

Examensarbete:

Kulturell kompetens på mödrarådgivningen

**En empirisk studie över hälsovårdarnas och
barnmorskornas kulturella kompetens**

Utvecklingsarbete:

Föreläsning om kulturell kompetens på mödrarådgivningen

Carlström Sanna

Käld Jenna

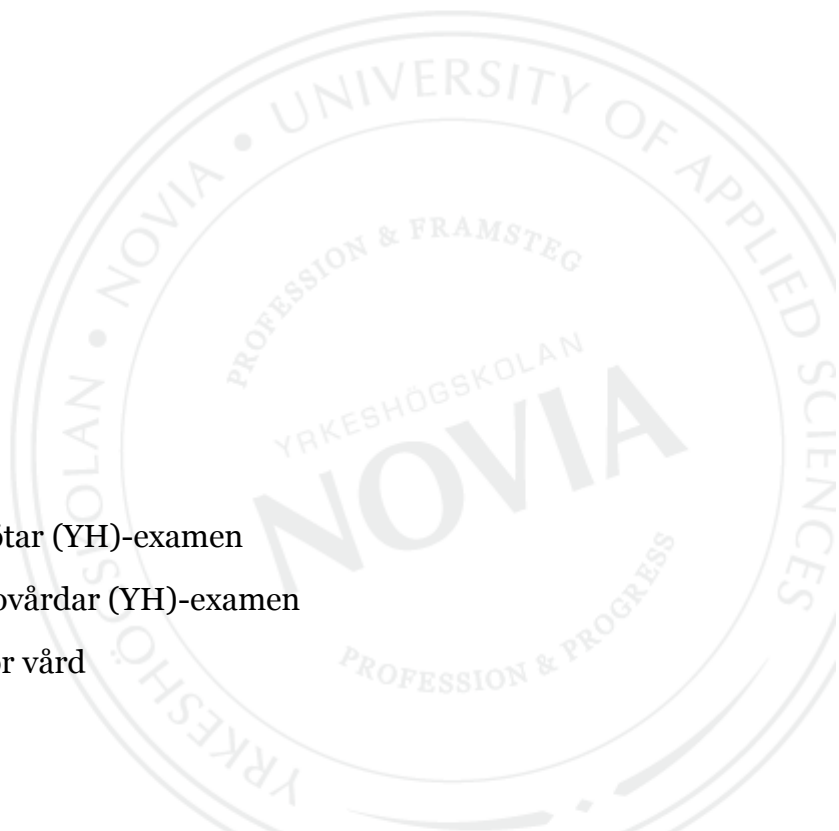
Nygård Sandra

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utvecklingsarbete för hälsovårdare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2012



EXAMENSARBETE

Författare: Carlström Sanna, Käld Jenna, Nygård Sandra

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Hälsovård

Handledare: Anita Wikberg

Titel: Kulturell kompetens på mödrarådgivningen

- En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens

Datum 12.11.2011

Sidantal 37

Bilagor 4

Sammanfattning

Syftet med denna studie är att undersöka om hälsovårdarna och barnmorskorna i Svenskosterbotten har kulturell kompetens. Respondenterna skall också undersöka vad som främjar den kulturella kompetensen och om det finns något som gör det svårare för hälsovårdaren och barnmorskan att nå kulturell kompetens. Examensarbetet ingår i projektet Kulturell kompetens vid Yrkeshögskolan Novia. Den teoretiska utgångspunkten är Campinha-Bacotes modell för kulturell kompetens. Materialet för studien har samlats in genom kvalitativa intervjuer med hälsovårdare och barnmorskor som jobbar på mödrarådgivningarna runt om i Svenskosterbotten. Materialet har analyserats med hjälp av den deduktiva innehållsanalysen.

Enligt resultatet är de flesta av hälsovårdarna och barnmorskorna positivt inställda till vården av patienter med andra kulturella bakgrunder och villiga att ge den bästa möjliga vård oberoende av kulturell bakgrund. Men resultatet visar även att hälsovårdarna och barnmorskorna inte uppnår alla fem kompetenter som behövs för att ha kulturell kompetens enligt Campinha-Bacotes modell.

Språk: Svenska

Nyckelord: Kulturell kompetens, mödrarådgivning, mångkulturellt vårdande

Förvaras: Examensarbete finns tillgängligt i Yrkeshögskolan Novias bibliotek samt webbiblioteket theseus.fi

OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Carlström Sanna, Kälid Jenna, Nygård Sandra

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Terveystenhoito

Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: Kulttuurinen kyky äitiysneuvolassa

- Empiirinen tutkimus terveydenhoitajien ja kätilöiden kulttuurisesta kyvystä

Päivämäärä 12.11.2011

Sivumäärä 37

Liitteet 4

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää onko terveydenhoitajilla ja kätilöillä ruotsinkielisellä Pohjanmaalla kulttuurista kykyä. Opinnäytetyössä selvitetään myös onko jotain mikä edistää terveydenhoitajia ja kätilöitä saavuttamaan kulttuurista kykyä ja jos on jotain joka vaikeuttaa heitä saavuttamasta kulttuurista kykyä. Opinnäytetyö on osa projektia Kulturell kompetens Yrkeshögskolan Noviassa. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on Campinha-Bacoten malli kulttuurisesta kyvystä. Aineisto on kerätty ruotsinkielisellä Pohjanmaalla äitiysneuvolassa töissä olevien terveydenhoitajien ja kätilöiden kanssa tehtyjen kvalitatiivisten haastattelujen avulla. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä.

Tuloksen mukaan suurimmalla osalla terveydenhoitajista ja kätilöistä oli positiivinen asenne ja olivat halukkaita antamaan parasta mahdollista hoitoa kulttuurisesta taustasta huolimatta. Mutta tulos viittaa myös siihen että terveydenhoitajat ja kätilöt eivät saavuta kaikkia viittä osa-aluetta joita tarvitaan saavuttaakseen kulttuurista kykyä Campinha-Bacoten mallin mukaan.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Kulttuurinen kyky, äitiysneuvola, monikulttuurinen hoito

Löydettävissä: Opinnäytetyö on löydettävissä Yrkeshögskolan Novian kirjastossa sekä webkirjastosta theseus.fi

BACHELOR'S THESIS

Authors: Carlström Sanna, Käld Jenna, Nygård Sandra

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Specialization: Health Care

Supervisor: Anita Wikberg

Title: Cultural competence at the maternity clinic

- An empirical study on cultural competence among health care nurses and midwives

Date 12.11.2011

Number of pages 37

Appendices 4

Summary

The purpose of this study is to study if public health nurses and midwives in the Swedish speaking part of Ostrobothnia have cultural competence. The respondents are also going to study what promotes cultural competence and if so, what makes it difficult for public health nurses and midwives to reach cultural competence. The study is a part of the project Kulturell kompetens at Novia University of Applied Sciences. The theoretical basis is cultural competence by Campinha-Bacote. The material for this study was collected through qualitative interviews with public health nurses and midwives in the Swedish speaking part of Ostrobothnia. The material was analyzed using deductive content analysis.

The result shows that most of the health care nurses and midwives have a positive attitude and are willing to give the best possible care despite cultural background. But the result does also show that health care nurses and midwives do not achieve cultural competence by Campinha-Bacote since they are not obtaining all of the five components.

Language: Swedish

Key words: Cultural competence, maternity clinic, multicultural care

Filed at: The thesis is available at the library of Novia University of Applied Sciences and at the electronic library theseus.fi

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Syfte och problemprecisering	2
3 Teoretiska utgångspunkter	3
3.1 Kulturellt begär (cultural desire)	4
3.2 Kulturell medvetenhet (cultural awareness)	5
3.3 Kulturell kunskap (cultural knowledge)	5
3.4 Kulturell färdighet (cultural skill)	5
3.5 Kulturella möten (cultural encounters)	6
4 Teoretisk bakgrund	6
4.1 Kultur och kulturell kompetens	6
4.2 Mödravården i Finland	7
4.3 Mödravården i ett mångkulturellt samhälle	7
5 Tidigare forskning	9
5.1 Kulturell kompetens	9
5.2 Modeller om kulturell kompetens	10
5.3 Bristande utbildning inom kulturell kompetens	11
5.4 Möten på mödrarådgivningen ur patientens perspektiv	12
5.5 Mångkulturella vårdmöten ur vårdarens perspektiv	12
5.6 Omskärelse	14
5.7 Upplevelser av att föda barn i olika kulturer	15
6 Undersökningens genomförande	17
6.1 Val av informanter	17
6.2 Kvalitativ intervju	17
6.3 Innehållsanalys	18
6.4 Etiska utgångspunkter	19
6.5 Undersökningens praktiska genomförande	19
7 Resultatredovisning	21
7.1 Kulturellt begär	21
7.1.1 Positiv inställning	21
7.1.2 Negativ inställning	22
7.2 Kulturell medvetenhet	23
7.2.1 Medvetenhet	23
7.2.2 Fördomar och förutfattade meningar	24

7.3 Kulturell kunskap	25
7.3.1 Utbildning och kurser	25
7.3.2 Arbetserfarenhet	26
7.4 Kulturell färdighet	26
7.4.1 Faktorer som underlättar vårdandet	26
7.4.2 Faktorer som försvårar vårdandet	27
7.4.3 Upplevelser av att diskutera med och undersöka patienter	28
7.4.4 Utvecklandet av praktiska färdigheter i vårdandet	29
7.5 Kulturella möten	29
8 Tolkning	30
8.1 Områden som hälsovårdarna och barnmorskorna är kunniga inom	30
8.2 Brister inom mångkulturellt vårdande	31
8.3 Hade de kulturell kompetens enligt Campinha-Bacotes modell?	32
8.4 Jämförelse med tidigare forskning	33
9 Kritisk granskning	34
9.1 Etiskt värde	34
9.2 Struktur	35
9.3 Empirisk förankring	35
10 Diskussion	36
Källförteckning	
Bilagor	

1 Inledning

I det allt mer transkulturella samhället vi lever i behövs vårdpersonal med kulturell kompetens. Enligt Statistikcentralen (2011) bodde det i Finland i slutet av år 2010 drygt 220 000 personer med främmande språk som modersmål och knappa 170 000 personer med utländskt medborgarskap. I och med detta ökar också både antalet vårdare och antalet patienter inom vården som har en annan kulturell bakgrund. Dessutom är människor överlag mera rörliga idag och flyttar mellan olika länder, vilket kräver kulturell kompetens.

Lärdomsprovet är en del av ett större projekt kring kulturell kompetens. Respondenterna kommer att undersöka om hälsovårdarna och barnmorskorna på mödrarådgivningarna har kulturell kompetens. Respondenterna vill också ta reda på vad som främjar kulturell kompetens och/eller försvårar uppnåendet av att nå kulturell kompetens. Avsikten med studien, som görs i vårdvetenskaplig anda, är att vi som blivande vårdare skall få en förståelse för behovet av kulturell kompetens inom vården. I respondenternas kommande yrkesliv behövs kulturell kompetens för att alla patienter skall ha samma möjlighet till rättvis och god vård.

Enligt Vo (2010) behöver hälsovårdarna och barnmorskorna som arbetar på rådgivningen kunskap, kunnande och kulturkänslighet då de arbetar med invandrarfamiljer. Hur invandarmammorna betar sig på rådgivningsbesöken återspeglar deras egen kultur. Därför är det viktigt att rådgivningspersonalen blir varse dessa kulturella skillnader i mötet med invandarmammorna från olika kulturer.

Den teoretiska utgångspunkten som kommer att genomsyra vår studie baserar sig på Campinha-Bacotes modell om kulturell kompetens inom vården. Campinha-Bacote har utformat en modell om hur kulturell kompetens är uppbyggt genom olika steg i processen för att uppnå kulturell kompetens. (Campinha-Bacote, 2003).

Lärdomsprovet är en kvalitativ empirisk studie och datainsamlingen har skett i form av intervjuer med hälsovårdare och barnmorskor på hälsovårdscentralernas mödrarådgivningar runtom i Svenskösterbotten.

2 Syfte och problemprecisering

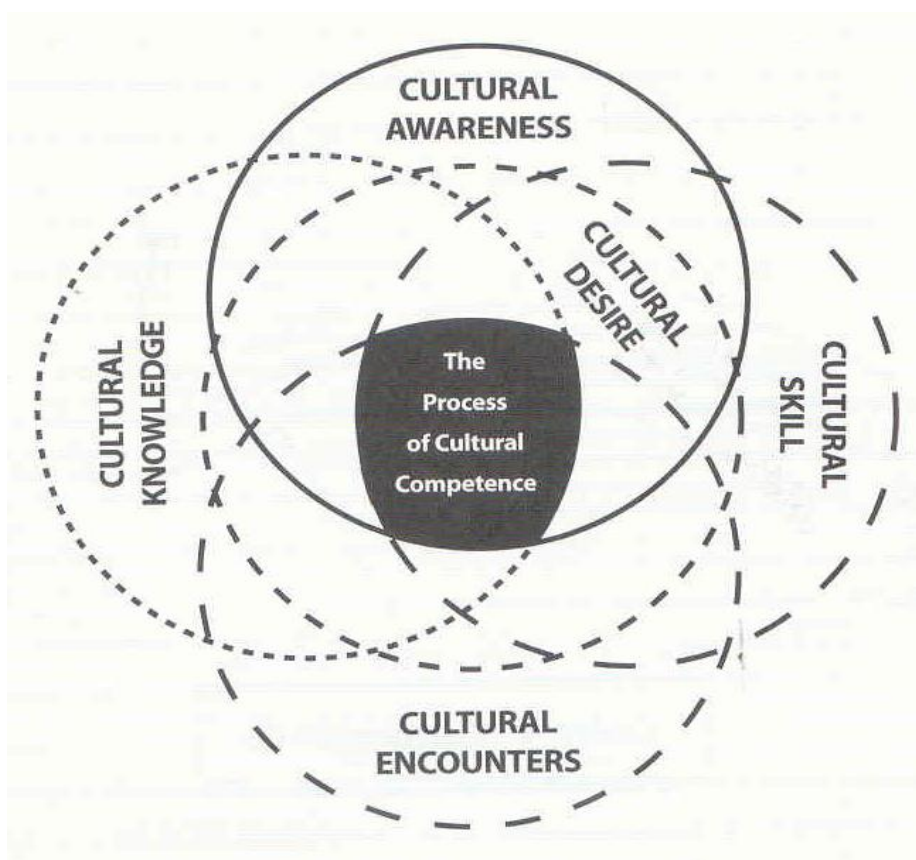
Syftet med denna studie är att undersöka om hälsovårdarna och barnmorskorna i Svenskösterbotten har kulturell kompetens. Respondenterna skall också undersöka vad som främjar den kulturella kompetensen och om det finns något som gör det svårare för hälsovårdaren och barnmorskan att nå kulturell kompetens. Utifrån denna problemprecisering ställs följande frågeställningar:

- Har hälsovårdarna och barnmorskorna på mödrarådgivningarna i Svenskösterbotten kulturell kompetens?
- Vad behövs för att främja kulturell kompetens?
- Vad kan göra det svårare för dem att nå kulturell kompetens?

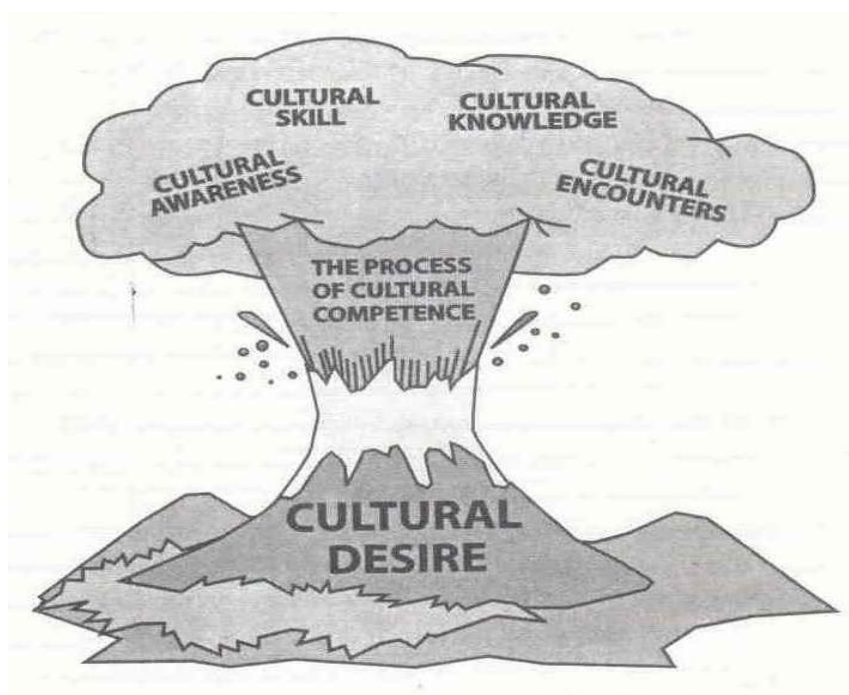
3 Teoretiska utgångspunkter

Den teoretiska utgångspunkten för denna studie är Campinha-Bacotes modell för kulturell kompetens inom vården. Denna modell utgår från att kulturell kompetens är en kontinuerlig process. Campinha-Bacotes modell har valts som teoretisk utgångspunkt eftersom den anses vara mest relevant och respondenterna håller med henne i hennes teorier. Campinha-Bacotes modell lämpar sig väl även inom mödravården där vårdaren träffar gravida kvinnor från olika kulturer och måste ha beredskap att vårda dem. (Campinha-Bacote, 2003).

