



Institutionen för hälsovetenskaper

Uppsatsarbete i folkhälsovetenskap

C-uppsats 20 poäng

(Folkhälsovetenskap 51-60 poäng och pedagogik 51-60 poäng)

Kulturmöten i barnhälsovården

En intervjustudie om distriktsköterskans/barnsjuksköterskans
upplevelse av interkulturell kommunikation

Författare: Karin Hägglund

Helena Roos

Examination: 2005-05-09

Handledare: Karin Permer

Examinatorer: Ingemar Andersson

Bengt Selghed

Uppsats för filosofie kandidatexamen vid Högskolan Kristianstad
51-60 poäng i folkhälsovetenskap och 51-60 poäng i pedagogik (52 s).

Hägglund, Karin & Roos, Helena. (2004). *Kulturmöten i barnhälsovården. En intervjustudie om distriktsköterskans/barnsjuksköterskans upplevelse av interkulturell kommunikation.*

Handledare: Karin Permer

Sammanfattning

På grund av den ökade migrationen har Sverige förändrats från ett kulturellt homogent samhälle till ett kulturellt heterogent samhälle. Till följd av detta blir det allt vanligare med möten mellan människor från olika kulturer och samhällen, så även inom barnhälsovården. Syftet med studien var att belysa hur distriktsköterskorna och barnsjuksköterskorna upplevde den interkulturella kommunikationen med invandrarfamiljerna samt de faktorer de ansåg inverka på kommunikationen. Datainsamlingen skedde genom åtta intervjuer med distriktsköterskor/barnsjuksköterskor på fyra barnavårdcentraler i södra Sverige. I resultatet framkom det att distriktsköterskor/barnsjuksköterskor var färgade av sina kulturella bakgrunder. De kulturella mötena kunde leda till frustration och missförstånd på grund av kommunikationssvårigheter. Tydlighet och skapandet av förtroende visade sig vara viktiga komponenter som underlättade mötena. Etnocentriskt synsätt förekom där den egna kulturen användes som måttstock för rätt och fel. Emellertid förekom även ett kulturrelativistiskt synsätt med förståelse för kulturella olikheter. Stöd av arbetskollegor var av stor betydelse likaså reflektion. Slutsatsen av studien blev att ett etnocentriskt synsätt kan försvåra kommunikationen medan ett kulturrelativistiskt kan underlätta. Sjuksköterskorna i barnhälsovården bör få förutsättningar att utveckla erforderliga kunskaper och verktyg i förhållande till de problem de möter i praktiken. Vidare konstaterade vi att reflektion och diskussion kunde leda till lärande vilket innebär att tillfälle till detta bör ges till distriktsköterskor/barnsjuksköterskor. Ett kulturrelativistiskt synsätt medför en större acceptans för kulturella olikheter vilket ur ett folkhälsoperspektiv innebär att möjligheten till främjande av god hälsa hos invandrarbarn på sikt kan öka.

Nyckelord: Interkulturell kommunikation, barnhälsovården, etnocentrism, kulturrelativism, reflektion.

Dissertation, in partial fulfilment of the requirements for a Bachelor's degree in Health Promotion and Education, Kristianstad University.

Equivalence: 10 credit points (15 ETCS points), Public Health Science and 10 credit points (15 ETCS points), Education (52 p).

Authors: Hägglund, Karin & Roos, Helena. *Cultural Meetings in Child Health Centers. An Interview Study about Child Health Nurses experience of Intercultural Communication.*

Supervisor: Karin Permer

Abstract

Increasing immigration to Sweden has transformed a culturally homogeneous society into a more heterogeneous one. As a consequence intercultural communication and interaction have been increasing. Child health care agencies have encountered these increases. The aim of this study was to examine what the health care professionals experienced and communicated in these intercultural environments. Eight interviews with child health care nurses were carried through at four child health care centers in the south of Sweden. The results have shown that the child health nurses were affected by their different backgrounds and cultural diversity. An ethnocentric approach, including biased values of right and wrong, caused unsuccessful encounters with families from foreign countries. A culturally sensitive approach, on the other hand, with an understanding of cultural differences, proved to be successful and associated to plain communication and trust. A conclusion is that the nurses in childcare services should be provided with the opportunity to develop the necessary knowledge and tools needed for managing problems and obstacles they may encounter in their practices. Furthermore it was found that reflection was used for learning. We conclude that the nurses should be provided with opportunity to learn this way about their own culture and cultural relativity. A culturally sensitive approach leads to a better acceptance for cultural difference. From a health promotion point of view, this means that the prospect of promoting good health for immigrant children in the long run can be increased.

Keywords: Intercultural communication, child health centers, ethnocentrism, cultural sensitivity, reflection.

Innehåll

1. Inledning	6
2. Litteraturgenomgång	8
2.1 Begreppet hälsa	8
2.2 Begreppet kultur	9
2.2.1 Etnocentrism / kulturrelativism	11
2.3 Barnhälsovården	11
2.3.1 Barnhälsovårdens utveckling	11
2.3.2 Dagens barnhälsovård	12
2.3.3 Sjuksköterskan i barnhälsovården	13
2.3.4 Sjuksköterskans arbete över kulturella gränser	14
2.4 Det kulturella mötet	15
2.4.1 Interkulturell kommunikation	15
2.4.2 Interkulturell kommunikation i vården	16
2.4.3 Tolkservice	17
2.4.4 Interkulturell kompetens	17
2.5. Hälsa, sjukdom och kultur	19
3. Teoretiska utgångspunkter	20
3.1 Sociokulturellt perspektiv	20
3.2 Aktivitetspedagogik	21
3.3 Dialogpedagogik	24
3.4 Reflektion och lärande	23
3.4.1 Reflektion-i-handling	23
3.4.2 Det reflekterande tänkandet	24
4. Syfte	25
5. Material och metod	25
5.1 Val av undersökningsmetod	25
5.2 Urval och datainsamling	26
5.3 Analys och tolkning	26
5.4 Etiska överväganden	27
6. Resultat	28
6.1 Interaktion	28
6.1.1 Tid till samtal	28
6.1.2 Dialogen - bygger broar	29
6.1.3 Förtroende raserar murarna?	29
6.2 Att bemästra det kulturella mötet	31
6.2.1 Grumliga eller klara linser i kulturmötet?	31
6.2.2 Tolkingar av kulturmötet	33

