



Anita Wikberg

En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt  
vårdande – att föda barn i en annan kultur



## Anita Wikberg (f.1962)

Student från Ekenäs Gymnasium 1981

Barnmorska och specialjukskötare från Vasa Svenska Sjukvårdsläroanstalt 1987

Magister i hälsovetenskaper vid Åbo Akademi 2003

Lektor i vård vid Yrkeshögskolan Novia 2011–

EN VÅRDVETENSKAPLIG TEORI OM INTERKULTURELLT VÅRDANDE  
– ATT FÖDA BARN I EN ANNAN KULTUR





# En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande

– att föda barn i en annan kultur

Anita Wikberg

Vårdvetenskap  
Socialvetenskapliga institutionen  
Åbo Akademi

ISBN 978-952-12-3057-8  
Multiprint, Vasa

# ABSTRACT

**Anita Wikberg** **A caring science theory on intercultural caring  
– Giving birth in another culture**

**Supervisors:** PhD, Professor Emerita, Katie Eriksson, Åbo Akademi University,  
PhD, Professor Terese Bondas, University of Nordland, Norway  
Department of Social Sciences, Åbo Akademi University, Finland

The aim of this dissertation is to develop a theory on intercultural caring to deepen the understanding of caring between nurses and patients who have different cultural backgrounds. The research questions are: 1) What is intercultural caring? 2) How is intercultural caring described and understood? 3) How is intercultural caring described and understood in a maternity care context from the patients' perspective? 4) What is the substance in a theory on intercultural caring? 5) What is the substance in a theory on intercultural caring in maternity care from the patients' perspective? The theoretical perspective is based on caritative theory and the *caring science-tradition* (Eriksson, 2001, 2002) and has a hermeneutic approach. In the first study, 19 texts of Campinha-Bacote, Kim-Godwin, Leininger and Ray are analysed through content analysis. A model for intercultural caring is then created abductively. The second study is a metasynthesis of 40 studies on intercultural caring in maternity care research. The third study is a focused ethnography, in which 17 immigrant mothers are interviewed and observed.

The theory on intercultural caring is created through a hermeneutic synthesis of the three studies. A synthesis of the studies with a maternity context results in five patterns of interpretation: the experience of caring is related to power; the family is always present; childbearing and change of culture can give women multiple vulnerabilities; both the mother and the nurse change when they meet; conflicts can cause change. The theory and patterns of interpretation consolidate into a contextual theory on intercultural caring for clinical maternity praxis. In this theory, caring consists of four dimensions: universal, cultural, contextual, and unique caring, which permeate each other. Universal caring is non-dependent of time and space. Cultural caring considers the cultural background, the acculturation and the equality of each mother. In the maternity care culture, cultural competence, cultural safety, and acculturation of the nurse are emphasised. Contextual caring considers the specific cultural features of the childbearing mother. In this respect, the nurse is expected to be an expert and to clarify cultural assumptions in maternity care. In unique caring, the mother expects good communication, respect for the family, goodwill and somebody who cares for her and meets her needs, in order for trust to be built. In this respect, the nurse listens to the woman's narrative, is flexible, open, courageous, and non-judgemental. The nurse shows an understanding for the life situation of the woman, and strives for continuity to preserve the care relationship. It was found that external circumstances affect intercultural caring. Moreover, intercultural caring is expected to decrease misunderstandings and conflicts, alleviate suffering and promote health and life.

The theory adds knowledge to the phenomenon of intercultural caring for the nursing and caring sciences, and for the nursing care of patients with other cultural backgrounds than the nurses. The theory can be used in nursing, education, research and administration.

**Keywords:** Intercultural caring, caring, maternity care, mothers, ethnic, foreign, immigrant, intercultural, transcultural nursing, theory development, hermeneutic synthesis.

## ABSTRAKT

### Anita Wikberg **En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur**

**Handledare:** FD, professor emerita, Katie Eriksson, Åbo Akademi,  
HVD, professor Terese Bondas, Universitetet i Nordland, Norge  
Socialvetenskapliga institutionen, Åbo Akademi, Finland

Avhandlingens syfte är att utveckla en teori om interkulturellt vårdande för att fördjupa förståelsen av vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund. Frågeställningarna är: 1) Vad är interkulturellt vårdande? 2) Hur beskrivs och förstås interkulturellt vårdande? 3) Hur beskrivs och förstås interkulturellt vårdande i mödravårdscontext ur ett patientperspektiv? 4) Vad är substansen i en teori om interkulturellt vårdande? 5) Vad är substansen i en kontextuell teori om interkulturellt vårdande i mödravård ur ett patientperspektiv? Studien utgår från den caritative teorin och *caring science-traditionen* (Eriksson, 2001, 2002). Studien är hermeneutisk. I studie ett analyseras 19 texter av Campinha-Bacote, Kim-Godwin, Leininger och Ray med innehållsanalys. En modell för interkulturellt vårdande skapas abduktivt. Studie två är en metasyntes av 40 studier om interkulturellt vårdande i mödravård. Studie tre är en fokuserad etnografi där 17 invandramödrar intervjuas och observeras.

Teorin om interkulturellt vårdande skapas genom en hermeneutisk syntes av de tre studierna. Syntes av studierna i mödravårdscontext resulterade i fem meningsbärande tolkningsmönster: vårdandeupplevelsen är relaterad till makt; familjen är ständigt närvarande; barnafödande och byte av kultur gör kvinnorna dubbelt sårbara; både modern och vårdaren förändras då de möts; konflikter kan leda till förändring. Teorin och tolkningsmönstren sammansmälter till en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis. I den består vårdandet av fyra dimensioner: universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt vårdande. Dimensionerna genomsyrar varandra. Det universella vårdandet är oberoende av tid och rum. Det kulturella vårdandet beaktar kvinnans kulturella bakgrund, ackulturation och jämlikhet. I vårdkulturen understryks vårdarens kulturella kompetens, kulturella säkerhet och ackulturation. Det kontextuella vårdandet beaktar specifika drag i barnafödande i kvinnans kulturella bakgrund. Vårdaren förväntas vara kunnig och tydliggöra för givet tagna antagande i mödravårdskulturen. I det unika vårdandet önskar kvinnan att kommunikationen fungerar, familjen respekteras, välvilja råder, någon bryr sig, och behov tillmötesgår så att tillit kan byggas upp. Vårdaren lyssnar till kvinnans berättelse, är flexibel, öppen och modig samt icke-dömande. Vårdaren har förståelse för kvinnans livssituation och eftersträvar kontinuitet för att bevara vårdrelationen. Yttre omständigheter påverkar interkulturellt vårdandet. Det interkulturella vårdandet förväntas leda till färre missförstånd och konflikter, lindra lidande och främja hälsa och liv.

Teorin bidrar med kunskap om fenomenet interkulturellt vårdande för vårdvetenskap och för vården av patienter som har en annan kulturell bakgrund än vårdaren. Teorin kan användas inom vårdarbete, utbildning, forskning och administration.

**Sökord:** Interkulturellt vårdande, vårdande, mödravård, mödrar, etnisk, utländsk, invandrare, interkulturell, transkulturell vård, teorigenerering, hermeneutisk syntes.



## FÖRORD

Att flytta till ett annat land eller annan kultur inom ett land kan förändra ens liv. Man kanske inte förstår språket, har andra värderingar eller samhället fungerar på ett annat sätt än man är van vid. Det finns dolda regler som ingen talar om, utan man får klura ut dem själv. Om man behöver vård kan man vara extra utsatt då det är svårt att förstå hur systemet fungerar. Hur ska man få tillgång till service och vågar man tro på att vården är av god kvalitet och vårdarna välvilliga? Att till exempel föda barn, som i sig är en positiv händelse för de flesta, kan vara skrämmande speciellt om man saknar vänner och familjemedlemmar. Vågar kvinnan lägga sitt och barnets liv i andras händer? Är man dessutom tvungen att lämna sitt land, såsom de flesta flyktingar och asylsökande kan man vara särskilt sårbar.

Första gången jag flyttade till en annan kultur var då jag påbörjade min sjukvårdutbildning och flyttade från Västnyland till Österbotten. Visserligen hade jag arbetat en sommar i Härjedalen i Sverige, men flytten till Österbotten kändes svårare, eftersom jag ibland inte förstod språket på grund av dialekt och var ovan med den troende kultur jag hamnade i. Dessutom innebar studier en längre tids vistelse i en annan kultur än ett sommarjobb. Efter vidareutbildning till barnmorska flyttade jag med min familj till Zambia, Lesotho, Nepal och Vietnam endast med korta vistelser i Finland emellan. Alla vistelser och arbetserfarenheter gav mig mest positiva, men också en del negativa erfarenheter och många minnen och vänner för livet. Mitt liv var för evigt förändrat och jag kom därför att intressera mig allt mer för hur vårdandet uttrycktes och hur kulturen påverkar upplevelser av vårdandet.

Att skriva en doktorsavhandling är ett långt projekt som levt med mig under en tioårsperiod. Jag vill speciellt framföra mitt tack till mina handledare professor emerita Katie Eriksson från Åbo Akademi i Vasa och professor Terese Bondas från Universitetet i Nordland i Norge. Katie har hjälpt mig att se helheten och tålmodigt visat vägen och tillrättaviserat mig då jag varit på villospår, men gett mig tid och frihet att utveckla min teori och förståelse i egen takt. Terese har gett ovärderlig hjälp med metoder och substans, ställt spännande frågor och uppmuntrat och stöttat då motivationen har varit låg. Båda har uppmuntrat att gå vidare även i tunga stunder och visat på det som redan är gjort. Docent Merja Nikkonen fungerade som handledare en kort tid i början av processen och ska ha tack för konstruktiva tankar angående kulturaspekten. HVD Maud Karlsson och forskarstuderande Maj Hellberg, som var interna granskare, vill jag tacka för noggrann läsning och förtydligande av oklarheter i mitt manuskript. Externa förgranskare professor Päivi Åstedt-Kurki och professor Ingrid Hanssen tackas för värdefulla kommentarer.

Därtill vill jag tacka Sjuksköterskeföreningen i Finland rf, Finlands Barnmorskeförbund rf, Hoitotieteiden tutkimusseura, HTTS, Stiftelsens för Åbo Akademi forskningsinstitut, Stiftelsen för Österbottens Högskola, Yrkehögskolan Novia och vårdvetenskapen vid Åbo Akademi och andra som bidragit ekonomiskt, gett mig tjänstledigt för att arbeta med avhandlingen eller gett mig möjlighet att presentera resultat på konferenser.

Till slut vill jag tacka min familj och mina vänner som har trott på, uppmuntrat, stött och stått ut med mig. Anders har hjälpt mig med tekniska problem och skött markservicen då jag varit förlorad i funderingar kring avhandlingen. Ida har ibland fungerat som bollplank och Karl har talat om att det finns en värld utanför arbetet med doktorsavhandlingen också. Tack till min mor Linnéa och min far Valdemar Grönqvist som inte längre lever, men som skulle ha varit oerhört stolta över sin dotter nu.

Vasa 4 juni 2014



Anita Wikberg

Till minnet av mina föräldrar

## FÖRTECKNING ÖVER ARTIKLAR

### Avhandlingen grundar sig på följande artiklar:

#### Artikel I

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

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00555.x>

#### Artikel II

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

<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4648>

#### Artikel III

Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondas, T. 2012. Intercultural caring from the perspectives of immigrant new mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 41(5), 638–649.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01395.x>

#### Artikel IV

Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondas, T. 2014. Immigrant new mothers in Finnish maternity care – an ethnographic study of caring. *International Journal of Childbirth*, 4(2), 85–100.

<http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.4.2.85>

Artiklarna är publicerade och har omtryckts med förlagens (copyright-innehavarnas) tillåtelse.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT

ABSTRAKT

FÖRORD

INLEDNING .....	1
AVHANDLINGENS BAKGRUND .....	6
Syfte, frågeställningar och design.....	6
Forskningsöversikt.....	11
Vårdande i vårdvetenskap.....	12
Vårdande i transkulturella studier och teorier.....	14
Teorier och studier om vårdande och icke-vårdande inom mödravård.....	17
Empiriska studier av vårdande och icke-vårdande mellan olika kulturer .	24
Teoretiskt perspektiv .....	36
Förförståelse .....	40
Från transkulturell vård till interkulturellt vårdande .....	45
Beskrivning av kontexten – mödravård och etniska grupper i Finland .....	50
METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER OCH GENOMFÖRANDE.....	54
Hermeneutik och teorigenerering .....	54
Material och urval i delstudierna .....	60
Metoder i delstudierna .....	65
Slutledningsformer .....	69
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN .....	71
RESULTAT .....	76
En teori om interkulturellt vårdande.....	76

Från en abduktiv modell till en teori om interkulturellt vårdande	79
Dimensioner för vårdande .....	80
Den vårdande relationen .....	82
Det interkulturella vårdandet främjar hälsa och liv och lindrar lidande....	84
Ackulturation och förändring.....	84
Yttre omständigheter.....	85
Meningsbärande tolkningsmönster i interkulturell mödravårdscontext.....	87
Vårdandeupplevelsen är relaterad till makt .....	87
Familjen är ständigt närvarande.....	89
Barnafödande och byte av kultur gör kvinnorna dubbelt sårbara .....	91
Både modern och vårdaren förändras då de möts .....	93
Konflikter kan leda till förändring .....	94
En kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis .....	96
SPEGLING MOT DEN CARITATIVA TEORIN .....	104
KRITISK GRANSKNING .....	108
DISKUSSION.....	118
SUMMARY .....	132

## LITTERATURFÖRTECKNING

### BILAGOR

### ARTIKLAR I-IV

## **FIGURFÖRTECKNING**

Figur 1. Avhandlingens design .....	8
Figur 2. Modell för interkulturellt vårdande .....	44
Figur 3. Teori om interkulturellt vårdande .....	78
Figur 4. En kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårds-praxis .....	101

## **TABELLFÖRTECKNING**

Tabell 1. Uppbyggnad av avhandlingen och utveckling av teorin .....	9
Tabell 2. Översikt av avhandlingens material, urval och metoder .....	61

## **FÖRTECKNING ÖVER BILAGOR**

Bilaga 1. Axiom och teser	
Bilaga 2. Databaser för litteratursökning	
Bilaga 3. Material i den första studien	
Bilaga 4. Flödesschema över sökningar och urval i den andra studien	
Bilaga 5. Information om deltagande i studien interkulturellt vårdande	
Bilaga 6. Temaguide för intervjuer	





# INLEDNING

Avhandlingen handlar om interkulturellt vårdande, d.v.s. vårdarbetets kärna, mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund. Syftet är att utveckla en teori om interkulturellt vårdande för att fördjupa förståelsen av vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund. Min erfarenhet av att arbeta inom mödravård och vårdutbildning med personer från andra kulturer väckte intresset för transkulturell vård, som beaktar patientens kultur och betonar vårdarens kulturella kompetens, vilket ledde till en studie om vårdande ur ett transkulturellt perspektiv (Wikberg, 2003)<sup>1</sup>. Inom den transkulturella vården<sup>2</sup> ses en kultur ofta som dominerande och det är främst vårdarens perspektiv som beskrivs. Därför uppstod en oro för att vårdandet och patientens kultur inte beaktas tillräckligt i vårdarbetet. I föreliggande avhandling lyfts patientens röst fram. Från början var perspektivet professionsorienterat ur barnmorskans synvinkel, men inkluderar även ett vårdvetenskapligt perspektiv om vad interkulturellt vårdandet innehåller och hur det kan förstås.

Ur ett samhällsperspektiv är det motiverat att studera interkulturellt vårdande, eftersom invandringen har ökat i Finland<sup>3</sup> och finländska vårdare arbetar i andra länder<sup>4</sup>. Många invandrare har språksvårigheter i vården (Bollini, Stotzer & Wanner, 2007; Lyons, O’Keeffe, Clarke & Staines,

---

<sup>1</sup> Studien beskrivs närmare i kapitlet *Förförståelse*.

<sup>2</sup> Se kapitlet Från transkulturell vård till interkulturellt vårdande.

<sup>3</sup> Se kapitel Beskrivning av kontexten – mödravård och etniska grupper i Finland.

<sup>4</sup> År 2010 fanns det 3 590 finländska sjukskötare i arbetsför ålder utomlands (Koivuniemi, 2012). De flesta bodde i Sverige, Norge, Tyskland och Storbritannien.

2008; Tantt, 1997). De känner sig missförstådda, har svårt att göra sin röst hörd och får otillräcklig information. Deras förväntningar motsvarar inte deras erfarenheter (Cortis, 2000; Emami, Benner & Ekman, 2001). Annorlunda värderingar, traditioner och vårdformer kan skapa konflikter (Berggren, Bergström & Edberg, 2006; Emami m.fl., 2001). Konflikter och rädsla kan leda till att patienter med annan kulturell bakgrund undviker vården eller avbryter vårdrelationer (Berggren m.fl., 2006; Essén, Johnsdotter, Hovelius, Gudmundsson, Sjöberg, Friedman & Östergren, 2000). Det finns brister i kulturell kompetens hos vårdare (Brathwaite & Williams, 2004) och vården i många länder är inte anpassad till mödrar från andra kulturer (Bollini m.fl., 2007). Patienter med en annan kulturell bakgrund har ibland svårt att få tillgång till vård (Reid & Taylor, 2007). Patienter känner sig kränkta, diskriminerade och rasistiskt bemötta (Bollini m.fl., 2007; Johnstone & Kanitsaki, 2009; Tebid, Du Plessis, Beukes, van Niekerk & Jooste, 2011).

Invandrare är vanligen unga och har bättre hälsa än genomsnittet i sitt ursprungsland.<sup>5</sup> Efter en tid i det nya landet motsvarar invandrarnas hälsa majoritetsbefolkningens hälsa (Higginbottom, Morgan, Dassanayake, Eyford, Alexandre, Chiu, Forgeron & Kocay, 2012). Invandrare avstår från hälsosamma traditioner och övergår till den nya kulturens traditioner. I många europeiska länder får invandramödrar undermålig vård under graviditet, förlossning och barnsängstid, och de har också mer hälsoproblem (Essén m.fl., 2000; Robertson, 2003; Vangen, Stolt-

---

<sup>5</sup> Fenomenet kallas *the healthy immigrant effect* (Higginbottom, 2012).

enberg & Stray-Pedersen, 1999) och högre mortalitet än majoritetsbefolkningen (Bollini, Pampallona, Wanner & Kupelnick, 2009<sup>6</sup>; Malin & Gissler, 2009).

Transkulturella vårdteorier och -modeller har skapats av bl.a. Campinha-Bacote (2003a), Leininger (1991, 2006a), Purnell och Paulanka (2003) och Giger och Davidhizar (2004), men vårdande betonas inte alltid explicit eller antas ske automatiskt genom vårdarens kulturella kompetens. Många studier har gjorts inom transkulturell mödravård, men relativt få har uppmärksammat vårdandet ur mödrarnas perspektiv.

Kulturbegreppet blir centralt i en teori om vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund. Inom den caritativa vårdteorin som ingår i mitt teoretiska perspektiv<sup>7</sup>, ingår 'kultur'<sup>8</sup> i *världen*<sup>9</sup>.

---

<sup>6</sup> Studien är en översikt över studier i 12 europeiska länder mellan åren 1966 och 2004. Invandarmödrar visar en klart sämre mödrahälsa än kvinnorna i värdländerna med 43 % större risk för låg födelsevikt, 24 % större risk för förtidig födsel, 50 % högre risk för perinatal dödlighet och 61 % större risk för medfödda missbildningar (Bollini m.fl., 2009).

<sup>7</sup> Se kapitlet Teoretiskt perspektiv.

<sup>8</sup> Doktorsavhandlingar som behandlar vårdande och kultur är: vårdande som konst (Nåden, 1998), vårdande och lidande i Kina (Nyback, 2007), vårdande kultur (Nordman, 2006). Björmans' (1999) magisteravhandling är en begreppsbestämning av 'kultur' för att öka förståelsen för vårdkultur.

<sup>9</sup> Med världen menas omgivningen eller miljön. 'Världen' är ett av de fyra metabegreppen inom vårdvetenskap. De andra är 'vårdande' eller 'vårdarbete', 'hälsa' och 'människa'. Vid Åbo Akademi har man dessutom beskrivit lidande, medan världen inte har betonats lika mycket (jfr Lindström, Nyström & Zetterlund, 2014). Då *Institutionen för vårdvetenskap* grundades 1987 fanns kulturbegreppet med i vårdantropologi (etnovård) som deldisciplin, och både substans- och metodkurser inom ämnet ingick i kandidat- och magisterstudierna. Bämnet transkulturell vård på grundnivå utvecklades år 1997, och år 2006 byttes namnet till *interkulturell caring* och utvecklades vidare på ämnesnivå. Kulturbegreppet har ingått i flera böcker och rapporter främst som processfaktor, tradition, deldisciplin och vårdande kultur.

Kultur har inte betonats tillräckligt (Lindholm, 1998; Nyback, 2007). Grundantagandena, axiomen och teserna (Eriksson, 2001, 2002; Lindström m.fl., 2014) innehåller inga explicita hänvisningar till kultur. Se bilaga 1. I litteratursökningen har inte någon modell eller teori som kombinerar vårdande i mödravård mellan olika kulturer kunnat påträffas som vårdare kan använda då de vårdar patienter med annan kulturell bakgrund. Min ambition är att tydliggöra något som inte tidigare varit i fokus. Vårdandet av patienter med annan kulturell bakgrund är relevant att studera, dels för att det nu finns ett större behov, dels för att vårdandet är avgörande för hur vården upplevs, vilket kan avspeglas på hälsan resten av livet för patienten och familjen. Avhandlingen ska förhoppningsvis kunna bidra med teoriutveckling och kunskap om interkulturellt vårdande som kan bidra till att utveckla både vårdvetenskap och vården av patienter i praxis<sup>10</sup>.

Avhandlingen är uppbyggd av tre studier som utmynnat i fyra artiklar. Studierna fördjupar förståelsen av vad vårdande är ur ett interkulturellt perspektiv samtidigt som en teoriutveckling sker. Den första studien (artikel I<sup>11</sup>) analyserar tidigare transkulturella modeller och teorier samt litteratur om vårdande och utmynnar i en preliminär abduktiv modell för interkulturellt vårdande. Den andra studien (artikel II<sup>12</sup>) är en metasynthes om vårdande ur patienters perspektiv i mödravård av tidigare studier mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund. Den

---

<sup>10</sup> Med praxis menas det som är, inte det som erfars eller upplevs (Eriksson & Lindström, 2003).

<sup>11</sup> Intercultural caring – an abductive model.

<sup>12</sup> A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography.

tredje studien (artiklarna III<sup>13</sup> och IV<sup>14</sup>) belyser hur mödrar från andra kulturer uppfattar och upplever vårdandet i finländsk mödravård. Det gemensamma i studierna är interkulturellt vårdande och teoriutvecklingen av detsamma. Sammanläggningsdelen fördjupar substansen i studierna. Resultatet syntetiseras och beskrivs först som en teori om interkulturellt vårdande som den utvecklats i de nyss nämnda studierna. Därefter görs en syntes av de tre artiklarna inom mödravårdskontext varvid fem tolkningsmönster framträder. Slutligen utmynnar avhandlingen i en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis.

---

<sup>13</sup> Intercultural caring from the perspectives of immigrant new mothers.

<sup>14</sup> Immigrant new mothers in Finnish maternity care – an ethnographic study of caring.

## **AVHANDLINGENS BAKGRUND**

I kapitlet beskrivs syftet, frågeställningar och design, följt av forskningsöversikten som beskriver tidigare studier om vårdande i vårdvetenskap allmänt, och specifikt i mödravård och i transkulturell vård. Teoretiskt perspektiv och förståelse beskriver utgångspunkterna för avhandlingen. Sedan beskrivs olika begrepp och varför interkulturellt vårdande har valts. Slutligen beskrivs kontexten, d.v.s. mödravård och etniska grupper i Finland.

### **Syfte, frågeställningar och design**

Syftet är att utveckla en teori om interkulturellt vårdande för att fördjupa förståelsen av vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund. Se även tabell 1 som innehåller syftena i delstudierna. Avsikten är att belysa interkulturellt vårdande med strävan att förbättra vården för patienterna. Motivet till att utveckla *en teori* ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är en vilja att utveckla kunskapen om interkulturellt vårdande för att förstå fenomenet bättre och samtidigt utveckla en teori som kan användas både i vårdarbete och i vårdvetenskap.

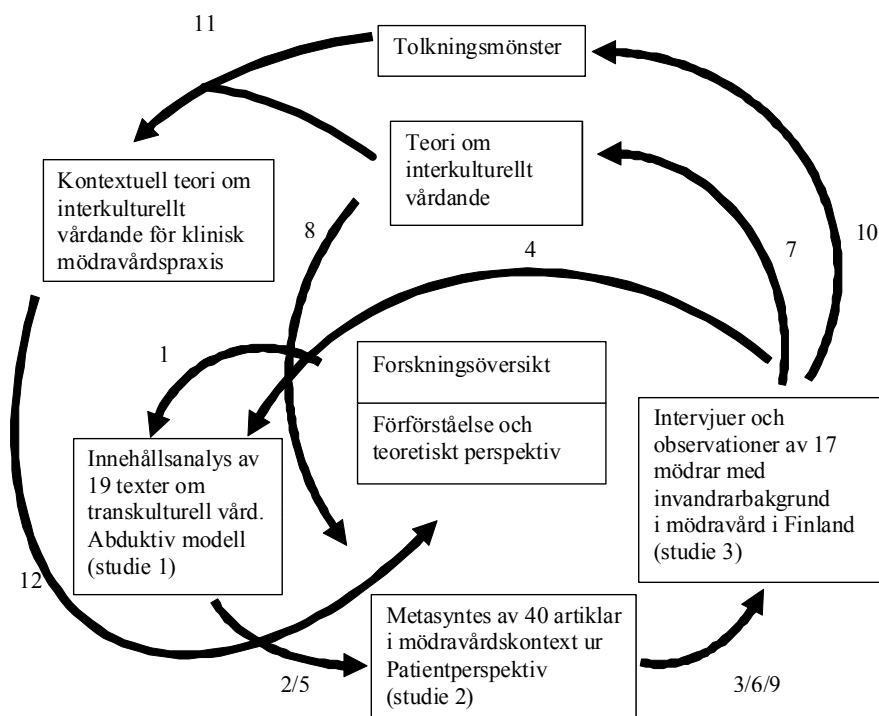
Frågeställningar:

- 1) Vad är interkulturellt vårdande?
- 2) Hur beskrivs och förstås interkulturellt vårdande?
- 3) Hur beskrivs och förstås interkulturellt vårdande i mödravårdskontext ur ett patientperspektiv<sup>15</sup>?
- 4) Vad är substansen i en teori om interkulturellt vårdande?
- 5) Vad är substansen i en kontextuell teori om interkulturellt vårdande i mödravård ur ett patientperspektiv?

Designen avbildas som en cirkel som vidgas (se figur 1). Figuren ska läsas från mitten motsols i tre varv. Figuren visar både avhandlingens hermeneutiska närmelsesätt och utveckling av teorin. Det första varvet är då teorin skapas och utvecklas i delstudierna 1–3 (se artiklarna I–IV). Det andra varvet är då resultaten i artiklarna syntetiseras till en teori om interkulturellt vårdande. Det tredje varvet är när artiklarna i mödravårdskontext syntetiseras till fem meningsbärande tolkningsmönster som tillsammans med teorin om interkulturellt vårdande syntetiseras till en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis. Resultatet tillför kunskap tillbaka till det teoretiska perspektivet.

---

<sup>15</sup> Ett patientperspektiv används i stället för ett mödraperspektiv, eftersom det teoretiska perspektivet beskriver en patient som en lidande människa (Eriksson, 2006). I praxis i ett medicinskt influerat perspektiv kan patient förstås som någon som har en sjukdom. Barnafödande är ingen sjukdom, men ur ett vårdvetenskapligt perspektiv kan kvinnan både kroppsligt, själsligt och andligt ha, vara eller varda i lidande då hon föder barn i en annan kultur.



**Figur 1. Avhandlingens design**

Tabell 1 visar avhandlingens olika delar och de steg som har gjorts för att utveckla teorin om interkulturellt vårdande. Förförståelsen och det teoretiska perspektivet har löpt parallellt med processen och förändrats under arbetets gång. I studie 1 förenas vårdande från fyra transkulturella modeller och teorier med vårdande i den caritativa teorin i en abduktiv modell. I studie 2 införs mödravårdskontexten då vårdande söks i empiriska mödravårdsstudier, där vårdare och patienter har olika kulturell bakgrund.



**Tabell 1. Uppbyggnad av avhandlingen och utveckling av teorin**

Delstudier	Syften	Steg i utvecklingen av teorin	
Studie 1/ Artikel I	I. Att öka förståelsen av vårdandet från ett transkulturellt perspektiv <sup>16</sup> och utveckla de första konturerna för en teori.	1. Teoretiskt skapad abduktiv modell (artikel I). 2. Modellen utvidgas med kontext (mödravård) (artikel II). 3. Temaguide skapas. 4. Modellen utvidgas med finländsk interkulturell mödravårdskontext (artiklar III och IV).	Förförståelse och teoretiskt perspektiv
Studie 2/ Artikel II	II. Att upptäcka och beskriva interkulturellt vårdande i mödravård ur ett patientperspektiv i tidigare studier.	5. Syntetisering av resultaten från tre delstudier till en teori om interkulturellt vårdande.	
Studie 3/ Artiklar III & IV	III. Att beskriva och tolka nyblivna invandramödrars uppfattningar och erfarenheter/ upplevelser av vårdande i finländsk mödravård. IV. Att belysa nyblivna invandramödrars erfarenheter/ upplevelser och uppfattningar av vårdande i finländsk mödravårdskultur.	6. Beskrivning av delarnas uppkomst och utveckling. 7. Resultatet i artiklarna II–IV syntetiseras på nytt för att finna meningsbärande tolkningsmönster. 8. Teorin om interkulturellt vårdande och tolkningsmönstren sammansmälter till en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis.	
Sammanläggningsdel	Syftet är att utveckla en teori om interkulturellt vårdande för att fördjupa förståelsen av vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund.	9. Återspeglning mot caritativ teori	

<sup>16</sup> Här avses att vårdande söks i de fyra teoretikernas texter som representerar ett transkulturellt perspektiv.

En temaguide<sup>17</sup> utgående från studie 1 och 2, som används vid intervjuerna i studie 3, utvecklar teorin vidare. I studie 3 beskrivs vårdande från invandramödrars perspektiv i finländsk mödravårdskultur. Teorigenereringen hålls ihop av det teoretiska perspektivet. De tre studierna utgör delar som tillsammans bildar en helhet av substansen i teorin om interkulturellt vårdande. Därefter syntetiseras de studier som handlar om mödravårdskontext till fem tolkningsmönster. Teorin och tolkningsmönstren utmynnar i en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis.

Avhandlingen ingår i projektet *Att möta det främmande i vården* inom det vårdvetenskapliga forskningsprogrammet vid Åbo Akademi. Avhandlingen har drag av både systematisk och klinisk vårdvetenskap<sup>18</sup>. Teorigenerering och kunskap om universellt vårdande kan ses som systematisk vårdvetenskap. Det kontextbundna vårdandet, vilket här avser både den interkulturella kontexten och mödravårdskontexten, kan ses som ett bidrag till den kliniska vårdvetenskapen.

---

<sup>17</sup> Temaguiden beskrivs närmare på sidan 68.

<sup>18</sup> Vid Åbo Akademi indelas vårdvetenskapen i systematisk och klinisk vårdvetenskap. ”Den systematiska vårdvetenskapen undersöker förutsättningar och motiv för vårdandet, dess historiska förankring och relevanta vetenskapsteoretiska och metodologiska frågeställningar.” (Eriksson & Lindström, 2000, 6). Med klinisk vårdvetenskap avses inte en praktisk disciplin, men den kliniska vårdvetenskapen har relevans för klinisk praxis (Eriksson & Lindström, 2003). ”Den kliniska vårdvetenskapens bärande idé är att uppenbara ett djupare meningssammanhang genom att tydliggöra de mönster som bär den systematiska vårdvetenskapens teorikärna och ethos.” (Eriksson & Lindström, 2003, 4).

## Forskningsöversikt

Insamlingen av tidigare studier och teorier om vårdande och vårdande mellan olika kulturer framför allt inom mödravård inleddes redan 2002 och har därefter fortsatt i samband med de olika delstudierna (se artiklarna I–IV). Sökningar har därtill gjorts i flera repriser i Nelli-portalen vid Åbo Akademi på metasökning inom kategorierna hälsovetenskaper och vårdvetenskap. Denna sökväg innehåller 18 databaser (se bilaga 2). Vanligtvis har inga andra begränsningar gjorts. De engelska sökorden har varit ord som refererar till vårdande, såsom *caring*, *care*, till mellan olika kulturer såsom *intercultural*, *transcultural*, *crosscultural* och *immigrant*, till mödrar, såsom *pregnancy*, *maternity*, *mother* och *midwifery* och till teori såsom *theory*, *model* och *framework*. De flesta sökningar har gjorts på engelska, men även enstaka sökningar med motsvarande svenska och finska ord i nordiska och finländska databaser har utförts. Därtill har manuell och osystematisk sökning förekommit och många tips har sammanlagt fått av handledare, medstudenter och via studerandes övningsarbeten.

'Vård' (*care*) och 'vårdande' är omfattande och inte helt tydliga begrepp<sup>19</sup> i litteraturen och tidigare studier. 'Vårdande'<sup>20</sup> (*caring*, *care*)

---

<sup>19</sup> Ett begrepp beskriver ett fenomen, idé, sak eller en handling i tanken, medan ett fenomen är en del av verkligheten som kan upplevas (Meleis, 2007). Därför är vårdande både ett begrepp och ett fenomen.

<sup>20</sup> I Sverige motsvaras vårdande närmast av omsorg och vårdarbete av omvårdnad. På finska används orden *hoitaminen* eller *hoiva* för vårdande. *Hoiva* och *huolenpito* är översatt från svenskans omsorg. *Hoiva* används inom sociologisk och socialpolitisk forskning och kunde översättas med att ta hand om speciellt barn och äldre men även handikappade och sjuka. Begreppet innehåller allt från matning till att bry sig om (Anttonen, Valokivi & Zechner, 2009).

och 'vårdarbetet' (*nursing*)<sup>21</sup> kompletterar varandra och ingår i vård. 'Vård' (*care*) är ett mer allmänt och brett begrepp som används t.ex. i sammansatta ord som hälso- och sjukvård, medicinsk vård, själavård, socialvård. Trots de här distinktionerna, används vård, vårdarbete och vårdande ibland synonymt i litteraturen.<sup>22</sup>

### **Vårdande i vårdvetenskap**

Många vårdteoretiker har försökt beskriva, analysera och sammanfatta vårdandet. Roach (1992, 1997) beskriver vårdandet som människans sätt att vara. Roach (1997) beskriver också de sex c:na för vårdande: *compassion* (medlidande), *competence* (kompetens), *confidence* (förtroende, mod), *conscience* (samvete), *commitment* (hängivenhet, löfte) och *comportment* (etiskt beteende, etikett). Watson (1997, 1999, 2005) ser vårdande som ontologi och som en konst mellan människor (*transpersonal art*), där både patienten och vårdaren förändras i det vårdande mötet. Enligt Watson (2005) har sjuksköterskor en unik möjlighet att utöva vårdande på grund av sin nära relation till patienterna och deras anhöriga. Alla människor är i grunden, potentiellt och i verkligheten, vårdande (Boykin & Schoenhofer, 2013). Eriksson beskriver vårdandets motiv *caritas*, d.v.s. kärlek och barmhärtighet (Eriksson, 2002; Lindström m.fl., 2014). Leininger (1991, 3) skriver: "...care is the essence of nursing and the central, dominant, and unifying focus of nursing." Morse, Solberg, Neander, Bottorff och Johnson (1990) redogör för fem

---

<sup>21</sup> *Nursing science* och *caring science* syftar också på två olika traditioner av vårdvetenskap. Vårdvetenskap, omvårdnad eller omvårdnadsvetenskap i Sverige motsvarar *sykepleievitenskap* i Norge och vårdvetenskap eller *hoitotiede* i Finland.

<sup>22</sup> Begreppet '*transcultural nursing*' översätts oftast 'transkulturell vård' på svenska.

epistemologiska perspektiv av vårdande: ett mänskligt sätt att vara (*human trait/state*), ett moraliskt måste eller ideal (*moral imperative or ideal*), en känsla eller affekt, en mellanmänsklig interaktion, och en terapeutisk åtgärd (*intervention*).

Begreppet 'vårdande' har tydliggjorts genom att diskutera den kritik som det fått, d.v.s. tvetydighet, begränsning och perspektivberoende, överallt närvarande, substanslöshet, ogeneraliserbarhet och femininitet (Smith, 1999). Smith (1999) har också gjort en begreppsanalys av kända teoretikers texter om vårdande och presenterar fem grundläggande betydelser (*constitutive meanings*): tydliggörande avsikter (*manifesting intentions*), uppskattade mönster (*appreciating pattern*) av vårdande uttryck, dynamisk rörelse (*attuning to dynamic flow*), upplevelse av det oändliga (*experiencing the infinite*) och inbjudan till skapande (*inviting creative emergence*).

I Norden har förutom Eriksson<sup>23</sup>, bl.a. Halldórsdóttir och Martinsen beskrivit vårdande. Halldórsdóttirs (1996) teori om vårdande och icke-vårdande möten beskriver vårdande (*life-giving and life-sustaining*) möten som en bro mellan patienten och vårdaren, medan icke-vårdande (*life-restraining, life-destroying*) möten beskrivs som en mur mellan desamma. Mellan bron och muren finns ett neutralt sätt att mötas (*life neutral*). I en senare teori ur patienternas perspektiv är vårdande en del av medlidandekompetens (*compassionate competence*) (Halldórsdóttir,

---

<sup>23</sup> Erikssons syn på vårdande beskrivs i kapitlet *Teoretiskt perspektiv*.

2012). De andra delarna i teorin är visdom, uppmärksamhet, professionell kompetens, kommunikation och förbindelse och reflexiv utveckling hos vårdaren. Martinsen menar att vårdande (*omsorg*) inte bara är grunden för vårdarbete utan för själva livet (Alvsvåg, 2014; Martinsen, 2005). Enligt Martinsen är vårdande både relation, praktik och etik samtidigt. Det etiska är överordnat och visar sig i hur vårdarbetet utförs. Tillit är centralt i vårdande och vårdande handlar om att ingå i relationer.

Finländska<sup>24</sup> och nordiska doktorsavhandlingar har fördjupat vårdande. Till exempel Paldanius (2002) skriver om kärleken till sin nästa i vårdutbildningen, medan Bäck-Pettersson (2006) studerar vårdande<sup>25</sup> i forskning och i klinisk vård. Hon fann bland annat att vårdande har en positiv betydelse för patientens hälsa och för vårdarens professionella utveckling. Vårdandets varande (*olemus*) har beskrivits som moraliskt, autonomt och universellt av Haho (2006).

### **Vårdande i transkulturella studier och teorier**

Inom transkulturell vård finns få modeller och teorier som innehåller vårdande, förutom de fyra som ingår i studie 1: Campinha-Bacotes (2003a) modell för kulturell kompetens, Kim-Godwins Clarkes och Bartons<sup>26</sup> (2001) modell för kulturellt kompetent vårdande i närsamhället,

---

<sup>24</sup> Exempel på doktorsavhandlingar som studerat vårdande vid Åbo Akademi presenteras i kapitlet *Teoretiskt perspektiv*. Bondas' (2000) avhandling presenteras ändå tillsammans med andra mödravårdsteorier.

<sup>25</sup> Bäck-Pettersson (2006) talar om *caring* på engelska men mänsklig omsorg på svenska.

<sup>26</sup> Kim-Godwin m.fl. (2001) räknas som en, eftersom Kim-Godwin står som första författare, trots att artikeln har tre författare.