Modellen består av fem olika komponenter (fritt översatta); kulturellt begär (cultural desire), kulturell medvetenhet (cultural awareness), kulturell kunskap (cultural knowledge), kulturell färdighet (cultural skill) och kulturella möten (cultural encounters). För att åskådliggöra detta har Campinha-Bacote utvecklat två illustrationer, den ena föreställer ett antal cirklar och den andra en vulkan som illustrerar modellen för kulturell kompetens (figur 1 och 2). (Campinha-Bacote, 2003, 11-13).



*Figur 1. The process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services.
(Campinha-Bacote, 2003, 12).*



Figur 2. *The process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services.*
(Campinha-Bacote, 2003, 13).

3.1 Kulturellt begär (cultural desire)

Kulturellt begär innebär att vårdpersonalen har en positiv inställning till att engagera sig i processen att bli kulturellt kompetent, inte att de upplever att det är ett måste. Motivationen skall vara genuin och tillförlitlig, utan baktankar. Konceptet för att bygga upp kulturellt begär består av vårdande och osinnlig kärlek. Enligt Campinha-Bacote bryr sig människor inte om hur mycket du vet, förrän de vet hur mycket du bryr dig. Denna typ av vårdande kommer från hjärtat och inte via ord. (Campinha-Bacote, 2003, 15–16).

För att utveckla sitt kulturella begär krävs ett engagemang av personlig uppoffring. Vårdaren måste vara villig att uppoffra sina fördomar och förutfattade meningar om patienter med olika kulturella bakgrunder. En sådan uppoffring innebär ett moraliskt engagemang att vårda och bry sig om alla patienter oberoende av patienternas kultur. Det här kan medföra problem för vårdaren, eftersom en del patienters beteende kan vara i direkt konflikt med vårdarens värderingar. Kulturellt begär innebär med andra ord att man är öppen och flexibel mot andra människor. (Campinha-Bacote, 2003, 15–16).

3.2 Kulturell medvetenhet (cultural awareness)

Kulturell medvetenhet innebär att man granskar sig själv och utforskar sin egen kulturella bakgrund. Man tillkännager sina egna fördomar och förutfattade meningar om individer som är olika en själv. Campinha-Bacote refererar i sin litteratur till Purnell som anser att det finns fyra stadier av kulturell kompetens; omedveten inkompetens, medveten inkompetens, medveten kompetens och omedveten kompetens. Dessa fyra stadier är direkt relaterade till ens egen grad av kulturell medvetenhet i interaktioner med individer utanför ens egen kulturella grupp. För att förstå dynamiken av kulturell medvetenhet kan man tänka sig den kulturella medvetenheten som en kontinuerlig process som går från omedveten inkompetens till omedveten kompetens. Campinha-Bacote håller med om dessa fyra steg i Purnells modell. (Campinha-Bacote, 2003, 18–19).

3.3 Kulturell kunskap (cultural knowledge)

Kulturell kunskap är en process där man kontinuerligt söker ny kunskap och upprätthåller sin kunskapsbas om bland annat andra kulturer. Det är viktigt att komma ihåg skillnader som finns inom olika etniska grupper. Om man som vårdare har förståelse för hälsa, hälsovanor och värderingar så har man även en förståelse för patienternas världsbild och detta är grunden för alla handlingar och tolkningar som vårdaren gör. Som vårdare är det viktigt att tänka på att i olika kulturer har man olika sjukdomsuppfattningar och utifrån det har man också olika uppfattningar om olika behandlingar. (Campinha-Bacote, 2003, 27–34).

3.4 Kulturell färdighet (cultural skill)

Kulturell färdighet är en förmåga att kunna samla in relevant information angående patientens situation och med hjälp av denna kunna undersöka en patient från en annan kultur. Att vårda en patient med annan kulturell bakgrund innebär mer än att bara se patienten som ett objekt. Man måste se patienten och dess kultur som en helhet. Vårdaren skall vara finkänslig i sin framtoning och lyssna på patienten utan att döma utifrån sin egen kulturella bakgrund. (Campinha-Bacote, 2003, 35,59).

3.5 Kulturella möten (cultural encounters)

Kulturella möten är processer där man uppmuntrar vårdpersonalen att engagera sig i patienter från olika kulturer och i mötet med dem. I och med att vårdpersonalen kommer i kontakt med patienter med olika kulturella bakgrunder kommer ens intresse att väckas. Men vårdaren skall ha i åtanke att man inte blir expert på en kultur genom att endast komma i kontakt med en eller några patienter från en främmande kultur. Variationen inom en kulturell grupp kan vara större än mellan olika kulturella grupper. Vårdpersonalen bör även vara medveten om att olika kroppsliga uttryck kan uppfattas olika av människor från olika kulturer. Därför borde vårdpersonalen vara mera finkänslig när det kommer till ögonkontakt, ansiktsuttryck och kroppsspråk. (Campinha-Bacote, 2003, 49,51,58).

En utmaning för vårdpersonalen kan uppstå när patienten och vårdaren inte talar ett gemensamt språk. I och med detta kräver kulturella möten en bedömning av patientens språkliga behov. En utbildad tolk är att föredra framom familjemedlemmar vid möten där tolk behövs, eftersom familjemedlemmarna kan ha problem att förstå termer inom medicin och sjukdomar. I dagens läge har kulturella möten förändrats och kommunikationen behöver inte längre vara ansikte mot ansikte, utan man har även börjat ta hjälp av till exempel telefontolk. (Campinha-Bacote, 2003, 49,51,58).

4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel förklaras begreppen kultur, den finländska mödravården och mödravård i ett mångkulturellt samhälle, för att läsaren skall få en bättre förståelse för bakgrunden till denna studie.

4.1 Kultur och kulturell kompetens

Det finns många definitioner av kultur. Madeleine Leininger är en klassisk vårdteoretiker som skapat den transkulturella vården. Leiningers definition lyder; "Culture refers to patterned lifeways, values, beliefs, norms, symbols and practice of individuals, groups, or institutions that are learned, shared, and usually transmitted

from generation to another” (2010, 460, 466). Leininger har skapat en modell som hon kallar ”sunrise-model”. Modellen kan underlätta vårdmötet. Faktorer som kan påverka vårdmötet med människor från en annan kultur är utbildning, ekonomi, politiska åsikter, kulturella värderingar och livsstilar, släktskap och det sociala, religion samt teknik. (Leininger 2010, 460, 466).

I det tidigare kapitlet teoretiska utgångspunkter förklaras Campinha-Bacotes modell för kulturell kompetens, vilket är en ständigt pågående process. Hennes modell kommer att användas i denna studie. Det finns även många andra teoretiker som undersökt kulturell kompetens och utvecklat sina egna modeller, exempel på dessa är Leininger, McFarland, Papadopoulus och Purnell. (Leininger & McFarland, 2002; Papadopoulus, 2006; Purnell, 2002).

4.2 Mödravården i Finland

Till den finländska mödravården hör vård och omsorg under graviditet, förlossning och barnsängstid, eftergranskning efter förlossning samt vård och omsorg av den nyfödde. På mödrarådgivningen utför en hälsovårdare eller en barnmorska hälsokontroller, screening undersökningar, personlig rådgivning och familjeförberedelse. Under en normalt framskridande graviditet besöker den gravida kvinnan mödrarådgivningen mellan 13 och 17 gånger. Målet med rådgivningsbesöken är att trygga fostrets, moderns och hela familjens fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. (Lindholm, 2009, 34; Eskola, Hytönen & Komulainen, 1990, 45).

Vid en normalt fortlöpande graviditet sker uppföljningsbesöken på mödrarådgivningen i allmänhet med en månads mellanrum fram till ungefär graviditetsvecka 30. Från och med graviditetsvecka 30 besöks mödrarådgivningen med två veckors mellanrum och från och med graviditetsvecka 36 besöks rådgivningen varje vecka. Efterundersökningen som är det sista besöket på mödrarådgivningen sker i regel 5 till 12 veckor efter förlossningen. (Nuorttila, 2009, 44–45).

4.3 Mödravården i ett mångkulturellt samhälle

Personalen inom mödravården kan möta patienter från många olika kulturer i arbetet. I ett mångkulturellt vårdarbete betonas språkkunskaper, skicklighet att använda tolk,

att bemöta och kommunicera med patienter oberoende av språksvårigheter samt att ha kunskap om invandrarnas servicesystem och om den egna närmiljön. En patient från en annan kultur kan ha ett annat tankesätt än en finländsk patient. Till exempel kan det vara så att mannen är överhuvudet i familjen och att stora beslut angående kvinnans hälsa tas av mannen. Många par accepterar inte heller manlig vårdpersonal och detta skall man försöka tillgodose i mån av möjlighet. Man bör berätta hur vårdsystemet är uppbyggt i Finland och erbjuda den vård och den vårdpersonal vi har. Vid behov tar man hjälp av en tolk, om patienten och vårdaren inte pratar ett gemensamt språk eller om de inte behärskar språket speciellt bra. Helst skall tolken inte vara en anhörig eftersom de inte har tillräcklig språkkunskap om medicinsk terminologi. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen och Äimälä 2006, 45–46; Franck, 2006, 8–13).

Finland har en välutvecklad mödravård, något som inte är en självklarhet för personer med annan kulturell bakgrund. En del kvinnor förstår kanske inte varför de skall besöka mödrarådgivningen eftersom de upplever att de är friska och bara söker vård om de känner sig sjuka. Därför kan synen på vad som är friskt och sjukt skilja sig mycket från varandra. Det är viktigt att komma ihåg att graviditeten kan vara en väldigt olik upplevelse för olika patienter, inte enbart positiv. Det kan hända att kvinnorna blivit våldtagna i hemlandet, de kan vara sårade och kränkta av sina män. Kvinnorna kan även anses som "dåliga" om de inte föder pojkar åt sina män. (Franck, 2006, 26–27).

Fosterutvecklingen och vad som händer och utvecklas i kvinnans kropp är viktiga saker att berätta för det blivande föräldraparet. Beroende på varifrån de blivande föräldrarna är, vilken bakgrund och utbildning de har, har de oftast varierande kunskap om kvinnans kropp och graviditet. Bilder som illustrerar vad det är som händer och utvecklas kan underlätta. På alla mödrarådgivningsbesök är det också viktigt att berätta vecka för vecka vad som händer med fostret. På mödrarådgivningen skall man också förbereda det kommande föräldraparet på förlossningen och den postnatale vården. (Franck, 2006, 28).

I olika kulturer och religioner har man olika traditioner angående graviditet och barnafödande. Enligt Hjortell (2001) förlitar sig muslimska kurdiska kvinnor på den naturliga vården med självlärda barnmorskor. Efter förlossningen kommer en 40

dagars period då kvinnan och barnet skall vila och återhämta sig. Enligt Hanssen (2007) anser man inom buddhismen att livet börjar i befruktningsögonblicket och därför är det viktigt att ta i beaktande barnet under hela graviditeten. Inom hinduismen handlar en stor del av graviditeten om renlighet och ritualer. Både inom buddhismen och hinduismen anser man att kolostrum (den första råmjölken) är farligt för barnet, och därför mjölkar man bort den.

Oberoende vilken kulturell eller religiös bakgrund man har, finns det även mycket gemensamt med graviditeten. De flesta blivande mödrar ser fram emot barnet som skall födas och graviditeten är ett glädjens ögonblick. I de flesta kulturer har man även någons sorts mödravård för att få graviditeten och förlossningen att löpa så bra som möjligt. (Paananen m.fl., 2006).

5 Tidigare forskning

Respondenterna har använt sig av referensdatabaserna EBSCO Academic Search Elite, Cinahl och Medic för att hitta relevanta artiklar som understöder studien. Respondenterna har även sökt bland annat i de vetenskapliga tidskrifterna *Hoitotiede*, *Journal of Transcultural Nursing*, *Nursing Ethics*, *Scandinavian Journal of Caring Science*, *Journal of Midwifery & Women's Health*, *Journal of Holistic Nursing* och *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. Sökord som använts är bland annat: monikulttuurinen, cultural competence, maternity care, transcultural transcultural care, transcultural nursing, cultural diversity och encounter. Dessa tidningar och databaser har valts eftersom de innehållit material med anknytning till vård och kulturell kompetens. Respondenterna har valt att använda sig av nyare studier, från år 2001 och framåt med undantag för två studier från 1900-talet som ansågs vara relevanta även nu.

5.1 Kulturell kompetens

Douglas och Lipson (2008), Napolés-Springer (2005), Enyoung (2004), Campinha-Bacote (2002), samt Purnell (2010) skriver om hur vårdare borde ha kulturell kompetens när man skall vårda människor från olika kulturer. Campinha-Bacote

beskriver modellen för kulturell kompetens. Hon vill att vårdaren enkelt skall kunna vårda patienter från olika kulturer. Med hjälp av hennes modell kan man på ett effektivt sätt vårda patienter från olika kulturer.

Douglas och Lipson tar i sin studie upp att man vill lära blivande hälsovårdare att vårda människor som kommer till ett nytt land på grund av politiska, ekonomiska eller social skäl. Nápoles-Springer behandlar hur man skall kunna identifiera den huvudsakliga kulturella kompetensen när det kommer människor som har etniska och språkliga skillnader i samband med vårdmötet. För att kunna ge en bra kvalitativ vård till etniska minoriteter behövs kulturell flexibilitet.

Förutsättningarna för att vårda på ett kulturellt kompetent sätt är krävande för hälsovårdare skriver Enyoung. Begreppet kulturell kompetens beskrivs som något som alla vårdare skall kunna tillämpa i vårdandet av människor med olika kulturella bakgrunder. Tack vare omfattande litteraturforskningar och nya metoder har man skapat en modell om kulturell kompetens. Denna modell av kulturell kompetens har en praktisk guide för att utveckla strategier för kulturellt kompetent vård i praktiken. Purnell har skrivit en artikel för att beskriva hur man utvecklar en kulturellt kompetent organisation. Oberoende om det handlar om en hälsovårdsorganisation, ett utbildningssyfte, privata kliniker eller långvårdsavdelningar behövs kulturell kompetens. Vägen till kulturell kompetens är en process som involverar alla områden. Enligt artikeln har kulturell kompetens blivit litet av ett modeord. Personal och verksamheter rapporterar att de har kulturell kompetens, men det är viktigt att komma ihåg att fastställa till vilken grad de har denna kompetens.

5.2 Modeller om kulturell kompetens

Kleiman (2006) skriver om att upptäcka kulturella aspekter av vårdförhållanden genom forskningsmodeller. Syftet med studien är att belysa forskningsmodeller som avslöjar kulturella aspekter samt att presentera strategier för att förvärva kulturell medvetenhet, känslighet och kompetens. Sjukskötare kan lära sig och förverkliga kulturellt kompetent vård genom att undersöka individens personliga tolkningar av sina egna erfarenheter istället för att hålla fast vid allmänna åsikter eller lita på uppräknings av kulturella attribut. Wikberg och Eriksson (2008) har som syfte att öka förståelsen för vårdandet ur ett transkulturellt perspektiv och utveckla grunderna för

en teori. Studien fokuseras på ett transkulturellt vårdande. I studien kommer man fram till att vårdandet är en komplex helhet som kan delas in i tre delar, inre vårdande, yttre vårdande och ett mål för vårdandet. Resultatet är en modell som beskriver det interkulturella vårdandet. I modellen poängteras att vårdandet och kulturen ses i tre dimensioner; ontologiskt, som ett fenomen och som sjukskötarens vårdande aktiviteter.

5.3 Bristande utbildning inom kulturell kompetens

Enligt Callister (2001 och 2004), Noble (2009) samt Torsvik och Hedlund (2008) har dagens nyutexaminerade vårdare inte den kulturella kompetensen för att vårda kvinnor från främmande kulturer. Eftersom länderna idag blir allt mera mångkulturella så behövs kunskap i ämnet kulturell kompetens mera än tidigare, och studierna visar att det ofta är den negativa attityden som kommer i vägen. Studierna tyder på att vårdarna behöver få mera utbildning inom kulturell kompetens och bemötande. Om vårdarna skulle utföra praktik utomlands och bland främmande kulturer skulle de kunna lära sig mera om kulturellt bemötande. De måste lära sig att lyssna till kvinnorna, och genom att kvinnorna delar med sig av sina berättelser från tidigare graviditeter, får vårdarna bättre kunskap om ämnet och blir mera självsäkra i mötet med gravida kvinnor från andra kulturer.

I en studie gjord av Waite (2010) skrivs det att det är viktigt att utbildningarna börjar inkludera mera kultur i utbildningssystemet eftersom USA blir mera mångkulturellt. Man eftersträvar att få bort det oetiska, omoraliska och det negativa beteende som kan uppstå gentemot människor från andra kulturer. Det skrivs i studien hur människor har blivit felbehandlade på grund av rasskillnad och etnisk minoritet. Beteende gentemot dessa grupper tyder på osäkerhet på grund av bristande kunskap inom kulturell kompetens. Också i studierna gjorda av Bahar, Okçay, Özbıçakçi, Beşer, Üstün och Öztürk (2005) samt Gray och Thomas (2006) kommer det fram att vårdarna borde få mera kunskap om de religiösa sederna och de kulturella aspekterna för att vara mera beredda på att ta emot och vårda kvinnor från andra kulturer, och denna kunskap borde ingå i utbildningen.