6.3 Lärande.....	34
6.3.1 Lärande genom reflektion	34
6.3.2 Lärande genom erfarenhet.....	35
6.4 Sammanfattning av resultat.....	36
7. Diskussion	37
7.1 Interaktion	37
7.2 Att bemästra det kulturella mötet	39
7.3 Lärande.....	41
7.4 Slutsatser	44
7.5 Metoddiskussion.....	45
7.6 Folkhälsopedagogisk relevans.....	46
8. Litteraturlista	48

Bilagor

1. Brev till barnvårdscentraler
2. Intervjuguide

1. Inledning

Sveriges befolkningssammansättning har förändrats på grund av den ökade migrationen till landet. Idag är vi inte bara en kulturell kontext utan Sverige ses som ett kulturpluralistiskt land. År 2003 invandrade 45 300 personer till Sverige (Migrationsverket, 2004). Totalt 6 procent av Sveriges alla barn är födda i utlandet och ytterligare 18 procent har minst en förälder som invandrat. En fjärdedel av alla barn i Sverige har utländsk bakgrund (Bing, 2003). Till följd av detta blir det allt vanligare med möten mellan människor från olika kulturer och samhällen, så även inom vård och omsorg. Kulturmöten inom sjukvården gör att vårdgivare i stort sett varje dag konfronteras med vårdtagare med en kulturspecifik syn på hälsa och sjukdom (Magnússon, 2002). Detta medför att hälsovården stöter på en annan typ av problem än tidigare. Tvärkulturella möten i vården gör att personalen är i behov av en bredare kunskap om kultur, hälsa och sjukdom (Fioretos, 2002).

Den självupplevda hälsan bland de 2,2 miljonerna barn och ungdomar i Sverige är generellt bättre än i andra länder i Europa (Nationella Folkhälsokommittén, 1999). Dödligheten bland dessa barn är bland de lägsta i världen och en förklaring till det är bland annat en väl fungerande mödra- och barnavårdsverksamhet samt en lättillgänglig och högkvalitativ sjukvård. Trots detta positiva hälsoläge ökar vissa sjukdomar bland barn och ungdomar i Sverige, däribland diabetes, allergier, astma samt vissa psykiska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2001). En studie som berör sjuksköterskor i barnhälsovården har visat att 47 procent av sjuksköterskorna bedömde att barns psykiska hälsa blivit sämre ”*under de senaste åren*” (Jansson & Isacson, 1995 s.16).

Invandrarbarn har generellt sämre hälsa än svenska barn (Bing, 2003). Studier visar till exempel att andra generationens invandrare har högre frekvens av självmord än sina föräldrar som i sin tur har en högre frekvens än den övriga befolkningen i Sverige (Hjern & Allebeck, 2002). Flera olika faktorer är av betydelse när det gäller hälsotillståndet hos olika etniska grupper. Bland annat påverkar asyltidens längd, traumatiska upplevelser i hemlandet och tidigare arbetsmiljöer. En svensk studie visar att invandrare har sämre psykisk hälsa än den övriga befolkningen. Studien visade även på att dålig förankring i det svenska samhället, låg känsla av sammanhang (KASAM) och låg känsla av kontroll har större påverkan på den psykiska hälsan hos invandrare än om de varit utsatta för psykiskt våld i hemlandet (Bayard-Burfield, 1999) Vidare kan diskriminering och segregation utgöra riskfaktorer för hälsan, likaså arbetslöshet. Rasism och främlingsfientlighet är ytterligare riskfaktorer för människor med invandrarbakgrund. Särskilt utsatta för rasism är flyktingar från utomeuropeiska länder (Nationella folkhälsokommittén, 1999). På barnavårdscentralen (BVC) kan invandrar- och flyktingfamiljer uppleva kulturkonflikter i form av bland annat andra normer och referensramar vad gäller barns hälsotillstånd och sjukdomar. Ojämligheten mellan barn i Sverige blir märkbar i de här familjerna. Sociala problem är mycket vanligare bland invandrarbarn än bland svenska barn i samma ålder (Sjölander & Stenhammar, 1991). Ovanstående tyder på att invandrarbarns hälsa är ett växande folkhälsoproblem i Sverige som är angeläget att uppmärksamma och arbeta för att minska.

Barnhälsovården är väl etablerad och når i stort sett alla Sveriges barn och föräldrar under en betydelsefull period av livet. Detta gör att barnhälsovården spelar en viktig roll för landets folkhälsa (Sundelin & Håkansson, 2000). Kostnaderna för barnhälsovård uppgår till ca 1500 kr/barn och år i åldrarna noll till sju år, vaccinationskostnaderna medräknade. Det förebyggande arbetet med barn bedöms ha en fördelaktig cost-benefit (Medicinska

forskningsrådet, 1999). Sjuksköterskorna vid barnavårdcentralerna träffar många olika typer av familjer som kommer från skiftande kulturer och miljöer. Invandrarfamiljer har andra behov än många svenska familjer vilket leder till en viss problematik för barnhälsovården (Baggens, 2002). Kraven på barnhälsovårdens sjuksköterskor är stora. De torde ha kunskap om samhällets socialpolitik, ideologi och traditioner. Då sjuksköterskorna möter barn som kommer till Sverige, endera som flykting, invandrare eller adoptivbarn, behöver de känna sin egen kultur. Det vill säga vilka normer och värderingar som styr deras handlande, för att de ska ha möjlighet att erbjuda stöd och kunna tolka de behov de möter (Sjölander & Stenhammar, 1991). Sjuksköterskornas förutsättningar, erfarenheter och värderingar påverkar således hur de tänker, känner och handlar (Olander, 2003).