Rays<sup>27</sup> modell för transkulturell etik och Leiningers teori och modell för transkulturell vård. Enligt Campinha-Bacote (2003a) ingår vårdande som motivation eller kraft i önskan att bli kulturellt kompetent. Kim-Godwin m.fl. (2001) beskriver vårdande som en grundläggande och universell komponent i kulturell kompetens.<sup>28</sup> Enligt Leininger (2002) är vårdandet förutom att det är vårdarbetets kärna även format av kulturen. Enligt Ray (Coffman, 2006) är allt vårdande transkulturellt.<sup>29</sup>

Under åren 1959–2002 har Leininger (2006b) studerat vårdande i 58 olika kulturer och funnit 175 uttryck som beskriver betydelsen och sättet att handla. De mest förekommande gemensamma uttrycken för vårdande i 87 kulturer var att respektera, att bekymra sig för, att uppmärksamma, att hjälpa, att lyssna, att vara närvarande, att förstå kulturella uttryck, värderingar och sätt att leva, att ha en relation, att skydda, att beröra, att trösta och att visa kärlek (Leininger, 1998, 46)<sup>30</sup>. Det lika motsvarar det universella och det olika det unika i varje kultur. Enligt Ray (2010, 9) innehåller transkulturellt vårdande kärlek, barmhärtighet,

---

<sup>27</sup> Ray har också utvecklat en teori som kombinerar vårdande med administration som hon kallar *Bureaucratic caring* (Ray, 2010). Jfr Bondas' (2003a) artikel om caritativt ledarskap.

<sup>28</sup> Kulturell kompetens är en av tre huvudkomponenterna i modellen. De andra två är hälsovårdssystemet och vårdresultatet (*health outcome*).

<sup>29</sup> I modellen för transkulturell etik finns fyra delar. Förutom vårdande finns transkulturell kontext, en universell källa (Gud) och etiska principer (Ray, 1994, 2010).

<sup>30</sup> "1. Respect for/about (most universal care construct). 2. Concern for/about. 3. Attention to (details)/with anticipation of. 4. Helping, assisting, and facilitative acts. 5. Active listening. 6. Giving presence (being there physically). 7. Understanding their cultural beliefs, values, lifeways. 8. Being connected to/or relatedness. 9. Protection of/for (some gender and kin differences). 10. Touching (how, where, and when varied). 11. Providing comfort measures. 12. Showing filial love (family and love to others)." (Leininger, 1998, 46).

empati, rättvisa, dynamik i kulturen och vårdsituationen, organisationen eller samhället.

Ett exempel på andra transkulturella modeller som innehåller vårdande är Lowe och Struthers (2001) som har utvecklat en begreppslig ram för vård av en ursprunglig amerikansk etnisk grupp nämligen lakotaindianerna. Begrepp som ingår är 'vårdande', 'respekt', 'relation', 'tillit', 'traditioner', 'andlighet' och 'holism'. Relationen är viktig för vårdande och innehåller icke-dömande, närhet, utbyte, ovillkorlighet, tillit, partnerskap, näring, förbindelse och kärlek.

Albarran, Rosser, Bach, Uhrenfeldt, Lundberg och Law (2011) har utvecklat en modell som kombinerar en samtida europeisk *caring science-tradition* med kulturell vård. De har utgått från Gigers och Davidhizars modell<sup>31</sup> och modifierat den. Gigers och Davidhizars modell lyfter fram individens behov men beskriver inte vårdandet explicit. *A caring science framework for cultural care* lyfter fram patientens unikheter, humanism, holism och yttre omständigheter i livsvärlden (Albarran m.fl., 2011). De utvidgar kulturbegreppet till att gälla subkulturer. Men vårdande finns varken i kärnan i utgångsmodellen eller i den modell<sup>32</sup> Albarran m.fl. (2011) har skapat. Respekt, värdighet, etiska principer,

---

<sup>31</sup> Gigers och Davidhizars (2004) modell för bedömning av patientens kulturella bakgrund *Transcultural assessment model* innehåller sex kulturella fenomen: kommunikation, rum, social organisation, tid, omgivningskontroll och biologisk variation.

<sup>32</sup> Kärnan i *A caring science framework for cultural care* består av delarna tidslighet, rumslighet, intersubjektivitet, förkroppsligande och anpassning till känsla (*mode/emotional attunemen*) (Albarran m.fl., 2011).



meningsfulla och tillitsfulla relationer och familjen beskrivs som principer som vägleder vårdaren och hör till den vårdande miljön. De betonar livsvärlden, men beskriver inte kontextens betydelse noggrant. Modellen utgår från en individcentrerad syn på människan och den enskilda människans val, vilket är ett västerländskt sätt att se som inte får stöd i alla kulturer.

### **Teorier och studier om vårdande och icke-vårdande inom mödravård**

Inom mödravård har flera teorier och studier som inkluderar vårdande beskrivits. Swanson (1991) beskriver vårdande<sup>33</sup> som fem processer: att veta (*knowing*), att vara med (*being with*), göra för (*doing for*), möjliggöra (*enabling*) och upprätthålla tro (*maintaining belief*). En teori som kallas *Teetering on the edge*<sup>34</sup> (Beck, 1993) beskriver hur kvinnor upplever postpartumdepression. Beck beskriver hur kvinnorna möter skräcken, hur deras själ dö, hur de kämpar för att överleva och hur de slutligen återfår kontrollen genom att kämpa med vårdsystemet för att få hjälp av vårdpersonal, genom att be till Gud eller genom att tala med andra mödrar som befinner sig i liknande situationer. Teorin innehåller inte vårdande i sig utan visar snarare lidande och en brist på vårdande bland vårdpersonalen inom mödravården. Mödrarna beskriver vårdarna som vårdande då vårdaren har kunskap om postpartumdepression, gör klipska observationer och har intuition som snabbt leder till korrekt diagnos, inger hopp, ger tid, remitterar mödrarna vidare för vård, är måna

---

<sup>33</sup> Teorin utvecklades först bland kvinnor som upplevt missfall, men utvecklades senare till en generell teori om vårdande.

<sup>34</sup> Titeln syftar på att balansera på gränsen mellan vansinne och förstånd.

om kontinuitet och har förståelse för vad mödrarna upplever (Beck, 1995/2006).

I en modell som kallas *A model of maternal role attainment*, som byter namn år 1995 till *Becoming a mother*<sup>35</sup>, beskrivs relationerna mellan modern, barnet och fadern (Meighan, 2014; Mercer, 2004; Mercer & Walker, 2006). Vårdaren är ansvarig för att främja familjens hälsa. Den hjälp och vård (*care*) kvinnan får från graviditetens början till ett år efter barnets födelse är avgörande för kvinnans och barnets hälsa. Omgivningen beskrivs i tre skikt. Det innersta är där de närmaste relationerna sker, t.ex. socialt stöd, ekonomisk situation och värderingar i familjen. Det mellersta skiktet är samarbete med t.ex. barnomsorg, skola, arbete och församling. Det yttersta skiktet är sociala, politiska och kulturella aspekter i samhället som påverkar familjerelationerna, t.ex. rådande hälsovårdssystem och nationella lagar.

En teori som kallas *Mutual intentionality* för stödprocesser med afroamerikanska kvinnor med högriskgraviditeter i gränsområdet mellan mödravård och socialvård har utvecklats av Coffman och Ray (1999). En ömsesidig relation mellan vårdaren och modern är både en resurs i och målet med teorin. Om relationen inte är ömsesidig uppfattas den

---

<sup>35</sup> Mercer böt namn på modellen, eftersom 'att bli mor' innebar mer än en roll (Meighan, 2014). 'Att bli mor' innehöll, bl.a. att engagera sig, att fästa sig vid baby, att röra sig mot något nytt och att uppnå en ny identitet (Mercer, 2004; Mercer & Walker, 2006).

som kontrollerande. Stöd<sup>36</sup> påminner mycket om vårdande, då det beskrivs som att vara där, respektera, dela information, veta, tro på och göra för. Teorin lyfter inte fram kultur och etnisk bakgrund tydligt, men däremot social bakgrund såsom fattigdom, prostitution och drogproblem.

Fleming (1998) beskriver en modell för ömsesidigt beroende (*interdependence*) som kallas *Women-with-midwives-with-women*. Kulturen är en del av bakgrunden, medan ett av de viktigaste kategorieparen är tillgänglighet och närvaro<sup>37</sup>. De andra kategoriparen är *supplementing* (att göra något för, tillägga) och *complementing* (att göra något med, komplettera) samt *reflection* (övervägande) och *reflexivity* (reflektion). Kärnkategorin är ömsesidighet i relationen mellan barnmorskan och modern. Närvaro och att göra något för tyder på vårdande. En annan modell som innehåller vårdande explicit är Kennedys (2000) *A model for exemplary midwifery practice*. Centrala delar i modellen är vårdmetoder (*therapeutics*), vårdande och barnmorskeprofessionen. Vårdandet innehåller bl.a. att respektera det unika hos kvinnan och familjen, att skapa en miljö som motsvarar kvinnans behov och att förhandla om hennes behov och involvera hennes familj enligt kvinnans önskan. Vårdande är att vara närvarande, uppmärksamma detaljer, att lyssna, att observera och vaka över. Det kan vara att skydda och ta strid för kvinnan. Kulturell medvetenhet om kvinnans bakgrund nämns men förklaras inte.

---

<sup>36</sup> 'Stöd' (*support*) kan närmast ses som ett socialt eller sociologiskt begrepp. 'Stöd' kan innehålla vårdande (Coffman & Ray, 1999), men också t.ex. ekonomiskt stöd och materiellt stöd. 'Stöd' ges både av anhöriga och professionella.

<sup>37</sup> Modellen (Fleming, 1998) beskriver både mödrars och barnmorskors perspektiv. Med det första ordet i varje par menas moderns syn på relationen och med det andra menas barnmorskans syn på relationen.

Vårdande är att uppmuntra och bekräfta, vilket leder till stärkande (*empowerment*) av kvinnan.

I teorin *Att vara med barn*, där barnafödande beskrivs som en paradox mellan glädje och lidande, beskriver Bondas, (2000, 2003b, 2005) kvinnans längtan att dela den nya situationen i gemenskap med familjen, vårdaren och andra i samma situation. En liknande paradox om barnafödande i Finland beskrivs av Callister, Vehviläinen-Julkunen och Lauri (2001) som *bittersweet*. Ur barnmorskans perspektiv handlar relationen med modern i mödravård om att vara tillgänglig, att förmedla tillit, ömsesidighet, bekräftelse, att stödja unikhet och meningsfullhet medan relationen ur moderns perspektiv handlar om att överlåta sig (*surrender*), tillit, deltagande, ensamhet, annanhet och att skapa mening (Lundgren & Berg, 2007). Barnmorskan har betytt mest för barnaföderskan inom mödravården i de nordiska länderna (Lundgren, Karlsdottir & Bondas, 2009). Mötet med barnmorskan kan stärka kvinnans självförtroende och tillit, om hon visar intresse för den unika kvinnan, ger tid, lyssnar på och inger hopp. Å andra sidan kan mötet orsaka misslyckande och förlorad tillit, om barnmorskan överger kvinnan eller ger henne intrycket av att hon inte föder tillräckligt bra eller inte ingriper då kvinnan har det svårt (Lundgren m.fl., 2009). Barnafödande är en så viktig händelse i en kvinnas liv att minnen av upplevelsen kan påverka kvinnan hela livet (Lundgren, 2004; Lundgren m.fl., 2009).

I en modell kallad *Genuine caring in caring for the genuine* för vård av kvinnor med högriskgraviditeter har Berg (2005) beskrivit tre ingredienser i det goda och ideala vårdandet. De är en relation som skyddar

värdigheten, en förkroppsligad (*embodied*) kunskap<sup>38</sup> och en balans mellan det naturliga och det medicinska perspektivet. Den vårdande relationen mellan barnmorskan och kvinnan är grunden för att skydda den unika gravida kvinnans värdighet. I relationen ingår ömsesidighet, förtroende, pågående dialog, delat ansvar och att utstå närvaro.

Vidare har Berg, Ólafsdóttir och Lundgren (2012) utvecklat en barnmorskeledd vårdmodell för kvinnocentrerad vård vid barnafödelse. Modellen innehåller fem teman: ömsesidig relation, stämning vid födande (*birthing atmosphere*), tillägnad (*grounded*) kunskap, kulturellt sammanhang och en balanserande akt. Innehållet i ömsesidig relation påminner om vårdande, eftersom det består av närvaro, bekräftelse, tillgänglighet och deltagande, men vårdande nämns inte explicit. Stämningen vid födande handlar om att platsen där födseln sker ska inge lugn, förtroende och trygghet. En god stämning stärker kvinnan och stöder det normala. Tillägnad kunskap innehåller olika typer av kunskap nämligen förkroppsligad kunskap och kunskap i förhållande till kvinnan.<sup>39</sup> Det kulturella sammanhanget kan förhindra eller främja vården. Med det kulturella sammanhanget menas kvinnans kulturella syn, organisationen

---

<sup>38</sup> Med förkroppsligad kunskap avses att kunskapen är djupt rotad och integrerad hos barnmorskan. Den innehåller teoretisk, praktisk, intuitiv och reflektiv kunskap och att barnmorskan är äkta och ärlig inför sig själv (Berg, 2005).

<sup>39</sup> Olika typer av kunskap är teoretisk kunskap, erfarenhetsbaserad kunskap, sensitiv kunskap, reflektion och intuition. Intuition kan vara baserad på praktisk erfarenhet, andlig medvetenhet och kunskap i förhållande till kvinnan. Med förkroppsligad kunskap menas att kunskapen är integrerad hos barnmorskan. Med kunskap i förhållande till kvinnan menas specifik kunskap som barnmorskan får och utvecklar i relationen med kvinnan. (Berg m.fl., 2012)

eller hela hälso- och sjukvårdssystemets kultur. Den balanserande akten handlar om att barnmorskan ser det normala i födandet och beaktar kvinnans unika behov för att underlätta kvinnocentrerad vård, samtidigt som medicinska och teknologiska regler och krav följs för att säkerställa en trygg förlossning. Modellen har drag av flera tidigare modeller för mödravård, bl.a. Berg (2005), Fleming (1998), Kennedy (2000) och Swanson (1991).

Halldórsdóttirs (1996) teori om vårdande har använts på sårbara grupper såsom immigranter (Baily, 2010). Vårdande innehåller bl.a. ömsesidighet och verklig närvaro för att skapa ett äkta möte med patienten. De livgivande och livsupprätthållande sätten att vara med patienten förbättrar patientens hälsa och respekterar värdigheten. De icke-vårdande sätten att vara leder däremot till en känsla av maktlöshet och hopplöshet hos patienten, vilket påverkade patientens hälsa i en negativ riktning. Brometaforen i Halldórsdóttirs teori beskriver öppen kommunikation och ömsesidigt förtroende. Barnmorskor har beskrivits som icke-vårdande på grund av förnedrande beteende eller förnedrande handlingar (Eliasson, Kainz & von Post, 2008). Förnedrande beteende är om barnmorskan ignorerar modern eller låter henne förstå att hon inte är värd att respekteras. Förnedrande handlingar är om barnmorskan inte tror på modern, behandlar hennes kropp oförsiktigt eller skyller på henne. Båda leder till att moderns värdighet går förlorad eller kränks.

Correa-Velez och Ryan (2012) har utvecklat en bästa praxis-modell inom mödravård för afrikanska flyktingar i Australien. De fann att afrikanska kvinnor hade en komplex medicinsk och social bakgrund, som

inkluderade både sjukdomar och svårigheter med att få vård under graviditeten. Både kejsarsnitt och andra komplikationer hade ökat betydligt mer än för hela befolkningen under samma tidsperiod. Correa-Velez och Ryan förespråkar en hängiven barnmorskeledd vård som betonar kontinuitet och psykosocialt stöd för den unika flyktingkvinnan och hennes familj. Tillgång till en kvinnlig förlossningsläkare som samarbetar med barnmorskan är också betydelsefullt. Professionella tolkar och socialarbetare kan underlätta kvinnornas situation, och anställda från närsamhället (*community worker*) kan underlätta fortbildning för personalen om kulturfrågor, t.ex. omskärelse, och medla mellan patienter och vårdpersonal. Modellen innehåller därtill utveckling och implementering av strategier för vård av omskurna kvinnor och utbildning av både mödrar och vårdpersonal för att integrera invandrarkvinnor i samhället.

Utgående från ovanstående kan man konstatera att det finns många studier om 'vårdande', men att det inte är helt lätt att tydligt klargöra begreppet eller komma överens om innehållet i det. Gemensamt i teorierna och studierna om vårdande inom transkulturell vård och mödravård är att de alla beskriver hur viktig en vårdande relationen mellan vårdaren eller barnmorskan och patienten eller modern är. I den vårdande relationen betonas speciellt kontinuitet, ömsesidighet och respekt för värdigheten. Den vårdande relationen påverkar hälsan och välbefinnandet positivt, medan en icke-vårdande relation har motsatt effekt. Samtidigt betonas att patientens kulturella bakgrund och sociala omständigheter behöver beaktas. Ingen modell eller teori som specifikt och explicit beskriver vårdandet av kvinnor från andra kulturer inom mödravård har kunnat upptäckas, även om några innehåller vårdande eller nämner kulturell

bakgrund eller kultur som en omgivningsfaktor.

### **Empiriska<sup>40</sup> studier av vårdande och icke-vårdande mellan olika kulturer<sup>41</sup>**

Språksvårigheter och kommunikationsproblem är återkommande teman i studier som beskriver hur patienter och vårdare från olika kulturer upplever vården (Høje & Severinsson, 2008; Nielsen & Birkelund, 2009; Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008). Mödrarna vill få information om hur mödravårdssystemet fungerar och varför mödravården behövs (Ozeki, 2008; Raine, Cartwright, Richens, Mahamed & Smith, 2010). Vårdarna anser att tillgången till vård försvåras då kvinnorna inte känner till vårdssystemet (Lyons m.fl., 2008; Teng, Robertson Blackmore & Stewart, 2007). Mödrar som registrerar sig sent i mödravården eller som söker sig till akutmottagning beskylls för att inte anpassa sig till systemet eller utnyttja eller överanvända vårdservicen (Bowler, 1993<sup>42</sup>; Lyons m.fl., 2008).

---

<sup>40</sup> Med empiri avses upplevelser, erfarenheter och sinnesdata (jfr Eriksson & Lindström, 2003).

<sup>41</sup> Studierna är både ur vårdar- och patientperspektiv. Vårdarna är främst barnmorskor eller andra vårdare som arbetar inom mödravården. Patienterna är främst mödrar. Invandramödrars erfarenheter och upplevelser av vårdande har beskrivits i artikel II. Därför presenteras här endast studier som inte inkluderats i artikel II eller studier som publicerats från och med år 2009.

<sup>42</sup> Bowler (1993) är en av de första som studerar barnmorskors syn på vården inom mödravård av patienter från andra kulturer. Därför tas den med fast den är en gammal studie.



Vården försvåras av kommunikationssvårigheter, enligt vårdarna (Bowler, 1993; Coffman 2004<sup>43</sup>; Lyons m.fl., 2008; Reynolds & Shams, 2005; Teng m.fl., 2007). Mödrar som inte använder ord som *please* eller *thank you* uppfattas som oförskämda, och mödrar som inte kan svara på t.ex. när de är födda eller inte talar engelska tillräckligt snabbt anses dumma (Bowler, 1993). Kommunikationen tar mycket tid av vårdarnas resurser (Nielsen & Birkelund, 2009). Tillgång till tolkservice, skriftlig information eller elektroniskt material på patientens språk efterlyses (Raine m.fl., 2010; Tuohy m.fl., 2008).

Muntlig tradition, där berättande tar tid innan man kommer till saken, beaktas inte i kommunikationen (Pavlish, Noor & Brandt, 2010; Straus, McEwen & Hussein, 2009). Japanska mödrar blir nervösa inför besök på sjukhus då de inte förstår vad som sägs, trots att de anser sig kunna engelska ganska bra (Ozeki, 2008). Kvinnor förstår inte alltid den information de får i akuta situationer, t.ex. medgivande till hysterektomi<sup>44</sup> (Shafiei, Small & McLachlan, 2012). Icke-verbal kommunikation såsom gester och symboler kan missförstås även om mödrarna talar samma språk som vårdarna (Briscoe & Lavender, 2009).

Kvinnor med språksvårigheter anser att det är nödvändigt med en professionell tolk för att de ska kunna uttrycka vad de behöver, vill, känner och för att bli delaktiga i vården (Brämberg, Nyström & Dahlberg, 2010;

---

<sup>43</sup> Coffman (2004) har syntetiserat tretton tidigare kvalitativa studier om vårdares perspektiv på att vårda patienter från andra kulturer. Ingen av de tretton studierna refereras här.

<sup>44</sup> Operation där livmodern avlägsnas.

Ozeki, 2008; Upvall, Mohammad & Dodge, 2008). Sårbara eller marginaliserade kvinnor med traumatiska minnen vill få möjlighet att beskriva sina upplevelser. Sådana kvinnor kan vara misstänksamma mot vården och vårdare (Upvall m.fl., 2008). Trots att kvinnorna behöver professionella tolkar för att göra sig förstådda använder de dem ogärna på grund av att de känner sig förlägna eller rädda (Upvall m.fl., 2008). Tidigare erfarenheter påverkar hur de klarar av en ny motgång, t.ex. sjukdom (Brämberg & Nyström 2010). Tidigare trauman intensifieras på nytt i vården (Høje & Severinsson, 2008). De som har flera svåra erfarenheter tror inte att de ska klara av en ny, medan tidigare positiva erfarenheter av att klara av svårigheter inger hopp och mod (Brämberg & Nyström, 2010).

Invandramödrar uppskattar om vårdarna har tid att lyssna på deras bekymmer, svarar på deras frågor, förklarar och ger dem alternativ (Shafiei m.fl., 2012). Om kommunikationen under mödrarådgivningen inte fungerar blir mödrarna frustrerade och deprimerade (Ozeki, 2008) eller undviker mödrarådgivningen (Raine m.fl., 2010). Mödrar som inte får tillräckligt med uppmärksamhet eller ignoreras på grund av språksvårigheter eller saknar stöd från anhöriga blir mycket sårbara, ensamma och isolerade (Brämberg m.fl., 2010; Essén m.fl., 2000; Hassinen-Ali Az-zani, 2002; Ozeki, 2008; Wiklund, Aden, Högberg, Wikman & Dahlgren, 2000). De har behov av mer stöd från vårdpersonal för att förebygga postpartumdepression (Cross-Sudworth, Williams & Herron-Marx, 2010).

Vårdarna upplever att mödrar som lider av postpartumdepression ibland inte söker vård, för att de är rädda för att bli utpekade eller stigmatiserade på grund av mentala problem (Teng m.fl., 2007), trots att de till följd av invandring, ackulturation och ensamhet löper risk för depression (Pavlish m.fl., 2010). Barnmorskorna känner sig otillräckliga, mätinstrumenten är inte anpassade till mödrarnas kulturella bakgrund, och sociala och kulturella hinder finns i vården av mödrar med postpartumdepression. Enligt vårdarna upplever mödrarna en konflikt mellan behovet av hjälp och uppfattningen om postpartumdepression. Brist på stöd från vänner och partner inverkar negativt på vårdsökande.

Invandrarkvinnor föredrar kvinnliga vårdare och läkare i mödravården (Wiklund m.fl., 2000), vilket barnmorskorna vanligen accepterar och förstår (Lyons m.fl., 2008). Ibland föredras kvinnliga läkare (Upvall m.fl., 2008) eller specialister (Ozeki, 2008) för att få den bästa vården, då kvinnorna inte känner till systemet med barnmorskor. Tillgång till välutbildad personal och högteknologi uppskattas och jämförs med bristande resurser i ursprungslandet (Shafiei m.fl., 2012). Organiseringen av vården och sjukhusomgivningen är ibland orsak till missnöje, t.ex. långa väntetider vid besök på mödrarådgivningen, tidsbrist hos vårdpersonalen, brist på personal i vården efter förlossningen, delade rum, korta besökstider och sjukhusmaten (Shafiei m.fl., 2012).

Enligt vårdarna ska patienten ses som en medlem av sin familj, familjemedlemmarna ska respekteras och vårdarna bör känna till olika familjesystem (Coffman, 2004). Olika syn på vem som hör till en familj förekommer (Høje & Severinsson, 2008). Familjens och många besökares

närvaro gör vården krävande för vårdarna (Høje & Severinsson, 2008; Nielsen & Birkelund, 2009). Mat som tas med till patienterna av anhöriga uppfattas både positivt och negativt (Nielsen & Birkelund, 2009).

Brämberg och Nyström (2010) lyfter fram att invandrare ofta har lämnat en hård verklighet, men då de får lov att stanna känner de begränsningar på grund av språket. Känslan av osäkerhet minskar om de har tillgång till en vårdare som ger dem uppmärksamhet och vård. En vårdande relation med en professionell vårdare har en positiv betydelse för välbefinnande och hälsa (Ny, Plantin, Karlsson & Dykes, 2007). Vårdare som gör hembesök efter förlossningen uppskattas mycket av pakistanska kvinnor, som förväntas stanna hemma (Cross-Sudworth m.fl., 2010).

Många asiatiska kvinnor i USA klagar på kyligt bemötande, oförståelse för asiatiska traditioner och ovilja att svara på frågor (Zhao, Esposito & Wang, 2010). De asiatiska kvinnorna beskriver vårdarnas okänslighet för deras blygsel att visa sin kropp. En del vårdare är respektlösa och gör till och med narr av kvinnornas lidande och tar inte deras önskan att själva fatta beslut på allvar (Zhao m.fl., 2010). För att kunna vårda patienterna behöver vårdarna en icke-dömande attityd (Coffman, 2004). Kvinnor som inte får delta aktivt i sin egen vård upplever sig objektivrade och förbisedda (Brämberg m.fl., 2010). De känner sig besvikna och frustrerade, vilket förvärrar deras besvär, ökar deras lidande och skapar otrygghet.

Fördomar om personer från andra kulturer<sup>45</sup> förekommer bland vårdare (Spence, 1999). Fördomar om somaliska kvinnor är vanliga bland vårdpersonalen, vilket försvårar vårdrelationen (Pavlish m.fl., 2010; Straus m.fl., 2009). Vårdarna trodde att de inte förstod engelska om de var anorlunda klädda (Pavlish m.fl., 2010) eller att de inte kände till preventivmedel om de hade många barn (Straus m.fl., 2009). Stereotyper<sup>46</sup> om andra kulturer förekommer bland vårdare som t.ex. anser att asiatiska kvinnor saknar normal modersinstinkt eller har negativ inställning till preventivmedel. Mödrar från andra kulturer blir illa bemötta av barnmorskor i Sydafrika, som saknar kulturell känslighet och inte följer de etiska rekommendationerna, vilket orsakar psykiskt lidande hos kvinnorna (Tebid m.fl., 2011). Barnmorskors kränkning av kvinnor från andra kulturer har även beskrivits som mobbning<sup>47</sup> bland mödrar som tillhör australiska aboriginer, som blev flyttade från en avlägsen landsort i samband med barnafödande (Dietsch, Shackleton, Davies, McLeod & Alston, 2010). Andra betonar att mödrarna inte upplevt rasism (Cross-Sudworth m.fl., 2010; Upvall m.fl., 2008).

Att vårda kvinnor från andra kulturer orsakar stress, oro och svårigheter hos vårdaren (Lyons m.fl., 2008). Spence (1999) beskriver att det kan finnas motsatta attityder hos vårdaren eller i samhället, men att vårdaren kan se nya möjligheter och utvecklas som människa då hon eller han

---

<sup>45</sup> Med andra kulturer i Spences studier (1999, 2001) avses i huvudsak ursprungsbefolkningen maorierna på Nya Zeeland.

<sup>46</sup> Med en stereotypi avses att alla i en folkgrupp har generaliserats och uppfattas likadana eller enahanda t.ex. den tysta finländaren.

<sup>47</sup> Med mobbning i det här sammanhanget avses: "a midwife, in a position of authority, abusing and exerting power over a woman through uncaring, cold callous, threatening, abusive and/or aggressive behaviour" (Dietsch m.fl., 2010, 55).

vårdar patienter från andra kulturer. Okunskap om andra kulturers traditioner och religion erkänns, och behov av utbildning uttrycks (Lyons m.fl., 2008; Reynolds & Shams, 2005; Tuohy m.fl., 2008), men intresset för att lära sig varierar (Coffman, 2004). En del vårdare är rädda för att bli uppfattade som rasister, andra har upplevt andra vårdare som rasistiska eller upplever motvilja mot vissa invandrare (Lyons m.fl., 2008). En del kvinnliga sjuksköterskor känner sig respektlöst behandlade eller undervärderade på grund av status och kön, av män från patriarkaliska kulturer (Høje & Severinsson, 2008).

Kulturers specifika drag i mödravården, t.ex. asiatiska kvinnors önskan att vila efter förlossningen och inte amma genast efter förlossningen, lyfts fram (Bowler, 1993). Kinesiska mödrars tro på yin och yang<sup>48</sup>, stoiska förhållning till smärta och vilja att följa mormödrarnas råd samt muslimska mödrars betoning av att ha kvinnliga vårdare, sedlighetsregler, daglig bön och besök av anhöriga, beskrivs av Cioffi (2004). Mödrars önskan att amma sina barn uppskattas (Lyons m.fl., 2008). Stöd från andra kvinnor i svåra situationer, t.ex. då barn dör, uppfattas också som positivt (Lyons m.fl., 2008). Olika sorge- eller smärtuttryck och dramatiska känslouttryck beskrivs (Høje & Severinsson, 2008; Nielsen & Birkelund, 2009). Ljudligt uttryck vid smärta anses ofta överdrivet eller be-

---

<sup>48</sup> Yin och yang kommer från gammal kinesisk medicin. Yin och yang motsvaras av jord och himmel, måne och sol, vatten och eld, kvinnlig och manlig samt het och kall. Yin och yang kallas ofta för *hot and cold theory* av lekmän. Yin och yang berör också människokroppen. Om yin och yang är i balans har människan god hälsa. Efter förlossningen tror man att kvinnan är i ett extremt yin-tillstånd och man undviker ytterligare kyla såsom kalla drycker, kall mat eller dusch. (Chu, 2005)

skrivs som att mödrarna har låg smärttröskel, vilket försvårar vården under förlossningen (Bowler, 1993; Lyons m.fl., 2008). Annorlunda inre övertygelser, t.ex. om hälsa, kan vara ett hinder i vården (Coffman, 2004). Att se sjukdom som symtom som kräver omedelbar behandling i motsats till förebyggande av sjukdom är orsak till frustration och svårigheter i mötet mellan somaliska kvinnor och västerländska vårdare (Pavlish m.fl., 2010). Familjeplanering och sex före äktenskapet beskrivs som tabu bland somalier och är därför svårt att tala om med vårdare (Pavlish m.fl., 2010).

Omskurna kvinnor vill att vårdarna känner till och kan sköta t.ex. deinfibulation<sup>49</sup> före förlossningen för att minska risken för bristningar (Hill, Hunt & Hyrkäs, 2012; Straus m.fl., 2009). Kvinnorna vill inte att vårdarna uppmärksammar omskärelsen mer än nödvändigt, reagerar med förvåning eller behandlar dem annorlunda (Upvall m.fl., 2008). Barnmorskors upplever det som emotionellt svårt att vårda omskurna kvinnor och känsligt att tala om (Leval, Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2004; Widmark, Tishelman & Ahlberg, 2002). Svenska barnmorskor har fördomar och en etnocentrisk syn om att omskurna kvinnors sexualitet har tagits ifrån dem. De ser de omskurna kvinnorna som förtryckta, maktlösa och mansdominerade, trots att de möter många män till omskurna kvinnor som är emot omskärelse. Många barnmorskor saknar kunskap

---

<sup>49</sup> Infibulation (faraonisk omskärelse) är en form av kvinnlig omskärelse där de yttre könsorganen skärs bort och de återstående vävnaderna sys ihop. Endast en minimal öppning lämnas för urin och mensblod. Med deinfibulation menas att vävnaderna öppnas.

om omskärelse och tekniska färdigheter i förlossningsvården. De betonar att de följer och betonar svensk lag som förbjuder både kvinnlig omskärelse och resuturering efter förlossningen. Samtidigt som vårdarna vill ha mer kunskap om omskärelse och sexualitet söker de den inte.

Förutom patientens kulturella bakgrund beskrivs livssituationens t.ex. diskrimineringens och arbetslöshetens betydelse för vårdssituationen och hälsan (Brämberg & Nyström, 2010). De menar att det i vårdssituationen måste klargöras hur patienten upplever sin situation, eftersom upplevelsen av livssituationen påverkar hur aktiva de är i vårdssituationen och för sin egen hälsa. Emami m.fl. (2001) betonar likaså betydelsen av att lyfta fram patientens livsvärld, som innehåller både kulturell kunskap och kännedom om patientens situation. Somaliska kvinnor<sup>50</sup> upplever svårigheter i samband med barnafödande till följd av invandringssituationen som flykting (Straus m.fl., 2009). Mödrar har svårigheter att arrangera transport och att ha råd med barnvakt (Teng m.fl., 2007). Japanska mödrar i Storbritannien känner sig stressade och otrygga, då de deltar i ett hierarkiskt japanskt socialt nätverk, som är kopplat till deras mäns arbete, och där de känner sig isolerade och saknar vänner (Ozeki, 2008). Enligt vårdarna kan patientens socioekonomiska faktorer vara ett hinder för vården (jfr Coffman, 2004).

---

<sup>50</sup> Den här studien hade gjorts ur somaliska hälsoarbetares perspektiv i Storbritannien, men de flesta av dem hade även fött barn i Storbritannien.



För kvinnorna är det viktigt att bli förstådda som individer och inte bara som medlemmar av en etnisk grupp (Brämberg m.fl., 2010). Cross-Sudworth m.fl. (2010), som har studerat första och andra generationens pakistanska kvinnors upplevelse av mödravård i Storbritannien, kom fram till att det är stor variation på hur mödrarna upplever vården. Vilken generation de tillhör spelar mindre roll än utbildningsnivå och stöd. Kulturella och religiösa traditioner påverkar kvinnorna, men de varierade från kvinna till kvinna (Cross-Sudworth m.fl., 2010). En del kan välja, medan andra känner sig tvungna att följa traditioner. De rekommenderar att mödrarnas enskilda behov tillgodoses i samarbete med andra yrkesgrupper utanför mödravården för att effektivt kunna hjälpa mödrarna. Barnmorskors erfarenheter av doulastöd till invandrarkvinnor är positivt (Akhavan & Lundgren, 2012). Doulor<sup>51</sup> stöder kvinnorna och möjliggör barnmorskans arbete. Erfarna barnmorskor som möter mödrar från samma kultur upplever det som lätt att diskutera känsliga frågor och vårda kvinnorna (Reynolds & Shams, 2005).

Invandrarmödrars deltagande i mödravården speglar deras deltagande i samhället i stort (Brämberg m.fl., 2010) och tidigare erfarenheter i livet (Brämberg & Nyström, 2010). För mödrarna betyder aktivt deltagande att vara i fokus i vården, och att någon lyssnar till dem och tar dem på allvar. Mödrarna uppskattar respekt från vårdarna och upplever dem som släktingar eller som en medlem i sin grupp (Brämberg m.fl., 2010). De finns kvinnor som avstår från att delta aktivt i vården och tacksamt

---

<sup>51</sup> En doula är en frivillig stödperson för en kvinna som ska få barn.

tar emot vad som ges utan att klaga. De är övertygade om att vårdarna gör sitt bästa och känner sig trygga, fast de inte förstår vad som sägs. Eftersom vårdarna har expertkunskap har de mer ansvar för att invandramödrar deltar aktivt i vården, även om det aktiva deltagandet kan initieras av mödrarna själva (Brämberg m.fl., 2010). Om de får känna sig involverade i vården upplever de välbefinnande. Afghanska kvinnor i Australien uppskattar vården mest om vårdarna är vårdande, vänliga, snälla, tålmodiga och sympatiska (Shafiei m.fl., 2012). De tycker också om noggrann fysisk vård och att få bekräftelse på att allt är som det ska vara.

Kvinnorna vill ha kontinuitet (Cross-Sudworth m.fl., 2010). Bristande kontinuitet beskrivs som ett problem som kan leda till att kvinnorna avbryter vårdrelationen (Hill m.fl., 2012; Straus m.fl., 2009). Då stödet från den utvidgade familjen saknas uppskattas vårdarnas bekräftelse av mödrarna, och mödrarna uppskattar att lära sig nya saker (Hill m.fl., 2012). Men det krävs tillit till vårdaren och förklaringar för att de ska acceptera interventioner såsom vitaminpreparat, mediciner, igångsättning och kejsarsnitt (Hill m.fl., 2012).

Sammanfattningsvis är de tidigare empiriska studier om vårdande av mödrar från andra kulturer framförallt relaterade till en viss etnisk grupps kultur, t.ex. somaliers kultur eller till något som ses som ett problem såsom omskärelse eller postpartumdepression. Att ha en annan kulturell bakgrund ses sällan som en rikedom eller som en möjlighet. Studierna visar förvånansvärt mycket likheter, trots att de är publicerade under en längre tid och är gjorda på olika kontinenter. Språksvårigheter

och kommunikationsproblem betonas i nästan alla studier. Patienterna upplever informationsbrist och vårdarna har svårigheter att informera. Då patienterna använder vårdsystemet felaktigt på grund av brist på information eller för att de inte kan språket tillräckligt bra, orsakar det negativa attityder hos vårdarna. Professionella tolkar rekommenderas för att patienten ska kunna uttrycka sina behov. Vårdarnas respekt för andra kulturer, religioner och kunskap om olika traditioner är väsentliga. Både patienters individuella behov, kulturella bakgrund och livssituation (jfr Brämberg & Nyström, 2010), men också yttre omständigheters betydelse beskrivs. Variationer inom en och samma kultur betonas. En vårdande relationen med en professionell vårdare betonas för att minska sårbarheten. I vårdande ingår bl.a. att lyssna, ge tid, respektera den andras värdighet, få vara delaktig och känna till kulturella traditioner samt att vara kunnig. Vårdandet tydliggörs ofta genom icke-vårdande.

Kvinnor från etniska minoriteter förväntas anpassa sig till mödravården i stället för att mödravården anpassas för dem. Brister i kulturell kompetens beskrivs, liksom fördomar, stereotyper, kränkningar, rasism och diskriminering. Motsatser i studierna beskrivs både ur patient- och vårdarperspektiv. Vårdarna uppfattar vårdandet av patienter från andra kulturer som både svårt och utmanande, men också som givande. Vårdarna lyfter fram utbildningens, men också erfarenhetens och attitydernas betydelse för kulturell kompetens. Få studier har specifikt studerat *vårdandet* i mödravård för patienter från andra kulturer, vilket ytterligare stöder syftet och kontext i föreliggande avhandling.

## Teoretiskt perspektiv

Av betydelse för valet av teoretiskt perspektiv var en strävan att förena vårdandet inom *caring science-traditionen* med transkulturellt mödravårdsarbete inom *nursing science-traditionen*. *Caring science-traditionen* finns universellt både internationellt (Boykin & Schoenhofer, 2013; Ray, 2010; Roach, 1997; Watson 2005) och i Norden (Halldórsdóttir, 1996, 2012; Martinsen, 2005). *Caring science-traditionen* kan ses som autonom och den har en humanvetenskaplig grund. Det betyder att vetenskapen har både frihet och möjlighet att utvecklas självständigt i förhållande till andra vetenskaper. Kunskapssynen är öppen med en medvetenhet om att både kunskapen och sanningen kan förändras. Det teoretiska perspektivet<sup>52</sup> och den caritativa teorin<sup>53</sup> förändras och utvecklas i takt med nya forskningsrön<sup>54</sup>. Ett teoretiskt perspektiv hjälper till att identifiera och fokusera på nyckelfrågor, att se var kunskapen ska sökas, hur kunskapen kan skapas eller utvecklas och ökar eller möjliggör fördjupad teoribildningen. Valet av teoretiskt perspektiv var naturligt,

---

<sup>52</sup> Med teoretiskt perspektiv avses vetenskapsteoretiska frågor, som består av historiska, ontologiska (vad-frågor), epistemologiska frågor (hur-frågor) och etiska förutsättningar (jfr Eriksson & Lindström, 1999, 2000, 2003). Med ontologi avses läran om varandet eller verkligheten. Varandet eller verkligheten handlar här om den vårdande (*caring*) verkligheten och de entiteter som där ingår. Vårdvetenskapen som akademiskt ämne har detta som studieobjekt. Det teoretiska perspektivet innehåller den caritativa teorin med dess substans (Eriksson, 2001, 2002; Lindström m.fl., 2014).

<sup>53</sup> Grundantagandena (axiom och teser) (se bilaga 1) beskriver det mest väsentliga innehållet i den caritativa teorin. Av dessa är de som berör vårdande mest väsentliga i föreliggande avhandling.