Enligt studierna som gjorts ser man tydligt att det finns brister i utbildningen angående kulturell kompetens. Det behövs mera lärdom om hur man skall bemöta kvinnor från

främmande kulturer. Vårdarna måste få mera förståelse för olika kulturer, ändra sina attityder samt slipa på de kliniska kunskaperna. På så vis skulle man kunna utveckla den kulturella kompetensen bland vårdarna.

5.4 Mötet på mödrarådgivningen ur patientens perspektiv

Malin och Gissler (2009), Spidsberg (2007) samt Wikberg och Bondas (2010) har i sina studier tagit fram hur mödrar blir bemötta på mödrarådgivningen. I studierna påvisas hur viktigt bemötande för dessa sårbara kvinnor är, hur viktigt det är att de blir sedda och hörda oberoende kulturella bakgrunder. Wikberg och Bondas skriver om hur interkulturellt vårdande ses i fyra olika dimensioner av unikheter, kontext, kultur och det universella. Det finns speciella inslag av kultur och mödravård i interkulturellt vårdande. I studien framgår att det finns en kärna av vårdande bestående av respekt, närvaro och lyssnande såväl som yttre faktorer som ekonomi och organisationen, vilket påverkar det interkulturella vårdandet. Malin och Gissler har gjort en studie med syfte att analysera hur kvinnor från etniska minoriteter har tillgång till och använder sig av mödravården i Finland och hur förlossningarna lyckas. Oberoende kulturell bakgrund man är så har vården en viktig roll under graviditeten och förlossningen. Enligt studien finns det för lite information om detta ämne i Finland, och det behövs mera kunskap för att kunna ta emot och möta de etniska kvinnorna så att de skall få en god vård. Spidsberg har undersökt hur gravida lesbiska kvinnor som besöker mödrarådgivningen blir nedvärderade och att vårdarna på mödrarådgivningen har fördomar mot dessa parförhållanden när det kommer till vårdmötet. Studierna går in på hur vårdmötet kan vara för kvinnor som känner sig utsatta och i skymundan.

Studierna påvisar att det är viktigt att de kvinnor som besöker mödrarådgivningarna ses som individer och att de blir bemötta på ett respektfullt sätt samt att kärnan av vårdandet består av respekt, närvaro och lyssnande såväl som yttre faktorer som ekonomi och organisering. Bara att bli sedd och hörd när det kommer till vårdandet av gravida kvinnor har en stor betydelse för dessa kvinnor oberoende av deras bakgrund.

5.5 Mångkulturella vårdmöten ur vårdarens perspektiv

Berlin, Hylander och Törnkvist (2008) skriver i sin studie om hur hälsovårdare upplever problem i interaktionen med barn och föräldrar med utländskt ursprung. I en annan

studie som Berlin, Johansson och Törnkvist (2006) har gjort har det undersökts vilka förutsättningar hälsovårdare har att erbjuda vård av hög kvalitet med samma villkor för alla föräldrar och barn, inklusive de av utländskt ursprung. Man undersökte hälsovårdarnas syn på arbetsförhållanden och kulturell kompetens. Det framkom missnöje i arbetsförhållanden och kvaliteten på hälsovården och många hälsovårdare påpekade att de saknade skrivna riktlinjer, stöd och hjälp. De flesta hälsovårdare upplevde i varierande grad svårigheter i interaktionen med föräldrar och barn av utländsk härkomst.

Enligt Flowers (2004) är det viktigt att vårdaren får en snabb relation till patienten oberoende av från vilken kultur patienten är. Detta är speciellt viktigt för akutvårdare som blir tvungna att ta snabba beslut som kan strida mot vårdarens etiska principer, som i sin tur kan leda till problem för vårdaren om denne saknar förståelse för kulturell kompetens. I en studie gjord av Savett (2007) är själva mötet med en klient från ett annat land och med annan kultur viktigt för att vården skall bli så bra som möjligt. Alla har en egen kultur och unika historier och vi måste lyssna på vad de har att säga. Genom att lyssna på deras livshistorier kan vi möta patienten och fortsätta att ge god vård.

Birkelund och Nielsen (2009) har gjort en studie med målet att få fram kunskap om det fenomen som sjuksköterna upplever då de vårdar patienter med en etnisk bakgrund som tillhör minoriteter. Studien visar att sjuksköterna upplever svårigheter i kommunikationen där patienten och sjuksköterskan inte talar samma språk. Svårigheter i kommunikationen är även ett centralt tema i en studie gjord av Emami, Gerrish och Jirwe (2010) med avsikten att undersöka vårdstuderandes upplevelser och erfarenheter av kommunikation i interkulturella vårdmöten. I studien framkom fyra teman: föreställning om interkulturella vårdmöten, svårigheter i kommunikationen, kommunikationsstrategier och faktorer som påverkar kommunikationen. Kultur likställdes i studien med ursprungsland. Interkulturella vårdmöten innefattade patienter med en annan kulturell bakgrund än vårdaren. Vårdstuderanden upplevde i synnerhet svårigheter i att kommunicera med patienter som inte talade ett gemensamt språk, vilket leder till att vården blir mekanisk och opersonlig. Faktorer som påverkade kommunikationen innefattade vårdstuderandenas attityd, kulturell kunskap förvärvad genom utbildningen samt livserfarenhet.

Haith-Cooper och Meddings (2008) skriver om svårigheter med att använda Gillons modell för vårdetik i klinisk praktik. I studien framgår att svårigheter kan uppstå i vården av patienter med annan etnisk och kulturell bakgrund än vårdaren, speciellt då de talar litet eller ingen engelska. I studien presenteras ett fall som påvisar att barnmorskor kan ha svårigheter att erbjuda etiskt lämplig vård för kvinnor med pakistansk muslimsk bakgrund i Storbritannien på grund av språkliga och kulturella hinder. I studien framkom att utbildning behövs för att förbereda barnmorskor för att möta behoven av en mångkulturell befolkning. Suokas (2008) studie visade att om den anställda har en förmåga att vara flexibel och kreativ i olika situationer blir kommunikationen också högklassig. Syftet är att undersöka hur det är att ha en klient inom hälsovården som talar ett främmande språk, och mötet mellan denne och en yrkeskunnig inom hälsovården. Grundyrkesskickligheter som behövs är intresse för både sin egen och andras kulturer, en omfattande arbetserfarenhet och en hög stresstålighet. Den anställda måste också våga visa sig osäker och be om hjälp. Den anställda behöver inte kunna många språk själv, men måste kunna samarbeta med tolk i dessa situationer.

Av studierna framgår vikten av att sjukskötare förbereds på interkulturella möten redan under sin utbildning för att kunna vårda en mångkulturell befolkning. Dessutom behövs intresse och förmåga att samarbeta för att kunna erbjuda vård även för patienter som talar ett annat språk. Gemensamma drag kan ses i alla studier då det gäller kommunikationen mellan vårdare och patient som inte talar ett gemensamt språk. Man kan med hjälp av studierna konstatera att mötet är viktigt inom vården, och speciellt viktigt då man möter patienter från andra kulturer. Mötet och interaktionen med patienter från andra kulturer ger en grund för en bra vård.

5.6 Omskärelse

Respondenterna anser att omskärelse är ett problem inom mödravården med tanke på vårdandet av kvinnor från andra kulturella bakgrunder. Omskärelse av kvinnor är främmande i vårt västerländska tankesätt och många inom vården har bristande kunskap om ämnet. Därför har respondenterna valt att söka tidigare forskning om just omskärelse.

Berggren, Bergström och Edberg (2006) har undersökt möten med svensk mödravård ur perspektivet som omskuren kvinna från Somalia, Sudan eller Eritrea, som bor i Sverige. I studien kommer det fram att dessa kvinnor oftast inte har pratat om omskärelsen med utomstående som inte hör till deras etniska grupp och att kvinnorna tror att omskärelse är ett normalt fenomen som sker överallt i världen. Den enda kontakten kvinnorna hade med svenskar var, bortsett från arbetskamraterna, mödrarådgivningspersonalen. Många kvinnor berättade att de kände sig övergivna, stympade, annorlunda, sårbara och utsatta i kontakt med mödravården. I en studie av Hess, Weinland och Saalinger (2010) som undersökt legitimerade barnmorskors kunskap och upplevelser i USA angående kvinnlig omskärelse visar det sig att barnmorskorna har mera kunskap om medicinska aspekter än om lagar och kulturella aspekter. Studien påvisar även att det diskuteras i princip ingenting mellan dessa omskurna kvinnor och barnmorskorna angående omskärelse. Barnmorskorna borde lära sig mera om omskärelse för att kunna erbjuda kulturell kompetent vård. Leval, Widmark, Tishelman och Ahlberg (2004) har analyserat hur svenska barnmorskor diskuterar sexualitet med omskurna kvinnliga patienter. I denna studie visar det sig att barnmorskorna har en begränsad förmåga att förstå omskurna kvinnors sexualitet, och att de flesta barnmorskorna inte kan tänka sig in i situationen att vara omskuren och varför det görs. De flesta barnmorskorna upplever omskärelse som något skräckfullt och sorgligt.

Studierna visar att det finns en bristande kunskap hos barnmorskorna angående kvinnlig omskärelse och hur de diskuterar ämnet med de omskurna kvinnorna. Enligt studierna känner de omskurna kvinnorna sig illa till mods, då de uppsöker mödravård, eftersom de känner sig annorlunda och stympade.

5.7 Upplevelser av att föda barn i olika kulturer

Hjortell (2001) har undersökt iransk-kurdiska flyktingkvinnors upplevelser av att föda barn. Syftet med studien var att få en ökad förståelse för dessa kvinnors upplevelser om vad barnafödande innebär. Enligt dessa kvinnor är barn en gåva från Gud och en frukt i livet, ofta är det deras högsta önskan att kunna föda barn och kvinnan får stor uppskattning inom släkten och familjen om hon föder barn. I studier gjorda av Kahlaf (1997) och Callister (1999 och 1995) beskriver man också hur upplevelsen och betydelsen under graviditeten är i andra kulturer. Studien visar att barnafödande är

viktigt och ses som en mycket betydlig del av livet i alla kulturer. De kulturella betydelserna och värderingarna spelar stor roll under graviditeten och barnafödandet. Muslimska kvinnor har en stark tro på Gud och detta är viktigt för dem före, under och efter graviditeten. Samma gäller de judiska kvinnorna, det är tron som hjälper dem igenom den tunga processen. Kvinnorna är öppna och detta hjälper dem att få en bra relation med sina anhöriga och familjer.

Enligt Hjortell förlitar sig de flesta kurdiska kvinnorna på naturlig vård under graviditeten, delvis på grund av att professionell vård inte funnits. Kvinnliga släktingar eller grannar har fungerat som naturliga vårdare, som ger råd under graviditeten och hjälper till vid förlossningen. De kurdiska kvinnor som fött barn i Finland anser att det var en positiv upplevelse och att personalen och utrymmena varit bra.

I alla studier kommer det fram att barnafödande är en viktig del av kulturen och att kvinnorna upplever det som en stor del av livet. Det är väldigt viktigt för vårdaren att lära sig om barnafödande i olika kulturer, genom att de har en bättre förståelse och kunskap om olika kulturella seder så fortskrider arbetet bättre.

Sharts-Hopko (1995) har undersökt 20 amerikanska kvinnor som fött barn i Japan. Det fanns fem faktorer relaterade till varandra som påverkade dessa kvinnor; en känsla av att vara isolerad, behov av säkerhet, behov av att återfå kontrollen, behov att få bekräftelse och behov av kulturellt stöd. I studien tolkas dessa som stommen av stress och stresshantering, att identifiera moderskapet och anpassa sig kulturellt till en annan kultur. Kvinnorna upplevde sig vara stressade över att det var krävande att vara gravid och bo utanför sitt hemland. Japanska kvinnors upplevelser av att föda barn i USA undersöks i en studie av Ito och Sharts-Hopko (2002). Enligt studien vet man litet om kulturspecifika behov hos japanska kvinnor som går igenom en graviditet och förlossning i USA. I studien dök vissa teman upp; problem relaterade till att uppehålla de japanska klinikerna och traditionerna, jämförelser mellan japanska och USA:s hälsosystem, språksvårigheter och behovet av stödgrupper. Studien påvisar även att dessa välutbildade japanska kvinnors upplevelser överlag var positiva, men de japanska kvinnorna märkte osäkerhet och obekantskap hos vårdarna och detta borde de som jobbar inom hälsovården vara medvetna om för att kunna ge en god kulturellt överensstämmande vård.

Gemensamt för dessa studier är att kvinnor från andra kulturella bakgrunder får en känsla av osäkerhet eftersom den nya kulturen är främmande för dem. De som jobbar inom hälsovården borde vara medvetna om dessa kvinnors osäkerhet och rädsla för att kunna förebygga stress och komplikationer under graviditeten och ge en god kulturell vård.

6 Undersökningens genomförande

För att samla in materialet har respondenterna använt sig av kvalitativa intervjuer med hälsovårdare och barnmorskor som arbetar på mödrarådgivningarna runtom i Svenskösterbotten. Det insamlade materialet har analyserats med hjälp av innehållsanalys. Intervjuerna gjordes under maj, augusti, september och oktober år 2011.

6.1 Val av informanter

Hälsovårdarna och barnmorskorna har valts till informanter genom ändamålsenligt urval eftersom det är mest troligt att dessa ger mest värdefull information (Denscombe, 2009, 37). Intervjuspråket är svenska eftersom det är respondenternas modersmål och informanterna jobbar på mödrarådgivningarna runtom i Svenskösterbotten. Just området Svenskösterbotten valdes med hjälp av bekvämlighetsurval. Informanternas ålder och arbetserfarenhet beaktades inte i valet av informanter.

6.2 Kvalitativ intervju

Enligt Ejvegård (2007) använder man sig av intervjuer när experter skall utfrågas och då man vill ha reda på strikt fakta. Därför har respondenterna valt att använda sig av intervjuer. Personliga intervjuer är ett sätt att samla information inom kvalitativa metoder. Med intervju menas ett strukturerat samtal som har ett syfte. Då man använder sig av kvalitativa metoder är det unika att man vill karaktärisera något. (Olsson & Sörensen, 2007, 79–80).

I en intervju söker man kunskap med hjälp av frågor angående undersökningens värld. Det är viktigt att intervjuarna har klart för sig vad undersökningens syfte och problemområde är före intervjun påbörjas. Intervjuarna skall också ha planerat och tänkt igenom intervjun och dess faser, även vad som händer efter att intervjun är slutförd. Respondenterna har använt sig av semistrukturerade intervjuer, vilket innebär att intervjuaren har en lista med frågor som skall besvaras och ämnen som skall diskuteras. Intervjuaren måste vara flexibel och låta den intervjuade eventuellt utveckla sina idéer. (Denscombe, 2009, 234–235; Olsson & Sörensen, 2007, 79–80).

De tre viktigaste aspekterna att tänka på när det kommer till intervjuer är att den som blir intervjuad känner sig bekväm i situationen och att en samarbetsvillig miljö uppstår, att materialet är pålitligt samt att intervjun ger den information som intervjuaren är ute efter. Svaren är relevanta och frågorna får heller inte vara ledande. (Olsson & Sörensen, 2007, 54, 80).

När intervjun börjar får intervjuaren inte vara stressad eller nervös eftersom detta lätt smittar av sig på den intervjuade och kan påverka resultatet. Vid intervjuns inledande skede presenterar intervjuaren sig, projektet, hur materialet kommer att användas och att det insamlade materialet behandlas konfidentiellt. Intervjuaren skall ha en neutral attityd, man skall undvika att kommentera svaren och att avslöja sina egna åsikter. (Ejvegård 2009, 52–53).

6.3 Innehållsanalys

Innehållsanalysen är en metod med vilken man kan analysera dokument systematiskt och objektivt. Med innehållsanalysen kan man ordna, beskriva och kvantifiera det undersökta fenomenet. Det första skedet i innehållsanalysen börjar med att man läser igenom materialet och definierar analysenheter. Därefter läser man igenom materialet flera gånger om för att skapa en grund till analysen. (Kyngäs och Vanhanen, 1999).

Innehållsanalysen har tolkats enligt den latent analysen, vilket betyder att man tolkar resultatets innehåll, bearbetar materialet och läser till viss del mellan raderna. (Graneheim & Lundman, 2004)

Innehållsanalysen kan enligt Elo och Kyngäs (2008) göras på ett deduktivt tillvägagångssätt. Vid deduktiv innehållsanalys går man tillväga genom att testa kategorier, innehåll och modeller, för att sedan koda in data i kategorierna. Vidare kan man få in resultatet i någondera av kategorierna. Den deduktiva innehållsanalysen har sin utgångspunkt i tidigare forskning. Inom den deduktiva analysmetoden vill man få fram om analysen är funktionsduglig från grunden och syftet med studien är att testa om teorin stämmer. Resultatet tolkas utifrån den tidigare kunskapen som finns inom ämnesområdet.