En stor del av distriktsköterskans barnhälsovårdarbete innebär att genom samtal främja hälsa, samt förebygga ohälsa både hos föräldrar och barn (Olander, 1998). I möten med människor från andra sociokulturella och/eller etnokulturella grupper är det viktigt att vara lyhörd för kulturellt grundade erfarenheter. En lyhördhet som kan ökas genom att utveckla en interkulturell kommunikativ kompetens. En kompetens som Svederberg och Svensson (2001) förklarar innehålla *”lyhördhet för och en beredskap att hantera förekommande kulturell variation på ett bra sätt. Detta gäller i synnerhet när målgruppen för hälsofrämjande arbete har sociokulturellt och/eller etnokulturellt grundade erfarenheter som skiljer sig från pedagogens och/eller forskarens”* (s.28).

Med undantag av de invandrapolitiska målen finns för hälso- och sjukvården särskilda direktiv som rör invandrare och minoriteter. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen skall samhället ge en god hälsa och vård på lika villkor till invånarna i samhället. Här betonas vikten av att invandrarna får tillgång till hälso- och sjukvård på samma villkor som den övriga befolkningen. Informationsproblematiken måste i synnerhet uppmärksammas. Kulturella förhållanden får inte utgöra hinder för den enskilde från att få vård. Förebyggande hälsovård som mödravård och barnhälsovård, förekommer inte i alla de länder som invandrare och flyktingar kommer ifrån. Inte heller den i Sverige lagstadgade föräldrautbildningen finns i alla dessa länder. I målen framhävs att det handlar om kulturmöten för båda sidor när invandrare och flyktingar möter det svenska samhället (Elvhage, 1990). För att kunna planera och bedriva hälsovård för invandrare bosatta i Sverige, är det viktigt att förstå betydelsen av den kulturella bakgrunden samt synen på och beteenden vid sjukdom (Sachs, 1980). Först då kan en god vård som är anpassad efter individens enskilda behov ges. Vi anser det därför som angeläget och intressant att belysa barnhälsovårdens möte med människor med andra referensramar än de vi bär med oss.

Syftet med uppsatsen är att belysa hur distriktsköterskor och barnsjuksköterskor i barnhälsovården upplever sin interkulturella kommunikation med invandrarfamiljer samt vilka faktorer de anser inverkar på kommunikationen. Avsikten är att möjligheterna att kunna främja hälsa samt god vård för invandrarbarn på sikt skall öka.

2. Litteraturgenomgång

Då studiens syfte innefattar hälsa, interkulturell kommunikation samt barnhälsovården behandlas de här områdena under rubriken litteraturgenomgång utifrån vetenskapliga studier samt annan litteratur. Det finns många definitioner på begreppen hälsa och kultur och några av dem redovisas i litteraturgenomgången liksom de definitioner vi ansluter oss till i den här studien.

2.1 Begreppet hälsa

Hälsa är ett komplext och mångfasetterat begrepp som innefattar en mängd olika föreställningar. Begreppet har ett negativt samt ett positivt perspektiv. Den negativa definitionen av hälsa är ett tillstånd fritt från sjukdom medan den positiva definitionen fokuserar på ett tillstånd av välmående och inte enbart frånvaro av sjukdom. Den mest kända och använda definitionen på hälsa är Världshälsoorganisationens (WHO) definition som anger att hälsa är *”ett tillstånd av fullständig fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet”* (Naidoo & Wills, 2000, s.6). Definitionen rymmer såväl kroppsliga som psykiska och sociala aspekter, vilket gör att WHO kan sägas se hälsa ur ett folkhälsoperspektiv (Hammarström, Härenstam & Östlin, 1996).

WHO: s definition har inte varit utan kritik. Kritiker har menat att den bland annat är orealistisk och idealistisk (Ewles & Simnett, 1994). Definitionen har dock ett positivt synsätt på hälsa vilket kan föras över till den medicinske sociologen Aaron Antonovskys resonemang kring hälsa. Antonovsky introducerade det salutogena perspektivet. I motsats till det patogenetiska synsättet, som fokuserar på sjukdom och ohälsa, fokuserar ett salutogenetiskt synsätt på hälsans ursprung. Han utvecklade begreppet KASAM, *känsla av sammanhang*, som en förklaring till varför vissa människor klarar att hantera alla de olika slag av påfrestningar som vi dagligen utsätts för i vårt liv. KASAM innefattar tre centrala komponenter; begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet. Antonovsky (1991) definierar begreppet KASAM som:

”Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerande, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang” (s.41).

Det finns ett antal olika dimensioner av hälsobegreppet vilket kan klassificeras enligt följande:

- Fysisk hälsa, innefattar kroppen till exempel inte vara sjuk.
- Psykisk hälsa, att individen upplever sig må bra.
- Känslomässig hälsa, att individen känner sig älskad/omtyckt.
- Social hälsa, socialt stöd och aktiviteter med andra människor.
- Själslig hälsa, innefattar moral, religion samt tro.
- Sexuell hälsa, förmågan att tillfredställa sin sexualitet.

(Naidoo & Wills, 2000).

Enligt Ewles och Simnett (1994) ger definitioner av de här aspekterna på hälsa en insikt om hälsobegreppets komplexitet. Dock anser de att aspekterna bland annat skapar konstlade gränser. De menar att alla aspekter på hälsa hänger samman med och är beroende av varandra. De föredrar en holistisk syn på hälsa vid hälsofrämjande arbete. Ett holistiskt synsätt utgår från att människan är en självständig samt ansvarstagande individ som vill skapa en balans mellan inre och yttre resurser. Detta synsätt gör hälsa till ett subjektivt mått (Olander, 2003). Den centrala tanken i holistiska teorier är enligt Brülde och Tengland (2003) att en individs hälsotillstånd är beroende av hur hon fungerar "som helhet". En person har god hälsa om hon fungerar väl eller normalt, såväl fysiskt som psykiskt och socialt. Vid mätning av hälsotillstånd används i allmänhet den indirekta metoden att studera förekomst av sjukdom och ohälsa. Då sjukdomar räknats bort kvarstår hälsa (Hammarström, Härenstam & Östlin, 1996). Enligt Sachs (1992) är tron på att svaret på "livets mysterier" kan finnas i medicinska kontroller och interventioner ett kulturellt fenomen i västvärlden. *"Att vara frisk, att ha hälsan, är inte nödvändigtvis detsamma som att vara lycklig och att vara lycklig är inte det samma som att vara frisk"* (s. 43).