<sup>54</sup> Den caritativa teorin har utvecklats under snart 30 år i ämnet vårdvetenskap vid Åbo Akademi. Hittills har mer än 50 doktorsavhandlingar bidragit med kunskap till teorin. Den caritativa teorin kan ses som en av de mest kända vårdteorierna i Europa om vårdande (Lindström m.fl., 2014). Teorin bygger på en *caring science-tradition* och har utvecklats och prövats i olika kliniska studier i Norden (Arman & Rehnsfeldt, 2007; Berg, 2006; Karlsson, Forsberg & Bergbom, 2012; Ranheim, Kärner, Arman, Rehnsfeldt & Bertero, 2010; Sundström & Dahlberg, 2011).

eftersom jag har fått min utbildning i den här traditionen, men det valdes också för att försöka öka förståelsen av 'vårdandet', som är ett kärnbegrepp i vårdvetenskap.

Utan vårdande blir vårdarbetet endast en teknik eller uppgifter, men utan vårdarbete blir vårdande inte synligt i vården. Vårdandet är kärnan i vårdarbetet och det mest väsentliga som studeras i vårdvetenskap. Vårdandet är någonting naturligt mänskligt. Vårdandet är inte könsbundet även om det traditionellt varit kvinnor som både i hemmet och i sjukvården tagit hand om hjälpbehövande. Vårdandets mål, att lindra lidande, tjäna liv och hälsa, finns bevarat genom tiderna. Värdegrund eller ethos, att inte kränka människans värdighet och att försöka lindra människans lidande, visar vägen för både ontologi och epistemologi (Eriksson, 1987, 2001, 2002; Lindström m.fl., 2014).

I avhandlingen berörs människor i en sårbar situation, och det teoretiska perspektivet innehåller substans som ger djupare förståelse för vårdande och lidande. Vårdande innebär respekt för människans värdighet och ett äkta närvarande med den lidande människan. Vårdande innebär att tjäna en annan människa i kärlek och barmhärtighet (*caritas*), vilket är vårdandets motiv (Eriksson, 2002). Vårdandet innebär att ansa, leka och lära (Eriksson, 1987)<sup>55</sup> och att 'bry sig om' (*care for*) (Karlsson, 2013)<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Ansa innebär bl.a. att nära, rena och värma. Leka är till exempel att öva, skapa, fantasera och använda humor. Att lära är till exempel att växa som människa och se nya möjligheter. Vårdandet sker i en anda av tro, hopp och kärlek. (Eriksson, 1987)

<sup>56</sup>Att 'bry sig om' är en del av vårdande och beskrivs som: att vara på plats; att låta sig vidröras; att vara lyhörd inför hjärtats röst; att ge och ta emot kärlek; att se och lyssna till och att tänka på och ansvara för (Karlsson, 2013).

Vårdandet sker i vårdgemenskapen i relationen mellan vårdare och patient. Den vårdande relationen (Kasén, 2002) beskrivs som *förhållande, förbindelse, berättelse* och *beröring*.<sup>57</sup> Förhållande beskrivs som asymmetriskt, eftersom vårdaren och patienten inte kan byta plats, då vårdaren alltid har mera ansvar för den lidande människan. Genom att lyssna, beröra och vara med-varande kan vårdaren skapa en närvaro (Fredriksson, 2003).<sup>58</sup> Lyssnande (Koskinen, 2011) finns i medlidande och barmhärtighet mellan människor. Att vara sårbar skapar band på samma sätt som när man är ödmjuk, äkta och med gästfrihet inbjuder och välkomnar en annan. Vidare kan lyssnandet i den vårdande gemenskapen skapa rörelse som är livsbringande.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Förbindelsen innebär att vårdaren lovar patienten att försöka lindra hennes eller hans lidande och vårdaren är därmed förpliktad att värna om patientens värdighet. Den vårdande relationens substans beskrivs som lidandeberättelse och förbindelse. Lidandeberättelsen är vårdarens delaktighet i patientens berättelse om sin kamp i lidande. Vårdrelationens förbindelse blir synlig vid det första mötet mellan vårdare och patient genom löftet att relationen blir vårdande och fortgår så länge patienten får bli ogripbar. Patientens lidandeberättelse kan väcka medlidande hos vårdaren, som då inbjuder patienten till en vårdande relation och patienten svarar genom att visa tillit och förtroende. Vårdaren blir delaktig i patientens lidandeberättelse om hon eller han lyckas beröra patientens kropp, själ och ande, vilket kan skapa rörelse i hälsa och lindra lidande. (Kasén, 2002)

<sup>58</sup> Fredriksson (2003) har studerat det vårdande samtalet, som innehåller relationella, narrativa och etiska aspekter. I närvaron är vårdaren tillgänglig och till förfogande och möter patienten utan inlärd roll eller svar. Patient kan då dela sitt lidande och sin värld med vårdaren. Även patienten lyssnar till och reflekterar över sin egen berättelse. Den narrativa aspekten av det vårdande samtalet är patientens lidandeberättelse, där vårdarens fråga tränger igenom patientens skydd mot lidande, som kan leda till en upplevelse av mening och rörelse i lidandet. Det etiska i det vårdande samtalet är att båda respekterar varandra (Fredriksson, 2003).

<sup>59</sup> Enligt Koskinen är lyssnande en grundhållning till livet. Lyssnande framträder i en vårdande hållning att tjäna, offra och ha ansvar för den andra. Människan lyssnar till sig själv för att få en inre grundordning och för att höra till en gemenskap med Gud, den andra och det oändliga. I kärleken och lidandet kan ensamhet och gemenskap gå samman (Koskinen, 2011).

Vårdandet strävar till att lindra lidande, främja och upprätthålla hälsa och liv (Eriksson, 1987, 2001, 2002; Lindström m.fl., 2014). Lidande kommer fram i olika former trots att det inte var fokus i föreliggande avhandling. Lidande kan vara livslidande, sjukdomslidande eller vårdlidande. Immigationen, komplikationer i samband med barnafödande eller vården kan orsaka lidande. Lidandet kan ses som ett drama där vårdaren är en medaktör (Eriksson, 2006; Lindholm & Eriksson, 1993; Wiklund, 2000).<sup>60</sup> Hälsa<sup>61</sup> och uthärdligt lidande går hand i hand.

Människan i avhandlingen ses som en enhet av kropp, själ och ande. Människan rör sig på olika dimensioner mellan görande, varande och vardande mot hälsa.<sup>62</sup> Människan vill vara unik men samtidigt höra till en större gemenskap (Eriksson, 1987, 2001, 2002; Lindström m.fl., 2014). De anhörigas och familjens betydelse har lyfts fram i vården i kinesisk kultur<sup>63</sup> (Nyback, 2007). Respekten för människans värdighet

---

<sup>60</sup> Akterna består av att bekräfta patientens lidande, att ge tid och rum för lidande och att patienten ges möjlighet att försonas med sitt lidande (Eriksson, 2006; Lindholm & Eriksson, 1993; Wiklund, 2000).

<sup>61</sup> Hälsa beskrivs som friskhet, sundhet (objektiva) och välbefinnande (subjektiv) (Eriksson, 1987, 2001, 2002; Lindström m.fl., 2014).

<sup>62</sup> I *den ontologiska hälsomodellens* görandedimension fokuserar människan på hälsosamt beteende för att undvika problem. I varandedimensionen försöker människan nå harmoni och balans och i vardandedimensionen blir människan hel (Eriksson, red., Bondas-Salonen, Herberts, Lindholm & Matilainen, 1995). Harmoni var betydelsefullt för att nå hälsa i kinesisk kultur (Nyback, 2007).

<sup>63</sup> Samhörigheten med familjemedlemmarna är viktig för att patienten inte ska känna sig övergiven. De anhöriga skyddar patientens integritet och privatliv och skyddar patienten från skada t.ex. genom att inte tala om sjukdomsdiagnos. Trygghet och tillit garanteras genom att de anhöriga är patientens röst. En intressant del i kinesisk vård är *Hu Gongs* d.v.s. personer anställda av patienten eller familjen som håller sällskap, tar hand om grundläggande vård och hjälper patienten på sjukhus, då familjemedlemmar inte kan vara närvarande. (Nyback, 2007)

och helighet gäller oberoende av kulturell bakgrund eller etnisk tillhörighet. Alla människor är lika värdefulla. Människans kropp ser olika ut, själen påverkas av värderingar och övertygelser, och anden kan relatera till olika gudar, andliga väsen, natur eller existentiell andlighet beroende på kulturell och etniska bakgrund. Varje människa är unik, men det individuella betonas olika mycket i olika kulturer. Familjens betydelse för den enskilda människan kan variera. Vårdande sker i vårdrelationen, som kan få större betydelse om familjemedlemmar eller vänner saknas. Då vårdaren vågar lyssna, bekräfta patientens annanhet, visa medlidande och beröra, kan lidande lindras och hälsoprocesser sättas i gång hos patienten. Vårdande, lidande och hälsa kan uttryckas olika i olika kulturer. Lidande hos patienter som kommer från andra kulturer kan förutom hälsotillstånd bero på bl.a. vårdarnas okunskap om patientens kultur och livssituation, förföljelse i ursprungskulturen och kränkningar på grund av kulturtillhörighet i det nya landet.

Det teoretiska perspektivet bildar den ontologiska grund som tillsammans med resultatet av delstudierna ger ett förståelsedjup, som bidrar till teoribildning om interkulturellt vårdande såväl generellt som specifikt inom mödravårdskontext.

## **Förförståelse**

Intresset för vårdandet i vårdarbetet fick sin grund redan under mina studier till sjukskötare<sup>64</sup> och barnmorska (specialsjukskötare) vid Vasa

---

<sup>64</sup> I Finland används det könsneutrala ordet sjukskötare istället för sjuksköterska.



svenska sjukvårdsläroanstalt i början av 1980-talet och växte under magister- och forskarstudier vid Åbo Akademi. Intresset för vårdandet i andra kulturer började för ca 25 år sedan genom arbete som klinisk barnmorskelärare i Zambia. Sammanlagt har jag bott eller arbetat nio år som biståndsarbetare i fyra länder i Afrika<sup>65</sup> och Asien<sup>66</sup> mellan åren 1988 och 1998. Som finlandssvensk tillhör jag en språkminoritet i Finland och som utländsk medborgare i andra länder har jag fått en viss insikt i hur det kan vara att bo och bli vårdad i en annan kultur. Jag har även erfarenhet av att som vårdare vårda patienter från andra kulturer i flera länder<sup>67</sup> inklusive Finland, och som vårdlärare undervisa vårdstuderande från andra kulturer i Finland och i Zambia. Efter avslutade magisterstudier vidareutvecklade jag biämnet *interkulturell caring* vid vårdvetenskapen vid Åbo Akademi (2003–2010) och utarbetade kurser, vilket bidrog till intresset för ämnet.

Förförståelsen för interkulturellt vårdande vid början av arbetet med avhandlingen utgick från resultatet i Wikberg (2003)<sup>68</sup>. I studien beskrevs en modell för interkulturellt vårdande där vårdande sågs i olika dimensioner som ontologi<sup>69</sup>, fenomen och praktiskt vårdande. Den ontologiska

---

<sup>65</sup> Zambia 1988–1990, Lesotho 1990–1992.

<sup>66</sup> Nepal 1993–1995, Vietnam 1996–1998.

<sup>67</sup> Sverige, Zambia, Nepal och Vietnam.

<sup>68</sup> Tre teoretikers (Campinha-Bacote, Leininger och Ray) texter om transkulturella modeller eller teorier och vårdande analyserades med innehållsanalys. Kategorierna jämfördes med den caritative teorin av Eriksson och en modell för interkulturellt vårdande utvecklades genom abduktion. Modellen prövades på en somalisk informant. Delar av magisteravhandlingen (Wikberg, 2003) utvidgades i den första studien.

<sup>69</sup> Den ontologiska dimensionen av vårdande eller dimensionen vårdande som ontologi kunde ha kallats grundantaganden om vårdande. I dimensionen avses vårdande som det förstås i djup mening eller att vårdande ses som ett sätt att vara (jfr Flaming, 2004).

dimensionen av vårdandet beskrev vårdandets vara komprimerat och abstrakt. Den kunde beskrivas som grundantaganden om vårdandet såsom vårdandets grundkategori är lidande, vårdandets motiv är kärlek och barmhärtighet, vårdandet är ett naturligt mänskligt fenomen, vårdande omfattar hela människan, som kropp själ och ande, varje människa är unik och kulturen är avgörande för vårdandet<sup>70</sup>. Alla utom den sista omfattas av den caritativa teorin (Eriksson, 2001). Den ontologiska dimensionen av vårdande beskrevs kontextlös, d.v.s. gemensam för alla människor och kulturer. Vårdande som fenomen beskrev vad vårdandet innehåller mer konkret än vårdande som ontologi, men mer abstrakt än det praktiska vårdarbetet såsom att visa respekt, ansvara och inge trygghet. Vårdande som fenomen kan uttryckas på många sätt, men det är kulturen som avgör vilka delar av fenomenet som betonas. Varje beskrivning av vårdandet som fenomen kan ta många uttryck i vårdande som praktisk dimension, som kan jämföras med vårdarbete eller vårdaktiviteter för den enskilda patienten. De uttryck vårdandet som praktisk dimension tar kan vara direkt motsatta i olika kulturer trots att samma fenomen och vårdande i djup mening avses. Kultur framträdde då vårdande sågs som ett fenomen och kontexten framkom då vårdande sågs som praktiska vårdaktiviteter.

---

<sup>70</sup> Här avses inte att kultur skulle inverka på vårdandet i den ontologiska dimensionen, utan att ett antagande om att kultur påverkar vårdandet mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund i klinisk vård borde finnas i den ontologiska dimensionen.

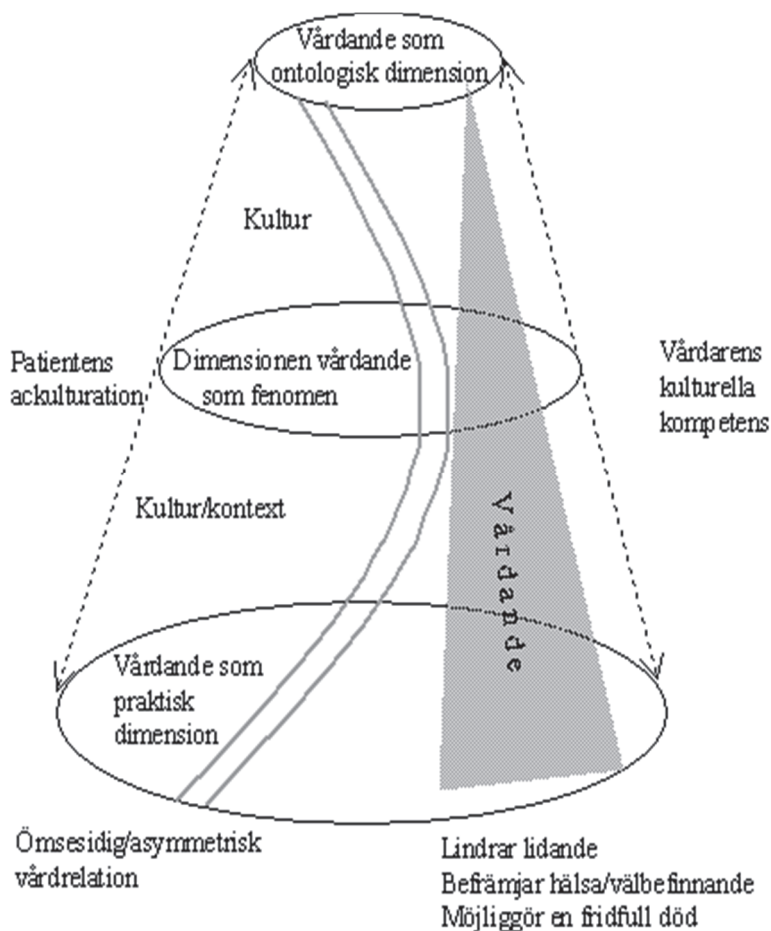
I en vårdrelation mellan vårdare och patient från olika kulturer påverkar vårdarens kulturella kompetens<sup>71</sup> och patientens ackulturation<sup>72</sup> vårdandet. Relationen mellan vårdare och patient beskrivs som ömsesidig, men asymmetrisk. Ifall vårdandet kan ses i de tre olika dimensionerna, lindras lidande, främjas hälsa och välbefinnande, och en fridfull död blir möjlig. Se figur 2. Figuren är endast en bild av modellen för det interkulturella vårdandet.<sup>73</sup>

---

<sup>71</sup> Med kulturell kompetens avser Campinha-Bacote (2003) kulturell medvetenhet, kulturell kunskap, kulturell färdigheter, kulturella möten och kulturell vilja eller önskan (*desire*). Kulturell kompetens är både en produkt och en process.

<sup>72</sup> Ackulturation utgår från Berry (1987, 496) och betyder den förändring som sker då en person från en kultur möter en person från en annan kultur. I ackulturationen ingår integration, assimilering, separation och marginalisering, som beskriver hur en person, en familj eller ett samhälle förhåller sig till dels den ursprungliga kulturen och dels den nya kulturen.

<sup>73</sup> Både modeller och teorier kan avbildas i en figur eller bild. Den visuella bilden kan underlätta förståelsen av teorin, men är inte detsamma som teorin. Teorin innehåller mer förklaringar i text än själva bilden.



**Figur 2. Modell för interkulturellt vårdande** (Wikberg, 2003, 85)

Cirklarna, som föreställer de olika dimensionerna av vårdandet, är större nertill för att uttrycken är fler i det praktiska vårdarbetet än i den abstrakta ontologiska dimensionen. Dimensionerna är närmare varandra om kulturen är liknande, men är längre ifrån varandra om kulturen är mycket olika. Bågen som symboliserar vårdrelationen är tänkt att symbolisera vårdrelationens asymmetri och de dubbla strecken ömsesi-

digheten. Varje människa är unik, men hör till någon kultur och har samtidigt något gemensamt med alla människor. Både vårdare och patient hör till en familj och kultur. Modellen är en del av min förståelse och kan ses som en stillbild av förståelsen då arbetet med den här avhandlingen började.

## Från transkulturell vård till interkulturellt vårdande

För att beskriva vård av patienter från en annan kultur används flera begrepp såsom 'transkulturell vård' (*transcultural nursing*)<sup>74</sup>, 'tvärkulturell vård' (*crosscultural nursing*)<sup>75</sup>, 'interkulturell vård' (*intercultural nursing*)<sup>76</sup> och 'mångkulturell vård' (*multicultural nursing, monikulttuurinen hoitotyö*)<sup>77</sup>, 'internationell' eller 'transnationell vård'<sup>78</sup> och

---

<sup>74</sup> Det engelska ordet *trans-* betyder *across, beyond* och *into another place or state* (Cowie, 1989).

<sup>75</sup> Det engelska ordet *cross-* betyder *between, mixture, across, and movement or action from one thing to another* (Cowie, 1989). 'Tvärkulturell vård' (*crosscultural nursing*) har sitt ursprung i kvantitativa studier som jämförde olika kulturer, men har även använts synonymt med transkulturell vård (Brink, 1999).

<sup>76</sup> Det engelska ordet *inter-* betyder *between, from one to another, together* (tillsammans) och *mutually* (ömsesidigt) (Cowie, 1989). 'Interkulturell' har en implicit betydelse av jämlikhet mellan de involverade kulturerna. Interkulturell har använts inom kommunikation. '*Intercultural nursing*' har använts av t.ex. Habermann (1999, 2006), Hanssen (2004) och Hanssen och Alpers (2010). Interkulturell vård har använts på grund av den kritik som riktats mot transkulturell vård och för att betona såväl minoritetskulturen som majoritetskulturen.

<sup>77</sup> Begreppet 'mångkulturell vård' syftar på att det finns många kulturer i vården. På finska används ändå begreppet '*monikulttuurinen hoitotyö*' (mångkulturellt vårdarbete) för att beskriva vård mellan kulturer, eftersom det är svårt att uttrycka förstavelserna *trans-* och *inter-* utan att omskriva till *kulttuurien välinen* (mellan kulturer) som blir långt.

<sup>78</sup> Med 'internationell' avses mellan länder. En kultur är inte detsamma som ett land. I ett land kan det finnas många kulturer och en kultur kan finnas i flera länder. '*Transnational competence*' (*transnationaalinen osaaminen*) har använts av t.ex. Sainola-Rodriguez (2009).

'etnovård' (*ethnic nursing care*)<sup>79</sup>. 'Transkulturell vård' är det vanligaste begreppet för det område som beskriver vård av patienter från andra kulturer. 'Transkulturell vård' har utvecklats framförallt av Madeleine Leininger (1991, 2002, 2006a) från 1960-talet framåt. Leininger (2002) beskriver *transcultural* som jämförande. Hon har utvecklat *Theory of cultural care diversity and universality* och *Sunrisemodel* som är kända över hela världen. De mest centrala begreppen i Leiningers teori är 'vårdande' (*caring, care*)<sup>80</sup> och 'kultur'. 'Care' ('*caring*') kommer från vårdvetenskap (*nursing*) och 'kultur' kommer från antropologin (Leininger, 2002). Leininger har haft många efterföljare bl.a. Andrews och Boyle (1995), Campinha-Bacote (2003a), Giger och Davidhizar (2004) och Purnell och Paulanka (2003) som fortsatt teoriutvecklingen.

Trots att transkulturell vård har varit banbrytande och förbättrat vården för patienter från andra kulturer har transkulturell vård också fått kritik. Leiningers kulturbegrepp<sup>81</sup> betonar inte förändring. Det finns en risk att transkulturell vård kategoriserar och stereotyperar andra kulturer, vilket

---

<sup>79</sup> '*Ethnocare*' är ett äldre snävare begrepp, som saknar jämförelsen mellan kulturer och användes t.ex. av Orque, Bloch & Monroy (1983).

<sup>80</sup> Leininger skiljer på ordens språkliga form och menar att *care* är ett substantiv och *caring* (*gerund*) innehåller aktiviteter. "Care (noun) refers to abstract and concrete phenomena related to assisting, supporting, or enabling experiences or behaviors toward or for others with evident or anticipated needs to ameliorate or improve a human condition or lifeway." (Leininger, 1991, 46) och "caring (gerund) refers to actions and activities directed towards assisting, supporting, or enabling another individual or group with evident or anticipated needs to ameliorate or improve a human condition or lifeway, or to face death." (Leininger, 1991, 46).

<sup>81</sup> Leininger (1991, 47) definierar kultur som "...the learned, shared, and transmitted values, beliefs, norms, and lifeways of a particular group that guides their thinking, decisions, and actions in patterned ways" (mina kursiveringar). Leininger skiljer på kultur och etnicitet. Kultur är betydligt mer holistiskt och fullständigt och går utöver etnicitet och valda drag av en ras eller ett folks nationalitet, även om kultur och etnicitet ibland ses som synonyma av lekmän (Leininger, 2002, 49).

kan leda till fördomar och rasism (Bruni, 1988; Mulhall, 1994; Mulholland, 1995). Gustafson (2005) påpekar att transkulturell vård genom kulturellt kompetent vård bevarar i stället för förändrar den dominerande inställningen till sociala och mänskliga olikheter. Brämberg och Nyström (2010) menar att 'kulturell kompetens' har skapats för att tillfredsställa vårdarnas behov av att kategorisera det främmande, men att det inte tillfredsställer patientens individuella behov i en vårdsituation. Risken med att kategorisera patienten med annan kulturell bakgrund är att patienten ses som ett problem.

Transkulturell vård betonar förståelse och respekt för andra kulturer, men i de tre sätten att fatta beslut och handla i Leiningers *Sunrisemodell* (1991, 2006a) finns en underliggande tanke om att en kultur är dominerande eller mer betydelsefull, eftersom man ska bevara eller upprätthålla fördelaktiga sätt att leva<sup>82</sup>, men genom ömsesidiga beslut förhandla om, anpassa eller omstrukturera ofördelaktiga sätt att leva (jfr Albarran m.fl., 2011).

Att studera enskilda kulturer eller den unika patienten beaktar inte historiska och politiska förhållanden (Albarran m.fl., 2011). ”The impact on identity, culture and health by unequal power relations, oppression and a history of exploitation and colonialism is largely ignored by transcultural approaches to caring.” (Albarran m.fl., 2011, 3). Transkulturell vård har inte beaktat maktrelationer i samhället som orsak till bl.a.

---

<sup>82</sup> Underförstått är det den amerikanska eller västerländska majoritetskulturen, som är den mer fördelaktiga.

sociala förhållanden såsom fattigdom, arbetslöshet och rasism. Begreppet 'kulturell säkerhet'<sup>83</sup> (Papp & Ramsden, 1996; Polashek, 1998) har utvecklats på Nya Zeeland för att lyfta fram maktrelationer i vården. Begreppet 'interkulturellt vårdande' används i resultatet i den här avhandlingen, i stället för transkulturell vård, dels för att betona vårdandet i vårdarbetet, dels för att betona att relationen mellan kulturerna inte är dominerad av den ena kulturen.

'Kultur' i den här avhandlingen definieras som "a pattern of learned but dynamic values and beliefs that gives meaning to experience and influences the thoughts and actions of individuals of an ethnic group." (Wikberg & Eriksson, 2008, 486). Med den här definitionen, som är influerad av både Leiningers och Geertz'<sup>84</sup> definitioner, har jag särskilt velat lyfta fram att kultur inte är statisk utan föränderlig både mellan generationer och i kontakt med andra kulturer. Kultur karaktäriseras inte enbart av vissa värderingar och traditioner, utan hur dessa ger mening åt eller en

---

<sup>83</sup> 'Kulturell säkerhet' (*cultural safety*) beaktar maktrelationer mellan vårdarna och patienterna i vårdarbete och mödravård (Papp & Ramsden, 1996). Vårdarna stöder patienterna att uttrycka det som upplevs som otryggt, vilket tyder på att 'kulturell säkerhet' beaktas ur patienternas perspektiv. Om patienterna känner sig otrygga i vården finns annars en risk att de undviker vården. 'Kulturell säkerhet' erkänner, respekterar och vårdar patienter från en annan kultur, tryggar deras behov, förväntningar och rättigheter, med beaktande av historiska och politiska förhållanden t.ex. kolonisering eller krig, som har orsakat rasism eller diskriminering mot ursprungsbefolkning eller etniska minoriteter, som har en sämre ställning i ett land och har påverkat vårdarnas attityder (Polashek, 1998; jfr Spence, 1999).

<sup>84</sup> Geertz (1973, 145) definierar 'kultur' som "...the fabric of meaning in terms of which human beings interpret their experience and guide their action...".



tolkning av tankar och handlingar. Kulturbegreppet har däremot begränsats till etniska gruppers kultur. Med etnicitet<sup>85</sup> eller etnisk tillhörighet avses den etniska identitet som människan själv eller andra tillskriver henne, t.ex. rysk eller vietnamesisk. Den etniska tillhörigheten kan förändras. Kultur i den här avhandlingen refererar alltså till etniska gruppers kultur, inte till subkulturer<sup>86</sup> såsom sexuella minoriteters eller handikappades kultur.

'Kontext' används i betydelsen olika vårdspecialiteter t.ex. mödravård och äldrevård. 'Vårdkultur' används i avhandlingen om finländsk kulturs påverkan på mödravårdskontexten, vilket gör att mödravårdskontexten kallas för finländsk mödravårdskultur. Interkulturell vård är en kontext som går tvärs igenom de traditionella vårdspecialiteterna. Högkultur såsom musik, drama, litteratur och dans behandlas inte i den här avhandlingen annat än vad som eventuellt ingår i en etnisk grupps kultur. Religiösa uttryck hör till en del av kulturen även om den enskilda människans tro kan variera.

Med vårdandet avses det som sker i vårdrelationen mellan en professionell, utbildad vårdare inom hälso- och sjukvård och en patient som

---

<sup>85</sup> "Ethnicity is about the relationship between groups. Ethnic identities only exist in their relationships to others. Marking ethnic boundaries is a dynamic process and is a product of the ways in which groups construct difference through both selfidentification and categorization by others." (Mulholland & Dyson, 2001, 31).

<sup>86</sup> Begreppet 'subkultur' hör nära samman med kulturbegreppet, men betyder en mindre grupp som skiljer sig från en större grupp på något vis. "Subculture is closely related to culture, but refers to subgroups who deviate in certain ways from a dominant culture in values, beliefs, norms, moral codes, and ways of living with some distinctive features that characterize their unique lifeways." (Leininger, 2002, 47 med hänvisning till tidigare källor av Leininger)

söker vård. Vårdande innebär bl.a. att respektera, bry sig om, försöka lyssna och förstå den andra och vara äkta närvarande för den andra. Här avses substantivet (vårdandet) och den substans det innehåller. Men då en vårdare har vårdandet som substans så vårdar (verb) hon eller han på ett vårdande (adverb) sätt och hon eller han är då vårdande (adjektiv). Men vård avses hur hälso- och sjukvårdssystemet är organiserat, t.ex. mödravård och hälsovård.<sup>87</sup>

## **Beskrivning av kontexten – mödravård och etniska grupper i Finland**

Mödravård refererar till den vård som ges under barnafödande, d.v.s. under graviditet, förlossning och barnsängstiden. Hur mödravården är organiserad varierar i olika länder. I Finland sköter hälsovårdare<sup>88</sup> eller barnmorskor vården under normal graviditet på mödrarådgivningar, och barnmorskor sköter normala förlossningar på sjukhus. Medicinsk expertis finns tillgänglig vid behov. Mödravården i Finland har hög kvalitet, och mödra- och spädbarnsdödligheten är bland den lägsta i världen (Institutet för hälsa och välfärd (THL) 2011a, b). Samhället stöder barnafödande genom att mödravården inom hälsovården är gratis och endast en nominell avgift uppbärs för sjukhusbesök och -vård. Samhället stöder även mödrar och familjer genom olika förmåner såsom moderskaps- och

---

<sup>87</sup> Jämför sidan 11–12.

<sup>88</sup> Hälsovårdare motsvaras av distriktssjuksköterskor i Sverige eller *Public Health Nurses* på engelska. Hälsovårdaren i Finland har förutom mödrahälsovård hand om bland annat barnhälsovård, skolhälsovård och arbetshälsovård.

föräldraledighet, moderskaps- och föräldrapenning, moderskapsunderstöd<sup>89</sup> och barnbidrag. Invandrarna är i genomsnitt yngre och föder flera barn än finländare (Malin & Gissler, 2009), och unga invandrarkvinnor i åldern 15–29 år är den enda invandrargrupp som använder mer hälsovård än motsvarande grupp bland finländare (Gissler, Malin & Matveinen, 2006) och därmed kan man förvänta sig att det finns flera invandrare i mödravård än i andra vårdkontexter.

Invandrare överlag använder färre hälsovårdstjänster än finländare (Gissler m.fl., 2006; Taavela, 1999<sup>90</sup>). Personer utan FPA-kort<sup>91</sup> har svårt att få tillgång till vård (Adjekughele, 2003). I en studie om invandrarers hälsa (Koponen, Klemetti, Surcel, Mölsä, Gissler & Weiste-Pakkanen, 2012) fann man att användning av preventivmedel var låg bland kvinnor med ryskt ursprung och sällsynt bland kvinnor med somaliskt ursprung. Alla tre grupper kvinnor som studerades – somalier, kurder och ryssar – hade fött fler barn än finländska kvinnor. Spontana missfall var betydligt vanligare bland kvinnor med somalisk bakgrund medan aborter var betydligt vanligare bland kvinnor med rysk bakgrund jämfört med finländska kvinnor. De flesta somaliska och kurdiska kvinnorna var omskurna och en betydande del av dem hade haft hälsoproblem till följd av omskärelsen (Koponen & Mölsä, 2012). Inom hälso- och sjukvården

---

<sup>89</sup> Moderskapsunderstöd är endera en förpackning med babykläder och -produkter eller en summa pengar som för närvarande är 140 euro. Moderskapsunderstödet infördes redan år 1939 och förpackningen torde vara unik för Finland.

<sup>90</sup> I Taavelas studie (1999) var det bara inom tandvård som invandrarna använde mer service än finländare.

<sup>91</sup> Ett sjukförsäkringskort från *Folkpensionsanstalten* är ett bevis på att personen är försäkrad. Ett sjukförsäkringskort motsvaras i Sverige av patientbricka eller försäkringsbesked.

hade ca 10 % av invandrarna i de tre ovannämnda grupperna upplevt diskriminering, medan över 20 % hade upplevt diskriminering i samhället i allmänhet i olika situationer (Mannila, Castaneda & Jasinskaja-Lahti, 2012). Undervisningsministeriet (2006) i Finland rekommenderar att mångkulturellt vårdarbete ingår i utbildningen för sjukskötare<sup>92</sup>, hälsovårdare och barnmorskor.

När Finland blev självständigt 1917 fanns det traditionella minoriteter i Finland såsom samer, romer, ryssar, tatarer, judar förutom finnar och finlandssvenskar. Därefter var det rätt liten immigration fram till vinter- och fortsättningskriget, då karelare förflyttades undan kriget. Efter kriget var inflyttningen minimal fram till 1970-talet, då de första flyktingarna från Chile och Vietnam togs emot. Det var först på 1990-talet som gränserna öppnades i större omfattning och Finland tog emot flyktingar, asylsökande och andra immigranter. Efter inträdet i EU år 1995 blev det lättare för utländska medborgare att komma till Finland och samtidigt lättare för finländare att flytta inom Europa. Sedan 1990 har invandringen ökat kraftigt. År 1990 fanns det 26 255 utländska medborgare (Finlands officiella statistik (FOS), 2012a) och 24 783 personer som talade ett främmande språk som modersmål (FOS, 2012b). År 2012 hade de utländska medborgarnas antal ökat till 195 511 (FOS, 2012a). De som

---

<sup>92</sup> Sjukskötaren bör känna till kulturens betydelse för hälsan och i vårdarbetet. Hon arbetar med personer, familjer och grupper som representerar olika kulturer. Hon fungerar i ett mångkulturellt arbetsteam, använder sitt expertkunnande och främjar mänskliga rättigheter och tolerans inom vårdarbetet. Mångfald och tolerans, kultur och estetik i vårdarbete, internationellt vårdarbete, vårdkulturer och mångkulturella arbetsteam och språkkunskaper rekommenderas i undervisningen. (Undervisningsministeriet, 2006)

talade ett annat språk än finska, svenska eller något av de samiska språken som sitt modersmål hade ökat till 266 946 (FOS, 2012b). Jämför man siffrorna från 1990 med 2012 (FOS, 2012a), har de utländska medborgarna sjudubblats och de som talar ett främmande språk i Finland tiodubblats på drygt 20 år (FOS, 2012b). Av de utländska medborgarna har en del fått finländskt medborgarskap.

Finlands totala befolkning år 2012 var 5 426 674 personer (FOS, 2012c). Samma år utgjordes befolkningsökningen (25 409) till 87 % av personer med främmande språk (FOS, 2012c). Invandrare som talar ett främmande språk (4,9 %) var år 2012 nästan lika många som de svenskspråkiga (5,4 %) (FOS, 2012b). De största främmande språken är ryska (62 554), estniska (38 364), somaliska (14 769), engelska (14 666) och arabiska (12 042) (FOS, 2012c). De flesta med utländsk bakgrund bor i Helsingforsregionen (9,3 %) (FOS, 2012c). De som har en utländsk bakgrund är betydligt yngre än den finländska befolkningen (FOS, 2012a, b). Bland dem som har utländsk bakgrund finns många vårdare<sup>93</sup>. I ett nordiskt perspektiv är invandringen liten.

---

<sup>93</sup> Enligt THL (2013) hade 3,4 % (12 480 personer) av vissa yrken inom hälso- och sjukvårdpersonal i Finland utländsk bakgrund år 2009. Av läkarna hade 7,5 % och av sjuksköterna, barnmorskorna och hälsovårdarna hade 2,4 % utländsk bakgrund (THL, 2013).

## METODOLOGISKA UTGÅNGSPUNKTER<sup>94</sup> OCH GENOMFÖRANDE

Hermeneutik<sup>95</sup> utgående ifrån Gadamer (1994, 1997) valdes som övergripande metodologi och närmelsesätt för att vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund behöver förstås och tolkas för att nå en djupare kunskap. Då man skapar en teori genom hermeneutik enligt Gadamer blir alla delar viktiga att beskriva, eftersom det inte är fråga om en metod där man mekaniskt följer olika steg utan ett närmelsesätt eller en teori om hur man ska gå tillväga för att nå sanning.

### Hermeneutik och teorigenerering

Vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund handlar om människan, hennes relationer till andra människor och vårdaktiviteter i vårdsituationer, vilket enligt Helenius (1990) är det centrala kunskapsintresset inom hermeneutik. Man kan förstå texter, ord, uttryck, handlingar, personer och sociala institutioner. Det som tolkas är antingen en mänsklig handling eller en produkt därav med meningsfullt material (Føllesdal, Walløe & Elster, 2001).<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> Med metodologiska utgångspunkter menas epistemologi, d.v.s. hur man ser på kunskap och hur man kan skapa kunskap. Hermeneutik hör till kunskapstraditionen vid vårdvetenskapen vid Åbo Akademi för att finna förståelse av fenomenet vårdande. Vårdvetenskapens uppgift är att finna mönster och teorier om vårdande för att lindra människans lidande (Eriksson, Lindholm, Lindström, Matilainen & Kasén, 2006).

<sup>95</sup> Enligt Føllesdal, Walløe och Elster (1986, 2001) är hermeneutik som handlar om att förstå och tolka detsamma som hypotetisk deduktiv metod (HDM). Jfr Johansson, Pörn, Theorell & Gustafsson, (2006).

<sup>96</sup> Inom hermeneutik studeras det mellanmännsliga och eftersom *förståelse* söks innehåller hermeneutik en empatisk dimension (Alvesson & Sköldberg, 2008; Gadamer, 1994; Nerheim, 1996).

Alla människor har en förförståelse<sup>97</sup> som är beroende av traditioner, kultur, språk och erfarenheter. Kultur och språk är ömsesidigt beroende av varandra. När människan föds lär hon sig ett språk och blir en del av en grupp eller en kultur som redan finns, vilket brukar kallas socialisering eller enkulturation, samtidigt som hon själv blir delaktiga i förändringen eller utvecklingen av språket, kulturen och samhället som hon tillhör. När människan tolkar och förstår något t.ex. vårdar en patient från en annan kultur, utgår hon alltid ifrån sin förförståelse av den egna kulturen, vilket inte är detsamma som ett etnocentriskt synsätt. Det människor har erfått tidigare har betydelse för hur hon förstår nuet, och det i sin tur har betydelse för hur hon kommer att förstå något i framtiden.

Språk och kultur blir särskilt betydelsefulla, eftersom avhandlingen skapar en teori om vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund. Förståelsen liksom språk och kultur förändras, vilket också betyder att sanningen är föränderlig. Därför är hermeneutiska tolkningar eller resultat aldrig slutgiltiga<sup>98</sup>. Då vi förstår och tolkar<sup>99</sup> något är det alltid beroende av det sammanhang, den kultur och den tid det

---

<sup>97</sup> Inom hermeneutik är förförståelsen viktig för tolkning och förståelse. Förförståelse kan jämföras med förutfattade meningar (Alvesson & Skoldberg, 2008; Gadamer, 1994, 1997), fördomar eller med ett etnocentriskt synsätt. Med etnocentrisk menas att man utgår från sin egen kultur och ser den som bättre än andra kulturer. Fördomar behöver inte alltid avse negativa förutfattade meningar, utan även positiv förförståelse kan finnas (Gadamer, 1994; jfr Spence, 1999).

<sup>98</sup> Man försöker förstå bättre, men det är inte sagt att tolkningen är vare sig rätt eller god, bara rimlig (Helenius, 1990).

<sup>99</sup> Förståelsen och tolkningen hör ihop eller är dialektiska, men förståelsen är den mer grundläggande (Helenius, 1990).

sker i. Alla människor hör till en större helhet av något slag. Både patienter och vårdare har en familj, hör till en kultur och grupp, organisation och lever i ett samhälle. Förståelse sker av fenomenet självt (interkulturellt vårdande), men också av dess sammanhang, därför kan man säga att förståelsen är cirkulär eller hellre spiralformad, eftersom den inte är sluten då något nytt förs till efterhand som man förstår. Inom hermeneutik tillåts föränderligt skapande av ny kunskap.

Forskarens förståelse och textens mening kan mötas och förändras, vilket är exempel på en horisontsammanmältning. Sammanmältning av vårdande i den caritativa teorin med vårdande ur ett transkulturell *nursing science-tradition* till en interkulturellt vårdande är ett exempel på horisontsammanmältning.<sup>100</sup> Det finns alltid en öppenhet för att förstå på ett nytt sätt då horisonterna smälter samman. Förståelse innehåller också förklaring i betydelsen att ana sig till något i viss mån, men inte förklaring i betydelsen orsak och verkan, såsom inom naturvetenskaper. Men forskarens förutfattade meningar ska inte subjektivt bekräftas, utan man strävar efter att finna ny oväntad kunskap (Gadamer, 1994; Helenius, 1990).