6.4 Etiska utgångspunkter

En vetenskaplig studie skall vara etiskt godtagbar och tillförlitligt, resultatet skall vara trovärdigt och studien skall ha bedrivits med god forskningspraxis. Respondenterna skall ha respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt. Att delta i en studie skall vara frivilligt och respondenterna skall ge tillräcklig information om det ämne som undersöks. Personerna som deltar i undersökningen skall bemötas med respekt och studien skall skrivas på ett sätt som tar hänsyn till dessa personer. Personlig integritet och dataskydd måste tas i beaktande och det får inte på något sätt komma fram vem som deltagit i studien och deras åsikter eller var undersökningen utförts. (Forskningsetiska delegationen, 2002 & 2009).

Respondenterna ansökte om lov av de ledande översköterna att utföra intervjuer vid respektive hälsovårdscentraler och hälsostationer. Vid intervjutillfällena delades ett informationsbrev ut åt informanterna med all nödvändig information och kontaktuppgifter. Informanterna meddelades om att deltagandet är frivilligt. Respondenterna frågade om lov att banda intervjuerna. På banden framgår ingenstans vem informanterna är och i den transkriberade versionen av intervjun tas alla eventuella namn på platser bort så att informanternas identitet förblir okänd.

6.5 Undersökningens praktiska genomförande

Respondenterna skickade ut anhållan (se bilaga 1) till de ledande översköterna inom olika kommuner i Svenskøsterbotten om att utföra intervjuer. Då anhållan godkändes tog respondenterna själva kontakt med mödrarådgivningarna och kom överrens om en tidpunkt för intervjuerna. Respondenterna kontaktade 18 hälsovårdare och

barnmorskor på mödrarådgivningarna varav 14 valde att ställa upp på intervju. Informanterna var mellan 23 och 58 år, sex var barnmorskor, sex hälsovårdare och två av informanterna hade både hälsovårdar- och barnmorskeutbildning. Alla informanter hade som arbetsuppgift att ta hand om gravida kvinnor, men en del av informanterna hade även andra arbetsuppgifter vid sidan om.

Respondenterna hade i förväg tänkt igenom intervjun och skrivit ner 13 frågor som utgick från Campinha-Bacotes modell om kulturell kompetens (se bilaga 2) som bildade fem olika temaområden.

Respondenterna delade upp intervjuerna sinsemellan och utförde dem delvis självständigt. Före själva intervjun började presenterade respondenten sig själv och studien. Ett följebrev gavs åt informanterna med information om studien samt ett informationsbrev som informanterna undertecknade och därmed gav sitt samtycke att medverka i intervjun (se bilaga 3 och 4). För att lätta upp stämningen före intervjun diskuterades vardagliga ämnen som till exempel vädret, utbildning, orten eller andra världsliga ting.

Under intervjuerna hade respondenterna en neutral attityd och undvek att ställa ledande frågor eller kommentera informanternas svar. Intervjuerna tog i medeltal cirka 20 minuter och efter intervjuens slut tackade respondenterna för sig och meddelade att det finns möjlighet att ta del av studien om informanterna så vill.

Intervjuerna transkriberades, vilket tog cirka 13 timmar allt som allt och resulterade i ungefär 40 stycken A4 sidor med text. Den deduktiva analysprocessen påbörjades. Det vill säga respondenterna läste igenom det transkriberade materialet flera gånger för att få en förståelse för helheten. Respondenterna förkortade resultatet och gjorde en såkallad meningskoncentrering, vilket betyder att det transkriberade resultatet formulerades mera kortfattat och respondenterna tog endast fram det viktigaste ur intervjuerna (Elo och Kyngäs, 2008). Texten bearbetades utifrån frågeställningarna och all innehållsmässigt liknande text skapade en kategori. Resultatet resulterade i fem huvudkategorier utifrån Campinha-Bacotes modell samt tio subkategorier, i varje kategoritext kommer den latent analysen fram. Respondenterna hade hela tiden det transkriberade materialet när till hands för att inte gå miste om viktig information.

7 Resultatredovisning

I detta avsnitt redovisar respondenterna resultatet utgående från olika temaområden ur intervjuerna. Resultatet tolkas enligt Campinha-Bacotes modell för kulturell kompetens. Intervjufrågorna skall besvara respondenternas frågeställningar i studien, det vill säga om hälsovårdarna och barnmorskorna har kulturell kompetens och vad som behövs för att främja respektive vad som kan göra det svårare för dem att nå kulturell kompetens.

7.1 Kulturellt begär

Kulturellt begär handlar om vårdarens inställning gentemot patienterna från andra kulturella bakgrunder. Informanterna beskriver både positiva och negativa inställningar i vården av dessa patienter.

7.1.1 Positiv inställning till mångkulturellt vårdande

De flesta av informanterna hade en positiv inställning till vårdandet av patienter med annan kulturell bakgrund. Inställningen som de flesta hade var ödmjuk, neutral, öppen och positiv. Egentligen hade de inte någon skillnad vem de vårdar, och de ansåg sig vara genuint intresserade av ämnet. Informanterna tycker att det är en tillgång att få träffa personer från andra kulturer och informanterna lär sig alltid något nytt av dem.

Patienter från andra kulturer är väldigt tacksamma och glada för vården de får och detta gör att inställningen förblir positiv bland hälsovårdarna och barnmorskorna. Fastän språket kanske är ett stort problem så klarar de sig bra med kroppsspråk och gester, det blir vad de gör det till. I intervjuerna framkom också att man måste försöka ge dessa patienter bästa möjliga vård oberoende av kulturell bakgrund, man måste visa hänsyn och respekt.

”Det är en tillgång att få träffa andra personer från andra kulturer”

”Ja, alltså jag har ju ingen skillnad!”

”Alltså, man kan ju inte komma och tänka att - *jag vet allting, att vi har det bäst här och så här skall det vara* - utan man måste vara ganska ödmjuk.”

7.1.2 Negativ inställning till mångkulturellt vårdande

Det kan även vara svårt att vårda patienter från andra kulturella bakgrunder. Det uppstår svårigheter med bemötandet om man saknar ett gemensamt språk och det kan vara svårt att förstå den andra kulturen.

Patienterna från andra kulturella bakgrunder kräver mera av vårdaren, både tidsmässigt och kunskapsmässigt. Informanterna försöker alltid göra sitt bästa, men det är inte alltid möjligt att det lyckas fullt ut att ge samma vård som en finländsk kvinna skulle ha fått. Ibland kan även problemen och svårigheterna bero på andra faktorer än själva kulturskillnaderna, kvinnan och vårdaren kanske helt enkelt inte kommer överens och den personliga kemin kanske inte går ihop.

”Man vill ju betjäna dem som en inhemsk, liksom en egen mamma, men språk är ju bara en sak som begränsar massor... jag upplever inte att de får samma vård fast man skulle vilja det.”

”Man försöker sitt bästa, men det är ju inte alltid så lätt på grund av alla kulturella olikheter.”

”Svårare än med vanliga mammor på grund av språket...”

”Nog finns det förstås negativa också, som kan komma... Men jag vet inte om det bara handlar om kultur då.”

Inställningen till vårdandet av mödrar från andra kulturella bakgrunder kan även vara en blandning av positiva och negativa faktorer. Samtidigt som hälsovårdarna och barnmorskorna anser att det är berikande och givande kan det vara tungt och krävande att ha dessa mödrar och de är tvungna att lära sig så mycket nytt.

”...har haft hand om de här flyktingmammorna. Vilket var mycket berikande och samtidigt väldigt tungt.”

7.2 Kulturell medvetenhet

Den egna kulturella bakgrunden var de flesta informanter medvetna om och det första de sade var att den inte påverkar eller får påverka vården av mödrar från andra kulturella bakgrunder. Men i och med att de svarade på frågorna som respondenterna ställde, kom det slutligen fram att egentligen påverkar nog den egna kulturen ganska mycket.

7.2.1 Medvetenhet

De flesta av informanterna sade sig vara medvetna om sin egen kultur. De försöker till viss del undvika att den egna kulturen påverkar arbetet men det lyckas inte alltid. Den egna kulturen är ändå så starkt inrotad i ens undermedvetna.

Att vårda de omskurna kvinnorna kan enligt informanterna upplevas som besvärliga situationer. Den egna kulturen kan ta över och vårdarna börjar tänka utifrån sina egna kulturer och de egna åsikterna spelar roll i vården. Informanterna vet att de borde tänka och tycka på ett visst sätt inom vården, men egentligen tycker och tänker de på ett helt annat sätt. Med andra ord påverkar nog den egna kulturen hur de vårdar.

Att vårda patienter från andra kulturer kan även påverka hur informanterna vårdar de finländska mödrarna. Då de ser och hör så mycket bedrövligheter från de utländska mödrarna kan det lätt vara att de tänker att de finländska mödrarna skall sluta klaga över småsaker och tänka på hur bra de egentligen har det. Men där igen får inte informanternas egna åsikter påverka, de finländska mödrarna har ju rätt att tycka som de tycker.

Om mödrarna från andra kulturella bakgrunder vet vad de vill, skall man enligt informanterna förstås alltid ta mödrarnas åsikter och viljor i beaktande. Man får inte köra över dessa mödrar och kränka dem. Men det går inte alltid att fullfölja deras önskemål, utan informanterna måste på ett vänligt sätt meddela hur man går till väga i Finland och motivera varför vi gör så här. Man kan inte komma och säga att vi i

Finland gör rätt och ni gör fel. Information om de finländska lagarna och förordningarna bör också ges. Men det kan bli ganska stora kulturkrockar i alla fall.

”Man måste ju minnas att personliga åsikter och privata inte får styra jobbet.”

”Vi diskuterar och pratar om de här sakerna och det reder ut ganska mycket.”

7.2.2 Fördomar och förutfattade meningar

Informanterna anser att man som vårdare inte borde ha fördomar och de allra flesta har även svarat att de inte har fördomar eller förutfattade meningar gentemot patienter från andra kulturella bakgrunder. Om det påverkar vården har de flesta svårt att svara på. Några svarade dock ärligt att de har eller har haft fördomar eller förutfattade meningar. I och med att informanterna berättade mera om deras åsikter, märktes det tydligt att de egentligen nog har haft eller har fördomar eller förutfattade meningar. En orsak till detta är rädsla för det främmande och okunskap. De kan även ha fördomar till en viss del, mot en speciell kultur eller ett speciellt folk. I och med att de lär känna människorna och kulturerna försvinner en del av fördomarna och de förutfattade meningarna.

Enligt informanterna beror det även på var de jobbar och i hurdan utsträckning de kommer i kontakt med dessa mödrar från andra kulturella bakgrunder, hur mycket fördomar och förutfattade meningar de har. Det kan även uppstå irritation till exempel då en del av dessa mödrar inte kommer i tid till de överrenskomna besöken.

”Första gången jag skulle till asylcentralen så var jag livrädd och trodde jag skulle få mig en kniv i ryggen, men när man lär känna människorna där så är de ju också bara vanliga människor.”

”Ingen kan väl helt undvika, men som vårdare kan man ju nog inte ha fördomar. Man vårdar ju ingen religion eller tro, utan det är ju en människa som man vårdar.”

”Det finns ju de som har flytt för sitt liv och de har man ju väldigt stor empati med, men så kommer det till exempel sådana från vårt östra grannland som tycker att allt är toppen i Finland och kommer hit bara för att få det bättre. Då kanske man inte upplever det lika positivt.”

”Jag har nog faktiskt inte. Jag är nog så litet rasist man bara kan vara. Jag får mera en sådan där beskyddarinstinkt.”

7.3 Kulturell kunskap

Kunskap behövs för att kunna ta emot mödrar från andra kulturella bakgrunder. Av resultatet att döma är detta tyvärr något som saknas till stor del bland de utexaminerade hälsovårdarna och barnmorskorna. Kulturell kunskap är något som de fått genom arbetserfarenhet.

7.3.1 Utbildning och kurser

Alla informanter har svarat att de inte fått tillräckligt med utbildning om mångkulturellt vårdande. Det finns sådana som inte fått någon utbildning alls och andra som bara fått lite utbildning i ämnet kulturellt vårdande. Gemensamt för dem alla är att de upplever att de behöver mera kunskap för att kunna vårda mödrar från andra kulturella bakgrunder på bästa möjliga sätt. Om de inte skulle ha någon sorts arbetserfarenhet av att jobba med mödrar från andra kulturer skulle de heller inte ha någon som helst kunskap om ämnet.

”Nej, ingen riktigt utbildning. Har lärt mig via klienterna.”

”Inte under skolgången fick vi någon utbildning om andra kulturer. Det var inte aktuellt då.”

”Kanske mera genom erfarenhet och kanske vad man själv har tagit reda på. Att inte om man tänker på skolan...”

7.3.2 Arbetserfarenhet

Alla som deltog i studien upplevde sig ha mer eller mindre arbetserfarenhet av att arbeta med mödrar från andra kulturella bakgrunder. Majoriteten av informanterna arbetar med mödrar från andra kulturella bakgrunder regelbundet medan andra mera sporadiskt, genom till exempel vikariat på andra ställen. Beroende på var de arbetar varierar även antalet mödrar från andra kulturer.

”Hela tiden har vi ju gravida här från andra kulturer!”

”Nej, jättelite.”

”Det har hunnit bli en del.”

”...hälften av din patientgrupp varje dag var en annan kultur.”

7.4 Kulturell färdighet

Vården av en patient med en annan kulturell bakgrund än vårdaren själv kräver praktiska färdigheter.

7.4.1 Faktorer som underlättar vårdandet

Faktorer som underlättar vårdandet av patienter från andra kulturella bakgrunder är att man som vårdare har ett öppet sinne, är positiv och gör det bästa av situationen. Andra faktorer kan vara flexibilitet, förmåga att sätta sig in i andras kulturer, att inte ha fördomar eller vara rasist, att själv ta reda på kunskap och vara intresserad. Arbetskompisar, skolningar, tolk (speciellt en kvinnlig), en fungerande kommunikation och broschyrer åt patienterna på deras eget modersmål kan vara andra faktorer som underlättar.

Dessa patienter är inte så krävande, de är väldigt naturliga och tar saker och ting som de kommer. Mödrarna från andra kulturella bakgrunder har ofta inte tagit reda på massor med information på förhand från till exempel böcker eller internet som de finländska mödrarna ofta gör.

”De är inte så krävande. De är väldigt naturliga och tar det mera som det kommer. De har inte suttit på internet flera timmar före de kommer.”

”Tolk är A och O.”

”Om man inte får skolningar i ämnet så måste man ta reda på det själv. Och diskutera mycket med patienterna.”

7.4.2 Faktorer som försvårar vårdandet

En gemensam faktor som försvårar vårdandet var språket. Bristande engelska eller inget gemensamt språk gör kommunikationen svår. Tolken kan samtidigt både underlätta och försvåra. Det försvårar om man inte vet om tolken tolkar rätt eller om man kan lita på tolken. Även tidsbrist, otillräcklig kunskap om andra kulturer och avsaknaden av material på patienternas modersmål försvårar vårdandet. Patienterna från andra kulturella bakgrunder kan ha negativa erfarenheter av sjukvården och har svårt att lita på någon. Detta gör det svårt att försöka bygga upp ett förtroende. En del av patienterna från andra kulturella bakgrunder förstår heller inte våra rekommendationer att man till exempel behöver äta vitaminpreparat.

”För de litar ju egentligen inte på någon, inte på polismakter, ingenting. Så man måste försöka få en sådan relation att de kan lita på en. Men det är svårt.”

”Man vet ju inte heller riktigt om tolken uppfattar det rätt. Just om det är en mansdominerad kultur så vet man inte om tolken verkligen säger rätt, att om han verkligen översätter det jag faktiskt försöker säga eller hamnar någonting på sidan om?”

En av informanterna berättar att hon hade en rysk mamma en gång. Under besöket hade de med en tolk eftersom mamman inte kunde svenska eller finska. Mamman var så ivrig och ville verkligen veta allt om graviditeten och barnet. Informanten kände att hon borde ha kunnat ge mera åt den här mamman än vad hon kunde. Tolken kunde inte översätta allt och det blev en del missförstånd. Det var så synd eftersom

mamman var så öppen att ta emot informationen men kunde inte få den. Det är ofta inte kulturskillnaderna som ställer till besvär utan det att man inte har ett gemensamt språk.

”Nog finns det förstås negativa också, som kan komma... Men jag vet inte om det bara handlar om kultur då.”

Utländska mödrar kan känna sig utlämnad här i Finland eftersom de inte har familjen och det sociala nätverket som stöd i närheten. I många kulturer får den nya modern mycket hjälp av familjen i samband med förlossningen och i barnvården den första tiden. De kan känna sig ”borttappade” i vårt land utan stödet de är vana vid. Mödrarna från andra kulturella bakgrunder kan ha en annorlunda rädsla för sjukdomar eftersom de sett mycket mera lidande i sina hemländer. En vanlig förkylning eller ett magvirus kan orsaka skräck hos dem eftersom de sett barn dö av dessa sjukdomar.