I en artikel av Sachs (1994) diskuteras hur begrepp om hälsa och ohälsa skapas under vardaglig hälso- och sjukvårdspraktik. Sachs skriver att trots stora framgångar för medicinen krävs mer allmänmänsklig, basal förståelse av begreppen hälsa och sjukdom. Det är i praktiken som begreppen får sin innebörd. Detta medför att det uppstår en diskrepans både mellan hur praktiker inom hälso- och sjukvården inbördes ser på de här begreppen samt hur vårdens konsumenter uppfattar dem. Enligt Sachs bestäms uppfattningen av begreppet hälsa i vårt samhälle av en komplex uppsättning relationer och hänsynstaganden på makro- och mikroplanen. Samhällets definition på hälsa synliggörs i hälsopolitiska mål och lagar. Detta i sin tur, medför bland annat konsekvenser för människorna i samhället. Sachs (1994) skriver att *"i den hälsokontrollerade verksamheten skapas idéer om hälsa och ohälsa"* (s. 418).

I denna studie kommer vi att se på hälsa i enlighet med Ewles och Simnetts holistiska synsätt. Vi vill även poängtera vår syn på hälsa som något universellt eftersträvansvärt för alla människor oavsett kulturell tillhörighet.

2.2 Begreppet kultur

Ordet kultur har många definitioner. Enligt Ekblad, Janson och Svensson (1996) är inte det viktiga att finna en definition av ordet utan att använda begreppet som ett perspektiv på samspelet mellan människor. Det viktiga blir då att fastställa vad kultur betyder i det sammanhang där det studeras.

Kultur kan beskrivas som de materiella och mentala följderna av mänsklig aktivitet. Begreppet kan även avse de livsformer som kännetecknar en samling människor som lever på en viss plats vid en viss tid. Kultur förutsätter *kollektiv* och *kommunikation*. Kultur uppkommer då människor lever tillsammans under lång tid och liknande livsbetingelser och när de kan nå fram till och förstå varandra med någon form av språk. Barnet vägleds in i kulturen av en initierad vuxen, vilket benämns *socialisation*. Även vuxna behöver i vissa sammanhang vägledas in i en ny kultur, till exempel vid ett nytt arbete eller vid flytt till ett annat land. Människan är präglad av det sammanhang hon lever i vilket innebär att det krävs kunskap om människans sociala och historiska kontext för att kunna förstå hennes specifika mentalitet (Stensmo, 1994).

Innebörden i ordet kultur kan även beskrivas utifrån fyra olika betraktelsesätt beteendemässiga, funktionalistiska, kognitivistiska och symboliska. De beteendemässiga beskrivningarna utgår ifrån människans yttre beteende och handlande vilket betyder att observation kan ge förståelse för en grups kultur. I det funktionalistiska synsättet är det också det yttre observerbara som ger förståelse för en grups kultur. Här ses kulturen som ett socialt system med normer, lagar och regler och där en gemensam kultur är en viktig grund för sammanhållningen i samhället. De kognitivistiska beskrivningarna tar fasta på individens medvetande, inre processer. Här är kulturen ett hjälpmedel till att förstå omvärlden samt tolka upplevelser och erfarenheter. Det fjärde betraktelsesättet är det symboliska där individen genom kulturen förvärvar symboler, innebörder och meningar. Här studeras resultatet av samspelet mellan de yttre och inre processerna hos människorna (Stier, 2004).

Frykman och Löfgren (1979) ser kulturen som en spegling av den rådande samhällsstrukturen där kulturen används för att systematisera, tolka och legitimera den värld som omger individen. Därför, menar författarna, påverkar kulturen ständigt samhällsstrukturen. Vidare menar Frykman och Löfgren att kulturen inte endast omfattar de mer uttalande premisserna i samhället som talar om hur individen ska tänka och handla utan även:

”de tankeramar som ligger djupt inbäddade i det undermedvetna, till exempel i form av upplevelsen av tid, rum, hierarki och ordning. Dessa kulturella djupstrukturer är ofta svåra att kartlägga, de kan förbli osynliga inte bara för kulturbäraren utan även för forskaren, men det innebär inte att de utgör en mystisk kraft i våra liv” (s. 16).

För Svederberg och Svensson (2001) står kultur ”för handlingsmönster och tänkesätt som överförs inom en kulturell grupp genom enkulturation till skillnad från genetiska ärvda beteenden” (s. 25). Vidare menar författarna att ett samhälle kan bestå av flera olika delkulturer. De här kan ha sin grund i olika etniska, religiösa, utbildningsmässiga och yrkesmässiga erfarenheter. Allwood (2000) skriver att individen oftast har tillgång till flera olika kulturella traditioner samtidigt. Gemensamt i de olika beskrivningarna och synsätt på kultur är att kultur inte är något statiskt utan förändras över tid. I samspelet mellan människor skapas och omskapas kulturen ständigt och genom socialisationsprocessen förs kulturen vidare genom generationer (Stier 2004).

Den definition som vi anser beskriver kultur på ett adekvat sätt och därmed ansluter oss till i den här studien är den definition som Lundberg (1991) anger:

”Kultur är då något mycket dynamiskt, påverkbart och samtidigt en viktig beståndsdel för människors känsla av kontinuitet i tillvaron. Den problemlösande processen som är svaret på människans livsmiljö, fysisk, social och andlig, kan då betraktas som en viktig del av förståelsen av kulturen. Ett annat sätt att beskriva detta är att se kulturen som resultatet av ett etablerat mönster att hantera mänskliga livssituationer. Kulturen är då utvecklad av och därför funktionell för en speciell grupp av människor som utvecklade den i sin egen kontext av tid och rum. Samtidigt förmedlas kulturen till nya medlemmar i en kontext av tid och rum. Avslutningsvis vill jag understryka att jag ser på kulturen som ett resultat av unika individers bidrag till något gemensamt. Vi både präglar vår kultur och präglas utav den”(s.14).