---

<sup>100</sup> Förförståelsen kan också jämföras med en horisont och då två horisonter möts kan de smälta samman eller fusioneras, och då uppstår ny förståelse (Alvesson & Sköldberg, 2008; Gadamer, 1994, 1997; Helenius, 1990). Ackulturation är ett exempel på horisontsammanmältning.



Det finns flera delar och helheter som ska förstås i den här avhandlingen.<sup>101</sup> Varje citat i en artikel eller uttalande av en forskningsperson<sup>102</sup> är delar i jämförelse med hela artikeln respektive forskningspersonens hela berättelse. Varje enskild artikel i förhållande till alla artiklar i metasynthesen eller varje enskild forskningspersons berättelse i förhållande till alla forskningspersoners berättelser är exempel på delar och helheter.<sup>103</sup> Men framför allt utgör implicita antaganden eller delar i teorin jämfört med hela teorin.<sup>104</sup> Meningen hos delen kan alltså endast förstås om det sätts in i sitt sammanhang eller helheten (Alvesson & Sköldberg, 2008; Gadamer, 1994, 1997). Både helheten och delarna förändras i processen.

En forskare kan inte objektivt studera något utan att påverkas av tidigare kunskaper, erfarenheter eller omgivning. Forskaren kan inte heller stå oberörd utanför en situation, t.ex. en intervju eller observation, eftersom hon eller han är en del av den.<sup>105</sup> Med subjekt avses forskaren och hennes eller hans intention och med objekt avses de texter eller det transkriberade datamaterialet som ska förstås och tolkas (Føllesdal m.fl., 2001,

---

<sup>101</sup> Med helhet-del-cirkeln menas att för att förstå delar måste man först förstå helheten som delen tillhör, samtidigt som helheten bara kan förstås genom att förstå delarna (Føllesdal m.fl., 2001; Gadamer, 1994, 1997). Helhet-del-cirkeln är mångfacetterad (Smith, 2007).

<sup>102</sup> Med forskningspersoner menas deltagarna i den empiriska studien, d.v.s. invandrar-mödrarna. I artikel II kallas de informanter och i artikel III och IV kallas de deltagare. Olika benämningar används för att kongruera med metoderna i respektive artikel.

<sup>103</sup> Det studerade fenomenet ses emellanåt från delens, emellanåt från helhetens perspektiv (Alvesson & Sköldberg, 2008).

<sup>104</sup> I artikel I beskrivs helhet-del som holografiskt d.v.s. vårdandet ses som en komplex helhet, vars delar ses i helheten och helheten i delarna.

<sup>105</sup> Det kallas subjekt-objekt-cirkeln, dubbel hermeneutik (Helenius, 1990), den andra hermeneutiska cirkeln eller aletisk (uppenbarande av något som är dolt) hermeneutik (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Gadamer, 1994, 1997). Datamaterialet är alltså resultatet i de fyra artiklarna, inklusive texter, artiklar, transkriberade intervjuer och observationer. Forskarens förförståelse förändras i kontakten med datamaterialet, och ny eller förändrad förståelse utvecklas.

I avhandlingen görs en syntes med ett hermeneutiskt närmelsesätt av resultatet i de tre studierna för att utveckla en teori<sup>106</sup> om det interkulturella vårdandet. Helhet-del<sup>107</sup> och förförståelse-förståelse<sup>108</sup>, avlöser varandra i en öppen cirkel eller spiral<sup>109</sup> för att vidga kunskapen. Frågor ställs till data och svaren blir till nya frågor, vilka i sin tur får svar. Man

---

<sup>106</sup> Teori kan ses som en beskrivning av verkligheten. Med *teori* menas de begrepp och deras relationer som finns inom ett bestämt forskningsområde (Walker & Avant, 2005). Teori och modell kan ses som synonymer (Morse, 1997). Modell kan förstås som oprövad teori eller mindre utvecklad teori (Meleis, 2007). Teori kan också vara det som man betraktar eller ser (Eriksson, 1992). En ”enkel” teori motsvarar ungefär en helhetstolkning ”som på ett enhetligt sätt sätter in alla fakta i ett sammanhang” enligt Føllesdal m.fl. (2001, 122). En ny beskrivning av teori inom vårdvetenskap vid Åbo Akademi har skapats av Fredriksson (2007, 28) som lyder: ”en teori är ett antal tolkningar och påståenden som i sin inbördes relation explicerar och upplyser ett stycke värld”. Den bygger på fyra antaganden 1) att en vårdvetenskaplig teori är giltig i en viss kontext och en viss tid, 2) att den utarbetas i nära (sam)arbete med praxis, 3) att den används genom hela forskningsprocessen och 4) upplyser ett stycke värld såsom människor erfar den (Fredriksson, 2008). I den här avhandlingen motsvarar beskrivningarna av Fredriksson (2007), Føllesdals m.fl. (2001) och Meleis (2007) ovan bäst min uppfattning av teori.

<sup>107</sup> Fråga-svar-cirkeln handlar om att ställa frågor till texten eller datamaterialet, och få svar som i sin tur ger upphov till nya frågor (Gadamer, 1994, 1997), vilket även det visar på öppenhet och att processen är fortgående. Frågan kan också ta formen av ett antagande eller en hypotes som kan prövas genom argumentation och endera bekräftas eller förkastas. Argumenten kan leda till att en ny hypotes eller fråga formuleras (Føllesdal m.fl., 2001).

<sup>108</sup> Som visar tidsdimensionen.

<sup>109</sup> Gadamer (1994, 1997) beskriver förståelsen som en cirkel som vidgas, som också kallas spiral (Alvesson & Sköldberg, 2008 med hänvisning till Radnitzky 1970).

kan också säga att antaganden eller hypoteser prövas genom att gå tillbaka till data och induktivt bekräfta data (jfr Råholm, 2010a).<sup>110</sup> En pendling mellan empiriladdad teori och teoriladdad empiri sker (jfr Råholm, 2010b; Smith, 2007). Datamaterialet (objektet) förändrar forskarens (subjektet) förståelsehorisont. Samtidigt sker teoriutveckling genom dels validering i datamaterialet, dels upptäckt av ny kunskap genom horisontsammansmältning.

Först beskrivs en helhetsbild av teorin om interkulturellt vårdande genom att syntetisera resultaten i de fyra artiklarna. Därefter beskrivs hur teorins olika delar vuxit fram och utvecklats i förhållande till resultatet i de olika studierna. Sedan görs upprepade genomläsningar av resultaten i de tre artiklar (II, III & IV) som har mödravårdscontext för att finna meningsbärande tolkningsmönster. Tillgång till rådata från studierna finns hela tiden, och de läses delvis igenom på nytt för att kontrollera data. Den abduktiva modellen i studie 1 används som utgångspunkt, eftersom den är baserad på vårdteoretikers material om vårdande mellan kulturer generellt, medan de två senare studierna är baserade på empiriska studier i mödravårdscontext ur patientperspektiv. Tolkningsmönstren skapas genom att jämföra och kontrastera resultaten och se vad som tydligt visar sig likt och olik och genom att ställa frågor till materialet. Vad finns det för gemensamma drag i vårdandet? Vad är det som träder fram? På vilket sätt är det annorlunda än det som tidigare beskrivits? Finns här något dolt? Vad innehåller ett idealt interkulturellt

---

<sup>110</sup> Tolkande studier som baseras på patienters erfarenhet kan användas för att stöda teorier (Meleis, 1995, 2007).

vårdande (då det är som bäst) även utgående från icke-vårdande? Vilka behov av interkulturellt vårdande uttrycks? Vad betyder vårdandet för kvinnorna?<sup>111</sup> Fem meningsbärande tolkningsmönster upptäcks. Citat från de tre artiklarna validerar mönstren. Efter ytterligare genomläsning, dialog och tolkning sammansmälter teorin om interkulturellt vårdande med de fem tolkningsmönstren till en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis, som är en ny helhet och ny förståelse.

## **Material och urval i delstudierna**

I tabell 2 beskrivs material, urval och metoder i studierna som ingår i avhandlingen. I den första studien utgjorde materialet 19 texter av 4 teoretiker – Campinha-Bacote, Kim-Godwin, Leininger och Ray – som skapat transkulturella teorier eller modeller. Texterna handlar om både vårdande och modeller och teorier om vårdande i ett transkulturellt perspektiv (se bilaga 3).<sup>112</sup> Motivet till att utgå ifrån publicerade transkulturella texter, modeller och teorier var att de antogs innehålla värdefull kunskap om vårdande i ett transkulturellt perspektiv som kunde tas till vara och utgöra utgångspunkt för vidare utveckling av en teori om interkulturellt vårdande, samtidigt som redan utförda studier inte behöver upprepas och belasta forskningspersoner i onödan (Forskningsetiska delegationen, 2009).

---

<sup>111</sup> De tre sista frågorna har inspirerats av Berg (2005).

<sup>112</sup> Teoretikerna kontaktades per e-post om litteratur som de skrivit om vårdande. Alla utom Leininger svarade. En källa om Rays teori är skriven av Coffman (2006), men rekommenderades av Ray (personlig kommunikation, 16.3.2007).

Mödravårdskontexten valdes dels för att jag, som barnmorska, är mest intresserad och insatt i den, dels för att det finns många studier om andra kulturer inom mödravård, dels eftersom man kan förvänta sig att det finns många invandrare i mödravården, eftersom det oftast är unga personer som invandrar.

**Tabell 2. Översikt av avhandlingens material, urval och metoder**

<b>Del-studier</b>	<b>Material</b>	<b>Urval</b>	<b>Metod</b>
Studie 1 Artikel I	19 texter av Campinha-Bacote, Kim-Godwin, Leininger, Ray	Ändamålsenligt	Kvalitativ innehållsanalys, Kyngäs & Vanhanen, 1999 jämförelse, abduktion
Studie 2 Artikel II	40 artiklar om vårdande inom mödravård mellan vårdare och patienter som hade olika kulturell bakgrund	Ändamålsenligt, inklusions- och exklusionskriterier, utvärderingsguide Sandelowskis & Barrosos, 2007	(Metasyntes) Metaetnografi Noblit & Hare, 1988
Studie 3 Artiklar III–IV	Transskriberade texter från 17 intervjuer och 30 observationer med gravida eller nyblivna mödrar från 13 olika kulturer, fältanteckningar och dokument 86,5 + 17,5 sidor Times New Roman, 12, enkelt radavstånd	Ändamålsenligt, inklusions- och exklusionskriterier	Fokuserad etnografi, Roper & Shapira, 2000 temaguide utgående från studie 1 och 2, intervjuer, observationer, etnografisk tolkning

I den andra studien var materialet 40 artiklar som handlade om vårdande i mödravård mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund ur ett patientperspektiv.<sup>113</sup> Litteratursökningen inspirerades av Sandelowski och Barroso (2007). Jag valde att utgå ifrån tidigare studier dels för att ta till vara tidigare material och sprida resultat och dels för att inte i onödan utsätta patienter för studier. Olika översikter över artiklarna som inkluderades gjordes för att åskådliggöra dem på olika sätt. Metodologiska fakta om artiklarna finns i tabellform i artikel II. För att finna relevanta studier användes i huvudsak fritt valda sökord, förutom *transcultural nursing*, som är ett ämnesord och som inte helt oväntat gav mest träffar. De utvalda sökorden gav över tre miljoner träffar. Sökningar som gav över tusen träffar lästes inte, utan begränsade sökningar gjordes. Minst 10 000 titlar och ca 500–1000 abstrakt lästes. Slutligen lästes 119 artiklar i sin helhet och av dem valdes 40 ut. Se flödesschema i bilaga 4. Trots att sökningar och träffar bokförts noggrant i tabellform är det svårt att säga exakt antal och vilka sökord som gav vilka utvalda artiklar, eftersom systematiska och osystematiska manuella sökningar delvis överlappade varandra och innehöll dubletter. En öppenhet för att relevanta artiklar kunde finnas i andra tidskrifter än i enbart vårdvetenskapliga fanns. Korta artiklar (1–3 sidor), diskussionsartiklar, förord, översiktsartiklar uteslöts för att de var svåra att jämföra eller inte var tillräckligt vetenskapliga.

---

<sup>113</sup> Noggrann beskrivning av inklusions- och exklusionskriterier, sökord och sökprocess finns beskriven i artikel II.

Sandelowskis och Barrosos (2007, 75–131) guide för utvärdering av kvalitet i artiklarna i studie 2 användes, eftersom ingen sådan fanns i Noblits och Hares (1988) metod<sup>114</sup>. Exempel på innehåll i Sandelowskis och Barrosos utvärderingsguide var:

- Finns det ett tydligt syfte eller tydliga forskningsfrågor?
- Har man gjort en litteraturöversikt och vilka slutsatser har gjorts utgående från den?
- Vilket perspektiv eller antaganden har författaren till studien?
- Har man beskrivit sampel, insamlings- och databearbetningsmetod?
- Stämmer metoden överens med syfte och resultat?
- Passar referenserna ihop med genomförande och resultatredovisning?
- Finns det ett resultat; svarar resultatet på syftet?
- Har man beaktat etiska frågor?

Bedömningen av struktur var inte strikt, till exempel angående beskrivning av metod i de artiklar som inkluderades. Tidskrift och publiceringsår beaktades med tanke på vad som hade accepterats för publicering vid den tidpunkten. Att välja relevanta studier påverkades av det teoretiska perspektivet, som möjliggjorde att studier som ytligt sett inte verkade handla om vårdande upptäcktes.

---

<sup>114</sup> Utvärderingsguider för kvalitet har kommit i senare metodutveckling.

I den tredje studien<sup>115</sup> intervjuades 17 invandarmödrar<sup>116</sup> inom mödravård, och 15 av dem observerades. Två mödrar åkte hem genast efter intervjuerna och kunde därför inte observeras. Patientperspektivet valdes både av etiska skäl för att ge en röst åt mödrarna och av validerings-skäl för att få evidens<sup>117</sup> för teorin. Inklusionskriterierna för kvinnorna var att de var över 18 år, d.v.s. myndiga, att de var utländska medborgare, hade utländskt ursprung eller tillhörde någon traditionell minoritet i Finland förutom finlandssvenskar, att de var gravida i senare delen av graviditeten eller inom de senaste dagarna hade fött barn. I anhållan till sjukvårdsdistriktets etiska kommitté erhöles lov att inkludera 15–20 mödrar. Då 17 mödrar inkluderats ansågs materialet vara tillräckligt omfattande eller mättat, d.v.s. rikt på detaljer och olika perspektiv för att ge svar på syftet (Polit & Beck, 2004). Efter den femtonde intervjun kom inga nya teman fram, vilket konstaterades i efterhand. Forskningspersonerna beskrivs närmare i tabell 1 i artikel III och tabell 1 i artikel IV. Enstaka studerande deltog i observationerna, men de observationerna uteslöts, eftersom det etiska lovet inte inkluderade dem och observationerna var mycket korta.

---

<sup>115</sup> Den tredje studien publicerades i två artiklar på grund av materialets omfattande storlek.

<sup>116</sup> Mödrarna var från tolv länder och tretton kulturer.

<sup>117</sup> Med 'evidens' avses i den här avhandlingen ett humanvetenskapligt evidensbegrepp (jfr Berg, Bondas, Brinchmann, Lundgren, Ólafsdóttir, Vehviläinen-Julkunen & Hall, 2008; Eriksson & Nordman, 2004).



## Metoder i delstudierna

Vårdandet låter sig inte lätt mätas. För att få djupare kunskap om vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund behövs kvalitativa metoder, där även patienters förståelse, erfarenheter och upplevelser beskrivs och tolkas, för att komplettera kvantitativa studier om vårdandet och studier ur vårdarperspektiv. Metoderna bestäms alltså av substansen inte tvärtom.<sup>118</sup> Nedan beskrivs metoderna i de tre studier.<sup>119</sup> I tabell 2 nämns upphovsmakarna till de kvalitativa metoder som i första hand följdes i de tre studierna. I den första studien användes kvalitativ latent innehållsanalys<sup>120</sup> för att analysera och beskriva vårdandet i 19 utvalda texter av fyra teoretiker. Texterna lästes, kodades och kategoriserades på olika nivåer. Citat användes för att validera kategorierna. Sedan jämfördes kategorierna med den caritativa teorin och därefter skapades en modell<sup>121</sup> genom abduktion<sup>122</sup>. Det abduktiva språnget möjliggjorde att vårdande i det transkulturella datamaterialet och det teoretiska perspektivet kunde gestaltas på ett nytt sätt i en modell för interkulturellt vårdande (se artikel I).

---

<sup>118</sup> Bakom både metod och substans finns viljan att värna om människans värdighet och lindra lidandet och främja hälsa och liv, d.v.s. ethos (Eriksson m.fl., 2006).

<sup>119</sup> Metoderna i de tre studierna beskrivs noggrannare i de fyra artiklarna.

<sup>120</sup> Innehållsanalys valdes för att den är en rätt enkel metod med beskrivna steg att använda för en nybörjare, men i och med att den även analyserade latent innehåll betydde det att även djupare betydelser av vårdande kunde nås.

<sup>121</sup> I den första studien (artikel I) beskrivs modell som ett förstadium till en teori.

<sup>122</sup> Abduktion även kallad retroduktion är en form av slutledning vid sidan av induktion och deduktion. Abduktion inbegriper både induktion och deduktion.

I den andra studien användes metaetnografi<sup>123</sup> (Noblit & Hare, 1988). Metoden är beskrivande och tolkande. Metaetnografi följer 7 steg som överlappar varandra. Efter att syftet bestämts och studierna valts<sup>124</sup>, lästes alla studier noggrant. Text som svarade på syftet ströks under och sammanfördes till kategorier eller teman, som Noblit och Hare kallar *metaforer*. Därefter gjordes beslut om hur studierna var relaterade, genom att jämföra metaforerna. Resultatet i studierna eller metaforerna var motsatta (*refutational*) trots att där även fanns gemensamma metaforer. Materialet bestämde valet av relation mellan studierna.<sup>125</sup> Metaforerna var ibland motsatta inom en och samma studie och ibland mellan olika studier.<sup>126</sup> Metaforerna från varje enskild artikel jämfördes (översattes genom tolkande förklaringar) med metaforer från andra artiklar utan att förlora varje artikels unikheter och helhet. Metaforerna validerades med citat från så många studier som möjligt. Därefter syntetiserades de motsatta metaforerna så att en ny helhet – *Alice i Underlandet* – skapades. Slutligen presenterades studien i artikel II.

---

<sup>123</sup> Metaetnografi är en av de första kvalitativa metoderna för att syntetisera kvalitativa data (Bondas & Hall, 2007). Metaetnografi är den metasyntesmetod som har använts mest inom vårdvetenskap (Bondas & Hall, 2007), vilket tyder på att den fungerar och är accepterad.

<sup>124</sup> Se tidigare beskrivningen av sökning och kvalitetsgranskning av studier med hänvisning till Sandelowski och Barroso (2007) i kapitel *Material och urval i delstudierna*.

<sup>125</sup> De flesta som har använt metaetnografi har beskrivit den första typen av relation mellan studierna som kallas *reciprocal*. Den andra typen av relation kallas *refutational* och den tredje *a line of argument* (Noblit & Hare, 1988).

<sup>126</sup> Det var t.ex. att vården kvinnorna fick beskrevs som mycket vårdande: vårdarna lyssnade, brydde sig om och respekterade kvinnorna, samtidigt som det förekom icke-vårdande, där vårdarna förnedrade eller kränkte kvinnorna.

Erfarenhet<sup>127</sup> användes för att översätta eller tolka vad ett tema i en studie kunde vara i en annan studie för att skapa gemensamma teman. Erfarenhet utgjorde den bakgrund som möjliggjorde bedömning om temana var rimliga eller inte. Olika tabeller som sammanställde gemensamma teman från alla artiklar, och mer eller mindre lyckade tabeller som försökte beskriva vilka teman som förekom i vilka artiklar och vilka teman som var motsatta konstruerades. Den slutliga enkla formen finns som figur 1 i artikel II.

För studie 3 användes fokuserad etnografisk metod huvudsakligen enligt Roper och Shapira (2000), men inspirerades av Geertz (1973), Nikkonen, Janhonen och Juntunen (2001) och Spradley (1979). Guiderna *Stranger to trusted friend* (Leininger, 1995) och *Apprehension–exploration–cooperation–participation* (Spradley, 1979) visade vägen för att närma sig forskningspersonerna. Forskningspersonerna fick muntlig och skriftlig information på svenska, (se bilaga 5) finska eller engelska av mig eller muntlig information på moderns modersmål via en professionell tolk eller barnets far. Med fokuserad avses att det är vårdandet mellan de olika kulturerna som är i fokus. Studien handlar också om forskningspersonernas kultur och om deras insides perspektiv (*emic view*), vilket motiverar valet av metod. Kvinnliga professionella tolkar beställdes via Österbottens tolkcentral. En mor hade själv ordnat tolk och tre mödrar hade sina män som tolk. De mödrar vars män tolkade, kunde alla tala lite finska eller svenska.

---

<sup>127</sup> Se kapitlet *Förförståelse*.

En temaguide baserad på de två första studierna (se bilaga 6) användes som grund för intervjuerna. Efter de två första intervjuerna togs det sista temat om helheten bort, eftersom mödrarna inte förstod det. Frågorna var både generella och specifika (Spradley, 1979). Ibland gavs exempel om mödrarna inte förstod frågan t.ex. ”Hur kändes det att gå till mödrarådsgivningen, bra eller dåligt?” Trots att jag inte direkt frågade om lidande, utan om det var något mödrarna saknade eller skulle ha velat att gjorts annorlunda, beskrev en del mödrar icke-vårdande och lidande. Vårdande eller det som saknas i vårdande kommer ofta fram genom berättelser om icke-vårdande (Leininger, 1991).

Observationerna (Mulhall, 2003) var planerade som observation utan deltagande, men blev deltagande observation (Spradley, 1979), eftersom jag svarade vänligt på frågor, småpratade med patienter som lämnades ensamma eller hjälpte till om behov uppstod, t.ex. räckte saker till vårdaren eller patienten. Observationer<sup>128</sup> och reflektioner skrevs ner i en anteckningsbok för hand så fort som möjligt och kopierades senare till en datafil. Fältanteckningar (Spradley, 1979) skrevs i väntetiden mellan intervjuer eller observationer.

Vid databearbetningen användes främst Ropers och Shapiras (2000) metod. De inspelade intervjuerna lyssnades på och de transkriberade texterna, observationer och fältanteckningar lästes flera gånger. Sedan kodades, kategoriserades materialet för att bilda teman. En berättelse om

---

<sup>128</sup> Vårdarna informerade mig när de skulle utföra vårdaktiviteter eller tala med modern och jag såg när vårdarna gick in i patientrummet.

varje invandrarkvinnas upplevelse av vårdande eller icke-vårdande skrevs. Först analyserades och tolkades allt material om enskilda mödrar och sedan analyserades och tolkades alla mödrars material tillsammans. Slutligen söktes mönster i temana och datamaterialet som förklarade interkulturellt vårdande.<sup>129</sup> Citat användes för att validera mönstren. Stegen överlappade varandra.

## Slutledningsformer

Studie 1 beskrivs som deduktiv med induktiva drag och modellen som abduktiv. Då studie 1 beskrivs som deduktiv menas att vårdande valdes från den caritativa teorin. Sedan söktes vårdande i de transkulturella texterna induktivt. Den kallas deduktiv, eftersom vårdandet, utgående från den caritativa teorin, söktes i materialet, men eftersom den caritativa teorin användes mycket löst (Kyngäs & Vanhanen, 1999), formades kategorierna induktivt. En sådan teoribunden analys (*teorian sidonnainen analyysi*) (Tuomi & Sarajärvi, 2002) kan om utgångsteorin (den caritativa teorin) och förutfattade meningar (förförståelsen) redogörs öppna upp för nya tankespår. Modellen skapades abduktivt. Studie 2 är i huvudsak induktiv även om vårdande igen var förvalt. Metaforen *Alice i Underlandet* som skapades i syntesen kan sägas vara abduktiv. Studie 3, den etnografiska studien, var på samma sätt induktiv då mödrarnas ut-sagor om vårdande fritt fick bilda teman, men samtidigt var den deduktiv, eftersom den utgick från en temaguide. Mönstren som utgör resultatet var abduktiva. Abduktion både påminner om och skiljer sig från hermeneutik, eftersom abduktion söker kunskap bortom raderna, medan

---

<sup>129</sup> Jfr Geertz' tät beskrivning.

hermeneutik söker kunskap mellan raderna (Eriksson & Lindström, 1997).

## ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Den finländska *Forskningsetiska delegationens* rekommendationer<sup>130</sup> (2002<sup>131</sup>, 2009<sup>132</sup>, 2012<sup>133</sup>) följs och därtill följs etiska riktlinjer som är specifika för vårdprofessioner. Enligt sjuksköterskelöftet<sup>134</sup>, som även barnmorskor ger, är det vårdarens plikt att sträva efter att utveckla vården för patienten, och enligt vårdvetenskapens (Eriksson m.fl., 2006) löfte till patienten är det forskarens uppgift att utvinna kunskap som lindrar lidande. *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden* (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003), vilka bygger på *FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna* och *Helsingforsdeklarationen* har också funnits som ett rättesnöre i avhandlingsarbetet.

Etiska ställningstaganden gäller genom hela avhandlingen, allt från val av tema till publicering av resultat. Enligt Liamputtong (2007) är det oetiskt att inte studera sårbara grupper även om det inte är det mest populära forskningsområde, särskilt då attityderna mot invandrare<sup>135</sup> och

---

<sup>130</sup> Alla universitet och högskolor i Finland har förbundit sig att följa *Forskningsetiska delegationens* rekommendationer.

<sup>131</sup> Den första rekommendationen fokuserar bl.a. på att man inte får utelämnat eller fabricerat resultat, att man hänvisar korrekt och de åtgärder som vidtas ifall man bryter mot detta (Forskningsetiska delegationen, 2002).

<sup>132</sup> Den andra rekommendationen handlar om etisk förhandsbedömning av en studie, d.v.s. att man på förhand försöker tänka ut vilka problem som kan uppstå och väga riskerna mot nyttan med studien (Forskningsetiska delegationen, 2009).

<sup>133</sup> Den tredje rekommendationen är en uppdatering och förtydligande av den första (Forskningsetiska delegationen, 2012).

<sup>134</sup> ”Jag lovar att samvetsgrant efter bästa förmåga att fylla de förpliktelser som mitt arbete ger mig, att utveckla min yrkesskicklighet och verka för hälso- och sjukvårdens höjande i vårt land och att städse minnas min tystnadsplikt.” (Eriksson, 1995, 33).

<sup>135</sup> Politiska partier har grundats som har främlingsfientliga idéer i både Finland, övriga Norden och Europa.

forskare<sup>136</sup> som studerar det mångkulturella samhället har skärpts. I avhandlingen har ett försök att lyfta fram invandramödrarnas perspektiv gjorts. Förutom publicering i artikelform har presentationer av delar av avhandlingen hållits på både nationella, nordisk och internationella konferenser och kunskapen har därmed spridits.

I den första och andra studien användes publicerade texter som data-material. Där eftersträvades ärlighet och noggrannhet för att inte missbruka eller tolka författarnas texter fel. Eftersom texterna redan är publicerade behövs inga lov att använda dem. I den tredje studien (se artiklarna III–IV) intervjuades och observerades patienter. Lov att utföra studien söktes och erhöles från sjukhusets etiska kommitté<sup>137</sup>. Alla forskningspersoner, tolkar och vårdare informerades om studiens syfte, frivilligt deltagande, anonymitet, möjlighet att avbryta utan följder för vården, och tillfälle gavs att ställa frågor. Alla forskningspersoner inklusive de vårdare som enbart deltog i vård situationerna som observerades informerades och undertecknade ett informerat samtycke<sup>138</sup>. Vårdarna som deltog i flera observationer undertecknade informerat samtycke endast en gång, men gav muntligt tillstånd vid varje observation. Fältanteckningar från utbildning, diskussioner och kaffe- och matpauser med personalen på avdelningen gjordes. Den informationen användes endast indirekt för att förstå helheten, inga enskilda vårdares citat användes.

---

<sup>136</sup> Forskare som utsatts för hot då de studerat invandrarfrågor har beskrivits i media (jfr Liamputtong, 2007).

<sup>137</sup> Lovet förvaras hos författaren till avhandlingen.

<sup>138</sup> Dessa förvaras hos författaren till avhandlingen.



Om det fanns frågor som gällde vården eller något som oroade modern, informerades vårdarna med moderns lov. De asiatiska mödrarna bad till exempel inte alltid om smärtmedicin, men deras kroppsspråk visade att de behövde det, och en mor var orolig och behövde information om babys hälsa och amning. Alla mödrar fick en liten gåva, (babysockor till ett värde av 5 euro), vilket Liamputtong (2007) anser är både acceptabelt och önskvärt. Gåvan gavs som ett tack och ersättning för deras tid efter intervjun och påverkade därför inte deras vilja att delta. Under observationerna undersökte barnmorskorna ibland mödrarnas genitalområde, då ställde jag mig så att jag inte kunde se, för att inte i onödan genera dem. Frågor som kunde ha stigmatiserat kvinnorna eller orsakat lidande (Liamputtong, 2007) undveks, och ifall mödrarna visade tecken på att någon fråga var känslig eller att de inte ville svara undveks flera frågor om ämnet för att inte orsaka lidande eller utnyttja dem. Patienter och kvinnor från andra kulturer är ofta sårbara och ibland marginaliserade (Liamputtong, 2007), och därför är det speciellt viktigt att tänka på att inte orsaka mer skada eller risk för dem. Metasyntesstudien och syntesen av egna artiklar genomfördes utan att i onödan belasta utsatta grupper.

Ibland fanns andra personer<sup>139</sup> närvarande i rummet under intervjun. Ljud från dem finns med på bandupptagningen, men stör inte förståelsen. Dessa blev inte tillfrågade om etiskt lov. Intervjuerna och observationerna utfördes främst dagtid, men även veckoslut, helgdagar och ensstaka kvällar, vilket visar på forskarens genuina intresse (jfr Liamputtong, 2007).

---

<sup>139</sup> Mödrar, deras anhöriga eller vårdare.

Mödrarnas identitet skyddas i och med att deras kulturtillhörighet inte anges i samband med citat. Eftersom de etniska grupperna är rätt små på orten där studien utfördes fanns det annars risk för att kvinnorna kunde kännas igen. Enstaka gånger beskrivs mödrarna från samma region tillsammans t.ex. asiatiska. Namn och andra kännetecken togs bort från citaten och ersattes med förklaring inom parentes. Ljudfilerna överfördes från den digitala bandspelaren till en bärbar dator utan Internet-uppkoppling för att undvika eventuellt dataintrång. Ljudfilerna kommer att förstöras då avhandlingsarbetet är klart.

Alla forskningspersoner ville inte genast öppet berätta om sina erfarenheter, men då jag talade om personlig information såsom att jag har två barn av vilka det ena är fött i Afrika, att jag är barnmorska, att jag har arbetat och vistats utomlands ökade mödrarnas vilja att dela med sig. Ibland utbrast de: "Nå då vet du precis hur det är!" Förtroende behövs för att öppna sig för andra. Ömsesidigt deltagande behövs för att upprätthålla en relation. Att berätta om personliga erfarenheter underlättar relationer och förtroende enligt Liamputtong (2007)<sup>140</sup>.

I många studier utesluts forskningspersoner som inte talar forskarens språk. Tidskrifter i den andra studien söktes på sex språk. I den tredje studien användes tre språk och tolkar, men för alla potentiella forskningspersoner fanns inte tolkar tillgängliga. En professionell tolk och en far användes för att fråga två av de tre mödrar som tackade nej. Två mödrar som avböjde deltagande började gråta då de vänligt tillfrågades.

---

<sup>140</sup> Liamputtong (2007) med hänvisning till Wenger 2002.

Orsaken till att de tackade nej är inte känd, men forskningspersoner kan tacka nej för att de har tidigare negativa erfarenheter av myndigheter eller för att de är rädda att berätta om sitt privata liv (Liamputtong, 2007) eller för att de påmindes eller var rädda att bli påmindas om tidigare traumatiska upplevelser eller de var helt enkelt trötta eller känsliga i samband med barnafödande. En mor sade att hon inte hade något att berätta, men att hon kunde ha deltagit ifall hennes man skulle ha varit närvarande.

Mödrarnas män tolkade i några intervjuer. Det finns en risk för att männen ibland svarade för mödrarna eller missförstod min fråga eller moderns svar, men den risken togs om alternativet var att inte kunna inkludera modern. I en intervju borde en professionell tolk ha använts, eftersom föräldraparet inte hade ett helt fungerande gemensamt språk. Det var inte möjligt, eftersom ingen tolk fanns tillgänglig och familjen var på väg hem. Några män var närvarande vid intervjuerna. Männens närvaro gav också en inblick i hur de fungerade tillsammans (jfr Liamputtong, 2007) och hur vårdarna förhöll sig till dem.

## RESULTAT

I kapitlet beskrivs först en teori om interkulturellt vårdande utgående från det syntetiserade resultatet i de fyra artiklarna. Se figur 3<sup>141</sup>. Därefter beskrivs hur teorin och dess delar har utvecklats genom de tre studierna. Sedan följer de fem meningsbärande tolkningsmönstren som skapades genom en hermeneutisk syntes av de tre artiklarna som handlade om mödravård. Slutligen sammansmälter teorin och de fem meningsbärande tolkningsmönstren i en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis, som visar hur teorin om interkulturellt vårdande ter sig i en mödravårdskontext ur patientperspektiv.

### En teori om interkulturellt vårdande

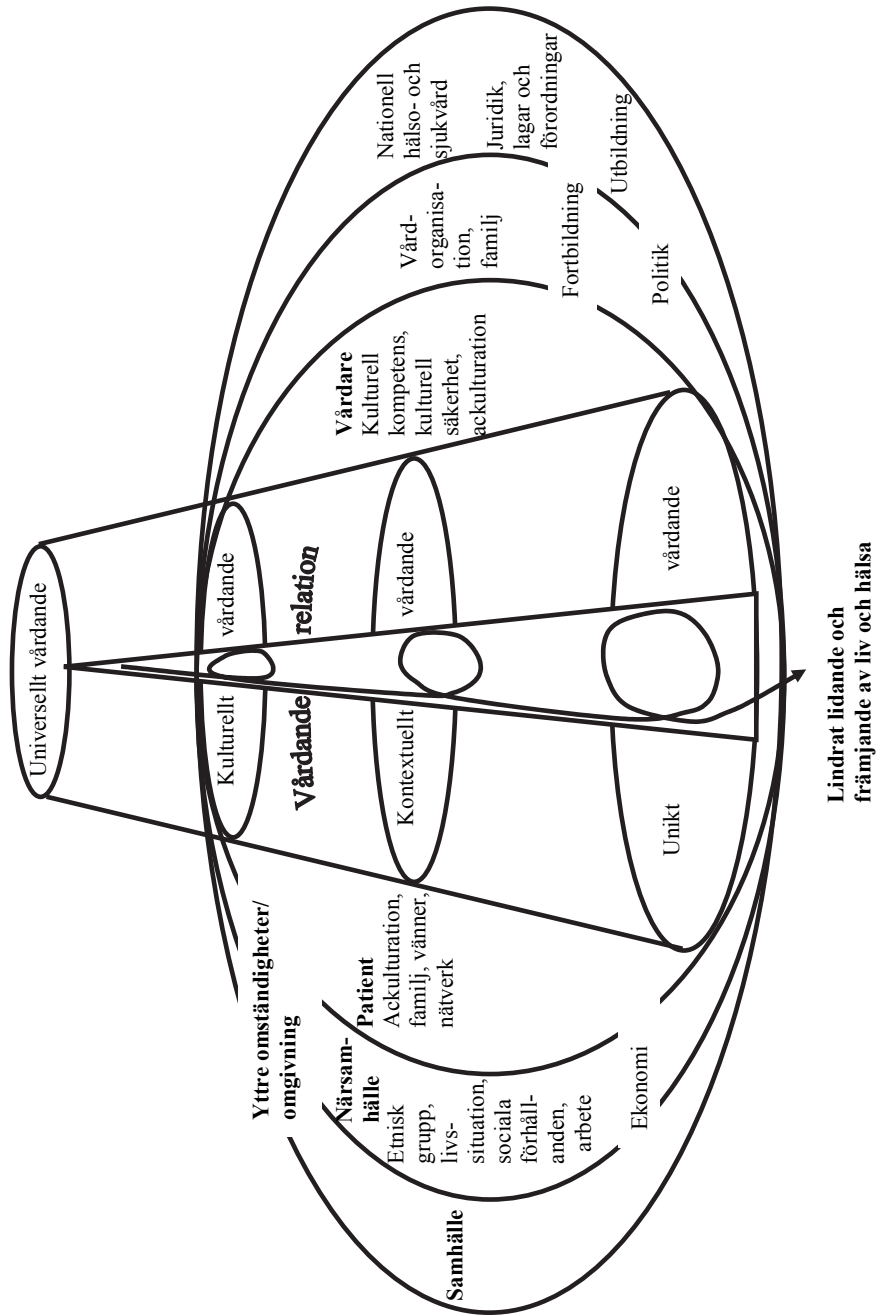
Det interkulturella vårdandet består av ett inre vårdande och ett yttre vårdande. Det inre vårdandet utgörs av den vårdande relationen mellan en professionell vårdare och en patient och vårdandets dimensioner. Det yttre vårdandet är omständigheter i omgivningen<sup>142</sup> som påverkar vårdandet. Dessa kan ses som vårdandets förutsättningar. Det interkulturella vårdandets mål är att lindra lidande och främja hälsa och liv, vilket samtidigt blir dess konsekvens. Interkulturellt vårdande kan ske mellan en vårdare och en patient som tillhör olika kulturer. Interkulturellt vårdande förutsätter att vårdaren beaktar både sin egen och patientens kulturella bakgrund och ackulturation och att vårdaren har kulturell kom-

---

<sup>141</sup> Figuren är en vidareutveckling av figuren i artikel I och avbildas från en annan vinkel.

<sup>142</sup> Yttre omständigheter är omgivningen som även kan kallas miljö eller värld.

petens inklusive kulturell säkerhet. Den vårdande relationen är ömsesidig, eftersom både vårdaren och patienten är människor, men även asymmetrisk, eftersom vårdaren har mer ansvar och makt. Patienten kan även ha andra vårdande relationer än med professionella vårdare, t.ex. med familjemedlemmar, vänner, andra patienter, Gud eller ett andligt väsen, till naturen eller universum.



Figur 3. Teori om interkulturellt vårdande

Vårdandet har fyra dimensioner. Universellt vårdande är likadant i alla kulturer och kontexter. Det kulturella vårdandet har att göra med den etniska gruppens kultur, till exempel finlandssvensk kultur. Kontextuellt vårdande beaktar sammanhanget, t.ex. barnafödande och mödravård. Det unika vårdandet är beroende av den enskilda patientens behov och preferenser i en vårdsituation. Det interkulturella vårdandet utgörs samtidigt av de fyra ovannämnda dimensionerna. Om de fyra dimensionerna beaktas, kan vårdandet lindra lidande och främja hälsa<sup>143</sup> och liv. Vårdandet och kulturen beskrivs som bundna till varandra förutom i dimensionen universellt vårdande som är oberoende av kultur.

Yttre omständigheter har betydelse för hur vårdandet upplevs och erfars. Yttre omständigheter såsom utbildning, administration, organisation, juridiska och politiska omständigheter inverkar indirekt eller direkt på vårdandet och sålunda på lidande, hälsa och liv. Det interkulturella vårdandet är en komplex helhet.

## **Från en abduktiv modell till en teori om interkulturellt vårdande**

Här beskrivs de olika delarna av teorin om interkulturellt vårdande och hur de har utvecklats från förförståelse och genom de tre studierna (de fyra artiklarna).

---

<sup>143</sup> Hälsa inkluderar välbefinnande.

## **Dimensioner för vårdande**

Den abduktiva modellen för interkulturellt vårdande i studie 1 beskriver vårdande i tre dimensioner som ontologi, som fenomen och som praktiskt vårdarbete (*nursing care activities*). Dimensionen vårdande som ontologi innehöll principer och antaganden om vårdande som är oberoende av en specifik kultur, t.ex. att vårdande förekommer för att det finns lidande eller att vårdande sker av kärlek och barmhärtighet. Dimensionen vårdande som fenomen beskriver abstrakta former av vårdande såsom tröst, medlande, beröring, närvaro och respekt, vilka kan ha varierande betoning och betydelse i olika kontexter och kulturer. Med dimensionen vårdande som praktiskt vårdarbete avses konkreta vårdaktiviteter som vårdaren hjälper patienten med. Dessa kan ha oändliga variationer.

