriterier riskerar de kriterier som används att bli dolda och privata. Diskussionen bör leda till att tänkandet skärps och att läsaren tvingas ta ställning till flera tankegångar, samtidigt som kriterier kan ifrågasättas och det auktoritära draget i bedömningar mildras. Denna studie granskas kritiskt genom följande kriterier: perspektivmedvetenhet, etiskt värde och teroritillskott (Larsson, 1994)

Perpektivmedvetenhet

Enligt hermeneutiken faller förståelse alltid tillbaka på att delen måste relateras till en helhet för att överhuvudtaget kunna ge någon innebörd. Fakta är alltid perspektivberoende, alltså finns det alltid en tolkning i allt meningsfullt tänkande. Redan vid första mötet har vi en förförståelse som sedan ständigt förändras i tolkningsprocessen. Genom att tydliggöra förförståelsen gör man utgångspunkten för tolkningen tydlig. Att redovisa förförståelsen är inte lätt eftersom nästan allt vad man tänkt skulle kunna påverka tolkningen (Larsson 1994).

Respondenten har under sina tidigare studier till sjukskötare deltagit i bl.a. seminarier rörande ämnet kulturell omvårdnad och därmed utvecklat ett intresse kring detta ämne. I respondentens tidigare studie, "Vikten av kulturell kompetens inom vården" som gjordes år 2007, framkom att bristen på transkulturell kompetens leder till bl.a. försämrade vårdkvalitet och därmed patientlidande. I den teoretiska bakgrunden till ovannämnda studie hade det framkommit att den kulturella kompetensen bland utövare av vårdyrket var bristfällig. Därmed har respondenten med den förförståelsen att barnmorskornas kulturella kompetens är bristfällig, skrivit intervjufrågor och intervjuat barnmorskorna. Denna förförståelse kan ha påverkat sättet att ställa frågor till intervjupersonerna och även tolkningen och analysen av intervjuerna. Dock framkom det mycket tydligt även i denna studie att barnmorskorna ansåg att deras kulturella kompetens kunde vara bättre och att utbildningen inte nämnvärt hade förberett dem för kulturella möten. Därmed anser

respondenten att förförståelsen kring ämnet inte har påverkat tolkningen och därmed inte heller vinklat fynden av studien.

Etiskt värde

Enligt Larsson (1994) är uppvisandet av god etik en viktig aspekt när man granskar en vetenskaplig studie i sin helhet. Kvaliteten i ett arbete kan lätt reduceras genom att forskaren eftersträvar ett högt etiskt värde. Dock skall en rimlig avvägning av god etik vara tecken på god kvalitet i arbetet. I denna studie har respondenten skyddat intervjupersonernas identitet genom att utelämna namn, ålder, antal år i tjänst, modersmål och övriga detaljer som skulle kunna leda till att läsaren kan identifiera intervjupersonerna. För att kontrollera att inget missförstånd skett i samband med intervjuerna, valde respondenten att skicka in alla intervjuerna i textform till intervjupersonerna så att dessa skulle få göra eventuella ändringar och rätta till eventuella missförstånd. Intervjutexterna returnerades till respondenten utan några ändringar i materialet. Kvaliteter i vetenskapliga arbeten förutsätter att man inte fuskar med vad man själv uppfattar som sant.

Teoritillskott

När man granskar kvaliteten i en studies resultat är det kollektiva byggandet av en teori, enligt Larsson (1994), ett centralt värde i forskningen. Kvaliteten handlar om hur väl man kunnat relatera sig till tidigare teori och huruvida resultaten kan förändra teorin. I denna studie har respondenten använt sig av två olika teorier; kulturell kompetens samt helhetsvård och omsorg. Leiningers *Sunrise*-modell kunde inte riktigt enkelt appliceras till de fynd som framkom ur intervjuerna. Här spekulerar respondenten att perspektivet på studien kan påverka kopplingen mellan teori och resultat. Studiens kärna låg i barnmorskornas syn på egen kulturell kompetens och vilket behov dessa ansåg sig ha av kulturell kompetens. *Sunrise*-modellen visar potentiella faktorer som skulle kunna förklara vårdfenomenet relaterat till historia, kultur, socialstruktur, världssyn, miljö och andra faktorer. Det är viktigt att förstå att kön, ras, ålder, klass, historia och andra drag vanligtvis är inbäddade eller relaterade till socialstrukturfaktorer såsom religion, gemenskap, politik och ekonomi. Teorin om helhetsvård och omsorg var lättare att koppla till resultaten, eftersom intervjupersonerna på olika sätt påpekade betydelsen av lyhördhet i sitt arbete

och vikten av att vilja ge god vård. Även i tidigare studier har vikten av helhetsvård genom god kulturell kompetens framkommit, vilket lätt kunde kopplas till denna studies resultat.