7.4.3 Upplevelser av att diskutera med och undersöka patienter

Hälften av informanterna upplever att de kan ha patienternas kultur i åtanke samtidigt som de undersöker eller diskuterar med patienter från andra kulturella bakgrunder. Men att ha patienternas kultur i åtanke hela tiden är svårt och det är många som inte klarar av det hela tiden. De kanske försöker till en början, men automatisk slinker de ur det tankesättet och övergår till den egna kulturens tankesätt.

Hälsovårdaren och barnmorskan bör respektera andra individers kulturella begränsningar. Om det enligt patientens kultur är fel att göra på ett visst sätt, till exempel en inre undersökning gjord av manlig läkare, måste man i mån av möjlighet respektera detta och inte tvinga patienten till onödigt lidande. Eventuellt kan då en barnmorska eller kvinnlig läkare göra den inre undersökningen.

”Det är nog svårt. Jag försöker först, men jag märker att jag slinker nog ur det ganska fort. Det far automatiskt, tyvärr blir det inte så.”

”Man kan inte tvinga till sådant, att om nu en kultur säger att man inte vill att man gör inre undersökningar så gör jag inte extra, utan förstås så lite som möjligt av sådana undersökningar förstås, endast då jag måste.”

7.4.4 Utvecklandet av praktiska färdigheter i vårdandet

Många av informanterna svarade att skolningar och föreläsningar skulle underlätta vårdandet av patienter från andra kulturer. Skolningarna kunde handla om olika kulturer samt hur man skall bemöta patienterna enligt deras kultur. Man lär sig automatiskt mera då man frågar patienterna och på så sätt får man mera erfarenhet. Tid är en annan faktor som påverkar utvecklandet av den praktiska färdigheten. Tidsbrist gör att man inte hinner sätta sig in i patientens situation och kultur så som man kanske borde. Att ha ett större ordförråd inom olika språk, att ha mera information om bakgrunden och deras tidigare liv samt bli mera insatt är andra faktorer som kunde underlätta vården.

”Mera kunskap! ...skolning är bra och viktig.”

”Det är klart att man skulle måsta ha mera tid och mera kunskap.”

”Säkert bli ännu mera insatt i de här olika, inte kan man ju säga att man riktigt vet hur en från Afghanistan tänker eller så.”

7.5 Kulturella möten

Överlag lyckas mötena med patienter från andra kulturella bakgrunder bra. Vissa möten lyckas väldigt bra medan andra kanske inte lika bra. Ingen svarade att möten lyckas enbart dåligt. Det första besöket är viktigt för att skapa ett förtroende mellan vårdaren och patienten. Det hör till ovanligheterna att en patient skulle vara besviken på mödravården. Dessa patienter är oftast måna om att komma till mottagningen och är väldigt tacksamma för vården. Ofta kan man som vårdare själv påverka hur mötena blir, man måste våga mera och prata med kroppen och använda fantasin.

Svårigheter under mötena kan uppstå om patienten ställer frågor som vårdarna inte riktigt förstår eller kan svara på. Det kan vara väldigt frustrerande att man i vissa fall

inte kan prata enskilt med kvinnan, eftersom mannen alltid är med. Man kanske inte kommer kvinnan på djupet och man förstår inte vad hon verkligen känner eftersom hon inte öppnar sig då mannen är med. En annan svårighet är att man inte kan analysera dessa mödrar på samma vis som med finländska mödrar, man kan inte läsa mellan raderna.

”Jag tycker att de lyckas ganska bra. Man får ju prata med kroppen och allt!”

”Men inte har man stött på att de skulle vara besviken på att nog är det mera det att de förundras över att vi faktiskt har så noga koll på allt möjligt.”

”Nå nog får man det alltid att ändå lyckas på något vis, fastän det uppstår något problem, så nog ändå på något vis så försöker man nog lösa det.”

8 Tolkning

I detta kapitel behandlas resultatet av studien och tolkas enligt de teoretiska utgångspunkterna och tidigare forskning. Tolkningen sker utgående från Campinha-Bacotes modell om kulturell kompetens. Eftersom respondenterna har använt modellen som utgångspunkt för intervjuerna, är syftet med tolkningen att ta reda på om respondenterna resultat stämmer överrens med Campinha-Bacotes modell.

8.1 Områden som hälsovårdarna och barnmorskorna är kunniga inom

Inom området kulturellt begär är hälsovårdarna och barnmorskorna bra på att verkligen försöka sitt bästa och göra det bästa av situationerna för att ge samma vård åt alla kvinnor, oberoende kulturell bakgrund. De använder sig av kroppen och olika bilder för att försöka kommunicera. Egentligen är det bara fantasin som sätter gränser för hur man kan utveckla vårdandet av kvinnorna från andra kulturer.

Hälsovårdarna och barnmorskorna på mödrarådgivningen är också duktiga på att ta i beaktande de åsikter och tankesätt som kvinnorna från andra kulturer har. De försöker så gott det går att beakta olika traditioner och kulturella eller religiösa seder. Detta är kulturell färdighet.

Hälsovårdarna och barnmorskorna är även bra på att ta till sig nya saker och de vill verkligen lära sig och på den vägen har deras kulturella kunskap ökat. Eftersom de flesta inte får skolning i mångkulturellt vårdande ser de till att de själva tar reda på och lär sig den vägen.

Kulturella möten är också något som hälsovårdarna och barnmorskorna lyckas med. Oavsett vilka svårigheter som uppstår är hälsovårdarna och barnmorskorna flexibla och kan utveckla möten med patienter från andra kulturella bakgrunder i rätt riktning, vilket leder till att slutresultatet blir bra.

8.2 Brister inom mångkulturellt vårdande

Inom varje område inom Campinha-Bacotes modell för kulturell kompetens fanns det en del brister. Det respondenterna väljer att speciellt ta fasta på är brister inom områden för kulturell färdighet och kulturell kunskap, eftersom det upptäcktes flest brister där.

Avsaknad av ett gemensamt språk är en brist. Att inte ha ett gemensamt språk orsakar många missförstånd och otydligheter. Det är svårt för hälsovårdaren och barnmorskorna att kommunicera och verkligen förstå vad kvinnorna säger då de inte kan göra det på ett gemensamt språk. Ibland kan kvinnorna lite engelska, men det behöver inte underlätta situationen eftersom kunskaperna inom det engelska språket ändå inte räcker till, speciellt när det gäller vårdtermer.

Tolken, som kan vara den blivande fadern eller en utomstående, var även en annan faktor som orsakade brister inom kulturell färdighet. Det kan vara svårt om det inte finns tillgång till en kvinnlig tolk eftersom kvinnorna som kommer till mottagningen känner sig bekvämare med en kvinnlig tolk. Tolken kan även orsaka problem eftersom hälsovårdaren och barnmorskorna inte vet om denne översätter rätt och om denne verkligen översätter allting eller lämnar bort en viss del.

Inom området kulturell kunskap fanns det stora brister i utbildningen. Tillräcklig utbildning om kulturell kompetens saknas både under hälsovårdar- och barnmorskeutbildningen samt inom fortbildning i arbetslivet. En liten förbättring kan ses om man jämför utbildningen nuförtiden med hur den var för några årtionden sedan.

8.3 Hade de kulturell kompetens enligt Campinha-Bacotes modell?

Enligt respondenterna är kulturellt begär någonting som de flesta hälsovårdare och barnmorskor som arbetar inom mödravården i Svenskösterbotten har. De är genuint intresserade av kulturellt vårdande och går in i det med en positiv inställning.

Av resultatet att döma hade informanterna en stark kulturell medvetenhet om den egna kulturen och försöker undvika att den egna kulturen påverkar vården, men de slinker lätt tillbaka i sina egna kulturella spår. Fastän hälsovårdarna och barnmorskorna inte alltid kan ha den andra kulturen i åtanke försöker de alltid vårda med hjärtat.

Resultatet påvisar att den kulturella kunskapen är ytterst bristfällig. De flesta hälsovårdarna och barnmorskorna har inte fått den utbildning och fortbildning som de önskar för att få den kunskap som behövs för att vårda patienter från andra kulturella bakgrunder. Det finns inget kursutbud för hälsovårdarna och barnmorskorna vilket gör det svårare för informanterna att få kunskap om mångkulturellt vårdande. En annan faktor som även gör det svårare att nå den kulturella kompetensen är tidsbrist. Eftersom det inte finns något kursutbud skulle informanterna självständigt vilja läsa in sig på ämnet, detta sätter dock tidsbristen stopp för.

Utifrån resultatet kan konstateras att det finns både faktorer som underlättar och försvårar den kulturella färdigheten. Ungefär hälften av informanterna upplever att de kan ha patienternas kultur i åtanke samtidigt som de vårdar mödrar från andra kulturer. Men för många av vårdarna är det svårt och den egna kulturen tar ofta över. Utvecklandet av den kulturella färdigheten kräver precis som utvecklandet av den kulturella kunskapen mera skolning och föreläsning.

Om man ser till resultatet är de kulturella mötena något som lyckas bra. Första mötet är en viktig del för att få förtroende för varandra och för att de fortsatta mötena skall lyckas bra. Visst kan svårigheter uppstå men de tacklas vartefter. Alla möten är individuella och därför går de inte att jämföras sinsemellan.

Då man jämför resultatet av studien med Campinha-Bacots modell för kulturell kompetens kommer man fram till att hälsovårdarna och barnmorskorna inte har kulturell kompetens. Inom kulturell kunskap och kulturell färdighet fanns det sådana brister att informanterna inte har upplevt alla olika skeden som behövs inom processen för att uppnå kulturell kompetens.

8.4 Jämförelse med tidigare forskning

Respondenterna har under studiens gång märkt att informanterna tycker att det mångkulturella vårdandet är krävande, men samtidigt mycket berikande. Faktorer som försvårar vårdandet enligt hälsovårdarna och barnmorskorna i Svenskösterbotten är avsaknad av gemensamt språk eller bristande språkkunskaper, vilket även kan ses tendenser av i Birkelund och Nielsens (2009) studie. Även Enyoung (2004) nämner att vårdandet på ett kulturellt kompetent sätt är krävande.

De flesta av informanterna har en positiv inställning till vårdandet av patienter med annan kulturell bakgrund än vårdaren. I studier gjorda av Malin och Gissler (2009), Spidsberg (2007) samt Wikberg och Bondas (2010) behandlas hur viktigt bemötandet av mödrar med andra kulturella bakgrunder är.

Respondenterna har kommit fram till att det i Finland saknas tillräcklig utbildning om mångkulturellt vårdande inom hälsovårdar- och barnmorskeutbildningen. De allra flesta i respondenternas studie har en väldigt positiv inställning och en vilja att lära sig. Precis som Callister (2001 och 2004), Noble (2009) samt Torsvik och Hedlund (2008) kom fram till att de utexaminerade vårdarna saknar den kulturella kompetensen som behövs för att vårda kvinnor från andra kulturer påvisar respondenternas studie även samma tendens här i Finland. Enligt de tidigare studierna är det den negativa attityden som kommer i vägen för kulturell kompetens. Detta kan dock respondenterna inte hålla med om.

Respondenterna förvånades över hur litet ämnet omskärelse behandlades under intervjuerna. Respondenterna tog inte upp ämnet omskärelse som en specifik fråga men hade förväntat sig att informanterna självmant skulle ha talat om ämnet. Antingen ville informanterna inte prata om det eller så hade de ingen erfarenhet inom detta specifika ämnesområde. Enligt tidigare forskning har det kommit fram att omskurna kvinnor inte pratar om ämnet med utomstående. Kanske detta gör att det finns en bristande kunskap om ämnet bland hälsovårdarna och barnmorskorna och därför diskuteras det inte. Hälsovårdarna och barnmorskorna borde lära sig mera om omskärelse för att kunna erbjuda kulturellt kompetent vård.

Resultatet från respondenternas studie stämmer bra överens med bland andra Hjortells (2001), Sharts-Hopkos (1995) och Kahlafs (1997) studier. Både respondenterna och dessa forskare har påvisat att kvinnor från andra kulturer är osäkra och kan känna sig otrygga i den nya främmande vårdkulturen.

9 Kritisk granskning

Respondenterna har valt att kritiskt granska studien utgående från Larssons (1994) kvalitetskriterier med hjälp av etiskt värde, struktur och empirisk förankring. För att bedöma kvaliteten på en vetenskaplig studie utgår man från föreställningar om vad som är bra eller dåligt. En studie kräver kvalitetskriterier och diskussion för att vara vetenskaplig.

9.1 Etiskt värde

Enligt Larsson (1994, 171) är det ytterst viktigt att en vetenskaplig studie har god etik. En bra kvalitet på en studie återspeglar en god etik. God etik innebär att man är mån om de som deltagit i studien, dock utan att man förskönar resultatet till informanternas fördel. Det vill säga att forskaren bör hålla sig till sanningen och inte fuska eller förvränga resultatet. Intresset av att få ny kunskap måste jämföras med kravet på skydd av de individer som deltagit i studien. Forskaren måste skydda individerna, platserna och mötena genom att hålla dem anonyma. Det är viktigt att i

studien inte beskylla någon, att inte dra alla informanter över en kam eller att inte dra förhastade slutsatser om de som deltar i studien.

I denna studie har respondenterna strävat efter att uppnå en god forskningsetik. Exempelvis har informanternas namn och namn på orter hållits anonymt. De citat som finns med i studien är oförändrade och skrivna exakt som informanterna sagt, det skulle vara etiskt fel att ändra på dem och det skulle kunna ändra på resultatet. På så sätt fungerar citaten även som validitetskontroll för studien.

9.2 Struktur

Struktur enligt Larsson (1994, 173) innebär att resultatet måste ha en god struktur och överskådlighet. Resultatet skall vara så exakt framställt som möjligt och får inte vara diffust. Resultatet bör vara uppbyggt på ett konkret och tydligt sätt och genom resultatet bör det finnas en röd tråd så att läsaren enkelt kan följa med i studien. Ett kriterium för struktur är även att man tydligt ger mera utrymme åt huvudområden medan mindre viktiga områden inte tas upp lika mycket.

Studiens resultat har en enkel och god struktur. Tack vare ett stort antal intervjufrågor och informanter framkom ett tydligt resultat. Resultatet kategoriserades i flera kategorier och på så vis undveks oklarheter och materialet blev mera lättläsligt. I studien användes citat och respondenterna kunde lyfta fram det väsentliga som resultatet gav med sig. Respondenterna tolkade resultatet gentemot de teoretiska utgångspunkterna, teoretisk bakgrund och tidigare forskning, och på så vis skapades en röd tråd genom studien.

9.3 Empirisk förankring

Empirisk förankring innebär en överensstämmelse mellan verkligheten och tolkningen. Grunden för en empirisk studie och tecken på validitet är att det i studien finns flere olika källor och dessa skall överensstämma med varandra. (Larsson, 1994, 180-181).

Respondenterna har använt Campinha-Bacotes modell för kulturell kompetens som grund för tolkningen och jämfört svaren från informanterna med modellen. Tolkningen

baserar sig på informanternas svar, det vill säga att tolkningen stämmer överrens med det insamlade materialet. För att säkra validiteten i studien har respondenterna använt sig av citat av informanterna i resultatredovisningen. För att få en empirisk förankring i studien har respondenterna använt sig av ett flertal olika källor.

10 Diskussion

Respondenterna har under studietiden varit medvetna om att det kommer att finnas patienter inom vården som har andra kulturella bakgrunder än vad vi finländare har och att vi som blivande vårdare bör kunna vårda på ett mångkulturellt plan. I början av arbetet med studien förstod vi inte hur mycket den kulturella kompetensen påverkar hurudan vård dessa patienter får. I och med att arbetet med studien har fortskridit och vi har fått fram ett resultat har vi insett hur mycket arbete det krävs för att man skall kunna vårda på ett kulturellt kompetent sätt.

En faktor som respondenterna började fundera mera på under studiens gång var fördomarna och de förutfattade meningarna. Informanterna berättade att man inom vården inte bör ha fördomar och förutfattade meningar och många sade att de inte har det. Men i och med att vi analyserade deras svar kom det ändå fram att många hade fördomar eller förutfattade meningar. Av detta resultat drar respondenterna slutsatsen att informanterna kanske inte är medvetna om sina fördomar och förutfattade meningar. Kan det möjligen vara så att om man är medveten om sina egna fördomar och förutfattade meningar kan man åsidosätta dessa och ge samma vård till alla? Om man inte är medveten om sina egna fördomar och förutfattade meningar, kan det vara så att dessa lätt kan komma omedvetet i vägen för vården?

Fastän hälsovårdarna och barnmorskorna på mödrarrådgivningarna runtom i Svenskösterbotten inte hade kulturell kompetens enligt Campinha-Bacotes modell, var de mycket positivt inställda och verkade alltid göra sitt bästa när oväntade situationer uppstod. Vi anser att de är på god väg i processen att bli kulturellt kompetenta. Även om en stor del av ansvaret ligger hos vårdarna själva så kan de inte påverka om det finns brister inom utbildningen och fortbildningen då det gäller kulturellt vårdande.

Det viktigaste när det kommer till mångkulturellt vårdande är att vårdarna kan vara flexibla i alla situationer. Fastän de kanske inte har fått utbildning inom ett område eller exempelvis tolken inte är närvarande så kan de ändå lösa situationen på bästa möjliga vis. Kulturell kompetens handlar innerst inne inte om att ändra på sig själv och sina egna åsikter och värderingar, utan om att man bör ha respekt och visa hänsyn till den andra individen.