Dimensionerna förändrades och utökades till fyra i studie 2 då mödravårdskontexten gav substans till teorin. Vårdande som fenomen skiljs åt i två dimensioner, kontextuellt och kulturellt vårdande. Dimensionen vårdande som ontologi byter namn till universellt vårdande, och dimensionen vårdande som praktiskt vårdarbete kallas unikt vårdande. Delar av innehållet i vårdande som fenomen flyttas till universellt vårdande, t.ex. respekt för människans värdighet.

Kulturellt vårdande är inte statiskt utan innehåller variationer trots vissa gemensamma drag (se artikel I). Kulturellt vårdande varierar med tiden, t.ex. mellan olika generationer, och förändras i möten med andra kul-



turer, d.v.s. ackulturation. Olika kulturer har specifika drag som påverkar vårdandet, t.ex. värderingar, traditioner och vanor (se artiklarna II, III & IV).

Kontexten har likaså specifik betydelse för vårdande. Mödravårdskontexten (se artiklarna II, III & IV) involverar alltid familjen i och med att barnet och fadern på ett eller annat sätt alltid är närvarande. Kvinnliga familjemedlemmar såsom mödrar och systrar är ofta involverade beroende på hur 'individualistisk' eller 'kollektivistisk' kulturen<sup>144</sup> är (Hofstede, 1991). Barnafödande involverar alltid minst två patienter, som är beroende av varandra nämligen kvinnan och barnet. Graviditet, förlossning och barnsängstid är specifika för mödravårdskontexten liksom att de är en naturlig del av många kvinnors liv. Specifikt för mödravårdskontexten är också amning, övergång till moderskap, förändrade relationer, förlossningsrädsla och -smärta och oro för barnets hälsa. Livets och dödens närhet upplevs, men kan förekomma även i andra kontexter. Traditionellt har mödravården setts som en vårdkontext enbart för kvinnor. Den finländska mödravårdskulturens specifika drag blir tydligare (se artiklarna III & IV), t.ex. betraktas kvinnan som självständig och oberoende, och normala graviditeter och förlossningar sköts av hälsovårdare respektive barnmorskor. Det blir tydligt att kvinnornas och de finländska hälsovårdarnas och barnmorskornas syn på smärta är olika,

---

<sup>144</sup> Enligt Hofstede (1991) är många icke västerländska kulturer 'kollektivistiska', vilket innebär att gruppens intressen går före den enskilda individens önskemål. Medlemmarna i en grupp t.ex. utvidgad familj skyddar individen, men förväntar sig även lojalitet. Västerländska kulturer är vanligtvis 'individualistiska'. Den enskilda individens intressen går före gruppens. Den enskilda individen förväntas bli självständig och oberoende av sin närmaste familj.

vilket orsakar lidanden av olika slag. De förväntningar som kvinnor med annan kulturell bakgrund har stämmer inte alltid överens med vad de upplever och erfar.

Dimensionen det unika vårdandet är svaret på den enskilda människans behov och önsknings i en vårdsituation. Olika vårdaktiviteter kan ge samma tillfredsställelse hos patienten samtidigt som samma vårdaktivitet kan tillfredsställa flera olika (kulturella) behov. Exempel kan vara kost respektive bön.

### **Den vårdande relationen**

Vårdandet kan ske i relationen mellan en vårdare och en patient, men sker inte automatiskt även om vårdandet är naturligt mänskligt som då en mor tar hand om sitt nyfödda barn. Interkulturellt vårdande kan ske mellan en vårdare och en patient som tillhör olika kulturer. Studierna i mödravårdskontext (artiklarna II, III & IV) stöder detta. Flera mödrar saknade sina mödrar eller män eller sade att de inte trodde på Gud eller hörde till någon religion (se artiklarna III & IV). Då relationerna till betydelsefulla familjemedlemmar saknades blev relationen till vårdaren ytterst viktig. Hälsovårdaren eller barnmorskan kunde uppfattas som en professionell vän eller ställföreträdande anhörig (se artikel III). Att ha en fungerande kommunikation genom gemensamt språk eller professionell tolk var en förutsättning för att vårdrelationen skulle uppfattas som vårdande (se artiklarna III & IV).

Vårdrelationens koppling till makt blir också tydlig (se artikel II) då vårdandet endera stärker och stöder kvinnan eller icke-vårdandet hindrar

henne på olika sätt. Då vårdandet är positivt kopplat till makt möjliggör det välbefinnande och växande (vardande) hos kvinnan som mor. Det mest förnedrande är diskriminerande och rasistiska beteenden hos barnmorskor (se artikel II). Dessa icke-vårdande beteenden skadar kvinnans värdighet och hon känner sig tillintetgjord. Kvinnorna avbryter ofta vårdrelationen vid sådana erfarenheter.

Att vårdaren har mera ansvar betyder att det är vårdaren som ska ta initiativ och att det alltid är patienten som är i fokus. Det betyder däremot inte att vårdaren måste gå med på allt eller acceptera allt som patienten önskar. Vårdande kan ibland betyda att vårdaren handlar emot patientens önsknings<sup>145</sup> med hänvisning till forskningsresultat, erfarenhet eller lagar som visar på att förfarandet är skadligt eller olagligt, men det hindrar inte vårdaren från att försöka förstå hur patienten resonerar, komma underfund med om och hur patientens önskan kunde tillgodoses för att bli acceptabel och visa empati för att inte förlora patientens tillit och bevara vårdrelationen till patienten.

Patienten hör till en familj och ett närsamhälle. Dessa påverkar vårdrelationen och patientens upplevelse av interkulturellt vårdande (se artikel I). Det är till exempel betydelsefullt att modern får känna att anhöriga får delta och är accepterade (se artiklarna II, III & IV).

---

<sup>145</sup> Exempel på sådana önsknings kan vara t.ex. kvinnlig omskärelse.

## **Det interkulturella vårdandet främjar hälsa och liv och lindrar lidande**

Det interkulturella vårdandet innebär att lindra patientens lidande med beaktande av patientens kulturella bakgrund, patientens nivå av ackulturation, vårdarens kulturella kompetens inklusive kulturell säkerhet och att se det gemensamma bakom olika uttryck av vårdande och lidande. Mödrarna i den tredje studien beskriver hur deras oro minskade och välbefinnandet ökade, då de uppfattade att någon brydde sig om dem. Om interkulturellt vårdande däremot saknas, orsakar det lidande och konflikter. Lidandet kom tydligt fram (se artiklarna III & IV) trots att det inte direkt frågades efter. Icke-vårdande orsakade illabefinnande och sämre hälsa. Kränkningar, rasism och diskriminering ledde till illabefinnande och avbrutna vårdrelationer, även om mödrarna visste att de har hälsoproblem (se artikel II). Mödrarnas hälsa och välbefinnande blev sämre då ingen tolk ordnades och de gick miste om viktiga råd, information och laboratorieundersökningar (se artiklarna III & IV).

## **Ackulturation och förändring**

Till att börja med (se artikel I) avsågs endast ackulturation hos den patient som invandrat påverka vårdandet, även om vårdaren ansågs behöva vara medveten om sin egen kulturella bakgrund och hur den kan påverka vårdandet. Därefter insågs att både vårdare som invandrat (se artikel II) och vårdare som hör till majoritetskulturen förändras i mötet med personer från andra kulturer (se artiklar III & IV). Finländska barnmorskor, hälsovårdare och annan vårdpersonal förändras således även i mötet med patienter från andra kulturer, och vårdkulturen förändras till exempel så att vårdarna ändrar sitt handlande. Ett exempel kan vara att de blir

medvetna om asiatiska kvinnors tro på yin och yang och ger dem varma drycker efter förlossningen i stället för kall saft, som de finländska mödrarna gärna dricker (se artikel III). Vårdarnas ackulturation hörde samman med deras kulturella kompetens som de främst fått genom erfarenhet av att vårda kvinnor från andra kulturer. Förändring sker också med tiden<sup>146</sup> och i mötet med traditionella minoriteter. Mödrarna (se artikel III) beskriver hur de förändrats och hur deras syn på vårdandet och vården har förändrats efterhand då de vistats i finländsk kultur. En mor beskriver till exempel hur hon har blivit öppnare och börjat våga uttrycka sin egen åsikt.

### **Yttre omständigheter**

Redan i den första studien blev det tydligt att vårdandet påverkades av yttre omständigheter såsom utbildning, administration, sociala förhållanden, politik och ekonomi. I delstudierna sågs de yttre omständigheterna som en helhet. Men i teorin indelades de i närmast patienten och vårdaren, i närsamhället och i samhället. Med utbildning avsågs att vårdutbildningen påverkade vårdarnas förmåga att inkludera vårdandet i vårdarbetet, d.v.s. att bry sig om och att få kulturell kompetens. Vårdandet var centralt för vårdarbetet. Vårdandet ingick i kulturell kompetens och var en slags energi eller motivation för att vilja vårda patienter från andra kulturer. Vårdorganisationen där vårdaren arbetar påverkar vårdaren genom tillgängliga resurser, fortbildningsmöjligheter, attityder och graden av medikalisering.

---

<sup>146</sup> Ett exempel på en förändring som skett med tiden i mödravården i Finland är männens deltagande i mödravården. Den har inte varit helt opåverkad av influenser från utlandet, t.ex. Sverige.

De yttre omständigheternas betydelse blev tydligare och konkretare i mödravårdskontexten. I studie 2 framgick det att ekonomi hade betydelse för tillgången till vård och därmed vårdande i vissa länder. Medborgarstatus och immigrationslagar påverkar likaså tillgången till vård och vårdandet. I studie 4 finns exempel på att mödrarnas familjemedlemmar inte fick inresetillstånd till Finland och att mödrarna inte fick samma förmåner som finländska mödrar beroende på medborgarstatus och hur länge de vistats i landet. Mödravårdens organisering påverkar även vårdandet, t.ex. mödrarådgivningens öppethållningstider, och storleken på mödravårdsavdelningar påverkade omsättningen av patienter, vilket i sin tur påverkade hur länge mödrarna fick stanna på sjukhuset (se artikel IV). Tillgång till och användning av professionella tolkar påverkade informationen kvinnorna fick (se artikel III). Vårdarnas förståelse av mödrarnas unika behov påverkades av deras kulturella kompetens genom utbildning och fortbildning (se artikel III). Samhällsklimatet överlag påverkade kvinnorna, och en del upplevde landet som lugnt och tryggt och anpassat för barn. Därmed ville och vågade de föda barn. Resurser, organisering av vård och stöd efter förlossningen påverkade hur ensamma och isolerade mödrarna kände sig.

Det blir tydligare att de yttre omständigheterna påverkar det interkulturella vårdandet och vårdrelationen och därigenom indirekt hälsa och välbefinnande (se artikel II). Det finns dessutom exempel på att yttre omständigheter kan påverka hälsa och välbefinnande för både mor och barn direkt, t.ex. moderskapsledigheten och -penningen förbättrar möjligheterna att amma barnet (se artikel IV). Det blev tydligt att även yttre makt-

relationer (juridiska och politiska) förekom i organisationer och i samhällen som påverkade tillgång, tillgänglighet, vårdarnas attityder och patienternas upplevelser och erfarenheter av vårdandet (se artikel II). Det fanns ursprungsbefolkningar, traditionella minoriteter och invandrare i vissa samhällen som upplevde sig diskriminerade (se artikel II).

### **Meningsbärande tolkningsmönster i interkulturell mödravårdskontext**

Då resultaten i studie 2 och 3 som hade mödravårdskontext lästes på nytt och syntetiserades upptäcktes fem meningsbärande tolkningsmönster.

#### **Vårdandeupplevelsen är relaterad till makt**

Då makt används i en positiv betydelse blir vårdandet en upplevelse av *empowerment* där patienten känner sig välkommen, upplyft, buren, får kraft och energi att tillfriskna och klara av sin livssituation. ”When patients experience kindness from nurses and doctors who listen, give time and are concerned, they feel respect, trust, love and caring.” (Wikberg & Bondas, 2010, 10). Vårdande upplevs i relationen då vårdarna vid behov ordnar professionell tolk, lyssnar och försöker förstå, anstränger sig för att förklara, ger tid och är närvarande, bryr sig om eller gör något utöver det som uppfattas höra till vårdarens uppgifter. Vårdarna respekterar och visar vänlighet i en personlig kontakt och är uppmärksamma på kvinnornas behov. De frågar om sådant de inte förstår, inleder samtal, tar reda på, respekterar och beaktar patientens kultur och har ett expertkunnande inom mödravård, som de delar med sig till kvinnorna. Jämlik tillgång till vård uppfattades som upplyftande. Vårdaren upplevs som en

vän och bidrar till att modern upplever sig som ett subjekt, känner sig värdefull och växer som mor.

Tidigare upplevelser påverkar kvinnans nuvarande upplevelser. En vårdande relation, där vårdaren har kulturell kompetens och där en professionell tolk vid behov används, kan hjälpa kvinnan att berätta om och bearbeta tidigare negativa upplevelser eller erfarenheter så att nuvarande och framtida barnafödande kan upplevas som positivt. Kvinnorna kunde däremot känna sig i underläge på grund av språk, medborgarstatus, eller om deras människovärde inte respekterades.

En fungerande kommunikation var det mest avgörande för att ett interkulturellt vårdande skulle upplevas. Ett fungerande språk var viktigt för att kvinnorna skulle kunna berätta om sina problem, behov, eller kunna ställa frågor och få den information de behövde. Det kunde även vara yttre omständigheter såsom lagar och bestämmelser eller deras ekonomiska situation som gjorde att de endera upplevde sig som skyddade och stödda eller som utsatta och underlägsna. Då barnmorskorna eller vårdarna visade kulturell kompetens upplevdes de som experter som gav kvinnorna kraft och mod att bli det de ville vara, vilket upplevdes som välbefinnande och främjade hälsan.

Då makten används negativt i icke-vårdande såsom rasism, etnocentrism, fördomar och stereotyper orsakas däremot lidande, *disempowerment*, där patienten känner sig missförstådd, påtrampad, tillintetgjord och förnedrad, vilket kan leda till illabefinnande, avbrutna vårdrelat-



ioner, och försämrad hälsa. Då språket eller den kulturella aspekten nonchalerades upplevdes maktlöshet och förnedring och mödrarna blev tysta, frustrerade, isolerade och ensamma. ”They do not know the language and feel powerless, disempowered, and not in control when not knowing what is happening, not being listened to and not being able to influence the situation. As a result they become silent, passive, and avoid or interrupt the care.” (Wikberg & Bondas, 2010, 11). Vårdrelationen blev då endast en yttre kontroll och uppföljning av den fysiska hälsan hos modern och barnet, utan äkta engagemang och kommunikation. Modern kände sig som ett objekt och kunde inte delta. Det var ofta de mest sårbara kvinnorna såsom illegala invandrare<sup>147</sup>, asylsökande, kvinnor som invandrat för att gifta sig, kvinnor som inte kunde språket eller inte hade några släktingar i den nya kulturen, eller kvinnor som upplevt traumatiska upplevelser, som blev utsatta för maktmissbruk. De kände att de inte har kontroll i situationer, då de inte vet vad som pågår eller kan ingripa i händelseförloppet. De blev ofta tysta och tillbakadragna eller frustrerade om ingen lyssnar, ordnar professionell tolk eller försöker förstå dem. ”A few mothers had PHNs (public health nurses) who insisted on speaking their own mother tongue Finnish. This was frustrating and information was lost.” (Wikberg m.fl., 2012, 642).

### **Familjen är ständigt närvarande**

Åtminstone fadern och barnet är involverade i mödravård på något sätt. Kvinnliga familjemedlemmar är vanligtvis viktiga för kvinnan som

---

<sup>147</sup> Illegala invandrare syftar på personer som immigrerat, men som saknar officiella handlingar t.ex. pass, visum eller uppehållstillstånd. De kallas också papperslösa eller gömda flyktingar.

kommer från en annan kultur. Om de finns närvarande hjälper de och stöder kvinnan på olika sätt. Om de saknas ringer kvinnorna till dem eller längtar efter dem. De upplever otrygghet om inte familjen finns till hands, särskilt efter barnets födelse. ”They were worried that they would not be able to take care of the baby and that their milk would not be enough and they had no one to ask.” (Wikberg m.fl., 2014, 89).

Kvinnor som saknar familjemedlemmar i sin närhet och inte kan språket i den nya kulturen är ofta mycket ensamma. Hälsovårdaren eller barnmorskan uppfattas ibland som en professionell vän, syster<sup>148</sup> eller medhustru<sup>149</sup>, vilket tillfälligt ersätter en del av familjen, om familjemedlemmar och vänner saknas. Finländska vänner saknas ofta delvis på grund av språksvårigheter. Finländska invandringsbestämmelser är ibland orsaken till familjemedlemmarnas frånvaro. De anhöriga hjälper ofta att översätta eller tolka språket om de kan. ”A few mothers had sisters or their own mothers as support persons, which is rare in Finland. The HCPs (health care professionals) kindly received female relatives, but husbands often replaced them in subsequent births.” (Wikberg m.fl., 2012, 643). Efter förlossningen brukar de hjälpa med hushållsarbete och barnavård, men ibland även med ekonomiskt, materiellt eller emotionellt stöd.

Barnet fanns under hela barnafödandet i mödrarnas tankar främst som en oro för barnets hälsa (se artikel II). Barnet ingav hopp då livets och

---

<sup>148</sup> På svenska har tidigare ordet syster och på engelska ordet *sister* använts i stället för sjuksköterska.

<sup>149</sup> Det engelska ordet för barnmorska *midwife* betyder ”medhustru”.

dödens närhet påminner om sin existens under barnafödande. För kvinnor som har flytt svåra förhållanden var barnet ett hopp och en mening att leva för. Att föda barn förenar ofta generationerna. Far- och mormödrar hjälpte den nyblivna modern och gav henne råd och stöd, men ibland upplevde kvinnorna även ett tryck att göra som de äldre sade och kunde känna sig friare i den nya kulturen om familjen saknades. En del råd från släktingarna i hemlandet var inte relevanta i det nya landet.

### **Barnafödande och byte av kultur gör kvinnorna dubbelt sårbara**

Att få barn är omvälvande för de flesta kvinnor, speciellt första gången. Graviditet, förlossning och barnsängstid är en gemensam upplevelse i alla kulturer och förlöper kroppsligt ungefär likadant. Men att både få barn och att byta kultur samtidigt medför stora förändringar som gör kvinnorna sårbara. Kvinnor som föder barn i en annan kultur beskrivs ofta som dubbelt sårbara och ensamma. Det beskrivs som ett dubbelt krav eller som en dubbel börda (se artikel II). Kvinnorna kan vara rädda för att ingenting ska göras som de är vana vid, att de tvingas till sådant de inte vill, att mödravården har för dålig standard eller är för medikaliserad eller att de inte ska förstå språket eller få information. De vet inte vad, vem de ska fråga eller var de ska be om hjälp. Trots att mödrarna säger att de fått information känner de inte till sådant som tas för givet, t.ex. att hälsovårdare och barnmorskor sköter normala graviditeter respektive förlossningar självständigt, eller att amning anses bäst för barnet och modern trots att vårdarna ger dem tilläggsmjölk. En del mödrar förstår inte den information de får, även om de kan språket, då den är motsägelsefull eller annorlunda än de förväntat sig. En del vårdare är

vänliga och vårdande, medan andra kan ha fördomar och vara intoleranta. Om kvinnorna blir illa bemötta då de försöker förtydliga och förstå informationen känner de sig kränkta. För en person som flyttat till en annan kultur på grund av krig, oroligheter, naturkatastrofer eller andra svåra omständigheter är förändringen speciellt stor. Många som har flytt har förlorat allt: hem, familjemedlemmar, vänner, status och arbete. I den nya kulturen har de ofta en lägre status och osäker ekonomi (se artiklarna II, III & IV). De har ofta inte möjlighet att återvända inom en överskådlig framtid men ser ändå ofta vistelsen i det nya landet som tillfällig.

För andra, till exempel vid arbetsrelaterad immigration, medför invandringen en tryggare ekonomi och till och med en ökad status i och med studier, arbete eller position (se artiklarna II & III). Men även de saknar ofta sitt hemland, välbekanta traditioner och sina familjemedlemmar trots att de har möjlighet att återvända till hemlandet. De som invandrar på grund av arbete eller giftermål kan ibland ha mindre stöd från etablerade organisationer än flyktingar och asylsökande (se artikel III).

De kvinnor som är ensamma, illegala flyktingar, asylsökande eller har immigrerat på grund av arrangerade äktenskap har svårast att få tillgång till mödravård och att etablera en vårdande relation med barnmorskor, läkare och andra vårdare, samtidigt som de är de mest sårbara. ”These vulnerable women who need caring, instead often meet indignity caused by staff. Many experienced that professionals had stereotypes about their culture or experience racism or discrimination.” (Wikberg & Bondas, 2010, 9). Dessa kvinnor kan känna sig övergivna eller löpa större

risk för postpartumdepression (se artikel II). De vill gärna ha kontakt med och stöd av andra kvinnor från samma etniska grupp. Om familj och stödpersoner saknas kan vårdaren upplevas som en professionell vän eller ställföreträdande familjemedlem. Då är en vårdande relation ytterst viktig för att undvika isolering och lidande.

### **Både modern och vårdaren förändras då de möts**

Uttryck för och upplevelser av vårdande förändras då ackulturation sker (se artikel III). Den finländska mödravårdskulturen uppmuntrar kvinnorna till självständighet och oberoende. Inom mödravården blir invandramödrarna till exempel öppnare, vågar fråga och deras män börjar delta i vården. ”The mothers who had delivered children in Finland before felt more comfort in knowing that they could call the public health nurses, who were there for them.” (Wikberg m.fl., 2014, 89). Mödrarna kan börja acceptera smärtlindring, preventivmedel eller ta till sig mindre hälsosamma vanor såsom att ge mjölkersättning åt barnen i stället för att amma.

Integrationen varierade bland mödrarna. En del var mera bundna till traditioner i sin ursprungskultur medan andra hade anpassat sig till finländska traditioner. Många var positivt överraskade över att vårdare i Finland beaktade deras kultur och talade flera språk. ”The midwife, she was searching on the Internet ... about our culture (country).” (Wikberg m.fl., 2012, 642). Förändringen i den nya kulturen påverkades av hur länge de bott i landet, hur nära eller långt ifrån deras ursprungskultur<sup>150</sup>

---

<sup>150</sup> Här avses inte bara avstånd utan även hur liknande kulturen var.

var från den finländska kulturen och av om de kommit frivilligt eller tvingats fly. Språket (finska eller svenska) ansågs av alla mödrar vara det viktigaste för att integreras i Finland. Några uppfattade att i Finland sågs graviditet och förlossning inte som en sjukdom, onödiga vårdåtgärder undveks och vårdarna hade tillförsikt att allt skulle gå bra.

En del vårdare förändrades i mötet med mödrarna från andra kulturer, vilket ledde till att vårdkulturen förändrades. De lärde sig om andra kulturer och tillämpade den nya kunskapen i vårdarbetet. De beaktade till exempel att mödrar uttrycker smärta olika, att en del behöver mer hjälp efter förlossningen och att asiatiska kvinnor följer yin och yang. De var medvetna om att mödrarna talade andra språk och hade andra religioner som krävde att de använde professionella tolkar och beställde annan kost.

### **Konflikter kan leda till förändring**

Konflikter eller spänningar kan innebära en rörelse eller att förändring sker. Förändringen kan endera vara positiv eller negativ och kan ske endera hos patienten eller vårdaren. Konflikter är mindre sannolika då det finns kontinuitet i vården och modern får träffa samma vårdare under hela graviditeten och tiden efter förlossningen eller har samma barnmorska under hela förlossningen, förutsatt att kommunikationen fungerar. Att ha samma vårdare under en längre tid gör det lättare för kvinnan att bygga upp tillit till vårdaren. Om professionella tolkar används undviks de flesta konflikter orsakade av språkproblem.

Om vårdaren har kulturell kompetens och är lugn, tålmodig och vårdande, undviks många konflikter. Om vårdaren inte känner till något i patientens kultur, hjälper det oftast att fråga patienten på ett vänligt och respektfullt sätt. Mödrarna vill att vårdarna frågar om deras kulturella bakgrund. Det visar på vårdarnas intresse. På så sätt undviks att patienten känner sig tvingad att göra något som går emot hennes eller hans övertygelse. För att undvika konflikter kan vårdaren inte ta något för givet. Traditionell vård och vårdande i ursprungskulturen är inte nödvändigtvis skadliga och kan liksom andliga frågor respekteras och diskuteras med patienten. Konflikter, spänningar eller skillnader mellan förväntningar och upplevd vård kan endera leda till negativa förändringar, t.ex. att modern känner sig kränkt eller avbryter vårdrelationen (se artikel II), eller positiva förändringar, t.ex. att vårdaren ordnar en professionell tolk eller tar reda på mer om patientens kultur och får mer förståelse för modern. ”Conflicts seemed to be resolved and difficulties were overcome. The mothers started to get along with the PHNs or received another permanent PHN who spoke their language.” (Wikberg m.fl., 2012, 644–5). Då vårdaren inte känner till patientens kultur kan det omedvetet leda till att hon eller han kränker patienten eller tvingar henne eller honom att följa majoritetskulturen. Enstaka gånger kan vårdaren vara etnocentrisk eller direkt rasistisk.

## **En kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis**

Interkulturellt vårdande ger patienten kraft att tillfriskna och växa som människa. Interkulturellt vårdande lindrar lidande och främjar välbefinnande och hälsa och därmed liv.<sup>151</sup> För att främja detta stävar vårdaren efter kulturell kompetens och kulturell säkerhet. Kulturell kompetens kan vårdaren öka eller sträva efter genom utbildning, fortbildning inom organisationen samt genom erfarenhet av människor och patienter från andra kulturer både i hemlandet och utomlands. Det krävs ett genuint intresse och vilja att vårda patienter från andra kulturer för att lyckas. Vårdaren blir medveten om sin egen kulturella bakgrund, organisation, vårdkultur hon eller han arbetar i och samhället där organisationen finns för att förstå hur vårdandet påverkas. Vårdaren känner till historiska och politiska maktrelationer i samhället som kan påverka inställningen till personer från olika etniska grupper. Vårdaren känner till både sin egen och patientens ackulturation och hur den kan påverka vårdrelationen. Då vårdaren förändras i mötet med patienter från andra kulturer kan även vårdkulturen förändras. Vårdaren förstår betydelsen av att använda professionella tolkar för att få en fungerande kommunikation, som är en förutsättning för interkulturellt vårdande. Interkulturellt vårdande innebär att modern respekteras som den hon är, att vårdaren försöker lyssna, fråga om och förstå hennes kulturella bakgrund samt unika önskningar och behov. Vårdaren frågar om patientens eventuella tidigare traumatiska upplevelser och den nuvarande livssituation och tar dem på allvar

---

<sup>151</sup> Lidande och hälsa kan uppfattas olika i olika kulturer.



och beaktar dem i vårdsituationen. Vårdaren känner till hur yttre omständigheter såsom juridiska, politiska, ekonomiska och sociala förhållanden<sup>152</sup> påverkar vårdandet och vården. Yttre omständigheter såsom utbildning, organisation av vården, politik, juridik, historia och sociala förhållanden är beroende av i vilken kultur man befinner sig. Vårdaren kan till exempel ha olika befogenheter i olika länder och därför ha olika betydelse för patienten. Ekonomiska resurser varierar likaså både med tiden och i olika länder.

Vård som inte innehåller interkulturellt vårdande, t.ex. fördomar, stereotyper, diskriminering och rasism, kan begränsa patientens tillgång till vård eller leda till att patienten känner sig tillintetgjord och nedvärderad, vilket förlänger tillfrisknandet, orsakar lidande, illabefinnande, förvärrar hälsotillståndet och kan till och med orsaka för tidig död. Patienten kan avbryta vårdrelationen om vården upplevs som kränkande, även om patienten vet att hon eller han har allvarliga hälsoproblem. Konflikter mellan patienter och vårdare kan i bästa fall leda till att vårdaren, som har mera ansvar och makt, tar reda på och börjar diskutera och lyssna på patienten, aktiverar närsamhället för att ordna med stödåtgärder eller kontaktar politiker angående lagar som förhindrar vårdande eller knappa resurser som omöjliggör interkulturellt vårdande. Strävan hos vårdaren bör vara att använda sin makt i en positiv riktning, så att relationen fortsätter och att konflikter löses på ett konstruktivt sätt.

---

<sup>152</sup> Sociala förhållanden kan vara t.ex. utbildning, språkkunskaper, arbetslöshet, medborgarrättigheter, kvinnans ställning, familjesituation och nätverk.

För att uppmuntra och stödja universellt vårdande kan vårdorganisationer och vårdutbildningar betona att vårdande är kärnan i all vård som bidrar till att lindra lidande och främja hälsa och liv och att man följer de mänskliga rättigheterna och andra etiska principer som respekterar människors värdighet. Universellt vårdande är oberoende av tid och rum. Universellt vårdande berörs därmed inte av konflikter mellan folkgrupper och landsgränser.

Kulturellt vårdande kan uppnås genom att man försäkras om att vårdutbildningar betonar kulturell kompetens, kulturell säkerhet och vårdande. Vårdarna är medvetna om hur historiska och sociala förhållanden påverkar synen på olika etniska grupper när det gäller att nå kulturell säkerhet. Vårdarna känner till hur deras egen kulturella bakgrund, vårdorganisation och samhälle kan påverka relationen med patienten. Ett exempel på hur finländsk kulturell bakgrund har påverkat mödravårdskulturen är att kvinnans starka ställning i Finland har medverkat till att barnmorskor och hälsovårdare arbetar självständigt, vilket i sin tur innebär att modern förväntas vara självständig och fatta egna beslut. Vårdarna är motiverade att lära sig mera om de kulturer som förekommer mest i det område där de arbetar. De är till exempel intresserade av hur man ser på kvinnans ställning, familj och hur den enskilda i förhållande till gruppen uppfattas. De är medvetna om att hälsa, andlighet, vårdande, lidande, smärta kan förstås eller uttryckas på olika sätt.

Kontextuellt vårdande kan främjas genom att vårdaren lär sig mer om vilka specifika drag som finns inom den egna och patientens kultur inom den aktuella vårdkontexten. Inom mödravård är man medveten om olika

traditioner och tabun under graviditet, förlossning och barnsängstid. Vårdpersonalen känner till ritualer vid övergång från kvinna till mor, omskärelse, uttryck för förlossningsrädsla och -smärta, förlossningsställningar, amningsvanor, betydelse av sexualitet, preventivmedelsanvändning, dieter med mera och kan vårda patienter med olika förväntningar. Vårdpersonalen beaktar att kvinnor speciellt från krisområden, kan ha traumatiska minnen som berör barnafödande, till exempel våldtäkter, som kvinnorna inte självmant berättar om. Mödravården har en intim karaktär då hela kroppen involveras. I finländsk kultur där de flesta är vana att visa sin kropp naken i bastun sedan barndomen, kan vårdarna tänka på att kvinnor från andra kulturer kan vara ovana och känna blygsel för att visa sin kropp.

Unikt vårdande av den enskilda kvinnan i varje vårdsituation kan underlättas genom att lyssna till kvinnans berättelse och våga fråga om det som är okänt. Då känner modern att någon är intresserad och bryr sig om henne och vill henne väl. Genom ett vänligt bemötande, där vårdare försöker tillgodose moderns behov genom att anpassa vården eller vidta åtgärder som underlättar vården för modern med en annan kulturell bakgrund upplever patienten respekt och trygghet. Vårdarna är öppna för det annorlunda. Om modern behöver stöd utöver vad vårdarna kan erbjuda kan de ordna t.ex. professionell tolk, doula eller socialarbetare. Om kvinnan önskar, involveras hennes familj<sup>153</sup> i vården. Familjemedlemmar får närvara och blir delaktiga i vårdandet och den vårdande relationen.

---

<sup>153</sup> Familjen är involverad i olika hög grad och tar olika former i olika kulturer.

Lidandet lindras genom interkulturellt vårdande då patienten respekteras, kulturella och kontextuella drag uppmärksammas och modern får uttrycka sina behov. Om professionella tolkar används minskar risken för missförstånd. Den sårbara modern med annan kulturell bakgrund, som möter samma vänliga, kunniga vårdare som bryr sig om henne, vågar lita på och anförtro sig till vårdaren. Vårdaren är närvarande, lyssnar på henne och visar intresse för hennes kulturella bakgrund, vilket väcker medlidande hos vårdaren, och detta bidrar till att ett band mellan patienten och vårdaren uppstår, som patienten knappast avbryter. Vårdaren medlar och kämpar för kvinnans rättigheter att föda barn säkert och med värdighet. Modern känner då större välbefinnande.

Yttre omständigheter eller omgivning som påverkar vårdandet finns dels i patientens närmaste omgivning, dels i närsamhället, dels i samhället. I den närmaste omgivningen påverkar familjen och arbetskamrater både patientens och vårdarens attityder och värderingar. I närsamhället finns den vårdorganisation där patienten vårdas och vårdaren arbetar, vilken påverkas t.ex. av lokal politik och ekonomi. I samhället finns lagar och förordningar som påverkar bland annat invandrarens medborgarstatus, rättigheter att få vård och sociala förmåner och familjemedlemmars möjlighet att finnas i moderns närhet.

Den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis innehåller interkulturellt vårdande som det kunde vara. Se figur 4. De negativa eller hindrande omständigheterna finns i verkligheten, men är inget patienten vill att vårdaren strävar efter. Fördomar,

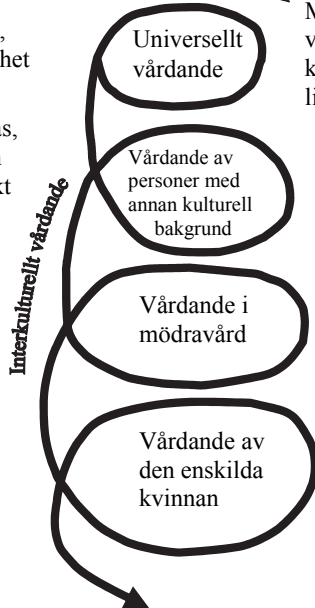
**Modern med annan kulturell bakgrund än vårdaren**

Värdighet, respekt, trygghet och säkerhet  
Kulturell bakgrund, ackulturation beaktas, tillgång till vård och bemötande är jämlikt

Kontextuella drag om graviditet, förlossning, barnsängstid i den kulturella bakgrunden beaktas

Kommunikationen fungerar, familjen respekteras, behov tillmötesgår, möts av välvilja, någon bryr sig om, tillit byggs upp

**Vårdande relation**



Färre missförstånd och konflikter, mindre negativa upplevelser och erfarenheter, lindrat lidande, vårdrelationer avbryts inte, ökat välbefinnande, hälsa och liv främjas

**Barnmorskan, hälsovårdaren m.fl.**

Mänskliga rättigheter och människans värdighet respekteras oberoende av kulturtillhörighet, lindrar lidande och bevarar liv

Kulturell kompetens och kulturell säkerhet, medvetandegör fördomar, jämlikhet mellan kön, ackulturation: förändrar vårdande och anpassar vårdarbete och vårdkultur

Kontextspecifika drag och för givet tagna antaganden i lokal mödravårdskultur tydliggörs, expertkunnande

Vårdande aktiviteter, lyssnar till patientens berättelse, flexibilitet, öppenhet, mod, förståelse för livssituation, icke-dömande attityd, löser konflikter, kontinuitet eftersträvas, vårdrelationen bibehålls

**Yttre omständigheter/omgivning:**

**Närmast patienten** uppmuntras familjemedlemmar att delta och involveras, arbetskamrater uppmuntras att bli kulturellt kompetenta och fördomar motarbetas

**I närsamhället** tar vårdaren ställning för modern genom att förespråka vårdande och visa på olägenheter i vården samt i moderns livssituation och sociala förhållanden. Vårdaren hjälper kvinnan att skapa nätverk, utvecklar vård, påverkar och deltar i fortbildning, läser och deltar i forskning och motarbetar intolerans

**I samhället** uppmärksammar vårdaren förhållanden som kan påverka politik, ekonomi, juridik, lagar och förordningar samt utbildning som påverkar vårdandet både för patienter och vårdare

**Figur 4. En kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårds-praxis**

stereotypier, etnocentriskt tänkande genom vilka vårdaren omedvetet kan orsaka lidande kan motarbetas genom utbildning, fortbildning och ledarskap. Strategier för att motverka avsiktlig diskriminering och rasism på olika nivåer, d.v.s. hos den enskilda vårdaren, i vårdorganisationen och i samhället, kan utarbetas. Yttre omständigheter såsom ekonomi, lagar och förordningar kan endera underlätta eller försvåra vårdandet. Det som försvårar vårdandet kan uppmärksammas och åtgärdas.

Det **nya i resultatet** är att se vårdandet ur alla fyra dimensioner (universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt vårdande) samtidigt, i stället för att betona enbart någon eller några av dem. I de fyra dimensionerna finns en rörelse från universellt till unikt. Värdegrunden, att respektera människans värdighet, är genomgående i alla dimensioner av vårdande. Vårdandet betonas i alla delar och skeden av teorin. Interkulturellt vårdande betyder att det är vårdandet *mellan* vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund som är av intresse. Det nya är att se vårdandet ur patienternas, d.v.s. *invandramödrarnas* perspektiv i *finländsk mödravård*. Vårdarnas<sup>154</sup> ackulturation lyfts fram. Det nya är en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis ur invandramödrarnas perspektiv, d.v.s. hur mödrarna ser att vårdarna kan främja vårdandet av dem. I begreppet 'interkulturell' avlägsnas den ena kulturens dominans över den andra kulturen. Maktrelationer belyses genom att kulturell kompetens utvidgas med kulturell säkerhet, d.v.s. vårdaren är inte bara medveten om sin egen kultur utan även om historiska

---

<sup>154</sup> Vårdarna kan höra till majoritetskulturen eller till en minoritetskultur.

och politiska förhållanden<sup>155</sup> som påverkar relationerna mellan olika etniska grupper i samhället. Det finns en etisk fordran att vårdaren, som har mer ansvar, aktivt försöker förändra yttre omständigheter som hindrar vårdandet i vårdkulturen, i organisationen och i samhället.

---

<sup>155</sup> T.ex. kolonisering eller krig kan påverka inställningen till den andra kulturen i generationer framåt.

## SPEGLING MOT DEN CARITATIVA TEORIN

Den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande kan ses som ett exempel på hur teorin om interkulturellt vårdande kan se ut i en kontext nämligen mödravård. Teorin utvecklar förståelsen av fenomenet interkulturellt vårdande och deldisciplinen *interkulturell caring* inom vårdvetenskap.

Då vårdaren bryr sig om, lyssnar och försöker förstå modern, frågar hon eller han och tar reda på om moderns kulturella bakgrund och livssituation. Kvinnan upplever att vårdaren är där för henne och vill henne väl. Det här kan jämföras med ”vårdgemenskap, vars grundförutsättning finns i caritasmotivet, som förenar, binder samman och som ger allt en mening” (Lindström & Lindholm, 2003, 36; jfr Eriksson 2001, 20). Modern från en annan kultur upplever vårdaren som en professionell vän. Hon tycker om att gå till mödrarådgivningen eller att vila på barnsängsavdelningen, och hon upplever vårdgemenskap som ger mening då den innehåller vårdande, vilket påverkar hennes välbefinnande och hälsa positivt. Lindström och Lindholm (2003, 38) skriver ”att man kan finna kontextspecifika drag i relation till teorikärnans gestaltning i olika vårdande kulturer”. Mödrarna kan uppleva att familjen inte beaktas om det inte finns flexibla mottagningstider på mödrarådgivningen så barnets far kan delta eller om familjerum saknas på sjukhuset. Mödrarna kan uppleva att ingen bryr sig om dem om professionella tolkar inte används eller om de inte får stanna på barnsängsavdelningen efter förlossningen tills de känner att de är klara att åka hem. Mödravården är här en kontext med både yttre struktur och inre meningssammanhang (jfr Lindström & Lindholm, 2003). Men de yttre strukturerna eller omständigheterna kan



skymma det inre sammanhanget som bär på mening (Lindström & Lindholm, 2003, 37–38).