10 Diskussion

Under mina studier till sjukskötare fick jag möjligheten att vid ett tillfälle delta i en mångkulturell konferens där studerande och lärarrepresentanter från alla nordiska länder hade samlats för att dela med sig av sin passion, respekten för individen. Under en vecka skulle vi övertygas och övertyga varandra om att kulturell kompetens var en mycket viktig del av vård- och omsorgsarbete. Jag var djupt berörd. Så berörd att jag skrev mitt examensarbete med rubriken: ”Vikten av transkulturell kompetens inom vården”. Jag började känna mig kunnig och framförallt kulturellt medveten. Jag skulle bli expert inom området och inspirera andra.

Några år senare började jag studera till barnmorska och även denna gång med stort iver och framtidshopp engagerade jag mig vidare i mitt gamla examensarbete för att få med barnmorskans perspektiv inom området. Jag var länge nöjd med mig själv och mitt arbete, men sedan började verkligheten hinna ifatt mig. Under otaliga praktikveckor på olika sjukhus började jag för första gången på riktigt komma i kontakt med patienter med andra etniska bakgrunder och plötsligt var inte allt så svartvitt. Allt var inte alls så enkelt. Jag började inse att det inte räcker med att veta att man vill respektera andras vilja och bortom den klassiska vårdvetenskapens gränser.

Min första insikt var det att i kulturella möten hamnar man som vårdare oftast att gå hela vägen fram till sin klient, istället för att mötas halvvägs. Jag insåg också att när man vill ”tillgodose alla klientens behov” och ”respektera” henne till fullo, kan man hamna att gå emot sina egna principer och professionella övertygelser. Jag var chockad och sårad den gången då jag så ivrigt försökte förklara för en gravid kvinna från Kurdistan, som hade drabbats av graviditetsdiabetes, att rågröd var mycket nyttigare än det vita bröd hon avnjöt varje morgon till frukost. Jag fick svaret: ”Ert mörka bröd är så äckligt! Dessutom har folk från mitt land inget socker i sitt blod”.

Under processen med denna studie har jag fått en djupare syn för den kulturella omvårdnaden. Jag inledde denna studie med en förförståelse om att den kulturella kompetensen bland utövare av vårdyrket var bristfällig p.g.a. att vårdutbildningarna inte förbereder sjukskötare och barnmorskor för kulturella möten. Vidare hade jag en förförståelse om att bristen på kulturell kompetens kan förorsaka vårdlidande. Under intervjuernas gång framkom det ytterst lite om vårdarens eget ansvar för införskaffandet av kulturell kompetens. Man ansåg att förbättring av den egna kulturella kompetensen främst var de utbildningsansvarigas och arbetsgivarnas ansvar. Respondenten anser att eget intresse kan räcka långt, åtminstone när det gäller att inse och respektera skillnader samt att vilja förbättra möten med kvinnor från andra kulturer.

Kulturell kompetens är ett komplext uttryck och det är tveksamt ifall enbart kurser och utbildningar räcker till för att kunna erhålla kulturell kompetens. I arbetet som barnmorska kommer vi att träffa på och hamna i situationer där vårt etiska synsätt kan bli utmanat. Å ena sidan vill man tillfredsställa patientens alla behov, men å andra sidan kan denna vilja strida emot våra normer, egna värderingar och den etik vi har fått lära oss. En tumregel kan vara att förstå att respektera och att acceptera är två olika saker. Att visa respekt för individen innebär inte att man accepterar dennes synsätt om saker och ting. God kommunikation och lyhördhet är vägen till de bästa vårdar- patientmötena. Att involvera kompetenta och professionella tolkar leder till att risken för missförstånd minskar och man kan förmedla rätt information till patienten samtidigt som man får höra dennes riktiga önskningar. Barnmorskor bör dock vara observanta på att i vissa kulturer är kvinnor inte vana vid att ens få uttrycka sig och sina önskningar.