2.2.1 *Etnocentrism / kulturrelativism*

Enligt Helkama, Myllyneimi och Liebkind (2000) står etnocentrism för en *”benägenhet att uppfatta den egna kulturen och gruppens sedvänjor och traditioner som en allmängiltig måttstock för värdering av andra kulturer och grupper”* (s. 24). Enligt Gudykunst och Kim (1997) är etnocentrism inte avsiktlig hos individen utan något som hon tillägnat sig i socialisationen. Alla är, menar Gudykunst och Kim, etnocentriska till viss del vilket bidrar till att individen ser sin egen kultur och de handlingsmönster hon har som mer riktiga eller naturliga. En konsekvens av detta kan vara att individen ser sin kulturs värderingar och handlingar som bättre är andra kulturers. En annan konsekvens kan vara att individen blir osäker i möten med främlingar. Stier (2004) menar att etnocentrismen inte endast är ett sätt att tänka utan även ett sätt att känna. Enligt Stier är det omöjligt att helt frigöra sig från den personliga etnocentrismen vid kulturmöten. Det är inte möjligt att helt lösgöra sig från den egna kulturens präglingar men det är möjligt att bli medveten om den egna etnocentrismen och dess risker vid kulturmöten.

I motsatsställning till etnocentrism står begreppet kulturrelativism. Enligt Daun (1999) är kulturrelativism en tes att varje kultur bör bedömas utifrån sina egna förutsättningar. Enligt Stier (2004) innebär ett relativistiskt synsätt att orsakerna och tolkningarna till människors beteende står att finna i personliga motiv och kulturella bakgrunder. Därmed kan de endast värderas utifrån de sammanhangen. Den centrala frågan blir då på vilka olika sätt beteendet kan tolkas. Eftersom en människa aldrig helt och fullt kan uppleva en annan persons situation på samma sätt krävs det i första hand en insikt i att en total invändig förståelse för andra inte kan uppnås eftersom den egna subjektivitetens och etnocentrismens påverkan är oundviklig.

2.3 Barnhälsovården

Mödra- och barnhälsovården är en verksamhet med stark folklig förankring. De allra flesta familjer utnyttjar barnhälsovården under barnets uppväxtår. Studier ha visat att barnhälsovården når grupper i samhället som annars brukar vara svåra att nå till exempel på grund av myndighetsrädsla (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000).

2.3.1 *Barnhälsovårdens utveckling*

Den svenska barnhälsovårdens start anges ofta ske i början av 1900-talet. Då började en form av upplysningsverksamhet för spädbarnsmödrar tillämpas för att minska den höga spädbarnsdödligheten. En ideell organisation, Mjölkdroppen, startades år 1901 i Stockholm. Där fick fattiga mödrar som inte ammade sina barn *”spädbarnsvälling”* (Baggens, 2002a). Medicinalstyrelsen lade år 1935 fram förslag på förebyggande mödra- och barnavård i samhällets regi. Den så kallade befolkningskommissionen, som leddes av makarna Myrdal, gav dem starkt stöd för en förebyggande verksamhet bland blivande mödrar och barn upp till skolåldern. Utvecklingen av barnhälsovården styrdes fram till år 1967 av statsbidragsbestämmelser. Därefter övertog landstingen ansvaret för barnhälsovårdens utveckling (Hagelin, Magnusson & Sundelin 2000).

2.3.2 Dagens barnhälsovård

Syftet med dagens barnhälsovård är att främja hälsa och utveckling hos alla barn, att tidigt identifiera problem som rör barns tillväxt och utveckling samt att förebygga ohälsa hos barn (Hagelin, Magnusson & Sundelin 2000). Barnhälsovården i Sverige har en betydelsefull och grundläggande funktion för landets folkhälsoarbete då den innefattar hälsovägledning för barns föräldrar samt hälsoövervakning av barnet under dess första sex år (Olander, 1998).

De officiella huvudmålen för dagens barnhälsovård, som även täcker mödravård, omfattar aktiviteter för både promotion och prevention (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000). Huvudmålen är:

- att minska dödlighet, sjuklighet och handikapp hos blivande och nyblivna mödrar och deras barn
- att minska skadlig påfrestning för föräldrar och barn
- att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och härigenom skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn.

Delmålen är:

- att genomföra differentierad hälsoövervakning av alla gravida kvinnor och av barn före skolåldern.
- att minska väsentliga hälsoproblem för barnfamiljen.
- att ge behovsanpassad service, stöd och vård till föräldrar och barn.
- att uppmärksamma och förebygga förhållanden i närmiljön och samhälle som kan hota mödrars och barns hälsa.

(Socialstyrelsen, 1991 s. 7).

Barnhälsovårdens arbete är organiserat enligt ett av Socialstyrelsens rekommenderade hälsoövervakningsprogram, ett så kallade basprogram. Basprogrammet innefattar hälsoundersökningar, utvecklingsbedömningar och vaccinationer vid olika åldrar. Under det första året har de flesta familjer en relativt tät kontakt med BVC. Därefter avtar kontakterna med barnets ökande ålder. Programmet ger en möjlighet till regelbundna kontakter mellan familjerna och BVC fram till barnet börjar skolan (Baggens, 2002a).

I Socialstyrelsens råd för hälsoundersökningar betonas att besök på BVC, förutom undersökningar, även bör ägnas åt hälsoupplýsning, föräldrarådgivning och stöd till barnfamiljerna. Dessutom framhålls att varje barn och familj är unik och att varje möte med barnfamiljen bör genomföras med en lyhördhet för familjens individuella behov och önskemål (Socialstyrelsen, 1991). En studie om mödrars samt sjuksköterskors syn på barnhälsovården visade att mödrarna betraktade information, rådgivning samt stöd som betydelsefulla för dem. Båda gruppernas syn på vad som är bra barnhälsovård stämde med målen för barnhälsovården. Resultatet tyder på ett starkt stöd för det arbete barnhälsovården utför (Jansson, Isacson, Kornfält & Lindholm, 1998). En annan studie som berörde innehållet i de samtal som ägde rum vid mötena mellan familjer och sjuksköterskor på barnhälsovården visade att de oftast talade om barnets fysiska utveckling och det var sjuksköterskan som introducerade flest samtalsämnen (Baggens, 2001). I Olanders (1998) studie om hälsovägledning i barnhälsovården, uppgav bland annat sjuksköterskorna själva att de var medvetna om att deras rådgivning inte alltid utgick från de enskilda föräldrarnas problem, utan att råden ofta var ganska generella till alla i motsvarande situation.