Barnafödande och immigration är berättelser som kvinnan alltid bär med sig. Enligt Bondas (2003b) är människan sårbar då hon bär med sig sitt förflutna och sin framtid. Många invandrarkvinnor bär traumatiska upplevelser med sig, men genom att vårdaren ger dem möjlighet att berätta om dessa upplevelser och möter dem med medlidande och vårdande, kan invandrarkvinnorna försonas med sina upplevelser och gå vidare i livet. ”I det som är upplevt lidande hjälper inte vård som valmöjligheter, deltagande, problemlösning, medvetenhet, behovstillfredsställelse, åtgärder och förnuftsmässiga förklaringar om de inte är förenade med kärnan caritas.” (Bondas, 2003b, 163). Kvinnan ska ensam gå igenom barnafödande i en annan kultur (ett annat land). Familjemedlemmarna kan stödja henne i detta. Familjen kan skydda patientens integritet, inge trygghet och vara en garanti för att patienten inte känner sig övergiven (Nyback, 2007). Invandrarkvinnans berättelse kan vara en inbjudan till delaktighet eller önskan om att vårdaren ska ta del av berättelsen. Berättelsen erbjuder ett band till vårdaren, men bygger också en bro mellan det universella, d.v.s. att människors lidande och kärlek finns överallt och den unika kvinnans berättelse. Om vårdaren tar del av berättelsen kan kvinnan bevara sin värdighet, förstå något om sig själv och växa som mor d.v.s. varda (jfr Lindström & Lindholm, 2003).

Det interkulturella vårdandet lindrar lidande och bidrar till att främja hälsa och liv. En rörelse skapas i hälsa, och lidande lindras om vårdaren blir delaktig i patientens lidandeberättelse och lyckas beröra patientens

kropp, själ och ande (Kasén, 2002). Enligt Koskinen (2011) är det lyssnandet i den vårdande gemenskapen som skapar en rörelse som är livsbringande. Men om värdigheten kränks blir lidande outhärdligt och tar kraft ifrån hälsoprocesserna (Rundqvist, 2004).

Den vårdande relationen är ömsesidig, då både patienten och vårdaren är människor, men asymmetrisk i och med att vårdaren har mer ansvar och makt, vilket även beskrivits av Fredriksson (2003), Kasén (2002) och Rundqvist (2004). I och med att modern som patient är den lidande människan är hon därför redan i en utsatt position, medan vårdaren har mera ansvar att lindra lidande och respektera värdighet. Om vårdaren ser och bekräftar patientens annanhet skapas tillit, men om vårdaren missbrukar sin makt kränks bådas värdighet (Rundqvist, 2004). Det förefaller som om ömsesidigheten och asymmetrin förekommer i olika dimensioner av vårdandet. I den kontextuella dimensionen har den professionella vårdaren i och med sitt yrke vanligtvis mera kunskap och därför mera makt. På kulturell och unik nivå förefaller relationen däremot vara ömsesidig då både vårdaren och patienten representerar respektive kulturer och personer.

I den mest omfattande redogörelsens av Erikssons teori (Lindström m.fl., 2014) beskrivs 'vårdande kultur'<sup>156</sup> (*caring culture*), som det begrepp som används i stället för 'omgivning' (*environment*), d.v.s. 'värld-

---

<sup>156</sup> Kulturbegreppets ursprung är 'vördnad', 'ansning' och 'odling' (Eriksson, 1987; Eriksson & Lindström, 2003).

den'. 'Vårdande kultur' är baserad på traditioner, ritualer och grundläggande värden. Den 'vårdande kulturen' avspeglar en värdegrund eller ethos. Olika konstruktioner av kultur har sin grund i förändrade värden. Den 'vårdande kulturen' blir inbjudande om värdegrunden skapar gemenskap. Ett sådant värde är respekt för människans värdighet.

Det finns ett behov av att inkludera och utveckla kulturbegreppet inom axiomen och teserna i den caritativa teorin. Kulturbegreppet innehåller både det bestående och det föränderliga, vilket kan antydast i vårdande kulturer, även om tyngdpunkten verkar vara på det bestående och ses ur ett vårdarperspektiv. Kulturbegreppet gäller dock inte enbart vårdande kulturer, utan även kulturen hos etniska grupper och subkulturer. I kulturbegreppet kunde man dessutom beakta maktrelationer i samhället som påverkar relationerna mellan olika grupper. Kultur förtjänar en plats i grundantagandena. Kultur har betydelse för vårdandet. Men det är inte endast kultur som ska beaktas utan även kontexten, den unika patienten och de yttre omständigheterna. Förslag till innehåll i grundantagandena är: Vårdandet är universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt<sup>157</sup>. Det universella, kulturella och kontextuella vårdande dragen avspeglas i det unika vårdandet. Vårdande och kultur blir relaterade till varandra i klinisk vård<sup>158</sup>. Vårdandet diffuseras av yttre omständigheter som kan förhindra eller försvåra vårdgemenskapen om värdegrunden inte får träda fram (jfr Lindström & Lindholm, 2003).

---

<sup>157</sup> Unikt refererar här till det partikulära, d.v.s. den enskilda människan, individen, i en viss vårdsituation.

<sup>158</sup> Klinisk vård relaterar till vård vid patientbädden och till konst. Patienten är den lidande människan som får vila. (Eriksson & Lindström, 2003)

## KRITISK GRANSKNING

Inspirerad av Angen (2000) använder jag inga specifika validitetskriterier för kvalitativa studier utan ett försök görs att tydligt och ärligt genomgående i avhandlingen beskriva hur jag har gått till väga med det etiska och substansen för att nå validering. Följande har beaktats: val av syfte, teoretiskt perspektiv, beskrivning av förförståelse och hur förståelsen förändrats, sanningens föränderlighet, medvetenhet om olika tolkningsmöjligheter, dialog, användbarhet, generering av ny kunskap som kan leda till förändring, ödmjukhet och att inte vara dogmatisk. Jag har därtill inspirerats av Fagermoens (2005) och Larssons (2009) kriterier för bedömning av kvalitativa respektive hermeneutiska studier samt Morses (1997) och Meleis' (2007) utvärdering av teorier.

Hermeneutik är en del av traditionen vid enheten för vårdvetenskapen vid Åbo Akademi, men var inte det första valet av metodologi i avhandlingen, vilket förklarar att studierna genomförts med andra kvalitativa metoder. Dels var hermeneutik svårbegriplig, dels ville jag gå min egen väg. Från första studien var det klart att syftet var att utveckla en teori om interkulturellt vårdande, för att fördjupa förståelsen av vårdande mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund, och teorin skulle kunna användas i klinisk praxis av vårdare för att förbättra vården av patienten med en annan kulturell bakgrund. En kort period i början av avhandlingsarbetet övervägdes grundad teori<sup>159</sup> för att skapa

---

<sup>159</sup> *Grounded theory* kallas också konstant jämförande metod på svenska. Ordet *grounded* kommer från att man menar att metoden skapar teori som är baserad på eller "jordad" i empiri.

teori, men den övergavs då avsikten inte var att använda enbart empiriskt material och den dessutom verkade skapa teori rent tekniskt. Etnografi var en alternativ metodologi, eftersom hela avhandlingen handlade om kultur och två av tre studier hade etnografiska metoder. Etnografi som övergripande metodologi föll på att metodologin främst använder induktiva slutledningsformer ur deltagarnas perspektiv, vilket försvårade inklusion av studie 1.

Eftersom teoriutveckling eftersträvades var avsikten från början att pröva<sup>160</sup> modellen från studie 1 i empiriskt material. Kvalitativ teoriprövning<sup>161</sup> fick stöd i citatet: ”A theory can be tested, by using it as a framework for interpretation.” Meleis (2007, 267). Påståendet stödde tanken om att pröva modellen deduktivt. Tankarna gick till hypotetiskt deduktiv metod enligt Føllesdal m.fl. (1986, 2001) och inspirerades av Silva (1986) som hade utvecklat sju kriterier för teoritestning. Vidare hade Silva och Sorell (1992) utvecklat kriterierna och tre alternativa metoder för teoritestning. En av dem, verifiering genom beskrivning av personlig erfarenhet<sup>162</sup> var tilltalande, men teorin både skapades och prövades genom empirisk erfarenhet hos deltagarna. Så småningom kom insikten att kvalitativt utvecklad teori inte behöver prövas, utan den är enligt Morse (1997) stark i sig. Prövning är en del av teoriutveckling

---

<sup>160</sup> Ord som bekräftelse (*confirmation*), verifiering (*verification*), stöd (*support*), bekräftelse eller stöd (*corroboration*), icke-bekräftelse (*disconfirmation*), falsifiering (*falsification*) och misslyckande att stödja (*failure to support*) är relaterade till empiriskt grundande av teori (Reed, Shearer & Nicoll, 2004). ’Att stöda’ teorier är ett bredare begrepp än att ’testa teorier’, tillåter alternativa metoder och passar bättre ihop med vårdvetenskapens (*caring science*) natur (Meleis, 1995, 2007).

<sup>161</sup> Testning anknyter till kvantitativ forskning, medan prövning är kvalitativ.

<sup>162</sup> Verification by personal experience.

som är en pågående process. Även om en teori beskrivs i ett skede av utvecklingen fortsätter den att utvecklas. Då övergavs försöken att hitta en kvalitativ metod för teoriprövning, och valet av metodologi föll via omvägar slutligen i alla fall på hermeneutik, som låter ethos och substans bestämma hur man gör.

I början av arbetet med avhandlingen sågs kunskap som bestående av yt- och djupstrukturer som resultatet i den första studien även visar. Modellens tre dimensioner av vårdande avspeglar kunskapsnivåer som varseblivningskunskap, upplevelsekunskap och ontologisk kunskap (jfr Eriksson & Lindström, 1999). Senare förändras dimensionerna från en epistemologisk till en mer ontologisk förståelse av vårdandet, d.v.s. substansen. Förändringen har också att göra med valet av kontexten och framförallt patientperspektivet. I den abduktiva modellen var vårdarens perspektiv tydligare, medan patienternas eller mödrarnas perspektiv blev tydligt i mödravårdskontexten.

De olika studierna som gjorts med olika kvalitativa metoder binds ihop genom hermeneutik i sammanläggningsdelen. De olika metoderna och materialen i de tre studierna kan ses som triangulering, som strävade efter att belysa samma fenomen från olika håll. Innehållsanalysen i den första studien var en relativt enkel metod för en nybörjare. Innehållsanalysens resultat kan presenteras i modeller och begreppssystem (Elo & Kyngäs, 2007; Kyngäs & Vanhanen, 1999), vilket betyder att den kan bidra till att skapa teori. Eftersom latent mening söktes utöver manifest, ingick tolkning i innehållsanalysen. I abduktionen ingick ett gissningsmoment eller ett språng, som trots att det inte är logiskt särskilt hållbart

möjliggör skapande av ny kunskap (Eriksson & Lindström, 1997; Råholm, 2010a).

I den andra studien valdes en kontext för att levandegöra substansen i teorin. Samtidigt kunde en metasyntes ta till vara enskilda studiers substans och skapa något nytt. Resultatet från metasyntesstudien kunde användas för att utveckla teorin (jfr Bondas & Hall, 2007). Metaetnografien är tolkande (Noblit & Hare, 1988). Genom metaforen *Alice i Underlandet* kunde förståelsen tolkas ur mödrarnas perspektiv. I studie 3 tolkades temana för att skapa förklarande mönster enligt Roper och Shapira (2000). De följer Geertz' (1973) tät beskrivning (*thick description*), som är tolkande<sup>163</sup> eller hermeneutisk etnografi. Den etnografiska metoden i studie 3 är tolkande med drag av kritisk etnografi, eftersom invandrar-mödrarnas röst lyfts fram och en vilja att förbättra deras situation finns (Mantzoukas, 2012). Avsikten är inte att kritisera i sig, utan att skapa förståelse (bland vårdare), som förhoppningsvis kan leda till insikt och förändring.

I den tredje studien var vårdandet mellan de finländska vårdarna och mödrarna från andra kulturer i fokus. Inom etnografi studerar man vanligtvis en kultur, men i fokuserad etnografi som används inom vårdvetenskap är det vanligt att man ser bara på en del, t.ex. en process eller en vårdavdelning (Boyle, 1994). Resultatet skulle troligtvis ha blivit mer detaljerat om endast mödrar från en kultur hade studerats, men på grund av att det ändå är relativt få möjliga forskningspersoner från varje kultur

---

<sup>163</sup> Med tolkande avses här inte presentationsstilen såsom inom tolkande etnografi.

skulle datainsamlingsperioden ha blivit orimligt lång och flera kulturer gav i stället en bredd med gemensamma drag av upplevelser och erfarenheter av vårdande i finländsk mödravård.

För att underlätta intervjuerna var temaguiden uppbyggd med generella frågor först. Därefter ställdes mer känsliga frågor och mot slutet igen generella frågor. Genom att jag delade med mig av enstaka personliga uppgifter, som gjorde att mödrarna förstod att vi hade gemensamma erfarenheter, underlättades intervjun med åtminstone några mödrar. En intervju och högst tre observationer med varje forskningsperson, under några dagars tid, ledde ändå inte till något djupt förtroende mellan mödrarna och forskaren. Alla utom en forskningsperson gav tillåtelse att kontakta dem på nytt ifall ytterligare frågor uppstod. Materialet var dock så omfattande och innehållsrikt att en ytterligare intervju inte ansågs nödvändig. Flera djupintervjuer eller samtal med kvinnorna under graviditet, barnsängstid och efter förlossningen kunde ha gett ett djupare och mer omfattande material, men skulle ha varit både tidskrävande och kostsamt (tolk och resor). De flesta intervjuer gjordes före observationerna, vilket inte är i enlighet med fokuserad etnografi enligt Roper och Shapira (2000). Observationerna gjordes för att bekräfta intervjuerna, men gav även helt nytt material. Det är möjligt att någon av mödrarna eller vårdarna förändrade sitt beteende på grund av min närvaro (Hawthorneeffekten), men de flesta verkade glömma att jag var där efter en stund.

Potentiella forskningspersoner kan ha förbisetts om vårdarna inte upptäckte att modern hade utländsk bakgrund eller tillhörde en traditionell



minoritetskultur. Jag hade inte möjlighet att kontrollera det, eftersom registrering enligt ras eller etniskt ursprung är förbjuden enligt *Personuppgiftslagen* (Finlex, 1999), utan jag litade på vårdarnas bedömning. De som inte kunde vara med på grund av att det inte fanns tolk och de som avböjde att delta kunde eventuellt ha haft en mer kritisk inställning till vårdandet. Det är också möjligt att det fanns illegala invandrare som av rädsla för att bli upptäckta av myndigheter inte har tillgång till mödravård, då de saknar FPA-kort. De kunde inte nås i den här studien. De skulle troligen ha haft en annan syn åtminstone på tillgång till vård, som är en förutsättning för vårdande.

Professionella tolkar<sup>164</sup> och de mödrars män<sup>165</sup> som tolkade fick information om studien innan intervjuerna började. För att säkerställa att tolkarna översatte frågor och svar korrekt och inte svarade själva, borde en annan tolk ha lyssnat till banden, vilket kan ses som en brist i studie 3 (jfr Squires, 2009). Eftersom mödrarna talade lite finska eller svenska och det här var en kvalitativ studie utan exakta intervjuinstrument, ansågs det inte nödvändigt. Det skulle också ha utgjort ett etiskt dilemma och förorsakat ytterligare kostnader. Enstaka oklarheter utreddes under intervjuens gång.<sup>166</sup> Eftersom inga biomedicinska ord användes och männen hade deltagit i mödravården verkade de ha god förmåga att snabbt

---

<sup>164</sup> De professionella tolkarnas kompetens utreddes inte, men eftersom de kom via en tolkcentral antog jag att de hade fått utbildning.

<sup>165</sup> De tre män som tolkade var en heterogen grupp. En var en finsk man, en var en andra generationens invandrare som talade både svenska och kvinnans modersmål och en var en man som invandrat flera år tidigare än kvinnan och hunnit lära sig svenska bättre än kvinnan.

<sup>166</sup> Två mödrar missförstod ordet studie och trodde först att det gällde en fysisk undersökning av dem.

uppfatta vad jag frågade. I artikel IV har de citat som använts för att validera mönstren översatts tillbaka till svenska eller finska av en tredje person<sup>167</sup>, för att säkerställa innebörden. Inga avgörande skillnader upptäcktes.<sup>168</sup> Detsamma borde ha gjorts i artikel III.

Studien gjordes i en tvåspråkig del av Finland. Det är möjligt att personalen i mödravården därför var vanare att handskas med flera språk och kulturer än i en enspråkigt finsk miljö, vilket kan ha uppfattats av invandramödrarna. Därför kan resultatet i studie 3 inte generaliseras att gälla mödravården i hela Finland.

Man kan kritisera det valda materialet i den första studien för att det är enbart från Nordamerika, men dels har USA varit ett föregångsland inom forskning vad gäller både vårdvetenskap och transkulturell vård, dels upptäcktes inga andra transkulturella teorier som explicit handlar om vårdande. Valet av artiklar i studie 2 kunde ha gjorts annorlunda, men med de angivna sökorden och inklusions-, exklusionskriterier och utvärderingsguiden valdes de 40 artiklarna ut. Söktermer, s.k. *Cinahl Subject Headings*<sup>169</sup>, och framåtsökning användes inte, eftersom det ännu inte var allmänt förekommande i studier före år 2008. Sandelowskis och Barrosos (2007, 75–131) utvärderingsguide för kvalitet kunde ha fyllts i för varje studie istället för att enbart ”hållas i tankarna”,

---

<sup>167</sup> Personen är magister i vårdvetenskap och talar engelska, svenska och finska.

<sup>168</sup> Enstaka synonymer användes och språket var grammatiskt korrekt i översättningarna jämfört med ursprungscitaten.

<sup>169</sup> *Cinahl Subject Headings* följer *Medical Subject Headings* (MeSH) som används av *National Library of Medicine* och är termer som används vid litteratursökning som delar in materialet i grupper i en trädliknande struktur.

för att försäkra sig om att alla kvalitetsaspekter beaktades. Några studier kunde eventuellt ha uteslutits, eftersom de hade flera perspektiv. Efteråt har enstaka studier påträffats som vid en ytlig granskning kunde ha inkluderats, men vid en närmare granskning visade det sig att de inte innehöll något nytt om vårdande. Antalet mödrar i den tredje studien räckte för att svara på syftet. Om professionella tolkar hade varit tillgängliga kunde ytterligare några mödrar ha inkluderats och resultatet i vissa intervjuer skulle ha blivit djupare.

Metasyntes är alltid flerdubbel tolkning. Först har de ursprungliga deltagarna tolkat hur de uppfattat eller upplevt något, sedan har författarna till artiklarna tolkat hur deltagarna har tolkat det, därefter har författaren till metasyntesen tolkat hur författarna till artiklarna har tolkat. Dessutom kan det ingå tolkars tolkningar. I syntesen kommer det ytterligare ett lager tolkning då delstudierna syntetiseras. I varje omgång av tolkning finns det en risk för feltolkning. Men trots det utgör metasyntes ett sätt att skapa evidensbaserad vård<sup>170</sup> från kvalitativa studier (Berg m.fl., 2008) liksom mödrarna med annan kulturell bakgrund i den empiriska studien bidrar med evidens<sup>171</sup> för teorin.

---

<sup>170</sup> Med evidensbaserad vård (*evidence-based care*) avser Berg m.fl. (2008) en cirkulär modell där kvalitativa studier är lika värdefulla som studier där randomiserad kontrollerad metod använts. Berg m.fl. (2008) hänvisar till DiCenso, Ciliska och Guyatt, som år 2005 utvecklat en modell, som förutom evidensbaserad forskning innehåller patientens preferenser och aktiviteter, resurser i hälsovården, kliniska förhållanden och vårdarens kliniska kunnande. Den sista delen överlappar och integrerar de övriga.

<sup>171</sup> Här avses evidens som vittnesbörd och revidering enligt evidensteorin utvecklad vid Åbo Akademi (Eriksson & Nordman, 2004).

Genom att beskriva förförståelsen och det teoretiska perspektivet så öppet och noggrant som möjligt, blir det möjligt för läsaren att bedöma hur de har påverkat de olika studierna och resultaten, vilket minskar risken för cirkulär argumentering. Det teoretiska perspektivet finns alltså redan delvis inbyggt i den abduktiva modellen som är den första studiens resultat, men den innehåller samtidigt något nytt utöver vad som var känt från tidigare. Det teoretiska perspektivet var innovativt i metasyntesstudien och hjälpte mig att fokusera på det centrala, det interkulturella vårdandet. Det teoretiska perspektivet med en hermeneutisk tradition möjliggjorde att jag vågade tolka utöver de givna i studierna utan att för den skull fantisera fritt, såsom Alvesson och Sköldbberg (2008, 249) skriver, på gränsen mellan uppmärksamt lyssnande och godtycke. Tolkningarna kommer från datamaterialet, t.ex. mödrars utsagor om upplevelser av vårdande, men påverkades också av den caritativa teorin i det teoretiska perspektivet och modellen för interkulturellt vårdande som skapades i studie 1, d.v.s. mönstren var både data- och teorimättade. De enskilda studierna eller artiklarna försöker nå djupare och vidare förståelse av interkulturellt vårdande och samtidigt utveckla en teori om interkulturellt vårdande. Det fanns en öppenhet för förändring<sup>172</sup> och teoritillskott. De empiriska resultaten stödde och utvidgade den abduktiva modellen för interkulturellt vårdande. Ingenting i modellen motsades direkt, men allt förekom inte. Till exempel att underlätta handikapp eller att möjliggöra en fridfull död, som ingår i att lindra lidande förekom inte i materialet, varken i de 40 artiklarna eller i intervjuerna med mödrarna. En forskares förförståelse påverkar alltid en studie. Jag har försökt se, lyssna

---

<sup>172</sup> Jämför kapitlet Från en abduktiv modell till en teori om interkulturellt vårdande.

och förstå öppet, men också försökt kritisera förgivet tagna ”sanningar”. Ibland har förutfattade meningar fått revideras<sup>173</sup>.

Teorin om interkulturellt vårdande och den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis måste påminna om klinisk verklighet och upplevas meningsfull och pragmatisk för att vårdarna ska vilja använda den (jfr Eriksson, 1999; Råholm, 2010b). Modellen i studie 1 har använts av studerande och vårdlärare i Finland och Sverige för att förstå och undervisa om vårdandet i vården av patienter som har en annan kulturell bakgrund. Teorin om interkulturellt vårdande och den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande i klinisk mödravårdspraxis har ännu inte publicerats har därför inte använts. Evidens för huruvida teorin kan användas i andra kontexter än mödravård och huruvida den kontextuella teorin stämmer överens med vårdares perspektiv saknas, men har potential att bli universell. Trots att den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis har haft ett patient- eller mödraperspektiv kan min barnmorskebakgrund ha påverkat innehållet så att vårdarnas perspektiv betonas mer än mödrarna avsåg.

---

<sup>173</sup> Jag antog till exempel att mödrarna med annan kulturell bakgrund ville åka hem från sjukhuset så fort som möjligt efter förlossningen, men tvärtom ville många stanna för att vila och lära sig barnavård och amning. Jag trodde också att mödrarna skulle tycka att mödravården i Finland var medikaliserad, men de allra flesta tyckte den var naturlig och att man vidtog medicinska åtgärder ytterst sparsamt efter noggrant övervägande.

## DISKUSSION

*Interkulturell caring* kan i ett vetenskapsteoretiskt perspektiv ses som en deldisciplin till vårdvetenskap jämförbar med vårdvetenskapens didaktik och hälsovårdsadministration. Teorin om interkulturellt vårdande går tvärs igenom grundforskning<sup>174</sup> och tillämpad forskning<sup>175</sup> (jfr Eriksson & Lindström, 2009, 2012), som representerar systematisk och klinisk vårdvetenskap. Den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis utvecklar den tillämpade vårdvetenskapen, eftersom vårdare kan använda den i vården av patienter med annan kulturell bakgrund för att säkerställa vårdandet och främja välbefinnande för patienterna. Förhoppningen är att både teorin om interkulturellt vårdande generellt och i klinisk mödravårdspraxis ska kunna användas förutom i vården även i fortbildning, vårdutbildning, forskning, och administration. Teorin om interkulturellt vårdande förenar vårdande i *caring science-traditionen* med transkulturell vård i *nursing science-traditionen*.

Eftersom den första studien undersökte vårdande i Campinha-Bacotes, Kim Godwins, Leiningers och Rays texter är det inte oväntat att teorin om interkulturellt vårdande har likheter med deras modeller och teorier. De universella och kulturella dimensionerna av vårdande i teorin om interkulturellt vårdande motsvaras av likheter och skillnaden i jämförelse mellan kulturer i Leiningers (1991, 2006a) teori. I teorin om interkulturellt vårdande beskrivs universellt vårdande som oberoende av tid och

---

<sup>174</sup> Systematisk grundforskning och klinisk grundforskning.

<sup>175</sup> Klinisk och kontextuell forskning.

rum. Campinha-Bacote (2003a), Leininger (1991) och Ray (1994) beskriver allt vårdande som transkulturellt, men avser då den kliniska vården, eftersom de skriver att alla patienter och vårdare hör till en kultur och att all slags interaktion därmed blir transkulturell. Transkulturell vård utgående ifrån Leiningers teori har studerats i olika kontexter, även mödravård, av bl.a. Andrews och Boyle (1995), Correa-Velez och Ryan (2012), men vårdandet är inte tydligt beskrivet. Patientens perspektiv betonas mer i den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande än i Leiningers teori, som jämför vårdarens och patientens perspektiv, eller i Campinha-Bacotes modell för kulturell kompetens, som har ett vårdar-perspektiv. Teorin om interkulturellt vårdande försöker lyfta fram det asymmetriska och ömsesidiga i vårdandet i olika dimensioner mellan vårdare och patienter med olika kulturell bakgrund för att få ett så gynnsamt vårdresultat som möjligt. Teorin om interkulturellt vårdande förminskar inte värdet av etablerade transkulturella teorier och modeller, utan förespråkar tvärtom att de med fördel kan användas parallellt för att utforska kulturell bakgrund eller kulturell kompetens. De senaste åren har nordiska försök att skapa teori om vårdande av patienter med annan kulturell bakgrund (Albarran m.fl., 2011) eller vårdande i mödravård (Berg m.fl., 2012) gjorts, och Halldórsdóttirs (1996) teori har använts både i mödravård (Eliasson m.fl., 2008) och bland invandrare (Baily, 2010). Teorin om medlidandekompetens lyfter fram patienternas perspektiv (Halldórsdóttir, 2012). Det här tyder på att det kan finnas ett behov av en teori som lyfter fram interkulturellt vårdande inom mödravård ur mödrarnas perspektiv.

Teorin om interkulturellt vårdande lyfter fram vårdande i fyra dimensioner: universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt vårdande. Finns det ett universellt vårdande som gäller oberoende av tid och rum överallt eller är olika kulturer så fundamentalt olika beträffande t.ex. värderingar att det endast finns universellt vårdande inom varje kultur, motsvarande kulturellt vårdande i teorin om interkulturellt vårdande?<sup>176</sup> Kan man tänka sig att teorin om interkulturellt vårdande inte behöver den universella dimensionen? Att nyfödda överlevt och att sjuka och handikappade tagits om hand visar att det har funnits vårdande i alla kulturer, vilket samtidigt visar att det finns ett gemensamt vårdande i alla kulturer som är bestående. Det universella vårdandet har beskrivits som ett naturligt mänskligt sätt att vara (Roach, 1997), som medlidande och kärlek (Eriksson, 2002; Leininger, 1991, 1998, 2006b; Ray, 1994, 2010) och respekt av människans värdighet (Eriksson, 2002). Leininger (1998, 2006) och Ray (1994) har beskrivit gemensamma kulturella uttryck för vårdande, vilka kan betraktas som universella. Det universella vårdandet kan sägas vara vårdandets ontologi, d.v.s. vårdandets väsen, det som gör vårdandet till vad det är.

Om man tänka sig att figuren för teorin om interkulturellt vårdande (se figur 3) fortsätter uppåt tills sidorna i den uppochnervända konen möts ovanför den universella dimensionen, kan den översta spetsen symbolisera det eviga eller det oändliga. Troende kunde då benämna spetsen på

---

<sup>176</sup> Frågorna i diskussionen ska betraktas som retoriska, som delvis besvaras i texten och delvis som exempel på frågeställningar som väcks och som kan utforskas i fortsatt forskning.



teorin Gud, som vårdandets ursprung. Ray (1997) kallar vårdandet ursprung skaparens kärlek eller gudomlig kärlek, Campinha-Bacote (2003b) kallar det Kristus' kärlek och Eriksson (1990) kallar det agapekärlek<sup>177</sup>. Icke-troende kunde benämna spetsen med ord som kraft, energi som finns inkluderat i en universell källa (Ray, 2010) eller natur eller universum.

Det kulturella vårdandet visar de kulturspecifika dragen i det universella vårdandet. Som exempel kan nämnas att respekt för en annan människa kan uttryckas på många olika vis. Kan man tänka sig att det bara är den kulturella dimensionen av vårdandet som är det interkulturella vårdandet? Både den kontextuella och den unika dimensionen av vårdandet influeras av den kulturella dimensionen av vårdandet.<sup>178</sup> Hur länge behöver man beakta den kulturella bakgrunden och etnisk grupptillhörighet<sup>179</sup>? Följer en tredje generationens invandrare från till exempel Vietnam fortfarande sin ursprungliga vietnamesiska kultur? Ackulturationen avgör och behöver därför beaktas i varje enskild patientkontakt. Vårdaren kan också förändras i mötet med patienter från andra kulturer (Ray, 1999; Spence, 2001). Det kulturella vårdandet genomsyrar det kontextuella vårdandet.

---

<sup>177</sup> Agapekärlek är Guds kärlek till människorna, medan eroskärlek är människornas kärlek till varandra och till Gud (Eriksson, 1990, med hänvisning till teologen Anders Nygren).

<sup>178</sup> Som exempel kan nämnas att kvinnor som kommer från en kultur där man har en tradition att vila och återhämta sig under ca en månad efter barnets födelse, gärna vill ha hjälp med barnskötsel av kvinnliga vårdare eller släktingar efter förlossningen.

<sup>179</sup> Det fanns mödrar som var väl integrerade i finländsk kultur som inte längre såg sig själva som utländska medborgare eller invandrare i studie 3, trots att de var första generationens invandrare.

Det kontextuella vårdandet visar de kontextspecifika dragen av det universella och det kulturella vårdandet. Varje kontext har sina specifika drag. Inom mödravård är det till exempel fokus på kvinnan, barnets ovillkorliga närvaro, familjens engagemang och livets och dödens tydliga närhet. Det kontextuella vårdandet genomsyrar i sin tur det unika vårdandet.

Är det unika vårdandet relevant överallt? I alla kulturer finns inte ord för person (Leininger, 1991) eller individ (Alvesson & Sköldberg, 2008, 276), utan den enskilda ses endast som en del av familjen, gruppen eller samhället. Individuella skillnader beskrivs då man betonar variationer inom en kultur (Campinha-Bacote, 2003a; Leininger, 2002). Patienter har behov av ett unikt vårdande överallt, men är inte alltid vana att uttrycka sina behov och önskningar såsom i västerländsk kultur. Val och möjligheter kan inte påtvingas någon. Om patienten vill att familjemedlemmar eller vårdpersonalen fattar beslut för dem, så måste det accepteras som patientens självbestämmanderätt (jfr Hanssen, 2004) i ett unikt vårdande, med hopp om att de som fattar besluten har patientens bästa i åtanke. Kunde man tänka sig att det räcker att vårda alla unikt enligt kultur, kontext och patienters egna önskemål<sup>180</sup> och respekt för människans värdighet måste prioriteras oberoende av kultur, kontext och den individuella patientens önskemål<sup>181</sup>.

---

<sup>180</sup> Alla länder har inte ratificerat de mänskliga rättigheterna.

<sup>181</sup> Som exempel kan nämnas att kvinnlig omskärelse eller resuturering av infibulation inte kan rekommenderas även om en kvinna skulle önska det och kulturen och kontexten accepterar det.

Teorin om interkulturellt vårdande är inte bunden till finländsk kultur eller till mödravård utan den kan betraktas som en generell vårdteori om interkulturellt vårdande. Om vårdaren och patienten kommer från samma kultur finns det mindre att beakta i den kulturella dimensionen, men i den unika dimensionen finns det troligtvis alltid olikheter. Både i studie 2 och 3 beskrevs likheter med mödravård då vårdarna och patienterna har samma kultur. Om kulturbegreppet inkluderar subkulturer skulle den kulturella dimensionen innehålla mer att beakta. Teorin om interkulturellt vårdande är en västerländsk eller nordisk produkt. En av de etiska utgångspunkterna var att alla människor är lika värda. I alla kulturer (och länder) är inte alla likvärdiga och mänskliga rättigheter följs inte, t.ex. kvinnor, fattiga och medlemmar av etniska grupper har inte samma tillgång till vård som män, rika och majoritetsbefolkningen. Den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande i klinisk mödravårdspraxis är en idealbild av hur vårdverkligheten kunde vara utgående från ett nordiskt perspektiv. Många kulturer beskrivs som kollektiva, medan västerländska kulturer är individualistiska (Hofstede, 1991). I den unika dimensionen av vårdande beaktas patientens behov och preferenser men även kontextuellt, kulturellt och universellt vårdande. Omgivningens resurser påverkar dessutom vad som är möjligt att genomföra i vården (jfr Berg m.fl., 2008).

Kulturbegreppet i avhandlingen är inte statiskt utan föränderligt. Det kan ändå kritiseras för att det inte i tillräcklig grad beaktar makt och yttre omständigheter och för att det begränsas till etniska gruppers kultur. Vårdare behöver försöka förstå historiska och sociala sammanhang som

har format kulturer (Gray och Thomas, 2006; Vandenberg, 2010; Williamson & Harrison, 2010). Liknande tankar framfördes genom introduktion av begreppet 'kulturell säkerhet' (Papp & Ramsden, 1996; Polashek, 1998). Kulturbegreppet som använts i de tre studierna kunde utvidgas till att gälla maktrelationer som påverkar sociala och andra yttre omständigheter i samhället. Yttre omständigheter har betydelse för maktrelationerna mellan olika grupper och de i sin tur avspeglas i relationer mellan vårdare och patient. Albarran m.fl. (2011) föreslår att kulturbegreppet utvidgas med ålder, kön, sexualitet, handikapp eller förmåga, ekonomisk ställning, klass o.s.v. Andra grupper än de som har annan etnisk tillhörighet, t.ex. lesbiska mödrar, kan också känna sig anorlunda och uppleva kränkningar och diskriminering. Subkulturer behöver uppmärksammas på liknande sätt som etniska gruppers kultur, men om man utvidgar kulturbegreppet alltför mycket kan det ifall det används snävt leda till fortsatt stereotypering m.m. av minoritetskulturer (Gustafson, 2005).

Omgivningen eller yttre omständigheter påverkar också vårdandet. Omgivningen indelas i det som finns närmast patienten och vårdaren, när-samhället och samhället, vilket påminner om Mercers indelning av omgivningen: mikro-, meso- och makrosystem (Meighan, 2014) och Neumanns indelning i intrapersonella, interpersonella och extrapersonella stimuli som påverkar människan (Lawson, 2014, Neuman, 2011).

Man kan varken förbise den kulturella dimensionen och vårda alla lika-dant som majoritetskulturen eller enbart beakta den kulturella dimensionen i vårdandet av patienter från andra kulturer. Det räcker inte med

kulturell kompetens om inte maktrelationer och sociala förhållanden beaktas (Gustafson, 2005). Att utbilda och fortbilda vårdare är en början, men det krävs också nolltolerans för rasism och kränkningar<sup>182</sup> samt initiativ från vårdare att förändra yttre omständigheter som försvårar vårdandet av patienter från andra kulturer. Den organisation vårdaren arbetar i påverkar vårdaren och därmed vårdandet. Men det krävs erfarna vårdare för att våga motsätta sig rutiner i hälsovårdssystemet (jfr Sumner, 2010).

Det kulturella vårdandet som har ett visst innehåll förändras långsamt, liksom vårdkulturen där vårdaren arbetar, men samtidigt kan ackulturationen och kulturell kompetens förändra både patientens och vårdarens förståelse snabbt. Liknande resultat har framförts av Lynam, Browne, Kirkham och Anderson (2007)<sup>183</sup> som har beskrivit kultur som något som har en viss form och ett visst innehåll och är beständigt (*embodied and enduring*) och samtidigt är något konstruerat och föränderligt (*constructed and dynamic*). De anser att i ett mångkulturellt samhälle är det inte bara grupp tillhörighet som formar människors användning av hälsovård och deras hälsa, utan att även människors sociala ställning och kulturella kapital inverkar på de val de gör i livet. Det här talar för att

---

<sup>182</sup> Jämför Borgar (2013) som har utvecklat en modell för kulturell kränkning bland minoritetsvårdare.

<sup>183</sup> Lynam m.fl. (2007) med hänvisning till texter av Bourdieu. Bourdieu (1993) har beskrivit *habitus*, *fält* och *kapital* för att förstå hur sociala processer formar erfarenheter och upplevelser hos individen. Med *habitus* avses en persons egenskaper, värderingar och förmåga att fungera socialt och förvärfvas i när- eller hemmiljö. Med *fält* menas ett bredare socialt sammanhang. Med *kapital* menas olika typer av resurser t.ex. sociala, materiella, kulturella eller symboliska.

kultur har ett visst innehåll och är beständigt samtidigt som det är konstruerat och föränderligt (Lynam m.fl., 2007).

I de fem meningsbärande tolkningsmönstren framkom makt, förändring hos både modern och vårdaren, familjens närvaro, invandrarkvinnans dubbla sårbarhet, och att konflikter kan leda till förändring. De fem tolkningsmönstren får stöd i Balaam, Akerjordet, Lyberg, Kaiser, Schoening, Fredriksen, Ensel, Gouni och Severinsson (2013).<sup>184</sup> Familjen är i och med barnets närvaro alltid närvarande i mödravården. Barnets far eller kvinnliga familjemedlemmarna har en viktig roll i barnafödandet. Ofta övertar mannen med tiden den roll som mödrar och systrar haft i den ursprungliga kulturen (jfr Wiklund m.fl., 2000). Om familjemedlemmar såsom man, mödrar eller systrar saknades känner kvinnorna sig ensamma och sårbara. Familjen betydelse betonas liksom i Nybacks (2007) studie om vårdande i kinesisk kultur. Om familjen saknas kan doulor (Akhavan & Lundgren, 2012), *Hu Gongs* (Nyback, 2007) eller personer från närsamhället (Correa-Velez & Ryan, 2012) stödja patienten vid sidan av vårdaren. Invandrarkvinnorna föredrar kvinnliga vårdare under barnafödande. Barnmorskan eller hälsovårdaren ses till och med som en familjemedlem, speciellt om invandrarkvinnan saknade egna kvinnliga familjemedlemmar i den nya kulturen (jfr Brämberg & Nyström, 2010). Barnmorskan har också setts som en förankrad kompanjon (*anchored companion*) (Lundgren, 2004), vilket betyder att barnmorskan har ansvar att se både sin egen och kvinnans begränsning.

---

<sup>184</sup> Här bör beaktas att Balaam m.fl. (2013) är en systematisk översikt, som inkluderar sexton studier av vilka tio även inkluderas i studie 2.

Kvinnan har också ansvar att berätta om sina behov och att ha vilja att gå igenom förlossningen (Lundgren, 2004).

Kvinnor som både immigrerat och blivit mödrar beskrivs som flerdubbelt sårbara i studie 2–3. Det kan vara maktrelationer i samhället och de sociala förhållandena som gör kvinnans sårbarhet mångbottnad. Invandrarbakgrund och oförmåga att arbeta beskrivs som dubbel sårbarhet av Brämberg m.fl. (2010). Men kvinnans sårbarhet under barnafödande behöver inte ses som en svaghet, utan kan ses som ett ökat behov av en relation med andra (Lundgren, 2004). De nya rekommendationerna för mödrarådgivning i Finland<sup>185</sup> (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä<sup>186</sup>, 2013) ger möjlighet till detta då de föreslår ett mer flexibelt antal mödrarådgivningsbesök och en utvidgad hälsokontroll som innebär utvärdering av hela familjens hälsosituation samt stärkande av resurser. Utveckling av doulastöd (Akhavan & Lundgren, 2012) och nätverk bland mödrar är andra möjliga lösningar. Om vårdaren inte lyssnar på kvinnan och hon inte får delta i sin egen vård t.ex. genom att tolk inte ordnas blir hon ännu mer ensam och sårbar (Brämberg m.fl., 2010).