Vid sidan av kulturell medvetenhet och lyhördhet är det viktigt att hålla fast vid sin professionalitet och vara observant på att inte sätta sin yrkeskompetens åt sidan till bekostnad av vad man tror är kulturell kompetens. Kulturell kompetens handlar inte om att ändra på alla sina värderingar och ta ett steg till den andres värld, utan det handlar framförallt om medvetenhet och respekt för den andres värderingar.

Litteratur

Boyer, D. (2006). Cultural competence at the bedside. *The Pennsylvania Nurse* (December), 18-19.

Chenoweth, L., Jeon, Y-H., Geoff, M. & Burke, C. (2006). Cultural competency and nursing care: an Australian perspective. *International Nursing Review*, (53), 34-40.

Chinn, P.L. & Watson, J. (1994). *Art and aesthetics in nursing*. New York: National League for Nursing Press.

Cowan, D.T. & Norman, I. (2006). Cultural competence in nursing: New meanings. *Journal of Transcultural Nursing*, 17 (1), 82-88.

Flowers, D.L. (2004). Culturally competent nursing care: a challenge for the 21st century. *Critical Care Nurse*, 24 (4), 48-52.

Franck, M. (2006). *Multikulturell kvinnohälsa: med fokus på gynekologi och obstetrik*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2 (4), 105-112.

Hascup, V.A. (2005). Transcultural Nursing. *Virginia nurses Today*, 2-4,20.

Jenko, M. & Moffitt, S.R. (2006). Transcultural nursing principles. *Journal of hospice and palliative nursing* 8 (3), 172-180.

Kleiman, S. (2006). Discovering cultural aspects of nurse-patient relationships. *Journal of Cultural Diversity*, 13 (2),83-86.

Kyngäs H. & Vanhanen L. (1998), Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. Vol 11 (1), 3-12.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Lea, A. (1994). Nursing in today's multicultural society: a transcultural perspective. *Journal of Advanced Nursing*, (20), 307-313.

Leininger, M. & McFarland, M. (2002) *Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill, Medical Pub.

Leishman, J. (2004). Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing Standard*, 19 (11), 33-38.

Narayanasamy, A. (2003). Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing*, 12 (3), 185-194.

Newman Giger, J, Davidhizar, R.E. & Fordham, P. (2006). Multi-cultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: Developing cultural competency. *Journal of cultural diversity* 13 (1) 3-9.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Page, L.A. & McCandlish, R. (2006). *The new midwifery*. Philadelphia: Churchill Livingstone.

Patel, R. & Davidsson, B. (2007). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Pinikahana, J., Manias, E. & Happel, B. (2002). Transcultural nursing in Australian nursing curricula. *Nursing and Health Sciences*, 2003 (5), 149-154.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research*. Philadelphia: Williams & Wilkins.

Rosenjack Burchum, J. (2002). Cultural Competence: An Evolutionary Perspective. *Nursing Forum* 37 (4), 5-15.

Stier, J. (2004). *Kulturmöten*. Lund: Studentlitteratur.

Strandell, A. & Sedighi L-J. (2007). *Vikten av transkulturell kompetens inom vården*. Mariehamn: Högskolan på Åland.

Suh, E.E. (2004). The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15 (2), 93-102.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