Källförteckning

Bahar, Z., Okçay, H., Özbiçakçı, Ş., Beşer, A., Üstün, B. & Öztürk, M. (2005). The Effects of Islam and Traditional Practices on Women's Health and Reproduction. *Nursing Ethics*, 12 (6), 557–570.

Berggren, V., Bergström, S. & Edberg, A-K. (2006). Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17 (1), 50–57.

Berlin, A., Hylander, I. & Törnkvist, L. (2008). Primary Child Health Care Nurses' assessment of health risks in children of foreign origin and their parents – a theoretical model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22 (1), 118–127.

Berlin, A., Johansson, S-E. & Törnkvist, L. (2006). Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – Primary Child Health Nurses' opinions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (2), 160–168.

Birkelund, R. & Nielsen, B. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (3), 431–437.

Callister, LC. (1995). *Cultural meanings of childbirth*. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 24 (4), 327–331.

Callister, LC. (2001). Culturally competent care of women and newborns: knowledge, attitude, and skills. *Journal of Obstetric, Gynaecologic & Neonatal nursing*. 30 (2), 209–215.

Callister, LC. (2004). Making Meaning: Women's birth Narratives. *Journal of Obstetric, Gynaecologic & Neonatal nursing*, 33 (4), 508–518.

Callister, LC., Semenic, S. & Foster, JC. (1999). Cultural and spiritual Meaning of childbirth: Orthodox Jewish and Mormon women. *Journal of Holistic Nursing*, 17 (3), 280–295.

Campinha-Bacote, J. (2003). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services*. [u.o.].

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (181), 180–184.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Douglas, M. & Lipson, J. (2008). Transcultural nursing: the global agenda. *Contemporary Nurse*, 28 (1-2), 162–164.

Ejvegård, R. (2007). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Ejvegård, R. (2009). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Elo, S & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 107-115

Emami, A., Gerrish, K. & Jirwe, M. (2010). Student nurses' experiences of kommunikation in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (3), 436–444.

Enyoung, E (2004). The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15 (2), 93–102.

Eskola, K., Hytönen, E. & Komulainen, S. (1990). *Moderskapsvård och gynekologisk sjukvård*. Helsingfors: Tryckericentralen.

Flowers, D.L. (2004). Culturally Competent Nursing Care: A Challenge for the 21st Century. *Critical Care nurse*, 24 (4), 47–52.

Forskningsetiska delegationen. (2002). God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den. <http://www.tenk.fi/SVE/Publikationeranvisningar/index.htm> (hämtat: 28.03.2011).

Forskningsetiska delegationen. (2009). Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning. <http://www.tenk.fi/SVE/Publikationeranvisningar/index.htm> (hämtat: 28.03.2011).

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

Graneheim, U.H & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112

Gray, P. & Thomas, D. (2006). Critical Reflections on Culture in Nursing. *Journal of Cultural Diversity*, 13 (2), 76–82.

Haith-Cooper, M. & Meddings, F. (2008). Culture and Communication in Ethically Appropriate Care. *Nursing Ethics*, 15 (1), 52–61.

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Hess, R. F., Weinland, J. & Saalinger, N. M. (2010). Knowledge of Female Genital Cutting and Experience With Women Who Are Circumcised: A Survey of Nurse-Midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55 (1), 46–52.

Hjortell, M. (2001). *Att föda barn i Kurdistan. Iransk kurdiska flyktingkvinnors erfarenheter och upplevelser av naturlig vård vid barnafödande*. (Pro Gradu avhandling) Vasa: Åbo Akademi, Samhälls- och vårdvetenskapliga fakulteten, Institutionen för vårdvetenskap.

Ito, M. & Sharts-Hopko, N. C. (2002). Japanese women's experience of childbirth in the United States. *Health care for Women International*, 23 (6-7), 666–677.

Kahlaf, I., Callister, LC. (1997). Cultural meanings of childbirth: Muslim women living in Jordan. *Journal of Holistic Nursing*, 15 (4), 373-388.

Kleiman, S. (2006). Discovering Cultural Aspects of Nurse-Patient Relationships. *Journal of Cultural Diversity*, 12 (2), 83–86.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1), 3–12.

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

Leininger, M. (2010). Major concepts & definition. I Alligood, M. & Tomey A (2010). *Nursing Theorists and their work*. USA.

Leininger, M. & McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing, concepts, theories, research & practice*. USA: Medical Publishing Division.

Leval, A., Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg B. M. (2004). The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality. *Health Care for Woman International* (25), 743–760.

Lindholm, M. (2009). Äitiysneuvolatyön järjestelmä. I Armanto, A. & Koistinen, P. (red.) (2009). *Neuvolatyön käsikirja*. Helsingfors: Tammi.

Malin, M. & Gissler, M. (2009). Maternal care and birth outcomes among ethnic women in Finland. *BMC Public Health*, 9 (84).

Nápoles-Springer, A. (2005). Patients' perceptions of cultural factors affecting the quality of their medical encounters. *Health Expectations*, 8 (1), 4–17.

Noble, A., Engelhardt, K., Newsome-Wicks M., Woloski-Wruble A-C. (2009). Cultural competence and ethnic attitudes of midwives concerning Jewish couple. *Journal of Obstetric, Gynaecologic & Neonatal nursing*, 38 (5), 544–555.

Nuorttila, A. (2009). Raskauden seuranta neuvolassa. I Armanto, A. & Koistinen, P. (red.) (2009). *Neuvolatyön käsikirja*. Helsingfors: Tammi.

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

Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä (toim.). (2006). *Kätilötyö*. Tampere: Edita Publishing.

Papadopoulos, I. (red.). (2006). *Transcultural Health and Social Care - Development of culturally competent practitioners*. London: Elsevier.

Purnell, R. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 193–196.

Purnell, L., Davidhizar, R. E., Newman Giger, J., Strickland, O. L., Fishman, D. & Allison, D. M. (2011). A Guide to Developing a Culturally Competent Organization. *Journal of Transcultural Nursing* 22 (1), 7–14.

Savett, A-L (2007). Every Clinical Encounter Is a Cultural Encounter: Understanding the Patient's Story. *Creative Nursing*, 13 (1), 13–14.

Sharts-Hopko, N. C. (1995). Birth in the Japanese context. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 24 (4), 343–351.

Spidsberg, B-D. (2007). Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing* 60 (5), 478–486.

Statistikcentralen. *Översikt över befolkningen i Finland 2010*. (2011). http://www.tilastokeskus.fi/til/vaerak/2010/01/vaerak_2010_01_2011-09-30_kat_001_sv.html (hämtat: 25.10.11).

Suokas, M. (2008). *Vieraskielinen terveydenhuollon asiakkaana*. (Pro Gradu tutkielma)
Tampere: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Torsvik, M. & Hedlund, M. (2008). Cultural encounters in reflective dialogue about nursing care: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 63 (4), 389–396.

Vo, T. (2010). Maahanmuuttajaäidit neuvolan asiakkaina. *Kätilölehti*, 115 (2), 12–14.

Waite, R (2010). *Cultural Competence: A Systemic Challenge to Nursing Education, Knowledge Exchange, and the Knowledge Development Process*. *Psychiatric Care*, 46 (1), 74–80.

Wikberg, A. & Bondas, T. (2010). A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *International Journal of Qualitative Stud Health Well-being* (5), 1-15.

Wikberg, A. & Eriksson, K. (2006). *Vårdande ur ett transkulturellt perspektiv*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Wikberg, A. & Eriksson, K. (2008). Intercultural caring – an abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22 (3), 485–496

Sanna Carlström
Jenna Käld
Sandra Nygård
Hälsovårdstuderande

ANHÅLLAN
Vasa
09.05.2011

Bästa Ledande Överskötare!

Vi är tre hälsovårdarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi har börjat med hälsovårdsinriktningen i januari 2011. Till utbildningen hör genomförandet av ett lärdomsprov. Syftet med vårt lärdomsprov är att undersöka om hälsovårdarna/barnmorskorna på mödrarådgivningarna runtom i Svenskösterbotten anser sig ha kulturell kompetens. Lärdomsprovet ingår i ett projekt om kulturell kompetens vid Yrkeshögskolan Novia.

Härmed anhåller vi vänligen om att få genomföra intervjuer med hälsovårdarna/barnmorskorna på Era hälsocentralers och hälsostationers mödrarådgivningar. Vi har tänkt använda oss av semistrukturerad intervju och hoppas att så många som möjligt på Era mödrarådgivningar vill delta. Vi önskar genomföra intervjuerna inom maj, augusti och september 2011. Vi önskar att Ni kunde ge oss kontaktuppgifterna till alla hälsovårdare/barnmorskor som arbetar på Era hälsovårdscentraler och hälsostationer, så vi själva kan kontakta dem. När undersökningen är klar finns det möjlighet för alla intresserade att ta del av resultatet. Intervjusvaren behandlas konfidentiellt och informanternas anonymitet garanteras. Vid eventuella frågor eller oklarheter får Ni gärna kontakta oss.

Som vår handledare fungerar Anita Wikberg HVM vid Yrkeshögskolan Novia.
anita.wikberg@novia.fi

Tack!

Med vänliga hälsningar

Sanna Carlström

Jenna Käld

Sandra Nygård

Anhållan godkänns,

Ort och datum _____

Ledande överskötare _____

Intervjufrågor:

Ålder och arbetserfarenhet?

Arbetsuppgifter?

Utbildning och kurser?

Anser du att du fått tillräcklig utbildning om mångkulturellt vårdande? Berätta!

Arbetserfarenhet av att jobba med mödrar från andra kulturer?

Berätta om din inställning till vårdandet av patienter med annan kulturell bakgrund?

Känner du dig medveten om din egen kultur och hur påverkar den dig i vårdandet av patienter från andra kulturer?

Har du/har du haft fördomar och förutfattade meningar angående patienter från andra kulturer? Har det påverkat dig i vårdandet?

Vad underlättar och vad försvårar dig att vårda patienter från andra kulturella bakgrunder?

Upplever du att du kan diskutera med och undersöka en patient och ha patientens kultur i åtanke hela tiden?

På vilket sätt skulle du kunna utveckla din praktiska färdighet i vårdandet med patienter från andra kulturer?

På vilket sätt upplever du att möten med patienter från andra kulturer lyckas? Kan det uppstå svårigheter?

Kan du berätta om dina erfarenheter av vårdandet av patienter från andra kulturer! Både positiva och/eller negativa. Eventuellt någon speciell händelse.

Har du något du vill tillägga?

Sanna Carlström
Jenna Käld
Sandra Nygård
Hälsovårdstuderande

INFORMATIONSBREV
Vasa
16.05.2011

Bästa Hälsovårdare/Barnmorska!

Vi är tre hälsovårdarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi har börjat med hälsovårdsinriktningen i januari 2011. Till utbildningen hör genomförandet av ett lärdomsprov. Syftet med vårt lärdomsprov är att undersöka om hälsovårdarna/barnmorskorna på mödrarådgivningarna runtom i Svenskösterbotten anser sig ha kulturell kompetens. Lärdomsprovet ingår i ett projekt om kulturell kompetens vid Yrkeshögskolan Novia.

Vi kommer att intervjua hälsovårdare/barnmorskor på mödrarådgivningarna runtom i Svenskösterbotten. Undersökningen är anonym och all information kommer att behandlas konfidentiellt. Vi önskar att Ni vill delta i vår intervju. Deltagandet i intervjun är frivilligt och Ni kan när som helst välja att avbryta. När undersökningen är klar finns det möjlighet för alla intresserade att ta del av resultatet.

Om Ni har frågor angående vårt lärdomsprov eller intervjun får Ni gärna kontakta oss eller vår handledare.

Som vår handledare fungerar:

Anita Wikberg HVM
anita.wikberg@novia.fi

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar

Sanna Carlström
sanna.carlstrom@novia.fi

Jenna Käld
jenna.kald@novia.fi

Sandra Nygård
sandra.s.nygard@novia.fi

Sanna Carlström
Jenna Kåld
Sandra Nygård
Hälsovårdstuderande

INFORMATIONSBREV
Vasa
16.05.2011

Bästa Hälsovårdare/Barnmorska!

Syftet med vårt lärdomsprov är att undersöka om hälsovårdarna/barnmorskorna på mödrarådgivningarna runt om i Svenskösterbotten anser sig ha kulturell kompetens. Lärdomsprovet ingår i ett projekt om kulturell kompetens vid Yrkeshögskolan Novia.

Vi kommer att intervjua hälsovårdare/barnmorskor på mödrarådgivningarna runt om i Svenskösterbotten. Undersökningen är anonym och all information kommer att behandlas konfidentiellt. Vi önskar att Ni vill delta i vår intervju, eftersom flera deltagare ger ett tillförlitligare resultat. Deltagandet i intervjun är frivilligt och Ni kan när som helst välja att avbryta. När undersökningen är klar finns det möjlighet för alla intresserade att ta del av resultatet.

Om Ni har frågor angående vårt lärdomsprov eller intervjun får Ni gärna kontakta oss eller vår handledare.

Som vår handledare fungerar:

Anita Wikberg HVM
anita.wikberg@novia.fi

Tack på förhand!

Underskrift och namnförtydligande

UTVECKLINGSARBETE

Författare: Carlström Sanna, Käld Jenna, Nygård Sandra

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Hälsovård

Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: Föreläsning om kulturell kompetens på mödrarådgivningen

Datum 03.04.2012

Sidantal 11

Bilagor 3

Sammanfattning

Detta utvecklingsarbete är en fortsättning på examensarbetet *Kulturell kompetens på mödrarådgivningen – En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens*. Syftet med utvecklingsarbetet var att förmedla kunskap och resultatet av examensarbetet. Respondenternas syfte var även att edukanderna skulle få en bättre förståelse för vad kulturell kompetens är enligt Campinha-Bacote, samt vad som enligt henne krävs för att uppnå de fem komponenterna i processen att bli kulturellt kompetent. Respondenterna presenterade Campinha-Bacotes modell och resultatet som framkom i examensarbetet.

För att nå ut med informationen till de berörda parterna valde respondenterna att hålla tre föreläsningar för tre olika grupper: för hälsovårdare och barnmorskor som arbetar på mödrarådgivningar och för hälsovårdarstuderande och barnmorskestuderande vid Yrkeshögskolan Novia.

Språk: Svenska

Nyckelord: Föreläsning, kulturell kompetens, mödrarådgivning, mångkulturellt vårdande

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt i Yrkeshögskolan Novias bibliotek samt webbiblioteket theseus.fi

KEHITYSTYÖ

Tekijät: Carlström Sanna, Kälid Jenna, Nygård Sandra

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoitotyö, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Terveystenhoito

Ohjaaja: Anna-Lena Nieminen

Nimike: Luento kulttuurisesta kyvystä äitiysneuvolassa

Päivämäärä 03.04.2012

Sivumäärä 11

Liitteet 3

Tiivistelmä

Tämä kehitysoinnäytetyö on jatke opinnäytetyöhön *Kulttuurinen kyky äitiysneuvolassa – Empiirinen tutkimus terveydenhoitajien ja kätilöiden kulttuurisesta kyvystä*. Kehitysoinnäytetyön tarkoituksena oli välittää tietoa ja tuloksia opinnäytetyöstä. Tarkoituksena oli myös että kuulijat saisivat paremman ymmärryksen mitä kulttuurinen kyky on Campinha-Bacoten mukaan ja mitä hänen mielestään tarvitaan jotta saavutettaisiin kaikki viisi eri osa-aluetta tullakseen kulttuurisesti päteväksi. Kehitysoinnäytetyössä esiteltiin Campinha-Bacoten mallia ja tulosta opinnäytetyöstä.

Olemme pitäneet kolme luentoa kolmelle eri ryhmälle, terveydenhoitajille ja kätilöille jotka työskentelevät äitiysneuvoloissa sekä terveydenhoitaja- että kätilöopiskelijoille Yrkeshögskolan Noviassa.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Luento, kulttuurinen kyky, äitiysneuvola, monikulttuurinen hoito

Löydettävissä: Opinnäytetyö on löydettävissä Yrkeshögskolan Novian kirjastossa sekä webkirjastosta theseus.fi

DEVELOPMENT WORK

Authors: Carlström Sanna, Kälid Jenna, Nygård Sandra

Degree Programme: Nursing, Vaasa

Specialization: Health Care

Supervisor: Anna-Lena Nieminen

Title: A Lecture on Cultural Competence at the Maternity Clinic

Date 03.04.2012

Number of pages 11

Appendices 3

Summary

This development work is a continuation of the thesis *Cultural Competence at the Maternity Clinic – An Empirical Study on Cultural Competence among Health Care Nurses and Midwives*. The aim of the development work was to provide the knowledge that was emerged in the study. The aim was also to give the audience a better understanding of cultural competence according to Campinha-Bacote and what according to her is needed to achieve all five components in the process of becoming culturally competent. The respondents presented Campinha-Bacotes' model and the result that emerges in the study.

The respondents have held three lectures for different groups, for health care nurses and midwives who work at maternity clinics and for health care students and midwife students at Novia University of Applied Sciences.