Invandringens positiva effekter för vårdandet betonas sällan. Konflikter mellan patienter och vårdare är en möjlighet till förändring, vilket också Spence (2001) beskriver som att då vårdarens förståelse sattes på spel i mötet med förståelsen hos patienten med en annan kulturell bakgrund så

---

<sup>185</sup> Rådgivningsguiden betonar att invandrare och medlemmar av etniska minoriteter har ett ökat behov av vård under barnafödande och ger rekommendationer speciellt för vården av dem (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, 2013).

<sup>186</sup> Nationell expertgrupp inom mödravård.

kunde det leda till en rörelse, där de båda nådde ny förståelse bortom den tidigare förståelsen.

Makt framträder i flera betydelser. Vårdaren som professionsutövare har större makt än patienten. Den professionella makten kan uttryckas positivt som stöd och negativt som fördomar. Vårdsystemet i sig självt innehåller makt i hierarkin mellan olika professioner. Även samhället har makt inbyggt genom att minoriteter och majoriteten kan ha olika status och juridiska rättigheter. Den enskilda patientens medborgarstatus påverkas av både rätt till vård och utsatthet. Makt ur ett genusperspektiv träder fram i parförhållandet, men också i vårdförhållandet t.ex. genom att kvinnor föredrar kvinnliga vårdare. Även symbolisk makt kan komma fram genom t.ex. klädsel eller sätt att tala. Makt och interkulturellt vårdande kunde studeras vidare.

Vårdande är relaterat till makt i en positiv bemärkelse, i annat fall är det inte vårdande. Makt som en positiv kraft som stärker vårdandet finns i vårdandets universella dimension. Vårdarens makt som fullmakt är att vårda med kärlek och tjäna patienten, vilket kan stärka patientens vårdande eller tillfrisknande (Rundqvist, 2004). Vårdandet främjas av makt som stärker patienten men hindras av makt som förnedrar patienten. Maktmissbrukets betydelse för vårdande blev tydligt i och med att kontexten infördes. En mor är redan i och med att hon är kvinna, föder barn, invandrar eller tillhör en minoritet i en utsatt ställning i jämförelse med vårdaren (jfr Liamputtong, 2007). Stereotypier, fördomar, diskrimine-



ring och rasism är maktmissbruk, vilket beskrevs i studie 2. Underlåtenhet att tala patientens språk, använda professionell tolk och fördomar och stereotypier är maktmissbruk, som kom fram i studie 3.

Ethos d.v.s. att respektera människans värdighet finns som grund för denna avhandling och genomsyrar hela forskningsprocessen. Att respektera människans värdighet är alltid lika aktuellt och svårt att uppnå. Willies (1999) efterlyste kulturell kompetens för att respektera kvinnans värdighet och självbestämmande under perinatalperioden, och Balaam m.fl. (2013) fann att få bevara sin integritet och att få en vårdande relation och finna mening är det viktigaste som kvinnor som invandrat behöver i det nya landet i samband med barnafödande.

Tidigare har det mest gjorts empiriska studier om enskilda kulturer. Ray (1994) och Leininger (1998, 2006) utgör undantag då det gäller att studera det gemensamma i vårdandet inom olika kulturer. Det behövs också grundforskning om vårdande mellan olika kulturer eller interkulturellt vårdande för att bl.a. utveckla begrepp och antaganden. Forskning om interkulturellt vårdande behövs, för att visa vilken betydelse vårdandet kan ha för välbefinnande och hälsa och hur yttre omständigheter kan påverka vårdandet av kvinnor från andra kulturer. Då resurserna minskar och effektivitet betonas samtidigt som vården blir allt mer beroende av teknik, blir vårdande allt viktigare (Ray, 2010).

Att utveckla en vårdteori är en både föränderlig och fortgående process (Meleis 2007; Morse, 1997). Inom hermeneutik tillåts att metoder väljs efter hand utgående från ethos och syfte och visar på hur en kvalitativ

teorigenerering med hjälp av ett teoretiskt perspektiv kan fördjupa kunskap om ett fenomen. Resultatet i avhandlingen kan utvecklas vidare genom att fråga vårdarna hur de uppfattar teorin. För att se om den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande är användbar och hur den kan utvecklas kunde man använda, till exempel applikationsforskning (Lindholm, 2003) där vårdarna är medforskare. Andra kontexter såsom psykiatrisk vård och äldreomsorg kunde även studeras för att få fram de specifika kontextuella dragen som finns både i finländsk vårdkultur och bland patienter från andra kulturer. Det kan också vara intressant att studera hur upplevelsen av vårdandet förändras hos andra eller tredje generationers invandrare. Även invandrarvårdarens vårdande av finländska patienter kunde studeras.

Sedan studie 3 gjordes 2009–2010 har det skett flera förändringar, som har att göra med vården av mödrar med annan kulturell bakgrund på avdelningen, på sjukhuset och i samhället där studien utfördes. Antalet kvinnor med annan kulturell bakgrund har ökat. Vårdarna använder professionella tolkar i större utsträckning. Utbildning av doulor för att stödja mödrar från andra kulturer har påbörjats. Vårdarna arbetar mera amningsfrämjande. Vårdarna diskuterar vården av patienter från andra kulturer i större utsträckning och man har diskussioner och fortbildning både inom mödravårdsenheten och allmänt i sjukvårdsdistriktet både enskilt och i samarbete med yrkeshögskolor och andra organisationer. Etiska frågor angående vården av personer från andra kulturer har även diskuterats vid flera seminarier. Det här ger hopp om att det också finns intresse att fortsätta forskningen om det interkulturella vårdandet.

Studie 2 visade att om kvinnor blir illa bemötta kan de avbryta vårdrelationerna, trots att de har problem med sin hälsa. Ingen av mödrarna som deltog i studie 3 avbröt vården, men några kände sig kränkta och blev frustrerade då de möttes av vårdare som inte talade det finländska språk patienten kunde, eller engelska, inte ordnade tolk, uttalade stereotypier om deras kultur eller skrattade åt deras frågor. Att inte kunna uttrycka sig orsakar både rädsla, kränkt värdighet och frustration. Att alltid använda en professionell tolk då det behövs och öka vårdarnas kulturella kompetens minskar risken för att missförstånd sker i vården, ökar kvinnornas välbefinnande och minskar risken för att de avbryter vårdrelationen och främjar därmed moderns och barnets hälsa och liv. Genom att använda den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande i vårdutbildning kan man medvetandegöra vårdare om hur de kan underlätta interkulturellt vårdande. Om vårdare använder teorin då de möter patienter från andra kulturer kan patienternas lidande lindras och hälsa främjas t.ex. genom att de inte avbryter vårdrelationen. Genom att beakta teorin inom vårdadministration kan yttre omständigheter såsom tillgänglighet och resurser förändras så att vården underlättas. Genom att använda teorin i forskning kan den förbättras och bidra till nya forskningsresultat som kan användas för patientens bästa i klinisk vård.

# SUMMARY

## Introduction

The aim of this dissertation is to develop a theory on intercultural caring to deepen the understanding of caring between nurses and patients who have different cultural backgrounds. The focus is on the caring between different cultures. The context is maternity care from the mother's perspective. The research questions are: 1) What is intercultural caring? 2) How is intercultural caring described and understood? 3) How is intercultural caring described and understood in a maternity care context from the patients' perspective? 4) What is the substance in a theory on intercultural caring? 5) What is the substance in a theory on intercultural caring in maternity care from the patients' perspective?

The theoretical perspective of this dissertation is based on the caritative theory and the *caring science-tradition* (Eriksson, 2001, 2002). Furthermore, the dissertation uses a hermeneutic approach (Gadamer, 1994, 1997). Caring refers to the core of nursing, i.e. respect for, care for, and to be genuinely present for the other. Culture refers to “a pattern of learned but dynamic values and beliefs that gives meaning to experience and influences the thoughts and actions of individuals of an ethnic group.” (Wikberg & Eriksson, 2008, 486).

The interest in caring for patients from other cultures started when working as a midwife and clinical teacher in Africa and Asia as well as encountering patients and student nurses from other cultures in Finland. My worry was that caring and culture might not be considered enough

when encountering patients who have a different cultural background than the nurses. There is an increased need for understanding caring when patients and nurses are from different cultures, especially now when immigration is increasing (FOS, 2012a, b, c) and nurses work internationally (Koivuniemi, 2012), and because caring is essential for health and wellbeing. This dissertation will hopefully assist with theory generation and knowledge on caring, which can support caring science development and the care for patients in practice.

### **Literature review**

The concept of caring or care has been described in different ways. Morse et al. (1990) describe it as a human trait or state, a moral imperative or ideal, an emotion, a human interaction and a therapeutic intervention. Leininger (1991) wrote: "...care is the essence of nursing and the central, dominant, and unifying focus of nursing." The concept has also been described as compassion, competence, confidence, conscience, commitment and comportment (Roach, 1997). Watson (2005) sees caring as a transpersonal art.

A common attribute in studies and theories within transcultural nursing and maternity care is the importance of the caring relationship between the nurse or the midwife and the patient or the mother (Baily, 2010; Coffman & Ray, 1999; Fleming, 1998; Lundgren, Karlsdottir & Bondas, 2009). In the caring relationship, continuity (Correa-Velez & Ryan, 2012; Cross-Sudworth et al., 2010), reciprocity (Coffman & Ray, 1999) and respect for dignity (Eliasson et al., 2008) are emphasised. The caring

relationship influences health and wellbeing positively, while a non-caring relationship has an opposite effect. At the same time the cultural background and social circumstances of the patient are considered. Concerning the subject of this dissertation, no model or theory has been found to explicitly describe the caring between nurses and patients who have different cultures within maternity care; even if many mention cultural background or culture as an environmental factor.

Empirical studies on caring for mothers from other cultures are often related to a specific culture, e.g. Somali culture (Essén et al., 2000; Hill et al., 2012) or to a specific problem e.g. circumcision (Berggren et al., 2006; Leval et al., 2004) or postpartum depression (Pavlish et al., 2010; Teng et al., 2007). It is worth noting that having a different cultural background is rarely seen as an asset or an opportunity. In this regard, the studies available are surprisingly similar, even if they are published over a long period of time and on different continents. Moreover, language difficulties and communication problems are emphasised in almost all the studies. The patients experience a lack of information and the nurses have difficulties to convey the information available. Patients using the health-care system in an unusual way, either because they are uninformed or do not know the language, will cause negative attitudes in the nurses (Bowler, 1993; Lyons et al., 2008). To counteract this issue, it has been recommended that professional interpreters be used so that the patients are able to express their needs (Brämberg et al., 2010; Ozeki, 2008; Upvall et al., 2008). The nurses' respect for the culture, religion, and knowledge of different traditions is essential if the caring culture is to improve. The patients' individual needs, cultural background and life

situation (compare Brämberg & Nyström, 2010), as well as external circumstances, are described in previous studies. Variations within cultures are also highlighted. Moreover, a caring relationship between the nurse and the patient is pointed out as being an essential factor in order to decrease the vulnerability patients feel. To care is to listen, to give time, to respect the dignity, to be allowed to participate, to know cultural traditions and to have knowledge. At present, women from ethnic minorities are expected to adapt to the maternity care provided, instead of the maternity care adapting to them. A lack of cultural competence, as well as prejudice, stereotyping, humiliation, racism and discrimination, has been described concerning nurses and midwives (Dietsch et al., 2010; Pavlish et al., 2010; Spence 1999; Straus et al., 2009; Zhao et al., 2010).

### **Methodology and methods**

This dissertation has a hermeneutic approach and generates theory (Alvesson & Skoldberg, 2008; Føllesdal et al., 2001, Gadamer, 1994, 1997; Helenius, 1990). The preunderstanding is derived from the experience gained by the author from working in Zambia, Lesotho, Nepal and Vietnam during a ten year period, as well as from a previous study (Wikberg, 2003). In the first study, 19 texts (see Appendix 2) of Campinha-Bacote, Kim-Godwin, Leininger and Ray are analysed through content analysis (Article I). The results are compared to caritative theory and a model for intercultural caring is created abductively. The second study is a metasynthesis of 40 studies on intercultural caring in maternity care research (Article II). The third study is a focused ethnography, in which 17 immigrant mothers were interviewed and 15 were observed. The third study results in two articles (Articles III & IV).

## **Ethical considerations**

The dissertation follows the recommendations of the Finnish National Advisory Board on Research Ethics (Forskningsetiska delegationen, 2009, 2012). The first recommendation discusses the benefits of a study compared to the risk of a study. The second recommendation concerns good scientific practice. In the first two studies, where previous research was used as data material, accuracy was observed not to misinterpret or discredit the previous research. Permission was granted from the ethical committee of the hospital where the third study was conducted and all the participants in the third study signed a paper giving their informed consent. In this regard, they were informed about the aim of the study, voluntary participation, their right to remain anonymous as well as their right to interrupt their participation at any time. Interpreters were used to inform the mothers who did not speak Finnish, Swedish or English.

## **Results**

The three studies are synthesised into a *theory on intercultural caring*. In this dissertation, the concept of ‘intercultural caring’ has been chosen instead of ‘transcultural nursing’ in order to emphasise caring and the equal importance of the cultures involved. Intercultural caring consists of four dimensions: universal, cultural, contextual and unique caring. Universal caring is defined as being the same in all cultures and times. Cultural caring concerns specific features of the ethnic cultures, e.g. of Estonian culture. Contextual caring concerns the speciality of care, e.g. maternity care. Unique caring concerns the individual patient’s needs



and preferences in the care situation. If these four dimensions are considered, caring can alleviate suffering and promote health, including wellbeing and life. Intercultural caring might occur between a nurse and a patient from different cultural backgrounds. However, the prerequisites for intercultural caring are that the nurse considers the cultural background and acculturation of the patients as well as her own acculturation and cultural competence, including cultural safety. Although the relationship is mutual because both are human beings, it is also asymmetric because the nurse has more responsibility and power. External circumstances are important for how intercultural caring is experienced. In this respect, education, organisation, politics and laws affect the caring provided. Moreover, family, friends, networks, life situation and the society will also affect how the patients experience the care they receive.

The hermeneutic synthesis of the two studies with a maternity context resulted in five patterns of interpretation: the experience of caring is related to power; the family is always present; childbearing and change of culture can cause the women to experience multiple vulnerabilities; both the mother and the nurse change when they meet; conflicts can cause change. In the following paragraphs the patterns of interpretation are described.

*The experience of caring was related to power.* If caring was present, the mothers experienced empowerment. They felt welcome and received support to become well and cope with their life situation. Professional interpreters were arranged if needed. Midwives or public health nurses

had expert knowledge, which they shared with the women. The mothers felt respected and developed as mothers. The public health nurse or midwife was experienced as a professional friend. However, suffering and disempowerment was the result if power was used in a negative way, i.e. as racism, discrimination, ethnocentrism, prejudice, or stereotyping. The mothers then felt misunderstood and humiliated, which could lead to interrupted relationships between the nurses and the mothers and have negative consequences for their or their baby's health. If no interpreters were used, the cultural aspect was neglected, or the mothers were insulted, i.e. they became quiet, frustrated, isolated and lonely. Then maternity care was merely external control and a physical check up. In this respect, the most vulnerable women were illegal immigrants, asylum seekers, women who had immigrated for arranged marriages, women who did not know the language and had no relatives, or women who had earlier traumatic experiences. They felt they had no control of the situation when they could not understand or participate in what was happening.

*The family is always present in maternity care.* The baby and the father are always involved in some aspect of maternity care. Female relatives are usually important to women from other cultures; if they are present they support and assist the mother, if they are absent the mothers miss them or call them. The mothers feel lonely, especially after the baby is born, if they have no one to support them. Sometimes sisters or the grandmother accompany the mother during delivery, but they are often replaced by the fathers at the next birth. The family members interpret,

help with household chores and support the mother materially, economically, or emotionally. The birth of a baby unites generations. Although the baby's health is a source of worry for mothers, it is also a hope and meaning of life for those who have fled difficult circumstances.

*Childbearing and change of culture can cause the women to experience multiple vulnerabilities.* To be pregnant, give birth and have a baby is a big change for any woman, especially for the first time. To immigrate and have a child causes many changes in the life of a woman and is often described as a double or multiple vulnerability. Even if mothers say that they receive information, they are not aware of things that are taken for granted, for example the fact that public health nurses and midwives take care of normal pregnancies and births in Finland, or that breastfeeding is considered the best choice, even if milk formula is given to the baby in the hospital. Sometimes the mothers do not understand the advice given, even if they have a common language, because the advice is different from their expectations. Mothers, who have fled difficult situations in their original countries, might have lost their home, family members, friends, status and work. In the new culture they often have a lower status and a weak economy. On the other hand, mothers who have immigrated because of work might experience an increased status and a stronger economy, even if they also miss their home and family. If family and friends are missing, the relationship with the nurse is important to avoid isolation and suffering.

*Both the mother and the nurse change when they meet.* Finnish maternity care culture encourages mothers to be independent. The mothers

explained that they felt free to ask questions and their husbands started to take part in the maternity care. They knew that they could call the public health nurse who was available for them. The mothers started to accept pain relief, family planning, or they started to bottle feed instead of breastfeed their baby. However, the level of integration varied among mothers. Some were more traditional while others had assimilated into Finnish culture. This depended on how long they had been in the country, the cause of their immigration and how different their original culture was from the Finnish culture. Many were positively surprised that nurses were interested or knew something about their culture and spoke several languages. According to the mothers, nurses had learnt about traditions in other cultures and had started to implement the knowledge in the maternity care, e.g. considered different pain expressions, “hot and cold theory” and that some needed more help after delivery. Most nurses were aware that mothers spoke different languages and belonged to religions which influenced the need for professional interpreters and different diets.

*Conflicts can cause change.* Conflicts or tensions might cause changes, which are either positive or negative and occur either in the mother or the nurse. However, conflicts are less likely if professional interpreters are used and if the same public health nurse takes care of the mother during the pregnancy and the same midwife takes care of the whole birth. Continuity helps the mother to build trust, while using a professional interpreter avoids most communication problems. Moreover, many conflicts are avoided if the nurse has cultural competence and is calm and patient. A way to show interest in the mother’s culture is to

ask questions. It is worth noting that not all traditional ways of care and caring in the mother's culture are necessarily harmful. If the conflict or differences in expectations and experiences lead to using professional interpreters, or that the nurse learns something about the mother's culture, then the result is usually a positive change. Conflicts might however have negative consequences if the mother feels insulted and interrupts the relationship with the nurse. Moreover, sometimes the nurse might be ethnocentric or racist.

The theory and the patterns of interpretation consolidate into a *contextual theory on intercultural caring for clinical maternity praxis*. In this theory, caring consists of four dimensions: universal, cultural, contextual, and unique caring, which permeate each other. Universal caring is non-dependent of time and space. The mothers want their dignity to be respected. Cultural caring considers the cultural background, the acculturation and the equality of each mother. In the maternity care culture, the cultural competence, cultural safety, and acculturation of the nurse are emphasised. Contextual caring considers the specific cultural features of the childbearing of the mother. In this regard, the nurse is expected to be an expert and to clarify cultural assumptions in the maternity care. In order for trust to be built in unique caring, the mother expects good communication, respect for the family, goodwill and somebody who cares for her and meets her needs. The nurse listens to the woman's narrative, is flexible, open, courageous, and non-judgemental. The nurse shows an understanding for the life situation of the woman, and strives for continuity to preserve the care relationship. Intercultural caring is expected to decrease misunderstandings and conflicts, alleviate

suffering, increase wellbeing and promote health and life. The environment or the external circumstances affects the caring.

### **Discussion and further research**

The theory adds knowledge to the phenomenon of intercultural caring for caring science and for the nursing care of patients with other cultural backgrounds than the nurses.

Mothers with different cultural backgrounds are considered to have double or multiple vulnerabilities. The new recommendations for maternity clinics (Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä, 2013) provide nurses with the possibility to support these mothers through more flexible amounts of maternity clinic visits and an extended health control. Power can be seen from several different perspectives in this dissertation. Caring as a positive power was present in the universal caring. Misuse of power became evident in the maternity context. For instance, refusing to speak the language the patient knows, not using professional interpreters, having prejudices or stereotypes are examples of misuse of power present in the third study. It is important to continue to study intercultural caring, to clarify its importance for health and wellbeing as well as to clarify how external circumstances have an influence on the caring experience.

The theory in this dissertation can be used in nursing and maternity care, nursing education, nursing administration, and nursing research. The general theory could also be studied in other contexts, e.g. psychiatric care and the contextual theory could be applied in maternity care from

the midwives' perspective. It could also be interesting to study if and how the experience of intercultural caring changes in second or third generation immigrants or how immigrant nurses experience intercultural caring in Finland.





## LITTERATURFÖRTECKNING

Adjekughele, J. 2003. A reflection on Finnish maternity and child health clinics from the perspective of mothers from the African continent. In: Clarke, K. ed., *Welfare research into marginal communities in Finland: insider perspectives on health and social care*. Research reports. Series A, No 8. University of Tampere, Department of Social Policy and Social Work, Tampere, 31–73.

Akhavan, S. & Lundgren, I. 2012. Midwives' experiences of doula support from immigrant women in Sweden – a qualitative study. *Midwifery*, 28(1), 80–85.

Albarran, J., Rosser, E., Bach, S., Uhrenfeldt, L., Lundberg, P. & Law, K. 2011. Exploring the development of a cultural care framework for European caring science. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4), 10.3402/qhw.v6i4.11457. Retrieved 15.12.2013 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3235943/>

Alvesson, M. & Sköldböck, K. 2008. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Andra uppl. Studentlitteratur, Lund.

Alvsvåg, H. 2014. Kari Martinsen. Philosophy of caring. In: Alligood, M.R. ed. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th ed. Elsevier Mosby, St. Louis, Missouri, USA, 147–170.

Andrews, M.M. & Boyle, J.S. 1995. *Transcultural concepts in nursing care*. 2nd ed. Lippincott, Philadelphia, USA.

Angen, M. 2000. Evaluating interpretive inquiry: reviewing the validity debate and opening the dialogue. *Qualitative Health Research*, 10(3), 378–395.

Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. toim. 2009. *Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki*. Vastapaino ja tekijät, Tampere.

Arman, M. & Rehnsfeldt, A. 2007. The little extra that alleviates suffering, *Nursing Ethics*, 14(3), 372–386.

Baily, D. 2010. Healthcare of vulnerable populations: through the lens of Halldórsdóttir's theory. *International Journal of Human Caring*, 14(3), 53–59.

Balaam, M-C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A-M., Ensel, A., Gouni, O. & Severinsson, E. 2013. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919–1930.

Beck, C.T. 1993. Teetering on the edge: a substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research*, 42(1), 42–48.

Beck, C.T. 1995/2006. Perceptions of nurses' caring by mothers experiencing postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 24(9), 819–825.

Berg, L. 2006. *Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård*. Doktorsavhandling. Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Berg, M. 2005. A midwifery model for care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine. *Journal of Perinatal Education*, 14(1), 9–21.

Berg, M., Bondas, T., Brinchmann, B.S., Lundgren, I., Ólafsdóttir, Ó.A., Vehviläinen-Julkunen, K. & Hall, E.O.C. 2008. Evidence-based care and childbearing – a critical approach. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 3(4), 239–247.

Berg, M., Ólafsdóttir, Ó.A. & Lundgren, I. 2012. A midwifery model of woman-centered childbirth care – in Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), 79–87.

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.

Berry, J. W., Kim, U., Minde, T. & Mok, D. 1987. Comparative studies of acculturative stress. *International Migration Review*, 21(3), 491–511.

Björmans, J. 1999. *En begreppsbestämning av begreppet 'kultur' i ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Pro gradu-avhandling. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.

Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P. & Kupelnick, B. 2009. Pregnancy outcome of migrant women in integration policy: a systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, 68(3), 452–461.

Bollini, P., Stotzer, U. & Wanner, P. 2007. Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study. *International Journal of Public Health*, 52(2), 78–86.

Bondas, T. 2000. *Att vara med barn. En vårdvetenskaplig studie av kvinnors upplevelser under perinatal tid*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi. University Press, Åbo, Finland.

Bondas, T. 2003a. Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 249–253.

Bondas, T. 2003b. Olika former av vårdande gemenskap. Ingår i: Eriksson, K. & Lindström, U. Å. red. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa, 161–178.

Bondas, T. 2005. To be with child: a heuristic synthesis in maternal care. In: Balin, R. ed., *Trends in Midwifery Research*. Nova Science, New York, 119–136.

Bondas, T. & Hall, E. 2007. Challenges in approaching metasynthesis research. *Qualitative Health Research*, 17(1), 113–121.

Borgar, I. 2013. *Kulturell kränkning. Minoritetsvårdarens upplevelser av kulturell kränkning och dess inverkan på hälsa*. Pro gradu-avhandling. Åbo Akademi, Enheten för vårdvetenskap, Vasa.

Bourdieu, P. 1993. *Pierre Bourdieu Kultur sociologiska texter*. I urval av Donald Broady och Mikael Palme. Fjärde uppl. Moderna franska tänkare 11. Brutus Östlings bokförlag, Stockholm/Stehag.

Bowler, I. 1993. Stereotypes of women of Asian descent in midwifery: some evidence. *Midwifery*, 9(1), 7–16.

Boykin, A. & Schoenhofer, S. 2013. *Nursing as Caring. A Model for Transforming Practice*. National League for Nursing Press, New York. The Project Gutenberg EBook of Nursing as Caring. Hämtat 1.1.2014 från <http://www.gutenberg.org/files/42988/42988-h/42988-h.htm#link2HCH0003>

Boyle, J.S. 1994. Styles of Ethnography. In: Morse, J.M. ed. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, USA, 159–185.

Brathwaite, A.C. & Williams, C. 2004. Childbirth experiences of professional Chinese Canadian women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33(6), 748–755.

Brink, P. 1999. Transcultural versus cross-cultural. *Transcultural Nursing*, 10(1), 7.

Briscoe, L. & Lavender, T. 2009. Exploring maternity care for asylum seekers and refugees. *British Journal of Midwifery*, 17(1), 17–22.

Bruni, N. 1988. A critical analysis of transcultural theory. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 5(3), 26–32.

Brämberg, E. B. & Nyström, M. 2010. To be an immigrant and patient in Sweden: a study with an individualised perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(3), 10.3402/qhw.v5i3.5106. Retrieved 15.12.2013 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958086/>

Brämberg, E. B., Nyström, M. & Dahlberg, K. 2010. Patient participation: a qualitative study of immigrant women and their experiences. *International Journal of Qualitative studies on Health and Well-being*, 5(1), 10.3402/qhw.v5i1.4650. Retrieved 15.12.2013 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879867/>

Bäck-Pettersson, S. 2006. *Caring in research and practice – some nursing aspects*. Doctoral dissertation. The Sahlgrenska Academy at Göteborg University, Department of Public Health and Community Medicine/Primary Health Care, Göteborg.

Callister, L.C., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lauri, S. 2001. Giving birth. Perceptions of Finnish childbearing women. *The American Journal of Maternal and Child Nursing*, 26(1), 28–32.

Campinha-Bacote, J. 2003a. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services. A Culturally Competent Model of Care*. Transcultural C.A.R.E. Associates, Ohio, USA.

Campinha-Bacote, J. 2003b. Cultural desire. The spiritual key to cultural competence. *Journal of Christian Nursing*, 20(3), 20–22.

Chu, C.M.Y. 2005. Postnatal experience and health needs of Chinese migrant women in Brisbane, Australia. *Ethnicity and Health*, 10(1), 33–56.

Cioffi, J. 2004. Caring for women from culturally diverse backgrounds: midwives' experiences. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(5), 437–42.

Coffman, M.J. 2004. Cultural caring in nursing practice: a metasynthesis of qualitative research. *Journal of Cultural Diversity*, 11(3), 100–109.

Coffman, S. 2006. Marilyn Anne Ray. Theory of Bureaucratic caring. In: Marriner Tomey, A. & Alligood, M. eds. *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. Mosby, St. Louis, Missouri, USA, 116–139.

Coffman, S. & Ray, M. 1999. Mutual intentionality: a theory of support processes in pregnant African American women. *Qualitative Health Research*, 9(4), 479–492.

Correa-Velez, I. & Ryan, J. 2012. Developing a best practice model for refugee maternity care. *Women and Birth. Journal for the Australian College of Midwives*, 25(1), 13–22.

Cortis, J. 2000. Caring as experienced by minority ethnic patients. *International Nursing Review*, 47(1), 53–62.

Cowie, A. chief ed. 1989. *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. 4th ed. Oxford University Press, Oxford.

Cross-Sudworth, F., Williams, A. & Herron-Marx, S. 2010. Maternity services in multi-cultural Britain: using Q methodology to explore the views of first- and second-generation women of Pakistani origin. *Midwifery*, 27(4), 458–68.

Dietsch, E., Shackleton, P., Davies, C., McLeod, M. & Alston, M. 2010. 'You can drop dead': midwives bullying women. *Women and Birth*, 23(2), 53–59.

Eliasson, M., Kainz, G. & von Post, I. 2008. Uncaring Midwives. *Nursing Ethics*, 15(4), 500–511.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2007. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

Emami, A., Benner, P. & Ekman, S-L. 2001. A sociocultural health model for late-in-life immigrants. *Journal of Transcultural Nursing*, 12(1), 15–24.

Eriksson, K. 1987. *Vårdandets idé*. Norstedts förlag, Stockholm.

Eriksson, K. 1990. *Pro caritate. En lägesbestämning av caritativ vård*. Rapport 2. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.

Eriksson, K. 1992. *Broar*. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.

Eriksson, K. 1995. Mot en caritativ vårdetik. Ingår i: Eriksson, K. red. *Mot en caritativ vårdetik*. Rapport 5. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa, 9–39.

Eriksson, K. 1999. Tillbaka till Popper och Kuhn. En revolutionär epistemologi för vårdvetenskapen. Teoksessa: Kinnunen, J., Meriläinen,

P., Vehviläinen-Julkunen K. & Nyberg, T. *Terveystieteiden monialainen tutkimus ja yliopistokoulutus. Suunnistuspoluilla tiedon valtateille. Professori Sirkka Sinkkoselle omistettu juhlakirja*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 74, Kuopio, 21–35.

Eriksson, K. 2001. *Vårdvetenskap som akademisk disciplin*. Tredje uppl. Rapport 7. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa

Eriksson, K. 2002. Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 61–65.

Eriksson, K. 2006. *The Suffering Human Being*. Nordic studies press, Chicago, IL, USA.

Eriksson, K. red., Bondas-Salonen, T., Herberts, S., Lindholm, L. & Matilainen, D. 1995. *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. Slutrapport. Vasa sjukvårdsdistrikt kf och Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.

Eriksson, K., Lindholm, L., Lindström, U., Matilainen, D. & Kasén, A. 2006. Ethos anger siktet för vårdvetenskapen vid Åbo Akademi. *Hoitotiede*, 18(6), 296–298.

Eriksson, K. & Lindström, U. 1997. Abduction – A way to deeper understanding of the world of caring. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 11(4), 195–198.

Eriksson, K. & Lindström, U. 1999. En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede*, 11(6), 359–364.

Eriksson, K. & Lindström, U. 2000. Siktet, sökandet, slutandet – om den vårdvetenskapliga kunskapen. Ingår i: Eriksson, K & Lindström, U. red. *Gryning En vårdvetenskaplig antologi*. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa, 5–18.

Eriksson, K. & Lindström, U. 2003. *Klinisk vårdvetenskap*. Ingår i: Eriksson, K & Lindström, U. red. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*, Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa, 3–20.

Eriksson, K. & Lindström, U. 2009. Vårdvetenskap som caring science. *Pro Terveys*, 37(4), 9–13.

Eriksson, K. & Lindström, U. 2012. *Forskningsprogrammet*. Åbo Akademi. Socialvetenskapliga institutionen. Vårdvetenskap, Vas. Hämtat 20.1.2014 från <http://www.abo.fi/media/6563/forskningsprogrammet.pdf>

Eriksson, K. & Nordman, T. 2004. *Den Trojanska hästen II. Utvecklandet av evidensbaserade vårdande kulturer*. Rapport 2. Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap och Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, Vas.

Essén, B., Johnsdotter, S., Hovellius, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N-O., Friedman, J. & Östergren, P-O. 2000. Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somalian women resident in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(12), 1507–1512.

Fagermoen, M.S. 2005. Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7(2), 40–54.

Finlands officiella statistik (FOS). 2012a. *Befolkningsstruktur*. Tabell: Medborgarskap efter ålder och kön enligt landskap 1990–2012. Statistikcentralen, Helsingfors. Hämtat 20.9.2013 från [http://193.166.171.75/Dialog/var-val.asp?ma=020\\_vaerak\\_tau\\_101\\_sv&ti=Medborgarskap+efter+%E5lder+och+k%F6n+enligt+landskap+1990+%2D+2012&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=2&multilang=sv](http://193.166.171.75/Dialog/var-val.asp?ma=020_vaerak_tau_101_sv&ti=Medborgarskap+efter+%E5lder+och+k%F6n+enligt+landskap+1990+%2D+2012&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=2&multilang=sv)

Finlands officiella statistik (FOS). 2012b. *Befolkningsstruktur*. Tabellbilaga 2. Befolkningen efter språk 1980–2012. Statistikcentralen, Helsingfors. Hämtat 20.9.2013 från [http://193.166.171.75/Dialog/var-val.asp?ma=030\\_vaerak\\_tau\\_102\\_sv&ti=Spr+%E5k+efter+%E5lder+och+k%F6n+enligt+landskap+1990+%2D+2012&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=2&multilang=sv](http://193.166.171.75/Dialog/var-val.asp?ma=030_vaerak_tau_102_sv&ti=Spr+%E5k+efter+%E5lder+och+k%F6n+enligt+landskap+1990+%2D+2012&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=2&multilang=sv)



Finlands officiella statistik (FOS). 2012c. *Befolkningsstruktur*. Statistikcentralen, Helsingfors. Hämtat 20.9.2013 från [http://www.stat.fi/til/vaerak/2012/vaerak\\_2012\\_2013-03-22\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2012/vaerak_2012_2013-03-22_tie_001_sv.html).

*Finlex*. 1999. Personuppgiftslagen. Lag nummer 523. Justitieministeriet, Helsingfors. Hämtad 31.03.2014 från <http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1999/19990523>

Flaming, D. 2004. Nursing theories as nursing ontologies. *Nursing Philosophy*, 5(3), 224–229.

Fleming, V.E.A. 1998. Women-with-midwives-with-women: a model of interdependence. *Midwifery*, 14(3), 137–143.

Forskningsetiska delegationen. 2002. *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*. Helsingfors. Hämtat 27.8.2013 från [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva\\_Tieteellinen\\_SVE.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_SVE.pdf)

Forskningsetiska delegationen. 2009. *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Helsingfors. Hämtat 27.8.2013 från <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf>

Forskningsetiska delegationen. 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Helsingfors. Hämtat 23.9.2013 från: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Fredriksson, L. 2003. *Det vårdande samtalet*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Fredriksson, L. 2007. Teoribegreppet inom vårdvetenskap och hermeneutik – från Eidos till Logos. Ingår i: Eriksson, K. & Lindström, U. red. *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik*. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa, 23–30.

Føllesdal, D., Walløe, L. & Elster, J. 1986. *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Fjerde utgave. Universitetsforlaget, Oslo.

Føllesdal, D., Walløe, L. & Elster, J. 2001. Användning av hypotetisk-deduktiv metod i samhällsvetenskap, humanistisk vetenskap och etik. Ingår i: Føllesdal, D., Walløe, L. & Elster, J. *Argumentationsteori, språk och vetenskapsfilosofi*. Tredje uppl. Översatt från norskt original av Mats Söderlind. Thales, Stockholm, 115–183.

Gadamer, H-G. 1994. *Truth and method*. 2nd revised ed. Continuum, New York.

Gadamer, H-G. 1997. *Sanning och metod i urval*. Urval, inledning och översättning av Arne Melberg. Daidalos, Göteborg.

Geertz, C. 1973. *The interpretation of cultures*. Basic Book, N.Y.

Giger, J.N. & Davidhizar, R.E. 2004. *Transcultural Nursing. Assessment and Intervention*. 4th ed. Mosby, St. Louis, USA.

Gissler, M., Malin, M. & Matveinen, P. 2006. Terveysthuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. In: Gissler, M., Malin, M., Matveinen, P., Sarvimäki, M. & Kangasharju, A. *Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut*. Työpoliittinen tutkimus 296. Työministeriö, Helsinki. 1–98. Hämtat 21.9.2013 från [http://www.mol.fi/mol/fi/99\\_pdf/fi/06\\_tyoministerio/06\\_julkaisut/06\\_tutkimus/tpt296.pdf](http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/06_tutkimus/tpt296.pdf)

Gray, P. & Thomas, D. 2006. Critical reflections on culture in nursing. *Journal of Cultural Diversity*, 13(2), 76–82.

Gustafson, D.L. 2005. Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 2–16.

Habermann, M. 1999. Vom Fremden zum Eigenen: zum Diskurs der Interkulturellen Pflege und seinen Impulsen für die Pflegewissenschaft, *Pflege*, 12(5), 278–282.

Habermann, M. 2006. Dealing with cultural plurality in health and social care settings: the case of Germany. In: Papadopoulos, I. ed. *Trans-cultural Health and Social Care. Development of Culturally Competent Practitioners*. Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh, 221–234.

Haho, A. 2006. *Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaviin teoreettisiin väittämiin*. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Humanistinen tiedekunta, Historian laitos, Oulu.

Halldórsdóttir, S. 1996. *Caring and Uncaring Encounters in Nursing and Healthcare – Developing a Theory*. Dissertation. Linköping University, Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences, Linköping

Halldórsdóttir, S. 2012. Nursing as compassionate competence: a theory of professional nursing care based on the patient's perspective. *International Journal of Human Caring*, 16(2), 7–19.

Hanssen, I. 2004. An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nursing Ethics*, 11(1), 28–41.

Hanssen, I. & Alpers, L-M. 2010. Utilitarian and common-sense morality discussions in intercultural nursing practice. *Nursing Ethics*, 17(2), 201–211.

Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. *Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perheelämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 95. Hoitotieteen laitos, Kuopio.

Helenius, R. 1990. Hermeneutik. Ingår i: Helenius, R. *Förstå och bättre veta. Om hermeneutik i samhällsvetenskaperna*. Carlssons bokförlag, Stockholm, 64–92.

Higginbottom, G., Morgan, M., Dassanayake, J., Eyford, H., Alexandre, M., Chiu, Y., Forgeron, J. & Kocay, D. 2012. Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a protocol for systematic

review using a narrative synthesis. *Systematic Reviews BioMed Central*, 1 (27), Retrieved 12.12.2013 from <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/1/1/27>

Hill, N., Hunt, E. & Hyrkäs, K. 2012. Somali immigrant women's health care experiences and beliefs regarding pregnancy and birth in the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(1), 72–81.

Hofstede, G. 1991. *Cultures and Organizations Software of the Mind. Intercultural Cooperation and its Importance for Survival*. McGraw-Hill Book Company (UK) Limited, Berkshire, England.

Høje, S. & Severinsson, E. 2008. Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(6), 338–348.

Institutet för hälsa och välfärd (THL). 2011a. *Perinatal statistics: parturients, deliveries and newborns 2010*. Statistical report 27. Helsinki. Retrieved 21.9.2013 from [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr27\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr27_11.pdf)

Institutet för hälsa och välfärd (THL). 2011b. *Kuolleisuustilastot vuodesta 1950 lähtien*. Helsinki. Retrieved 21.9.2013 from [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/liitetaulukot/Kuolleisuustilastot\\_2012.xls](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/liitetaulukot/Kuolleisuustilastot_2012.xls)

Institutet för hälsa och välfärd (THL). 2013. *Statistisk årsbok om hälso- och sjukvården 2012*. Helsingfors. Hämtat 21.9.2013 från [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104371/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosi-kirja%202012\\_verkkoversio\\_korj%20%20%20.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104371/Sosiaali-%20ja%20terveysalan%20tilastollinen%20vuosi-kirja%202012_verkkoversio_korj%20%20%20.pdf?sequence=1)

Johansson, G., Pörn, I., Theorell, T. & Gustafsson, B. 2006. A first-line nurse managers's goal profile. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 149–159.

Johnstone, M-J. & Kanitsaki, O. 2009. The spectrum of 'new racism' and discrimination in hospital contexts: a reappraisal. *Collegian*, 16(2), 63–69.

Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. kirj. Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. toim. 2013. *Äitiysneuvola opas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan*. Opas 29. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Karlsson, M. 2013. *Bry sig om – ett vårdvetenskapligt praxisbegrepp*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi. Socialvetenskapliga institutionen. Enheten för vårdvetenskap, Vasa.