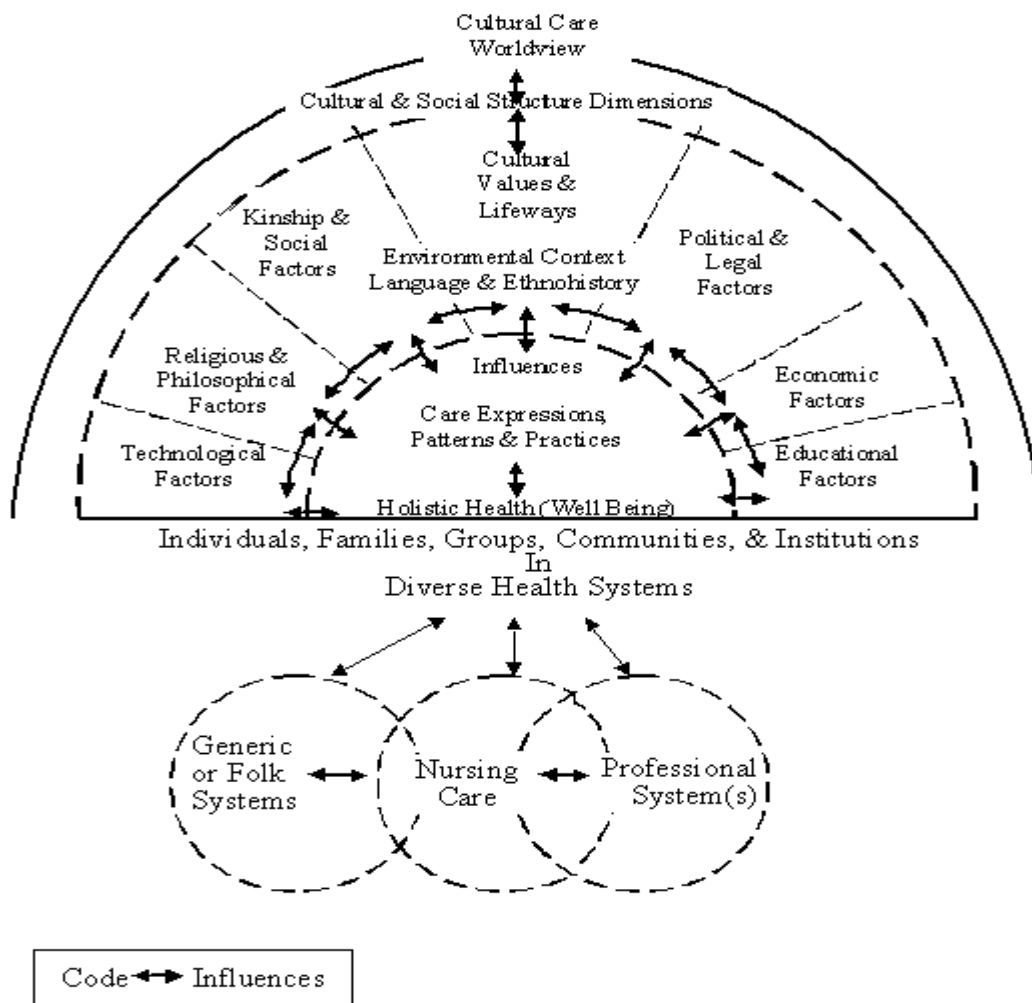
Thomas, N.D. (2001). The Importance of Culture throughout All of Life and Beyond. *Holistic Nursing Practice* 15 (2), 40-46.

Waltman, M. (2007). *Ett möte som gör skillnad: Om relationen under förlossningen mellan barnmorskor och invandrade kvinnor*. Stockholms universitet: Psykologiska Institutionen.

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and Science of Caring*. Boston: Little, Brown.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad.*, Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1



Sunrise- modellen beskriver de viktigaste komponenterna i den transkulturella omvårdnadsteorin (Leininger & McFarland, 2006).

Bilaga 2

ANHÅLLAN TILL BESTÄLLAREN:

Hej!

Jag är en barnmorskestuderande vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Det är planerat att jag ska bli klar med min examen i december 2010. I mina studier ingår att göra ett lärdomsprov på 15 studiepoäng för att kunna erhålla examen. Jag har tidigare i mina studier till sjuksköterska vid Högskolan på Åland skrivit ett arbete om vikten av transkulturell kompetens inom vården. Mitt nuvarande arbete kommer att utgå från det gamla och den här gången ligger tyngdpunkten på barnmorskors arbete och deras erfarenheter av transkulturell vård. Syftet med detta arbete är att beskriva barnmorskors upplevelser av vård av födande kvinnor från olika etniska bakgrunder. Detta för att kunna identifiera den transkulturella kompetens som behövs i dessa möten och på det sättet ge den bästa möjliga vården till kvinnorna.