2.3.3 Sjuksköterskan i barnhälsovården

Sjuksköterskorna inom barnhälsovården ska vara specialistutbildade till distriktsköterskor eller barnsjuksköterskor. Sjuksköterskorna har ett omvårdnadsansvar för barnet och dess familj vilket innebär att det är deras ansvar att omvårdnadsåtgärder planeras, samordnas med andra yrkesgrupper, genomförs och utvärderas. De organiserar det lokala barnhälsovårdsarbetet och ser till att alla barn blir erbjudna att delta i undersökningar och vaccinationer, enligt basprogrammet (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000). Enligt en studie av Gedda (2001) som berörde sjuksköterskornas pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet ansåg distriktsköterskorna att deras förebyggande arbete låg integrerat i deras yrkesfunktion. Enligt distriktsköterskornas förmenande inbegriper deras arbete en ansvarskänsla dels för att människor inte skall drabbas av ohälsa dels att förhindra utveckling av riskfyllt beteende. Enligt distriktsköterskornas egna utsagor tog ansvarskänslan sig konkret uttryck i en pedagogisk verksamhet i form av undervisning, råd och information i syfte att förhindra och förebygga sjukdom och ohälsa. Även barnmorskorna i samma studie beskrev sitt folkhälsoarbete som fokuserat kring förebyggande insatser i form av undervisning, information och rådgivning. Barnmorskorna ansåg sig inte odelat vara begränsade till ett medicinskt perspektiv. De menade att deras yrkesfunktion sträckte sig över ett mycket större område vilket medförde frågeställningar av såväl social som existentiell art. Barnmorskorna utövar inte enbart ett individinriktat arbete utan samverkar med samhällsverksamheter såsom barn- och ungdomsverksamhet, skola, kommunal social verksamhet et cetera i det förebyggande arbetet.

Sjuksköterskan är nyckelpersonen i barnhälsovården. Vid familjernas besök på BVC är det i de allra flesta fall hon som träffar dem. Hon är en inflytelserik person för föräldrar och barn. Det hon säger får en stor genomslagskraft. Valet av arbetssätt och metoder är därför av betydelse för föräldrarnas utveckling av sin föräldraroll och för att det hälsoarbete som barnhälsovårdens sjuksköterskor genomför ska bli en del av familjernas lärande och främja deras hälsa (Olander, 2003). En studie av Baggens (2002b) har belyst problem i samband med rådgivningen på barnhälsovården. Studien visade bland annat att sköterskorna dominerade vid rådgivningen i mötena med barnfamiljerna. De var initiativtagare till många av de rådgivningssekvenser som förekom. De agerade som experter och det som yttrades i samband med rådgivningen bedömdes inte öka föräldrarnas självkänsla. De handlade på rutin och gav i många fall normativa råd utan att ta hänsyn till föräldrarnas perspektiv eller deras individuella behov. Abrahamsson (2004) fann i sin studie av barnmorskor att det är viktigt att det traditionella medicinska synsättet där barnmorskor agerar som medicinska experter byts ut mot ett där utgångspunkten är kvinnans livsvärld. Enligt Olander (1998) krävs ett professionellt förhållningssätt samt en mångsidig kompetens för att arbeta med hälsovägledning i barnhälsovården. I sitt arbete möter sjuksköterskorna många olika typer av familjer från skilda miljöer och kulturer. Goda kunskaper i kommunikation blir därför ett viktigt arbetsredskap. Interaktionen mellan sjuksköterskorna och familjerna är grundläggande i arbetet (Baggens, 2002a). De flesta av distriktsköterskorna i Olanders (1998) studie ansåg sig ha tillräcklig kompetens för att kommunicera, medan de ansåg sig ha bristande förmåga att genomföra medvetandegörande och utvecklande samtal eller att kunna påverka attityder och beteenden.

2.3.4 Sjuksköterskans arbete över kulturella gränser

Barn i flyktingfamiljer, adoptivbarn samt invandrabarn bör komma i kontakt med barnhälsovården så fort som möjligt efter det att de anlant till Sverige. De flesta barn som kommer hit har haft någon tillgång till barnhälsovård i det land de kommer ifrån men kvalitén och omfattningen varierar stort. Många gånger saknas dokumentation över vaccinationer och undersökningar (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000).

När BVC-sköterskan fått information om att en invandrarfamilj kommit till hennes område gör hon ett hembesök tillsammans med en tolk om så behövs. Vid mötet informerar sköterskan om barnhälsovårdens tjänster och försöker kartlägga familjens behov av hjälp och stöd. Behoven kan vara psykologiska, sociala samt medicinska. De psykologiska behoven kan vara flera bland flyktingbarn. Många gånger har familjen fått lämna sitt land efter traumatiska upplevelser som satt spår hos barnet. Tecken på olika krisreaktioner hos barnet kan vara sömnlöshet, koncentrationssvårigheter, tecken på stress eller symptom som ängslan och blyghet och starkt föräldrarberoende. Psykosomatiska problem är också vanliga bland flyktingbarn. De sociala behoven kan bestå av att informera familjen om föräldraförsäkring, barnomsorg och rätt till hemspråksträning. Behoven vad det gäller den sociala informationen skiljer sig stort mellan olika invandrarfamiljerna och är beroende av om de varit i kontakt med myndigheter tidigare. Invandrargrupper utgör ingen enhetlig grupp och därmed är deras behov och problem inte likartade. Detta ställer sådana krav på BVC-personalen som att kunna respektera olika synsätt gällande religion, barnuppfostran och levnadsvanor (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000).

Ett av de medicinska behoven hos invandrarfamiljer kan vara att åldersbestämma barnet eftersom ett säkert system innefattande uppgifter om befolkningens ålder saknas i flera utomeuropeiska länder (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000). Shulpen (1996) nämner andra medicinska behov hos invandrabarn som barnhälsovården bör vara uppmärksam på. Bland dem som nämns är sjukdomar som barnet smittats av i hemlandet. Det kan röra sig om olika sorters parasiter i mage och tarmar eller i blodet. Bakteriella infektioner som tuberkulos förekommer också liksom ärftliga sjukdomar. Ett annat medicinskt problem som kan vara större hos vissa invandrargrupper än hos svenskar är laktosintolerans. I en del länder, framför allt i de subtropiska, dricks inte mjölk i annan form än bröstmjölk vilket betyder att barnen kan få problem med att bryta ned laktos när de börjar dricka större mängder mjölk som befolkningen i vissa europeiska länder gör. Shulpen (1996) menar att det är viktigt för personal inom barnhälsovården att vara medveten om de här medicinska faktorerna som kan vara orsak till ohälsa bland invandrabarn.