Karlsson, V., Forsberg, A. & Bergbom, I. 2012. Communication when patients are conscious during respirator treatment – A hermeneutic observation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(4), 197–207.

Kasén, A. 2002. *Den vårdande relationen*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Kennedy, H.P. 2000. A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(1), 4–19.

Kim-Godwin, Y., Clarke, P. & Barton L. 2001. A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 918–925.

Koivuniemi, S. toim. 2012. *Maahanmuuttajataustainen koulutettu hoitohenkilöstö sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöissä*. Tehyn julkaisusarja B 1/12. Tehy, Helsinki.

Koponen, P., Klemetti, R., Surcel, H-M., Mölsä, M. Gissler, M. & Weiste-Pakkanen, A. 2012. Lisääntymisterveys. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. toim. *Maahanmuuttajien terveys ja työkyky. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 134–140.

Koponen, P. & Mölsä, M. 2012. Lisääntymisterveys. Naisten ympäri-leikkaus. Teoksessa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. toim. *Maahanmuuttajien terveys ja työkyky. Tutkimus*

venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 141–144.

Koskinen, C. 2011. *Lyssnande. En vårdvetenskaplig betraktelse*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

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

Larsson, S. 2009. Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starin, B. & Svensson P-G. red. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur, Lund, 163–189.

Lawson, T.G. 2014. Betty Neuman. Systems Model. In: Alligood, M.R. ed. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th ed. Elsevier Mosby, St. Louis, Missouri, USA, 281–302.

Leininger, M. ed. 1991. *Culture Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing*. National League for Nursing Press, New York.

Leininger, M. 1995. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*. McGraw Hill, New York.

Leininger, M. 1998. Special research report: dominant culture care (emic) meanings and practice findings from Leininger's theory. *Journal of Transcultural Nursing*, 9(2), 45–48.

Leininger, M. 2002. Essential transcultural nursing care concepts, principles, examples, and policy statements. In: Leininger, M. & McFarland, M. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd edn. McGraw-Hill, New York, 45–69.

Leininger, M. 2006a. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnosing method. In: Leininger, M. & McFarland, M. *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory*. 2nd edn. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, USA, 1–41.

Leininger, M. 2006b. Selected culture care findings of diverse cultures using culture care theory and ethnomethods. In: Leininger, M. & McFarland, M. *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing*

*Theory*. 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, USA, 281–305.

Leval, A., Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg, B. 2004. The encounters that rupture the myth: contradictions in midwives' descriptions and explanations of circumcised women immigrants' sexuality. *Health Care for Women International*, 25(8), 743–760.

Liamputtong, P. 2007. *Researching the Vulnerable. A Guide to Sensitive Research Methods*. Sage, London.

Lindholm, L. 1998. *Den unga människans hälsa och lidande*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.

Lindholm, L. 2003. Klinisk applikationsforskning – en forskningsapproach för vårdvetenskapens tillägnande. Ingår i: Eriksson, K. & Lindström, U. Å. red. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa, 47–61.

Lindholm, L. & Eriksson, K. 1993. To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1354–1361.

Lindström, U. & Lindholm, L. 2003. Kontext och meningssammanhang. Ingår i: Eriksson, K. & Lindström, U. Å. red. *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap*. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa, 35–45.

Lindström, U.Å., Nyström, L. L. & Zetterlund, J.E. 2014. Katie Eriksson. Theory of caritative caring. In: Alligood, M.R. ed. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th ed. Elsevier Mosby, St. Louis, Missouri, USA, 171–201.

Lowe, J. & Struthers, R. 2001. A conceptual framework of nursing in Native American culture. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 279–283.

Lundgren, I. 2004. Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(4), 368–375.

Lundgren, I. & Berg, M. 2007. Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21(2), 220–228.

Lundgren, I., Karlsdottir, S. & Bondas, T. 2009. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context – a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 115–128.

Lynam, M.J., Browne, A.J., Kirkham, S.R. & Anderson, J.M. 2007. Rethinking the complexities of 'culture': what might we learn from Bourdieu? *Nursing Inquiry*, 14(1), 23–34.

Lyons, S., O'Keeffe, F., Clarke, A. & Staines, A. 2008. Cultural diversity in Dublin maternity services: the experiences of maternity service providers when caring for ethnic minority women. *Ethnicity and Health*, 13(3), 261–276.

Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BioMed Central Public Health*, 9. Retrieved 15.12.2013 from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/84>

Mannila, S., Castaneda, A.E. & Jasinskaja-Lahti, I. 2012. Syrjintä ja väkivaltakokemukset. Syrjintäkokemukset. Teoksessa: Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. toim. *Maahanmuuttajien terveys ja työkyky. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki, 229–239.

Mantzoukas, S. 2012. Exploring ethnographic genres and developing validity appraisal tools. *Journal of Research in Nursing*, 17(5), 420–435.

Martinsen, K. 2005. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribes, Oslo.

Meighan, M. 2014. Ramona T. Mercer. Maternal role attainment – Becoming a mother. In: Alligood, M.R. ed. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th ed. Elsevier Mosby, St. Louis, Missouri, USA, 538–554.



Meleis, A.I. 1995. *Theory testing and theory support. Principles, challenges, and sojourn into the future.* In: Neuman, B. *The Neuman Systems Model.* 3rd ed. Appleton & Lange, Stamford, Connecticut, USA, 447–457.

Meleis, A. 2007. *Theoretical Nursing. Development and Progress.* 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA.

Mercer, R.T. 2004. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226–232.

Mercer, R.T. & Walker L.O. 2006. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(5), 568–582.

Morse, J. 1997. Considering theory derived from qualitative research. In: Morse, J. ed. *Completing a Qualitative Project. Details and Dialogue.* Sage Publications, Inc., Thousand Oaks, California, USA, 163–189.

Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J. & Johnson, J. 1990. Concepts of caring and caring as a concept. *Advanced Nursing Science*, 13(1), 1–14.

Mulhall, A. 1994. Anthropology: a model for nursing. *Nursing Standard*, 8(31), 35–38.

Mulhall, A. 2003. In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 306–313.

Mulholland, J. 1995. Nursing, humanism and transcultural theory: the ‘bracketing-out’ of reality. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 442–449.

Mulholland, J. & Dyson, S. 2001. Sociological theories of ‘race’ and ethnicity. In: Culley, L. & Dyson, S. eds. *Ethnicity and Nursing Practice.* Palgrave, Hampshire, 17–37.

*Nelli-portalen*. 2013. Kategori: Hälsovetenskaper--Vårdvetenskap innehåller 18 resurser. Hämtat 27.9.2013 från <http://www.nelliportaaali.fi/V/YM98CMT2SQV98SVNM4JV3MIP38RJHLY3U2JP2H7CT8JN1NUMA8-15706?func=meta-1>

Nerheim, H. 1996. *Vitenskap og kommunikasjon. Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Universitetsforlaget, Oslo.

Neuman, B. 2011. The Neuman Systems Model. In: Neuman, B. & Fawcett, J. *The Neuman Systems Model*. 5th ed. Pearson, Upper Saddle River, USA, 3–33.

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

Nikkonen, M., Janhonen, S. & Juntunen, A. 2001. Hoitokulttuurin tutkimuksesta. Etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. toim. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. WSOY, Helsinki, 44–80.

Noblit, G. & Hare, R. D. 1988. *Meta-ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. Sage, Newbury Park, California, USA.

Nordman, T. 2006. *Människan som patient i en vårdande kultur*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.

Ny, P., Plantin, L., Karlsson, E. & Dykes, A-K. 2007. Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement. *Reproductive Health*, 24(4), 9. Retrieved 15.12.2013 from <http://www.reproductive-health-journal.com/content/4/1/9>

Nyback, M-H. 2007. *Generic and Professional Caring in a Chinese Setting – An Ethnographic Study*. Doktorsavhandling. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap. Vasa.

Nåden, D. 1998. När sykepleie er kunstutøvelse. En undersøkelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst. Doktorsavhandling. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap. Vasa.

Orque, M., Bloch, B. & Monrroy, L. 1983. *Ethnic Nursing Care. A Multicultural Approach*. The C.V. Mosby Company. St. Louis, Missouri, USA.

Ozeki, N. 2008. Transcultural stress factors of Japanese mothers living in the United Kingdom. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(1), 47–54.

Paldanius, A. 2002. *Lähimmäisenrakkaus hoitotyön koulutuksessa. Miten hoitotyön opiskelijat kuvaavat lähimmäisenrakkautta koulutuksen ja työkokemuksen edetessä?* Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta, Rovaniemi.

Papp, E. & Ramsden, I. 1996. Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*. 8(5), 491–497.

Pavlish, C., Noor, S. & Brandt, J. 2010. Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science and Medicine*, 71(2), 353–361.

Polashek, I. 1998. Cultural safety: a new concept in nursing people of different ethnicities. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3), 452–457.

Polit, D.F. & Beck, C.T. 2004. *Nursing Research. Principles and Methods*. 7th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, USA.

Purnell, L. & Paulanka, B. 2003. *Transcultural Health care. A Culturally Competent Approach*. 2<sup>nd</sup> ed. F.A. Davies Company, Philadelphia, USA.

Raine, R., Cartwright, M., Richens, Y., Mahamed, Z. & Smith, D. 2010. A qualitative study on women's experiences of communication in antenatal care: identifying areas for action. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 590–599.

Ranheim, A., Kärner, A., Arman, M., Rehnsfeldt, A. & Bertero, C. 2010. Embodied reflection in practice – ‘touching the core of caring’. *International Journal of Nursing Practice*, 16(3), 241–247.

Ray, M. 1994. Transcultural nursing ethics. A framework and model for transcultural ethical analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 12(3), 251–264.

Ray, M. 1997. Illuminating the meaning of caring: unfolding the sacred art of divine love. In: Roach, M.S. ed. *Caring from the Hearth. The Convergence of Caring and Spirituality*. Paulist Press, New York, 163–178.

Ray, M. 1999. Transcultural caring in primary health care. *National Academies of Practice Forum*, 1(3), 177–182.

Ray, M. 2010. *Transcultural caring Dynamics in Nursing and Health Care*. F. A. Davies Company, Philadelphia.

Reed, P. Shearer, N. & Nicoll L. eds. 2004. *Perspectives on Nursing Theory*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, USA.

Reid, B. & Taylor, J. 2007. A feminist exploration of Traveller women’s experiences of maternity care in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 23(3), 248–259.

Reynolds, F. & Shams, M. 2005. Views on cultural barriers caring for South Asian women. *British Journal for Midwifery*, 13(4), 236–242.

Roach, M.S. 1992. *The Human Act of Caring. A Blueprint for the Health Professions*. rev ed. Canadian Hospital Association Press, Ottawa.

Roach, M.S. 1997. Reflections on the Theme. In: Roach, M.S. *Caring from the Hearth. The Convergence of Caring and Spirituality*. Paulist Press cop., New York, 7–20.

Robertson, E. 2003. *Aspects of Foreign-born Women’s Health and Childbirth Related Outcomes. An Epidemiological Study of Women of Childbearing Age in Sweden*. Doctoral dissertation. Karolinska Institutet. Department of Clinical Sciences, Family Medicine, Stockholm.

Roper, J. & Shapira, J. 2000. *Ethnography in Nursing Research*. Sage publications, Thousand Oaks, CA, USA

Rundqvist, E. 2004. *Makt som fullmakt. Ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Doktorsavhandling. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Råholm, M-B. 2010a. Abductive reasoning and the formation of scientific knowledge within nursing research. *Nursing Philosophy*, 11 (4), 260–270.

Råholm, M-B. 2010b. Theory development and the logic of discovery. *International Journal of Human Caring*, 14(3), 35–41.

Sainola-Rodriguez, K. 2009. *Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuolto-henkilöstön osaamisvaatimus*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Terveyshallinnon ja -talouden laitos, Kuopio.

Sandelowski, M. & Barroso, J. 2007. *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. Springer Publishing Company, New York.

Squires, A. 2009. Methodological challenges in cross-language qualitative research: a research review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 277–287.

Shafiei, T. Small, R. & McLachlan, H. 2012. Women's views and experiences of maternity care: a study of immigrant Afghan women in Melbourne. Australia. *Midwifery*, 28(2), 198–203.

Silva, M. 1986. Research testing nursing theory: state of the art. *Advances in Nursing Science*, 9(1), 1–11.

Silva, M.C. & Sorrell, J. M. 1992. Testing of nursing theory: critique and philosophical expansion. *Advanced Nursing Science*, 14(4), 12–23.

Smith, M. 1999. Caring and the science of unitary human beings. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 14–28.

Smith, J. 2007. Hermeneutics, human sciences and health: linking theory and practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(1), 3–11.

Spence, D. 1999. *Prejudice, Paradox and Possibility. Nursing People from Cultures Other Than one's Own*. Doctoral dissertation. Massey University. School of Health Sciences, New Zealand.

Spence, D. 2001. Hermeneutic notions illuminate cross-cultural nursing experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 624–630.

Spradley, J. 1979. *The Ethnographic interview*. Holt, Rinehart and Winston, New York.

Straus, L., McEwen, A. & Hussein, F.M. 2009. Somali women's experience of childbirth in the UK: perspectives from Somali health workers. *Midwifery*, 25(2), 181–186.

Sumner, J. 2010. Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: a critical perspective. *Nursing Philosophy*, 11(3), 159–169.

Sundström, B.W. & Dalberg, K. 2011. Caring assessment in the Swedish ambulance services relieves suffering and enables safe decisions. *International Emergency Nursing*, 19(3), 113–119.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden. 2003. Etiske retningslinjer for omvårdningsforskning i Norden. *Vård i Norden*, 23(4), Hämtat 24.9.2013 från <http://www.sykepleien.no/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>

Swanson, K.M. 1991. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161–166.

Taavela, R. 1999. *Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 72. Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopio.

Tanttu, K. 1997. *Vierasmaalainen perhe äitiyshuollon asiakkaana. Monikulttuurinen näkökulma perheen toimivuudesta ja lapsen syntymään liittyvistä käsityksistä ja kokemuksista*. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteiden laitos, Tampere.

Tebid, R., Du Plessis, D., Beukes, S., van Niekerk, V. & Jooste, K. 2011. Implications for nurse managers arising from immigrant women's experience of midwifery care in a hospital. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 967–975.

Teng, L., Robertson Blackmore, E. & Stewart, D. 2007. Healthcare worker's perceptions of barriers to care by immigrant women with post-partum depression: an exploratory qualitative study. *Archives of Women's Mental Health*, 10(3), 93–101.

Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I. & Graham, M. 2008. Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*, 55(2), 164–170.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullisen aineiston analyysi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Tuomi, J. & Sarajärvi, A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 93–121.

Undervisningsministeriet. 2006. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot*. Undervisningsministeriets arbetsgruppspromemorior och utredningar 24. ort

Upvall, M., Mohammad, K. & Dodge, P. 2008. Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: a focus group approach. *International Journal of Nursing Review*, 46(3), 360–368.

Vandenberg, H. 2010. Culture theorizing past and present: trends and challenges. *Nursing Philosophy*, 11(4), 238–249.

Vangen, S., Stoltenberg, C. & Stray-Pedersen, B. 1999. Complaints and complications in pregnancy: a study of ethnic Norwegian and ethnic Pakistani women in Oslo. *Ethnicity and Health*, 4(1–2), 19–28.

Walker, L. & Avant, K. 2005. *Strategies for theory construction in nursing*. Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey.

Watson, J. 1997. The theory of human caring: retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49–52.

Watson, J. 1999. *Postmodern Nursing and Beyond*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Watson J. 2005. *Caring Science as Sacred Science*. F. A. Davies, Philadelphia, USA.

Widmark, C., Tishelman, C. & Ahlberg, B. 2002. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18(2), 113–125.

Wikberg, A. 2003. *Vårdande ur ett transkulturellt perspektiv*. Pro gradu-avhandling. Åbo Akademi. Institutionen för vårdvetenskap, Vasa.

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

Wikberg, A. & Bondas, T. 2010. A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: a meta-ethnography. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(1), 10.3402/qhw.v5i1.4648. Retrieved 15.12.2013 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879866/>

Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondas, T. 2012. Intercultural caring from the perspectives of immigrant new mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 41(5), 638–649.

Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondas, T. 2014. Immigrant new mothers in Finnish maternity care – an ethnographic study of caring. *International Journal of Childbirth*, 4(2), 85–100.

Wiklund, L. 2000. *Lidande som kamp och drama*. Doktorsavhandling. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademis förlag, Åbo.

Wiklund, H., Aden, A., Högberg, U., Wikman, M. & Dahlgren, L. 2000. Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours. *Midwifery*, 16(2), 105–115.



Williamson, M. & Harrison, L. 2010. Providing culturally appropriate care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 761–769.

Willis, W.O. 1999. Cultural competent nursing care during the perinatal period. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 13(3), 45–59.

Zhao, M., Esposito, N. & Wang, K. 2010. Cultural beliefs and attitudes toward health and health care among Asian-born women in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39(4), 370–385.



## Bilaga 1.

### Axiom och teser

Axiomen (Lindström m.fl., 2014, 177) är följande:

1. Människan är i grunden enheten kropp, själ och ande.
2. Människan är i grunden religiös.
3. Människan är i grunden helig. Människans värdighet innebär att inneha det mänskliga ämbetet, att tjäna i kärlek, att finnas till för den andra.
4. Gemenskap är grunden för allt mänskligt liv. Människan är i grunden interrelaterad till en abstrakt eller en konkret annan i gemenskap.
5. Vårdande är till sitt väsen något naturligt d.v.s. kallet att tjäna i kärlek.
6. Lidande är en oskiljaktig del av livet. Lidande och hälsa utgör varandras förutsättningar.
7. Hälsa är mer än frånvaro av sjukdom. Hälsa innebär helhet och helighet.
8. Människan lever i en verklighet som bär mysteriets, oändlighetens och evighetens kännetecken.

Teserna (Lindström m.fl., 2014, 177) är följande:

1. Ethos ger den yttersta meningen åt det vårdande sammanhanget.
2. Vårdandets grundmotiv utgörs av caritasmotivet.
3. Vårdandets grundkategori är lidande.
4. Vårdgemenskap utgör vårdandets meningssammanhang och har sitt ursprung i kärlekens, ansvarets och offrandets ethos d.v.s. en caritativ etik.
5. Hälsa innebär en rörelse i vardande, varande och görande mot enhet och helighet, vilket är förenligt med uthärdligt lidande.
6. Vårdandet är att i barmhärtighet, kärlek, tro och hopp lindra lidande. Det naturliga grundläggande vårdandet uttrycks genom att ansa, leka och lära i en vårdande relation som är asymmetrisk till sin natur.



## Databaser för litteratursökning

(Nelli-portalen, 2013 delvis förkortad och översatt)

Resurs	Typ	Funktioner
Academic Search Premier (EBSCO) <a href="#">Full Text</a>	Tidskrifter	En mångvetenskaplig fulltextdatabas med mera än 4 650 tidskrifter i fulltext, av vilka mera än 3 900 är sakkunniggranskade. Totalt ingår 8 450 tidskrifter.
Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA) (ProQuest)	Referensdatabas	En social- och hälsovetenskaplig databas.
ARTO – referensdatabas över finländska artiklar	Referensdatabas	ARTO är en referensdatabas för nyare inhemska artiklar främst från och med 1990. I Arto registreras löpande artiklar ur 1 000 tidskrifter.
CINAHL (EBSCOhost)	Referensdatabas	Innehåller huvudsakligen internationella vårdvetenskapliga artikelhänvisningar från och med 1982. Databasen uppdateras 12 gånger per år.
ebrary <a href="#">Full Text</a>	E-böcker	Innehåller mera än 70 000 böcker.
Health & Safety Science Abstracts (ProQuest)	Referensdatabas	Hänvisningar till forskningsmaterial om folkhälsa, arbets- hälsa och -säkerhet.
Journals@Ovid	Referensdatabas	Tidskrifter inom klinisk medicin, beteende- och socialvetenskap, biotvetenskap, vårdvetenskap och teknik.
Medic	Referensdatabas	Medic – informationskällan för finländska hälsovetenskaper.
MEDLINE (Ovid)	Referensdatabas	Huvudsakligen engelskspråkiga internationella medicinska, odontologiska och vårdvetenskapliga artikelhänvisningar fr.o.m. 1966.
MEDLINE (Pro-Quest)	Referensdatabas	MEDLINE (Pro Quest) innehåller över 6 miljoner hänvisningar och abstrakt. Databasen innehåller ett brett urval av medicinska ämnen relaterade till forskning, klinisk praxis, administration, policy-frågor och hälsovårdsservice. MEDLINE upprätthålls av <i>U.S. National Library of Medicine</i> (NLM) och innehåller alla anteckningar publicerade i <i>Index Medicus</i> efter 2002 samt de flesta hänvisningar som tidigare ingick i separata specialdatabaser såsom SPACELINE och HISTLINE.
PubMed <a href="#">Full Text</a>	Referensdatabas	PubMed utvecklades av the <i>National Center for Biotechnology Information</i> (NCBI) i samarbete med utgivare av biomedicinsk litteratur som ett sökredskap för att få tillgång till litteraturhänvisningar och länkar till fulltext tidskrifter på utgivarnas webbplatser.

SAGE Journals Online <b>Full Text</b>	Tidskrifter	Mera än 460 tidskrifter inom affärsverksamhet, humaniora, samhällsvetenskap, naturvetenskap, teknik och medicin.
Science Citation Index Expanded	Referensdatabas	Science Citation Index Expanded™ indexerar 6 650 naturvetenskapliga tidskrifter. Tillväxten är ca 17 750 hänvisningar i veckan.
ScienceDirect (Elsevier) <b>Full Text</b>	Tidskrifter	ScienceDirect är Elseviers tjänst för elektroniska resurser. Databasen innehåller artiklar i fulltext från över 2 500 tidskrifter från och med 1995. Antalet artiklar överstiger 2,75 miljoner. Alla ämnesområden är företrädna, men huvudvikten är på naturvetenskap i synnerhet medicin.
Social Sciences Citation Index	Referensdatabas	Social Sciences Citation Index® indexerar 2 474 tidskrifter inom humaniora och samhällsvetenskap.
SpringerLink	Tidskrifter	SpringerLink är en integrerad fulltextdatabas för tidskrifter och böcker publicerade av Springer. SpringerLink består av över 1 250 sakkunniggranskade tidskrifter och över 10 000 böcker online.
Web of Science	Referensdatabas	Web of Science består av följande referensdatabaser: 1. Arts and Humanities Citation Index®: 1 144 tidskrifter inom humaniora och konst. 2. Science Citation Index Expanded™: 5 700 naturvetenskapliga tidskrifter. Tillväxten är ca 17 750 hänvisningar i veckan. 3. Social Sciences Citation Index®: 1 725 tidskrifter inom humaniora och samhällsvetenskap. 4. Journal Citation Reports innehåller hänvisningar från över 8 500 tidskrifter från över 60 länder. Science Edition innehåller information från ungefär 5 000 naturvetenskapliga och tekniska tidskrifter och Social Science Edition från ungefär 1 500 humanistiska och samhällsvetenskapliga tidskrifter. 5. Essential Science Indicators innehåller rankinglistor som gör jämförelser mellan bl.a. författare och universitet. 6. Conference Proceedings Citation Index från 1990.
Wiley Online Library	Tidskrifter	Över 1 200 prenumererade vetenskapliga tidskrifter i fulltext.

## Bilaga 3.

### Material i den första studien

Campinha-Bacote, J. 1999. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203–207.

Campinha-Bacote, J. 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184.

Campinha-Bacote, J. 2003. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services. A Culturally Competent Model of Care*. Transcultural C.A.R.E. Associates, Ohio, USA.

Campinha-Bacote, J. 2003. Cultural desire. The spiritual key to cultural competence. *Journal of Christian Nursing*, 20(3), 20–22.

Campinha-Bacote, J. 2005. A biblically based model of cultural competence in healthcare delivery. *The Journal of Multicultural Nursing and Health*, 11(2), 16–22.

Coffman, S. 2006. Marilyn Anne Ray 1938-present. Theory of Bureaucratic caring. In Marriner Tomey, A. & Alligood, M. eds. *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. Mosby, St. Louis, Missouri, USA, 116–139.

Kim-Godwin, Y., Clarke, P. & Barton L. 2001. A model for the delivery of culturally competent community care. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 918–925.

Kim-Godwin, Y., Alexander, J., Felton, G., Mackey, M. & Kasakoff, A. 2006. Prerequisites to providing culturally competent care to Mexican migrant farmworkers: a Delphi study. *Journal of Cultural Diversity*, 13(1), 27–33.

Leininger, M. 1980. Caring: a central focus of nursing and health care services. *Nursing Health Care*, 1(3), 135–143, 176.

Leininger, M. 1991. Culture care diversity and universality theory: philosophic, epistemic, and other dimensions of the theory. In: Leininger, M. ed. *Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing*. National League for Nursing Press, New York, 1–68.

Leininger, M. 1998. Special research report: dominant culture care (emic) meanings and practice findings from Leininger's theory. *Journal of Transcultural Nursing*, 9(2), 45–48.

Leininger, M. 2002. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192.

Leininger, M. 2002. Essential transcultural nursing care concepts, principles, examples, and policy statements. In: Leininger, M. & McFarland, M. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practice*. 3rd ed. McGraw-Hill, New York, 45–69.

Leininger, M. 2006. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnosing method. In: Leininger, M. & McFarland, M. *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory*. 2nd edn. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, USA, 1–41.

Leininger, M. 2006. Selected culture care findings of diverse cultures using culture care theory and ethnomethods. In: Leininger, M. & McFarland, M. *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory*. 2nd edn. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, USA, 281–305.

Ray, M. 1989. Transcultural caring: political and economic visions. *Journal of Transcultural Nursing*, 1(1), 17–21.

Ray, M. 1994. Transcultural nursing ethics. A framework and model for transcultural ethical analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 12(3), 251–264.

Ray, M. 1997. Illuminating the meaning of caring: unfolding the sacred art of divine love. In: Roach, M.S. ed. *Caring from the Hearth*.



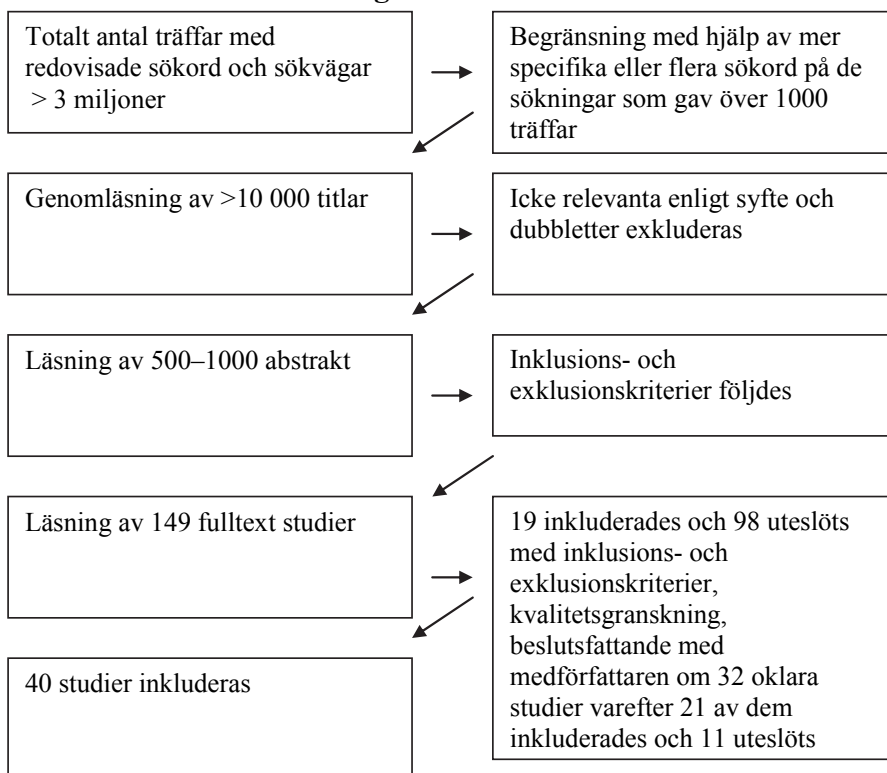
*The Convergence of Caring and Spirituality*. Paulist Press, New York, 163–178.

Ray, M. 1999. Transcultural caring in primary health care. *National Academies of Practice Forum*, 1(3), 177–182.



## Bilaga 4.

### Flödesschema över sökningar och urval i den andra studien



**Sökord:** care, caring, uncaring, non-caring/transcultural, intercultural, multicultural, crosscultural, from cultures other than their own/ maternal, maternity, mother, birth, childbirth, childbearing, delivery, confinement, labour, labor, midwifery, midwife, antenatal, prenatal, postnatal, perinatal, pregnant, pregnancy, obstetric,

**Sökvägar:** hemsidor: Transcultural Nursing Society, Transcultural C.A.R.E. Associates, European Transcultural Nursing Association (ETNA), Cultural Diversity in Nursing, Transcultural Nursing, CulturedMed, 14–17 databaser i Nelliportalen vid Åbo Akademi med kategorierna hälsovetenskaper och vårdvetenskap (se artikel II)  
Tidskrifter: Midwifery, Journal of Midwifery and Women's Health, Cultural Diversity, Ethnicity and Health, Birth, Maternal and Child Health Journal (se artikel II), referenslistorna och författarnamnen till de 40 inkluderade studierna

#### **Inklusionskriterier:**

Vårdande (*caring/care*) i mödravård mellan vårdare och patient från olika kulturer, Vetenskapliga, empiriska, kvalitativa studier eller där det går att urskilja det kvalitativa resultatet, patientperspektiv, språk: svenska, finska, engelska, tyska, norska och danska, publicerade före slutet av 2008

#### **Exklusionskriterier:**

Korta artiklar 1–3 sidor, teoretiska artiklar, översikter, förord och avhandlingar, studier som beskrev vårdande i en kultur, studier som inte innehöll vårdande mellan kulturer eller jämförde patienters och vårdares perspektiv, studier som beskrev problem, sjukdom, hälsa, religion, smärta, kommunikation eller andra teman, studerande-, lärar-, vårdar- och anhängarperspektiv, kvantitativa studier, dubletter eller studier som baserades på samma material och hade samma syfte, subkulturer och andra kontext än mödravård



## Bilaga 5.

### Information om deltagande i studien interkulturellt vårdande

Bästa patient

Detta är information om deltagande i en intervju- och observationsstudie rörande patientupplevelser och -erfarenheter av interkulturellt vårdande i mödravården. Med vårdande avses både dess djupa betydelse och yttre omständigheter som påverkar vårdandet. Speciellt intressant är hur Du som har en annan kulturell bakgrund upplever vårdandet i Finland. Resultatet av studien kan i framtiden beaktas i vården av patienter som kommer från en annan kultur.

Studien ingår i min doktorsavhandling vid Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi i Vasa. Syftet med doktorsavhandlingen är att fördjupa förståelsen för och skapa en teori om interkulturellt vårdande. Syftet med den här delstudien är att pröva en modell för interkulturellt vårdande. Om Du är villig att medverka kommer jag att träffa Dig på avdelningen för att intervjua Dig. Intervjun kommer att röra sig kring Dina upplevelser och erfarenheter av vården och vårdandet som patient i samband med graviditet och förlossning i Finland. Ett samtal beräknas ta 1/2 – 1 1/2 timme och ingen speciell förberedelse behövs. Vid behov kan vi träffas ytterligare. Om Du tillåter bandas intervjun. Om Du inte talar svenska, finska eller engelska kan vi använda en kvinnlig professionell tolk. Jag ordnar och betalar i så fall tolken. Observationen går till så att jag under några timmar är med och lyssnar och ser vad som sker när en vårdare kommer för att hjälpa eller tala med Dig. Anteckningar förs utgående från dessa tillfällen.

Jag vill understryka att Ditt deltagande är helt frivilligt. Det innebär att Du när som helst kan dra Dig ur undersökningen utan att detta påverkar din vård på något sätt. Det Du berättar och det jag ser beaktas konfidentiellt, vilket innebär att ingenting kommer att kunna kopplas samman med den person som blir intervjuad. Endast forskaren och tolken, som har tystnadsplikt, vet vem av de intervjuade som har sagt vad. Ditt namn eller andra kännetecken som kunde kopplas ihop med Dig kommer alltså inte att finnas med i den slutliga resultatredovisningen. Informationen rapporteras inte till vårdarna på avdelningen eller sjukhuset eller myndigheter.

Om Du vill delta kommer jag att vänligen be Dig skriva på ett papper där Du intygar att Du fått information om studien och vill delta i studien.

Om Du har frågor om studien är Du välkommen att kontakta mig.

Med vänlig hälsning

Anita Wikberg  
Doktorand/sjukskötare/barnmorska/  
Magister i hälsovetenskaper  
Enheten för vårdvetenskap  
Åbo Akademi  
PB 311, 65101 Vasa  
Mobil: 050-3596419

Katie Eriksson  
Professor/handledare  
Enheten för vårdvetenskap  
Åbo Akademi  
PB 311, 65101 Vasa  
Mobil: 050-3216461



### **Temaguide för intervjuer**

Frågorna är vägledande inte exakt de som kommer att ställas till patienterna. Alla frågor ställs inte. Patienterna kommer att uppmuntras att berätta av sig själva t.ex. genom att ställa frågor som: Kan ni berätta om er graviditet och förlossning? Kan ni berätta om hur ni upplevt vårdande i Finland? Kan ni ge exempel? Kan ni berätta hur ni menar? Frågorna delas inte ut till någon utan fungerar som en guide för forskaren. Temaguiden utgår från de två första studierna d.v.s. modellen för interkulturellt vårdande och den kvalitativa metasynthesen om interkulturellt vårdande i mödravårdsforskning.

### **Patientens bakgrund**

Vilken kultur eller etnisk grupp tillhör ni? Från vilket land kommer ni? Vilket språk talar ni? Vilken är er utbildning? Kan ni läsa och skriva? Vilken religion tillhör ni? Hur gammal är ni? Hur många barn har ni? Har ni tidigare fött barn och vårdats i Finland? Hur länge har ni bott i Finland? Är ni ogift, gift, fränskild eller änka? Finns barnets far med er här i Finland? Har ni andra släktingar här? Vilken är er juridiska status t.ex. är ni asylsökande, flykting, finsk medborgare. Varför har ni kommit till Finland? Kan ni berätta om er graviditet och förlossning? Har den varit normal eller har några komplikationer tillstött?

## **Interkulturellt vårdande i olika dimensioner**

Hur har ni upplevt vårdande under graviditeten och förlossning och tiden efter förlossningen? Vad betyder vårdande för er? Har det funnits något som ni uppfattat, upplevt eller erfarit som ni upplevt som att vårdarna verkligen bryr sig om er? Vad var det? Vad har varit speciellt bra angående vårdandet i Finland? Har det varit något som var speciellt dåligt, problematiskt eller något som gjort att ni upplevt att vårdarna inte är vårdande eller bryr sig om er? Hur visade vårdarna att de inte brydde sig om er?

Vad skulle ha gjorts annorlunda i er egen kultur? Hur skulle ni ha önskat att man gjort här i Finland? Vad önskar ni att kunde beaktas i mödravården för andra patienter från samma kultur? Finns det något som ni skulle ha velat göra, men som inte har gått att göra här? Finns det något i den finländska vården som ni inte skulle ha velat att gjordes? Hur kunde vårdandet under graviditet, förlossning och tiden efter förbättras för er här i Finland?

Finns det speciella saker som kunde beaktas i vårdandet i mödravården d.v.s. sådant som har med graviditet och barnafödande att göra? Finns det något som är lika i alla kulturer med tanke på vårdandet? Vad är det? Finns det något inom vårdandet som är individuellt som gäller bara er? Får ni unik vård enligt era behov? Beaktar man era speciella behov? Tar man er familj i beaktande? Vad kommer ni att säga till era gravida vänner eller bekanta om vårdandet här?



### **Vårdande och hälsa eller välbefinnande**

Har vårdandet påverkat er hälsa och ert välbefinnande? På vilket sätt? På vilket sätt har vårdande varit bra eller dåligt för er hälsa och ert välbefinnande? Vilka konsekvenser har vårdandet eller icke-vårdandet för er? Har ni någon gång funderat på att inte söka er till vård här i Finland? Varför i så fall?

### **Vårdande och icke-vårdande och patient-vårdarrelationen**

Hur sker kommunikationen mellan er och vårdare? Förstår ni vad vårdarna säger? Används tolk? Varför används tolk eller varför används tolk inte? Kan vårdande ske om man inte har gemensamt språk eller använder tolk? Får ni information om vad som sker i vården med er? Vem bestämmer om vad som sker i vården av er? Vem tycker ni har ansvar för vårdandet?

Lyssnar vårdaren på er? Är vårdaren närvarande? Har ni förtroende för någon av vårdarna?

Respekterar vårdaren er och er kultur? På vilket sätt visar de det? Har vårdaren kunskap om er kultur? Hur syns det eller syns det inte? Vad skulle vårdaren göra annorlunda om hon eller han hade mera kunskap om er kultur eller kulturell kompetens? Förstår vårdaren er kultur och livssituation? Finns det något som ni tror vårdarna har missuppfattat om er och er kultur? Vill vårdarna lära sig vårda er? Behandlar de er annorlunda för att ni kommer från en annan kultur? På vilket sätt har det kommit fram? På vilket sätt är relationen med vårdaren annorlunda än den ni har med era familjemedlemmar och personer i er etniska grupp

eller kultur? Hur behandlar vårdarna era anhöriga? Medlar vårdarna mellan er och era anhöriga, mellan er och läkaren, mellan er och någon annan myndighet? Uppfattar ni att ni blir jämlikt eller rättvist behandlad i mödravården?

### **Hur påverkas vårdandet av ackulturation?**

Uppfattade ni vårdandet annorlunda då ni först kom till Finland? Kan ni ge exempel? Vad har ändrats, vad beror det på? Om ni nyligen kommit till Finland hur tror ni att ni kan uppleva eller erfara vårdandet annorlunda i framtiden?

### **Finns det yttre omständigheter som påverkar vårdandet?**

Finns det något som har påverkat er upplevelser, erfarenheter av vårdandet och möjligheterna att komma till vård? Finns det något som kan påverka vårdandet så att ni kan tänka era att inte söka vård eller avbryta vård och behandling i fortsättningen? Påverkar ekonomiska, administrativa, organisatoriska, utbildnings, juridiska faktorer eller maktförhållanden i samhället eller några andra yttre omständigheter vårdandet? Påverkar er juridiska status (asylsökande, flykting) vårdandet? Hur? Påverkar boende, transport, barnvakt, familj, livssituation, arbetssituation vårdandet? Påverkar er förmåga att kommunicera på finska eller svenska vårdandet? Påverkar främlingsfientlighet? Hur då? Finns det några andra yttre omständigheter som påverkar vårdandet?

## **Vårdande och helhet**

Vad ingår i vårdande? Är vårdandet en helhet eller enskilda delar? Påverkar delarna varandra eller helheten? Hur? Behövs alla delar? Påverkar helheten delarna?

## **Övrigt**

Är det något som ni ännu vill säga eller berätta om vårdandet här i Finland? Kan ni tänka er att göra en intervju till senare då ni kommit hem per telefon eller i ert hem om ni vill, ifall det är något jag ytterligare vill diskutera, fråga eller få förtydligt? Kan ni i så fall ge mig ert namn, adress och telefonnummer?

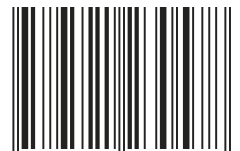




## Anita Wikberg

En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur

Interkulturellt vårdande är vårdande som sker mellan vårdare och patienter som har olika kulturell bakgrund. I teorin om interkulturellt vårdande beskrivs vårdande i fyra dimensioner som universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt. Interkulturellt vårdande kan bidra till att främja välbefinnande och hälsa hos patienten. I mödravårdskontext är universellt vårdande att moderns värdighet respekteras. Kulturellt vårdande är att hennes kulturella bakgrund beaktas. Kontextuellt vårdande är att mödravårdstraditioner beaktas och unikt vårdande betyder att den enskilda kvinnans behov och önskemål beaktas. Barnmorskans, hälsovårdarens och andra vårdarens kulturella kompetens och moderns ackulturation påverkar det interkulturella vårdandet. Yttre omständigheter såsom ekonomi, lagar och förordningar, hälsovårdsadministration och utbildning har också betydelse för interkulturellt vårdande.



9 789521 230578 >

ISBN 978-952-12-3057-8