Jag anhåller vänligen att få göra en undersökning på förlossningsavdelningen på (...) centralsjukhus. Datainsamlingen kommer att ske i form av personliga intervjuer med barnmorskor som jobbar på avdelningen. Intervjuerna kommer att bandas in och senare skrivas ner i löpande text och analyseras. Undersökningen kommer att pågå under tiden 14.9.2009 - 16.10.2009. Deltagandet i intervjuerna är frivilligt. Min handledare i detta arbete heter Eva Matintupa Tel. nr +358- 6-3285329.

Med vänlig hälsning,

Linda Budd

Adress: Nygatan 11 C 21 B

22100 Mariehamn

Åland/Finland

Tfn: +358-50-378 45 81

E-post: linda.budd@novia.fi

Bilaga 3

Ansökan om tills-
tånd för utförande
av lärdomsprov

7 / 9 2009

Sjukhus _____

Resultatenhet _____

Studeranden	
Namn	Linda-Jennifer Budd
Adress	Nygatan 11 C 21 B, 22100 Mariehamn
Telefon	0503784581
Yrkehögskolan / yr- kesinstitut	
Utbildningsprogram	Barnmorska YH
Handledare	Eva Matintupa
Ansvarsperson vid sjukvårdsdistrikt	
Lärdomsprovets namn	Kulturell kompetens i barnmorskearbetet (arbetsnamn)
Lärdomsprovets syfte	Att beskriva barnmorskors upplevelser av vård av födande kvinnor från olika kulturella/etniska bakgrunder. Detta för att kunna identifiera den trans- kulturella kompetensen som behövs i dessa möten.
Informanter	Barnmorskor som arbetar vid fölossningsalen
Antal	5-7 st.
Datainsamlingsmetoder	personliga intervjuer (inbandning)
Tidpunkt för datainsamling	september 2009

Analysmetod	innehålls analys
Tidpunkt då lärdomsprovet beräknas vara färdigt	Dec. 2009

Tillstånd för lärdomsprovet

beviljats enligt anhållan

förkastats

beviljas med följande korrigeringar

Datum 10.9.2009 _____

Underskrift _____

Bilaga 4

Bästa Förlossningssals barnmorskor!

Jag är en barnmorskestuderande som skriver mitt lärdomsprov om kulturell kompetens inom barnmorskeyrket. Via översköterskan och avdelningssköterska för er enhet har jag fått tillåtelse att göra detta lärdomsprov som ett beställningsarbete för (...) centralsjukhus förlossningssal.

Syftet med detta arbete är att beskriva barnmorskors upplevelser av vård av födande kvinnor från olika etniska bakgrunder. Detta för att kunna identifiera den transkulturella kompetens som behövs i dessa möten och på det sättet ge den bästa möjliga vården till kvinnorna.

För att genomföra denna undersökning behöver jag 5-7 frivilliga barnmorskor som ställer upp på personliga intervjuer bestående av 5 frågor. Samtalen kommer att bandas in för att senare skrivas ner i löpande text och analyseras utgående från syftet och forskningsfrågorna. Ni kommer att vara anonyma som intervjupersoner och era namn kommer inte att nämnas i arbetet. Ni får möjligheten att efter utförda intervjuer läsa igenom mina texter ifall ni vill lägga till eller ändra på något i era svar. Intervjuerna kommer att ske under era arbetsturer, då arbetstakten tillåter det.

Jag blir mycket tacksam om ni vill ställa upp och göra det möjligt för mig att kunna utföra en forskning kring detta mycket viktiga ämne.

Tack på Förhand!

Linda Budd

Linda.budd@novia.fi

Tel: 0503784581

Bilaga 5

Intervjufrågor:

1. På vilket sätt anser du att din utbildning har förberett dig inför mötet med födande kvinnor från andra etniska bakgrunder?
2. Vilka upplevelser har du av mötet med födande kvinnor från andra kulturer?
3. Vad karaktäriserar förlossningsvården av kvinnor från andra kulturer?
4. Hur ser du på din egen kulturella kompetens?
5. Vad skulle man kunna göra i praktiken för barnmorskornas kulturella kompetens och säkerhet i mötet med födande kvinnor från andra kulturer?