Language: Swedish

Key words: Lecture, cultural competence, maternity clinic, multicultural care

Filed at: The thesis is available at the library of Novia University of Applied Sciences and at the electronic library theseus.fi

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Föreläsning	2
2.1 Edukandanalys	2
2.2 Disposition	2
2.3 Metoder	4
2.4 Den som föreläser	4
2.4.1 Kroppsspråk	4
2.4.2 Talet och rösten	5
3 Arbetsprocessen	5
3.1 Edukandanalys	6
3.2 Disposition	7
3.3 Målanalys	7
3.4 Metoder	8
3.5 Utvärdering	8
4 Kritisk granskning	9
5 Diskussion	10
Källförteckning	
Bilagor	

1 Inledning

Kulturell kompetens är en nödvändig del av vården i dag. Hälsovårdarna och barnmorskorna kommer oundvikligen i kontakt med mödrar med en annan kulturtillhörighet än ens egen, på mödrarådgivningen. Enligt Vo (2010) behöver hälsovårdaren i dagens rådgivningsarbete kunskap om olika kulturer. Redan nu kan man se en ökad kulturell variation på rådgivningen, men i framtiden kommer rådgivningspersonalen att möta allt fler patienter från andra kulturer.

Respondenternas examensarbete, *Kulturell kompetens på mödrarådgivningen – En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens*, påvisar brister i den kulturella kompetensen. Därför görs detta utvecklingsarbete som en fortsättning på examensarbetet. Utvecklingsarbetet går ut på att föreläsa för hälsovårdarstuderande, barnmorskestuderande och hälsovårdare och barnmorskor på mödrarådgivningarna om Campinha-Bacotes modell samt resultatet i respondenternas examensarbete. Syftet med föreläsningarna är att de studerande och mödrarådgivningspersonalen skall få en större inblick i vad kulturell kompetens är enligt Campinha-Bacote samt förmedla kunskap och resultatet av studien *Kulturell kompetens på mödrarådgivningen – En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens*. Respondenternas föreläsning ger de studerande och mödrarådgivningspersonalen de verktyg som behövs för att en dag uppfylla alla fem komponenter i processen att bli kulturellt kompetent.

Den teoretiska utgångspunkten som används i utvecklingsarbetet är den samma som användes i examensarbetet, det vill säga Campinha-Bacotes modell om processen för att bli kulturellt kompetent. (Campinha-Bacote, 2003; Carlström, Käld, Nygård, 2011, 3–6).

2 Föreläsning

För att sprida kunskap om examensarbetet *Kulturell kompetens på mödrarådgivningen – En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens*, kommer respondenterna att hålla tre föreläsningar. Enligt Långström och Viklund (2006, 135–138) innebär föreläsning en muntlig framställning eller undervisningsform av ett specifikt ämne. Då man planerar en föreläsning är det flera faktorer man måste ha i åtanke: målgruppen, innehållet, dispositionen, metoder samt en del praktiska frågor man bör fundera på. I detta kapitel tar respondenterna upp dessa faktorer och förklarar dem närmare.

2.1 Edukandanalys

För att föreläsningen skall lyckas och för att åhörarna skall få ut så mycket som möjligt av informationen bör man analysera edukanderna, det vill säga åhörarna. Genom att känna till åhörarnas bakgrund är det lättare att planera föreläsningen. (Fällman 1996, 61).

Det är många faktorer som måste beaktas: antal åhörare, könsfördelning, ålder och om gruppen är homogen eller heterogen åldermässigt och kunskapsmässigt. Andra faktorer är om de har någon tidigare kunskap om ämnet, hurudan utbildning de har och i vilket skede av utbildningen eller arbetslivet denna föreläsning kommer och om deltagandet är obligatoriskt eller frivilligt. (Långström & Viklund, 2006, 135).

2.2 Disposition

Disposition betyder att man organiserar och bygger upp föreläsningen så den blir logisk och förståelig. Den klassiska dispositionsmodellen lyder "Säg vad du skall säga, Säg det, Säg vad du har sagt". (Gunnarson, 1996, 53–54).

En bra disposition i föreläsningen är viktig både för föreläsaren och för åhörarna. Föreläsaren har då lättare att komma ihåg vad hon skall säga och åhörarna minns också vad som blivit sagt mycket bättre. En föreläsning skall alltså innehålla en inledning, avhandling och avslutning. (Gunnarson, 1996, 54).

En föreläsning måste planeras genom en arbetsprocess. Eftersom avhandlingen är den viktigaste delen av föreläsningen planeras den först. Utifrån denna kan man sedan planera inledningen och avslutningen. Dessa skall vara korta och effektiva. Föreläsaren känner sig trygg i föreläsningen om denne på förhand vet hur inledningen och avslutningen skall vara. (Fällman, 1996, 59; Gunnarson, 1996, 55–57; Långström & Viklund, 2006, 136–138).

Inledningen skall presentera ämnet och innehålla en ämnesbeskrivning, föreläsningens eventuella syfte samt en presentation av föreläsningens delar. Inledningen skall fånga åhörarnas uppmärksamhet, göra åhörarna positivt inställda till föreläsaren och göra åhörarna villiga till att lyssna och lära. För att fånga åhörarnas uppmärksamhet kan man till exempel berätta en kort historia, komma med en överraskning som till exempel statistik, ställa en fråga (eventuellt retorisk eller en fråga man får svar på under föreläsningens gång), citera ett citat eller komma med ett chockerande påstående. Viktigt är att aldrig be om ursäkt för sig själv och sitt uppträdande och att visa sig kunnig och säker på sin sak. (Fällman, 1996, 66–67; Gunnarson, 1996, 57–63).

Avhandlingen är föreläsningens största och viktigaste del. Avhandlingen kan delas in i olika huvudpunkter och med hjälp av dessa huvudpunkter skapar föreläsaren sig en huvudtanke som är den röda tråden genom hela föreläsningen och håller ihop föreläsningens olika delar. Den röda tråden hjälper både föreläsaren och åhörarna att hänga med. (Gunnarson, 1996, 55–56; Långström & Viklund, 2006, 137).

Den sista delen av föreläsningen är avslutningen som skall innehålla en sammanfattning samt en markering på att föreläsningen är slut. Avslutningen är den sista chansen att göra ett gott intryck på åhörarna och det sista som sägs är det som åhörarna kommer att minnas bäst och det kan även väcka intresse för diskussion. Det är viktigt att avslutningen inte kommer som en överraskning för åhörarna utan man kan i förväg tala om att föreläsningen snart är slut (sammanfattningsvis, slutligen, suma summarum etc.). Ett elegant sätt att avsluta är att göra en såkallad cirkelkomposition, det vill säga att man slutar med att syfta på något som togs upp i början av föreläsningen. (Fällman, 1996, 67–68; Gunnarson, 1996, 63–64; Långström & Viklund, 2006, 138).

2.3 Metoder

En föreläsning kan hållas på flera olika sätt och man kan använda sig av olika hjälpmedel som till exempel film, overhead apparatur, whiteboardtavla, power-point eller word presentationer. Man kan även visualisera med verkliga föremål. Det viktigaste att tänka på med olika hjälpmedel är att de förblir vad de är, det vill säga hjälpmedel, de skall inte ta över föreläsningen. Att använda olika metoder då man föreläser gör det lättare för åhörarna att minnas och hänga med eftersom alla lär sig via olika inlärningsätt. Därför är det bra att åhörarna får använda flera olika sinnen, till exempel hörseln och synen. (Gunnarson, 1996, 105–111).

2.4 Den som föreläser

När man håller en föreläsning är det inte bara själva innehållet som är viktigt. För att förmedla kunskapen på ett bra sätt är det viktigt att tänka på hur man är som föreläsare. Det sägs att sju procent av det man föreläser om överförs enbart med ord, 38 procent förmedlas med hjälp av rösten, det vill säga hurudant röstläge och med vilken klang man talar, och resten det vill säga 55 procent förmedlas genom kroppsspråket. Det som gör en bra föreläsare är engagemang, energi, entusiasm och inlevelse. (Fällman, 1996, 25–26).

2.4.1 Kroppsspråk

Kroppsspråket har stor betydelse för hur en föreläsning lyckas. Om man som föreläsare har ett öppet och inbjudande kroppsspråk påverkar det åhörarna i positiv riktning. Kroppshållningen skall vara god man skall vara rak i ryggen, ha avslappnade axlar och hålla huvudet stilla högburet. Detta är en bra och ergonomisk hållning som ger rösten ett bra klang och inger ett säkert intryck. Ifall man inte är så säker, kan man i alla fall låtsas. (Fällman, 1996, 31; Gunnarson, 1996, 133–136).

Blicken och ögonen är det viktigaste redskapet då man föreläser. Med hjälp av ögonkontakt skapar man en kontakt med åhörarna och inger förtroende. Att tänka på är att svepa med blicken över åhörarskaran vilket gör att de upplever att man ser på dem och tar med dem i föreläsningen. (Fällman, 1996, 28; Gunnarson, 1996, 134).

De flesta människor har olika ovanor som speciellt kan komma fram då man skall hålla en föreläsning. Händerna upplevs ofta som klumpiga och i vägen vilket leder till att man kanske håller armarna i kors, kliar sig i huvudet eller håller händerna i fickorna, vilket ger ett nervöst intryck. Andra ovanor kan vara till exempel att man upprepar småord, leker med håret eller händerna, byter ställning ofta eller står och trampar. Istället kan man hålla armarna hängandes längs med sidorna eller bakom ryggen. Ovanor drar uppmärksamheten från själva budskapet i föreläsningen. Om man vill poängtera något kan man göra det med en gest som känns naturlig eller genom att ta några steg närmare åhörarna. Det är inget man skall öva in på förhand utan gesterna kommer så småningom naturligt. (Fällman, 1996, 27; Gunnarson, 1996, 135–136).

2.4.2 Talet och rösten

Rösten är ett mycket viktigt arbetsredskap hos en föreläsare. Med rösten återspeglas personligheten och engagemanget hos den som talar. Den bästa effekten får man om man kan variera rösten, från viskande till rytande om det så behövs. Men det är viktigt att hela tiden prata med tydlig röst tillräckligt högt, man själv hör ju sin röst mycket högre än vad åhörarna gör. Varierad tonhöjd och betoning av betydelsefulla ord gör föreläsningen tydligare och mera intressant för åhöraren. Att variera taltempot kan ändra känslan i föreläsningen. (Fällman, 1996, 30; Gunnarson, 1996, 130).

3 Arbetsprocessen

Då respondenterna hade bestämt sig för att hålla föreläsningar om examensarbetet *Kulturell kompetens på mödrarådgivningen – En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens*, kontaktade respondenterna barnmorskorskostuderandenas ansvariga lärare, hälsovårdarstuderandenas ansvariga lärare och översköterskan för det område vi valt att hålla föreläsningen för och kom överens om datum då det passade att vi skulle hålla föreläsningarna. Respondenterna skickade sedan ut en inbjudan till alla edukander via e-post (bilaga 1).

3.1 Edukandanalys

För att kunna börja planera föreläsningarna, det vill säga dispositionen, metoden och målet, gjordes först en edukandanalys. Målgrupperna är tre olika men vi valde att göra en gemensam edukandanalys eftersom det troligen är mycket som grupperna har gemensamt, men vi påpekar även skillnader om det uppkommer sådana.

Edukanderna på föreläsningarna kommer att vara hälsovårdare, barnmorskor eller studerande. En del av hälsovårdarna och barnmorskorna på fältet har deltagit i studien, de är i åldrarna 23 till 58 år och är alla kvinnor. Hälsovårdar- och barnmorskestuderandena är alla kvinnor och i 20-årsåldern. Antalet hälsovårdarstuderande är 11 och antalet barnmorskestuderande är 13.

Den tidigare kunskapen bland åhörarna varierar beroende på hur lång arbetserfarenhet de har, eller om de fortfarande studerar. Några åhörare är i början av sin arbetskarriär medan andra jobbat flera år och på så vis har mera förhandskunskaper. Dessutom är åhörarnas tidigare utbildningar okända.

Hälsovårdarstuderandena och barnmorskestuderandena är skilt för sig homogena grupper med tanke på utbildningen eftersom alla ligger på samma nivå och har läst lika mycket inom just denna utbildning. Föreläsningen kommer i början av studerandenas inriktade studier. Eventuellt kan detta vara till nackdel eftersom de inte varit på praktik inom mödravården ännu och det är länge tills de skall på praktik och därför hinner de glömma föreläsningens innehåll.

Förväntningarna hos de åhörare som arbetar inom mödravården är troligtvis relativt höga eftersom de vet att de behöver kunskap om kulturellt vårdande och vill lära sig. Eftersom hälsovårdar- och barnmorskestuderandena inte hunnit så långt i sina inriktade studier har de troligtvis ganska låga förväntningar. De har kanske inte insett hur stor betydelse den kulturella kompetensen har i deras framtida arbete och hur lärorikt detta ämne är för dem.

Närvaron för studerandena är obligatorisk vilket eventuellt gör att förväntningarna inte är lika höga och motivationen att komma och lyssna på vår föreläsning är kanske inte lika stor.

3.2 Disposition

Disposition	Metod	Tid
Presentation av oss själva och examensarbetet	Föreläsning och powerpoint	2 min
Inledning och syfte	Föreläsning och powerpoint	1 min
Teoretisk utgångspunkt Campinha-Bacotes modell	Föreläsning och powerpoint	8 min
Resultatet	Föreläsning och powerpoint	15 min
Tolkningen	Föreläsning och powerpoint	8 min
Avslutning	Föreläsning och powerpoint	1 min
Diskussion	Fri diskussion	10 min
		= 45 min

3.3 Målanalys

Målet med undervisningen är att åhörarna skall få en större förståelse över vad kulturell kompetens är enligt Campinha-Bacote, samt vad som enligt henne krävs för att uppnå de fem komponenterna för att bli kulturellt kompetent. Respondenterna kommer att presentera hennes modell och resultatet som framkom i respondenternas studie.

De främsta målsättningarna med föreläsningen är att intresse skall väckas och kunskap skall fås och respondenterna hoppas att åhörarna skall ha nytta av föreläsningen i arbetslivet.

3.4 Metoder

Metoderna respondenterna kommer att använda sig av under föreläsningarna är de samma på alla föreläsningar. Det vill säga en power-point presentation och föreläsning. Power-point presentationen innehåller punkter och stödord för att åhörarna lättare skall hänga med och orka koncentrera sig. Dessutom hjälper power-point presentationen respondenterna att hålla den röda tråden när de pratar bredare om ämnet.

I början av föreläsningen bjuder respondenterna på något smått att äta för att åhörarna skall få en positiv och glad inställning samt energi för att lyssna på föreläsningen.

3.5 Utvärdering

Efter föreläsningen delade respondenterna ut en utvärderingsblankett (bilaga 2) som åhörarna fyllde i. Cirka två tredjedelar av alla åhörarna hade tidigare arbetserfarenhet av mångkulturellt vårdande. Endast de åhörare som arbetar ute på fältet hade erfarenhet av mödrarådgivningsarbete. Alla åhörare tyckte att de hade lärt sig något av föreläsningen och att den hade väckt tankar. Respondenterna fick också en hel del övriga kommentarer, bland annat:

"Det som jag tyckte var viktigt och som lyftes fram var det att man som vårdare tar med egna värderingar och kulturell bakgrund lättare än vad man tror. Skulle gärna få mera utbildning i ämnet."

"Presentationen gav mig en första inblick i ämnet som väckte mera intresse."

"Intressant, men lite svårt att tillämpa nu när man ännu inte har så mycket erfarenhet inom området."

4 Kritisk granskning

Att hålla föreläsning var ett bra val och alla tre föreläsningar lyckades väl. Med hjälp av föreläsningarna fick respondenterna förmedla kunskap åt de som redan är ute på fältet och arbetar med mödrarådgivning och studerande som senare kan tillämpa kunskapen i arbetslivet.

Respondenterna övervägde att bygga upp föreläsningarna på olika sätt och belysa vissa punkter mera än andra beroende på edukandgrupperna. Men slutligen beslöt sig respondenterna i alla fall för att hålla samma föreläsning för alla eftersom respondenterna byggde upp föreläsningen så att ingen förkunskap krävdes. I efterhand upplever respondenterna att det var ett bra beslut eftersom det verkade som att alla åhörare fick ut något av föreläsningen och många av dem gav positiv feedback.

Under första föreläsningen var respondenterna lite nervösa, detta gjorde att respondenterna pratade lite för snabbt och skyndade genom materialet. Åhörarna kanske märkte av nervositeten och koncentrerade sig sämre på själva föreläsningmaterialet och gick miste om en del av informationen. Under de andra föreläsningarna försökte respondenterna ta det lugnare och var inte rädda för att ta pauser och vara tysta ibland. Det kan tänkas att de två senare föreläsningarna gav mera och var mer lärorika för åhörarna.

Dispositionen var väl uppbyggd och tidsplanen höll relativt bra. Respondenterna använde sig av en power-point-presentation (bilaga 2) och detta var ett bra alternativ eftersom åhörarna lättare kunde följa med under föreläsningen. Föreläsningarna tog mellan 35 och 45 minuter beroende på hur mycket diskussion som uppstod efter föreläsningarna. Positivt var att diskussioner uppstod efter varje föreläsning och åhörarna hade både positiva och negativa erfarenheter av ämnet som föreläsningen handlade om.