Olika syn på barnuppfostran är en kulturell skillnad som BVC-sköterskan kan stöta på i mötet med invandrarfamiljerna. Almqvist och Broberg (2000) skriver att ändamålet med barnuppfostran är att individen skall tillägna sig de färdigheter som individen behöver för att fungera i sin sociala grupp och behärska grundläggande uppgifter i livet. Här finns en skillnad mellan kulturer och därför blir synen på barnuppfostran olika. Författarna beskriver skillnader i uppfostringsmönster i dagens Sverige och i Mellanöstern. I Sverige kännetecknas familjeformen av kärnfamiljen och i Mellanöstern av den utvidgade familjen. I Sverige uppmuntras individualitet och självständighet. Barnet får tidigt lära sig att äta själv, klä på sig själv och egna viljetrytningar uppmuntras. I den utvidgade familjen är förväntningarna på barnets prestationer väldigt små. Det finns ofta någon till hands som kan hjälpa barnet med de dagliga rutinerna. Ytterligare skillnader kan synas i de egenskaper som uppmuntras hos barnen. I kärnfamiljer uppmuntras prestationer som att gå, att rita med mera. I den utvidgade

familjen uppmuntras istället barnens förmåga att ta del i familjesystemet som exempelvis att hjälpa och lyda föräldrarna. Enligt Schulpen (1996) kan de olika synsätten på barnuppfostran utsätta barnet för påfrestningar när det som råder i hemmet inte överensstämmer med det som råder i det övriga samhället. Vidare betonar Schulpen vikten av att stärka vissa aspekter i den österländska uppfostringskulturen. Till exempel så kan den utvidgade familjen utgöra ett positivt stöd för invandrabarnens utveckling. Schulpen menar att lojaliteten mot familjemedlemmar hjälper barnen att utveckla sociala färdigheter.

Det kan i sjuksköterskans arbete uppstå en ambivalens mellan den egna kompetensen som BVC-sjuksköterska och kunskapen om människans självbestämmande, autonomi och identitet. Hur ska exempelvis sjuksköterskan hantera en situation där hon anser att invandrarna behandlar sina barn på fel sätt för att det ska vara bra för hälsan? (Sachs, 1992).

2.4 Det kulturella mötet

Kulturmöten definieras av Stier (2004) som *”sociala situationer där individer, grupper eller samhällen samspelar med en kultur”* (s. 25). Ett kulturmöte kan vara att möta skilda kulturer med andra referensramar än de egna men även möte med den egna kulturen. Barnet möter den egna kulturen i socialiseringsprocessen där det lär sig den egna kulturens raster. Med kulturella raster syftar Stier till kulturspecifika, centrala synsätt som påverkar alla människors känslor, handlingar och tankar oavsett kultur. Det är genom det kulturella rastret som människorna tolkar verkligheten. Det som *”lärs in”* i socialisationsprocessen skiljer sig mellan olika kulturer vilket kan bli tydligt i mötet med andra kulturer då beteende och handlingar eller symboler och innebörder inte överensstämmer. Möten mellan människor från olika kulturer och samhällen blir allt vanligare i Sverige då samhället idag blir mer mångkulturellt.

2.4.1 Interkulturell kommunikation

Att växa upp under olika förhållanden gör att människors förståelse för sin omvärld och sig själva blir olika. Detta kan leda till svårigheter för kommunikation mellan människor med olika bakgrunder (Allwood, 2000). Kommunikation mellan människor från två skilda kulturer benämns som interkulturell kommunikation. Lundberg (1991) definierar interkulturell kommunikation som *”interaktion med ömsesidig tolkning och påverkan mellan människor med olika kulturbakgrunder”* (s. 38). Vidare menar Lundberg att interkulturell kommunikation inte endast sker i form av kontakter mellan personer utan även kan ske genom andra indirekta förmedlingssätt. Enligt Stier (2004) är det främst processen mellan individen och kulturen som är det centrala i interkulturell kommunikation. Komplexiteten är oftast större i interkulturella kommunikationssammanhang än i kommunikation inom samma kulturgrupp. Detta leder till att risken för kommunikationsmissförstånd är större i interkulturella kommunikationssituationer. Samovar och Porter (2001) menar att olika kulturella erfarenheter producerar olika förväntningar och former av kommunikation.

När vi kommunicerar med någon som är okänd, annorlunda och när denna person befinner sig i en okänd miljö, menar Gudykunst och Kim (1997) att vi kommunicerar med en främling. Enligt samma författare påverkas individens kommunikation med främlingar av olika begreppsmässiga filter. Filterna är av fyra slag: kulturella, sociokulturella, psykokulturella och miljöfilter. Det kulturella filtret berör kulturernas olikheter, till exempel individualistiska eller kollektivistiska kulturer. Det sociokulturella influeras av individens sociala

grupptillhörighet och sociala identitet. Det psykokulturella filtret påverkas av individens förväntningar på främlingen som baseras på individens stereotyper men även på grupptillhörighetens attityder som etnocentrism och fördomar. De miljömässiga influenserna på den interkulturella kommunikationen kan vara fysiska som exempelvis var kommunikationen äger rum. Ytterligare miljömässiga faktorer som påverkar är de rådande normerna och reglerna i samhället. Gudykunst och Kim poängterar att de fyra grupperna inte influerar skilda åt utan varje enskild grupp är sammankopplad med de andra. Alla fyra filter påverkar tolkningen av innebörden i främlingens budskap likaså påverkas förväntningarna på främlingens beteenden.