Under första föreläsningen deltog 13 barnmorskor och hälsovårdare. Under föreläsningen för hälsovårdarstuderandena deltog nio personer och på den sista föreläsningen för barnmorskestuderandena deltog tolv personer. Respondenterna blev

positivt överraskade av att så många studerande engagerade sig i föreläsningen trots att de ännu inte har någon praktisk erfarenhet av mödrarådgivningsarbete.

Respondenterna upplevde sig ha mera tid för utvecklingsarbetet än för examensarbetet, vilket resulterade i att respondenterna var mera motiverade att arbeta kring utvecklingsarbetet. Detta möjliggjorde att vi kunde finslipa utvecklingsarbetet noggrannare än examensarbetet. Vi var väl förberedda inför alla tre föreläsningar och hade noggrant valt ut de delar vi ville framföra för att på bästa sätt gynna våra åhörare.

5 Diskussion

Planeringen, genomförandet och utvärderingen av denna föreläsning var intressant och roligt, men även en utmaning. Att hålla en föreläsning föll sig naturligt då vi ville förmedla vår kunskap. Själva föreläsningen i sig är kanske inte svår att hålla, men att hålla en bra föreläsning kräver en hel del av föreläsarna. Man skall få ut sin kunskap på ett sådant sätt att åhörarna vill lyssna och orkar koncentrera sig hela tiden. För att hålla energin uppe bjöd vi på choklad och tog med åhörarna i föreläsningen genom att ställa frågor ibland. Vi upplevde att åhörarna var delaktiga i föreläsningen och verkade vara uppmärksamma.

Hälsovårdarstuderandena hade deltagit i vår examensarbetspresentation tidigare, vilket gjorde att de redan hade lite förhandskunskap om ämnet. Denna föreläsning var dock mera praktiskt lagd och vi fokuserade mera på *vad* vi kom fram till istället för *hur* vi kom fram till resultatet. I slutändan tror vi nog att de hade nytta av båda tillfällena. De studerande har nu fått lite teoretisk förankring i ämnet mångkulturellt vårdande och har därför förhoppningsvis en större kunskap om ämnet än vad vi hade då vi inledde vår mödrarådgivningspraktik. I edukandanalysen tänkte vi att det kanske kunde vara till nackdel att ha föreläsningen i början av de inriktade studierna, eftersom de inte har varit på praktik inom mödravården ännu och de hinner glömma föreläsningens innehåll före de skall ut på praktik. I efterhand tror vi ändå att det var till nytta att de studerande var med om denna föreläsning just i detta skede, eftersom de nu har tid att reflektera över vad de lärt sig och således kanske kan tillämpa kunskapen bättre då de skall ut på praktik.

De hälsovårdare och barnmorskor som arbetar på mödrarådgivningarna reagerade på vårt resultat och en diskussion uppstod eftersom det i vår studie påstås att de inte är kulturellt kompetenta. Säkert blev vårt resultat en tankeställare för dem; på vilket sätt kan de utveckla sig själva för att uppnå kulturell kompetens?

Positivt var att vi fick mycket feedback av åhörarna som visade att de var engagerade i vår föreläsning och tyckte det var ett ämne värt att lyssna på. Fastän vi upplevde att den första av våra tre föreläsningar inte lyckades så väl som vi hade tänkt oss, fick vi ändå mycket positiv feedback både gällande innehållet i föreläsningen men också gällande våra roller som föreläsare, vilket naturligtvis höjde motivationen inför följande föreläsningar. Vi hade även tid för finslipning av arbetet och är nöjda med vår insats. Vi upplever att kulturell kompetens är viktigt för oss som hälsovårdare, det var således ett bra val att hålla föreläsningar eftersom vi då fick ut vårt resultat och att resultatet som framkom i vår studie inte bara blev en skrivbordsprodukt.

Före vi började skriva vårt examensarbete *Kulturell kompetens på mödrarådgivningen – En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens* hade vi ingen egentlig kunskap om kulturell kompetens, vi var alltså omedvetet inkompetenta. Allteftersom vi sökte information om ämnet via artiklar, böcker och andras erfarenheter växte vår förståelse för kulturell kompetens och vad det innebär, vilket förde oss till följande nivå; medveten inkompetens. Vi insåg att det krävs mycket som vårdare att arbeta kulturellt kompetent och blev således medvetna om vår inkompetens vad gäller att vårda mödrar som har en annan kulturell bakgrund än en själv. Genom vårt examensarbete och utvecklingsarbete har vår kulturella kompetens vuxit och fastän vi fortfarande upplever oss vara medvetet inkompetenta, så känner vi nu till de verktyg som behövs i processen att bli kulturellt kompetenta enligt Campinha-Bacote.

Källförteckning

Campinha-Bacote, J. (2003). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Service*. [u.o.].

Carlström, S., Käld, J. & Nygård, S. (2011). *Kulturell kompetens på mödrarådgivningen – En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens*. Opublicerad avhandling för examen. Vasa: Novia

Fällman, B. (1996). *Tala och engagera. Populär presentationsteknik*. Lund: Studentlitteratur.

Gunnarson, H. (1996). *Vältalaren. Om konsten att tala*. Stockholm: Liber Ab.

Långström, S. & Viklund, U. (2006). *Praktisk lärarkunskap*. Lund: Studentlitteratur.

Vo, T. (2010). Maahanmuuttajaäidit neuvolann asiakkaina. *Kätilölehti*, 115 (2), 12-14.

Hej!

Vi är tre hälsovårdstuderande som skrivit ett examensarbete om "Kulturell kompetens på mödrarådgivningen - En empirisk studie över hälsovårdarnas och barnmorskornas kulturella kompetens". Syftet med studien var att undersöka om hälsovårdarna/barnmorskorna i Svenskøsterbotten har kulturell kompetens, dvs kan vårda patienter med annan kultur än ens egen. Vi har även undersökt vad som främjar den kulturella kompetensen och om det finns något som gör det svårare för hälsovårdarna/barnmorskorna att nå den kulturella kompetensen.

Till vårt utvecklingsarbete hör nu att framföra och undervisa om resultatet som framkom i studien. Därför vill vi bjuda in er till denna föreläsning och hoppas ni vill närvara tisdagen den xx klockan xx. Föreläsningen tar ungefär 45 min, vi kommer även att bjuda på något gott att knapra på under föreläsningen.

Välkomna!

Mvh. Sanna Carlström, Jenna Käld, Sandra Nygård



UTVÄRDERING

Kulturell kompetens på mödrarådgivningen

1. Har du erfarenhet av mödrarådgivningsarbete?

Ja Nej

2. Har du erfarenhet av mångkulturellt vårdande?

Ja Nej

3. Lärde du dig något av föreläsningen?

Ja Nej

4. Väckte föreläsningen tankar?

Ja Nej

Övriga kommentarer:

Tack! 😊

Sanna Carlström, Jenna Käld, Sandra Nygård



Kulturell kompetens på mödrarådgivningen

En empirisk studie över hälsovårdarnas och
barnmorskornas kulturella kompetens

15.03.2012

Sanna Carlström, Jenna Kåld, Sandra Nygård

Inledning

- Samhället blir mera transkulturellt
 - Antalet patienter från andra kulturella bakgrunder ökar
 - Antalet vårdare från andra kulturella bakgrunder ökar
- Människor är mera rörliga och flyttar mera idag
- Kulturell kompetens behövs för att alla skall få god och rättvis vård

Syfte

- Om hälsovårdarna och barnmorskorna på mödrarådgivningarna i Svenskøsterbotten har kulturell kompetens
- Vad som kan främja kulturell kompetens
- Vad som kan göra det svårare för dem att nå kulturell kompetens

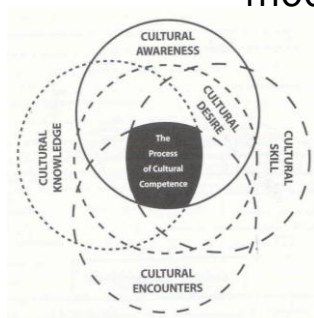
Teroetisk utgångspunkt

- Josepha Campinha-Bacote
- Transkulturellt vårdande
- Resultatet tolkas enligt Campinha-Bacotes modell

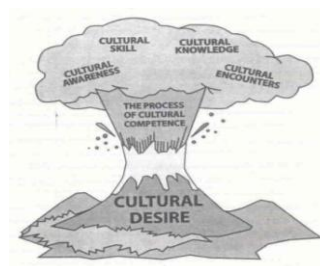
Campinha-Bacotes modell om kulturell kompetens

- Kulturell kompetens är en kontinuerlig process som hela tiden fortgår
- Fem olika komponenter: Kulturellt begär, kulturell medvetenhet, kulturell kunskap, kulturell färdighet och kulturella möten
- För att bli kulturellt kompetent måste man ha upplevt alla fem komponenter

Två bilder som illustrerar modellen:



The process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services. (Campinha-Bacote, 2003, 12)



The process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services. (Campinha-Bacote, 2003, 13)

Kulturellt begär

- Vårdpersonalen har en positiv inställning till att engagera sig i processen att bli kulturellt kompetent
- Motivationen att engagera sig skall vara genuin och tillförlitlig utan baktankar
- Vårdandet skall komma via hjärtat, inte via ord

Kulturellt begär

- För att utveckla sitt kulturella begär krävs att vårdaren är villig till att uppoffra sina egna fördomar och förutfattade meningar om patienter med andra kulturella bakgrunder

*”Människor bryr sig inte om hur mycket du vet,
förrän de vet hur mycket du bryr dig”*

Kulturell medvetenhet

- Vårdpersonalen granskar sig själv och utforskar sin egen kulturella medvetenhet
- Man tillkännager sina egna fördomar och förutfattade meningar om individer som är olika en själv
- Det finns fyra olika stadier:
 - omedveten inkompetens
 - medveten inkompetens
 - medveten kompetens
 - omedveten kompetens

Kulturell kunskap

- En process där man kontinuerligt söker ny kunskap och man upprätthåller sin kunskapsbas om andra kulturer
- Om man som vårdare har förståelse för hälsa, hälsovanor och värderingar hos patienter från andra kulturella bakgrunder har man även en förståelse för patienternas världsbild
- Detta är grunden för alla handlingar och tolkningar som vårdaren gör

Kulturell färdighet

- En förmåga att kunna samla in relevant information angående patientens situation
- Med hjälp av denna information kan man sedan undersöka en patient från en annan kulturell bakgrund
- Innebär att man måste se patienten mera än bara som ett objekt, man måste se patienten och dennes bakgrund som en helhet
- Får inte döma patienten utifrån sin egna kulturella bakgrund

Kulturella möten

- Innebär processer där man uppmuntrar vårdpersonalen att engagera sig i patienter från andra kulturella bakgrunder och i mötet med dem
- Då vårdpersonalen kommer i kontakt med dessa patienter väcks intresset
- Man blir inte expert på en kultur genom att komma i kontakt med en eller några personer ur en kultur

Kulturella möten

- Det kan finnas mera variationer inom en kulturell grupp än mellan olika kulturella grupper
- Utmaningar kan uppstå, t.ex. avsaknad av gemensamt språk

Resultat: Kulturellt begär

- **Positiv inställning**
 - Positiv, öppen, neutral och ödmjuk inställning
 - Har ingen skillnad vem de vårdar
 - Språket är ett stort problem, men hälsovårdarna och barnmorskorna klarar sig bra med kroppsspråk och gester
 - Patienter från andra kulturer är ofta väldigt tacksamma och glada för vården de får -> inställningen förblir positiv

Resultat: Kulturellt begär

- **Negativ inställning**
 - Svårigheter med bemötandet om man saknar ett gemensamt språk
 - Svårt att förstå den andra kulturen
 - Tidsmässigt och kunskapsmässigt mera krävande
- **Blandad inställning**
 - Samtidigt berikande och givande men också tungt och krävande

Resultat: Kulturell medvetenhet

- **Medvetenhet**
 - De flesta medvetna om sin egen kultur och försöker undvika att den egna kulturen påverkar arbetet
 - Den egna kulturen är starkt inrotad i ens undermedvetna
 - Den egna kulturen kan ta över och vårdaren börjar tänka utifrån sin egna kultur och de egna åsikterna påverkar vården

Resultat: Kulturell medvetenhet

- **Fördomar och förutfattade meningar**
 - Vårdaren borde inte ha fördomar
 - De flesta svarade att de inte har fördomar eller -förutfattade meningar
 - Fördomar och förutfattade meningar märktes i informanternas åsikter
 - En del svarade ärligt att de har eller har haft fördomar eller förutfattade meningar

Resultat: Kulturell medvetenhet

- En del av fördomarna och de förutfattade meningarna försvinner då hälsovårdarna och barnmorskorna lär känna människorna och kulturen
- En orsak till fördomar och förutfattade meningar är rädsla för det främmande och okunskap

Resultat: Kulturell kunskap

- **Utbildning och kurser**

- Bristande utbildning om mångkulturellt - vårdande
- Mera kunskap behövs för att kunna vårda mödrar från andra kulturella bakgrunder på bästa möjliga sätt
- Kunskap tack vare arbetserfarenhet

Resultat: Kulturell kunskap

- **Arbetserfarenhet**

- Alla hade mer eller mindre arbetserfarenhet av att arbeta med mödrar från andra kulturella bakgrunder

Resultat: Kulturell färdighet

- **Faktorer som underlättar vårdandet**

- Öppet sinne, positiv, flexibel och gör det bästa av situationen
- Förmåga att sätta sig in i andras kulturer, inte ha fördomar eller vara rasist, själv ta reda på kunskap och vara intresserad
- Arbetskompisar, skolningar, tolk, en fungerande kommunikation och broschyrer på patienternas modersmål

Resultat: Kulturell färdighet

- **Faktorer som försvårar vårdandet**

- Språket en gemensam faktor som försvårar
- Bristande engelska eller inget gemensamt språk gör kommunikationen svår
- Tolken kan samtidigt både underlätta och försvåra
- Tidsbrist, otillräcklig kunskap om andra kulturer och avsaknaden av material på patienternas modersmål försvårar vårdandet

Resultat: Kulturell färdighet

- **Upplevelser av att diskutera med och undersöka patienter**
 - En del kan ha patienternas kultur i åtanke samtidigt som de undersöker eller diskuterar med patienter från andra kulturella bakgrunder
 - Att ha patienternas kultur i åtanke hela tiden är svårt, slinker lätt ur och övergår till den egna kulturens tankesätt

Resultat: Kulturell färdighet

- **Utvecklandet av praktiska färdigheter i vårdandet**
 - Skolningar och föreläsningar skulle underlätta
 - Tid påverkar utvecklandet av den praktiska färdigheten. Man hinner inte sätta sig in i patientens situation och kultur pga. tidsbrist
 - Större ordförråd inom olika språk och mera bakgrundsinformation om patienten kunde underlätta vården

Resultat: Kulturella möten

- Överlag lyckas mötena med patienter från andra kulturella bakgrunder bra
- Det första besöket är viktigt för att skapa ett förtroende mellan vårdaren och patienten
- Vårdaren kan påverka hur mötena blir, genom att våga prata med kroppen och använda fantasin

Resultat: Kulturella möten

- Svårigheter under mötena kan uppstå om patienten ställer frågor som vårdaren inte riktigt förstår eller kan svara på
- Man kan inte läsa mellan raderna på grund av språkproblem

Tolkning

- Endast fantasin sätter gränser
- Försöker beakta olika traditioner och kulturella eller religiösa seder
- Tar till sig nya saker, vill lära sig -> kulturella kunskapen ökar
- Flexibla och kan utveckla mötet i rätt riktning -> slutresultatet blir bra

Tolkning

- **Områden som hälsovårdarna och barnmorskorna är kunniga inom**
- Försöker sitt bästa och gör det bästa av situationerna för att ge samma vård åt alla kvinnor, oberoende kulturell bakgrund
- De använder sig av kroppen och olika bilder för att försöka kommunicera

Tolkning

- **Brister inom mångkulturellt vårdande**
 - Flest brister inom områden för kulturell färdighet och kulturell kunskap
- **Kulturell färdighet**
 - Avsaknaden av gemensamt språk var den största bristen
 - Vet inte om tolken översätter rätt och översätter allting eller lämnar bort en viss del

Tolkning

- **Kulturell kunskap**
 - Den kulturella kunskapen är ytterst bristfällig
 - Tillräcklig utbildning om kulturell kompetens saknas både under hälsovårdar- och barnmorskeutbildningen samt inom fortbildning i arbetslivet
 - En liten förbättring om man jämför utbildningen nuförtiden med hur den var för några årtionden sedan

Hade de kulturell kompetens enligt Campinha-Bacote?

- Studien visar ett genuint intresse av kulturellt vårdande och samt en positiv inställning
- Campinha-Bacotes modell för kulturell -> saknar kulturell kompetens
- Pga. brister inom kulturell kunskap och kulturell färdighet har alla de olika skeden som behövs inom processen för att uppnå kulturell kompetens inte upplevts

Avslutningsvis

Kulturell kompetens handlar innerst inne inte om att ändra på sig själv och sina egna värderingar, utan om att man bör ha respekt och visa hänsyn till andra individer