Alla kulturer har någon form av språk som människor använder sig av för att kommunicera med varandra. När vi tillägnar oss språket tillägnar vi oss också kulturen vilket i sin tur påverkar vår perception, tänkande och våra beteenden (Gudykunst & Kim, 1997) Genom socialisationsprocessen och samspelet med andra tillägnar vi oss språket. Språket kan vara både verbalt och icke-verbalt. Det icke-verbala språket kan sägas komplettera det verbala språket och kan innehålla information och kunskap som går utöver det verbala (Stier, 2004). Samovar och Porter (2001) menar att det icke-verbala språket kan vara lika unikt hos en kultur som det verbala. Språket ses som spontant och uttrycks ofta, men inte alltid, omedvetet. Enligt Stier (2004) är det icke-verbala språket styrt av kulturella konventioner och bygger på kollektivt igenkännande. Både det icke-verbala och verbala språket är kulturspecifika och internaliseras hos individen under socialisationsprocessen. Språkliga hinder kan försvåra kommunikationen mellan individer medan ett gemensamt språk och därmed likartade referensramar underlättar den.

2.4.2 Interkulturell kommunikation i vården

Då samhället idag blir mer mångkulturellt ökar behoven av att förstå personer från skiftande kulturer. Envar i samhället berörs av detta och alla yrkesverksamma har behov av att förstå och fördjupa kunskapen om människor med olika bakgrunder. Detta har medfört att sjukvården i Sverige liksom andra institutioner genomgår förändringar. Kraven på sjukvårdspersonalen förändras då de i sitt arbete möter människor som de inte delar ett gemensamt språk med (Fioretos, 2002). Bra kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare är väldigt viktig för att vården ska bli effektiv. I vårdsituationer med barn, som är beroende av både föräldrar och vårdgivare för god vård, är det bägge parternas ansvar att kommunikationen fungerar. En holländsk studie visade att missförstånd var tre gånger så vanligt bland icke-holländska patienter som bland infödda holländare. De faktorer som påverkade kommunikationen var huvudsakligen språkproblem, kulturella olikheter samt utbildningsnivå (Harmsen et al. 2003). Arnold (2003) menar att det är språkliga hinder som utgör det största problemet för patienter från andra språkliga kulturer än vårdgivaren. Patienterna i de här situationerna känner sig hjälplösa när de inte tydligt kan uttrycka sina känslor och tankar till någon som måste förstå dessa för att kunna hjälpa dem.

Vidare menar Robinson och Gilmartin (2002) att även interpersonella processer kan utgöra hinder för interkulturell kommunikation i vården. Ett exempel kan vara stereotyper vilket betyder att en grupp tillskrivs egenskaper som generaliseras till att gälla alla i gruppen (Helkama et al. 2000). Stereotypiseringsprocessen kan påverka frågor som vårdgivaren ställer och på så sätt inverka på vården som erbjuds vårdtagaren (Robinson & Gilmartin, 2002).

2.4.3 Tolkservice

I Hälso- och sjukvårdslagen betonas vikten av att vårdtagare ska få hjälp att förstå och kunna göra sig förstådd. För att få en god språklig förmedling rekommenderas användandet av tolk. Det är viktigt att tolkningen utförs av en kvalificerad tolk och att den är helt korrekt. År 1976 infördes statlig auktorisation av tolkar. Tolkens uppgift är att övervinna språkliga och kulturella skillnader. Enligt Förvaltningslagen har alla myndigheter ett ansvar att vid behov anlita tolk eller översättare och de har även ansvar för kostnaden av tolkservice. Dock ska patientens önskemål och behov styra avgörandet. Då en invandrare eller flykting avböjer tolk måste respekt och lyhördhet för detta visas då han eller hon till exempel upplever ett hot mot sin identitet. De tolkar som anlitas av en myndighet omfattas av Sekretesslagen. En tolk som tolkar på många ställen kan ha svårt att hålla isär informationen, samt på grund av att han eller hon hört samma information vid flera tillfällen ha minskad uppmärksamhet på vad patienten säger. Då kan telefontolk vara lämpligare att anlita. Telefontolkning görs med hjälp av en högtalartelefon så att patienten hör allt vad som sägs (Ekblad, Janson & Svensson, 1996). Studier visar att ett problem med tolkservice uppstår då tolkar ändrat innebörden av det som sagts. Ytterligare ett problem är att konfidentialitet går förlorad när tolk är närvarande (Robinson & Gilmartin, 2002). Barn till vårdtagare bör aldrig tolka. På detta sätt kan föräldrars auktoritet undergrävas gentemot barnen och skapa konflikter i familjen. Barn har inte heller erfarenhet och kunskap nog att förstå vuxnas problem eller medicinska, psykologiska och sociala problem varför det är en stor risk för missförstånd (Ekblad, Janson & Svensson, 1996). Robinson och Gilmartin (2002) menar att det finns patienter som i vissa situationer föredrar att en familjemedlem tolkar eftersom det känns säkrare när det gäller konfidentialitet. Ett problem är dock, menar Robinson och Gilmartin, att för familjemedlemmen kan det vara svårt att skifta mellan de olika rollerna som tolkningen utgör.

2.4.4 Interkulturell kompetens

Enligt Stier (2004) syftar interkulturell kompetens på de kunskaper och färdigheter som en individ behöver för att *”fungera i och för att kunna bemästra ett kulturmöte”* (s.139). Enligt Stier kan en interkulturell kompetent individ undvika alltför stora missförstånd eller konflikter i kulturmöten. Interkulturell kompetens kan, enligt Stier, brytas ned till tre områden: *inhålls-, process- och diskursiva kompetenser*.

Innehållskompetenser har en kunskapsmässig karaktär och handlar om att ha kunskap om andra kulturer, likväl om den egna kulturen. Det kan vara kunskap om språk, normer, historia, traditioner, seder och bruk (Stier, 2004). McNaughton (2002) menar att det är viktigt att lära om gemensamma områden som finns i alla kulturer men där förhållningssätten skiljer för att utveckla, vad hon kallar, kulturell kompetens. De här områdena kan vara tidsuppfattningar, könsroller eller familjestrukturer. Vidare skriver McNaughton att det även är betydelsefullt att lära om de specifika kulturgrupper individen kan möta i sitt arbete för att veta vad som är karakteristiskt för dem. Risken med innehållskompetens är att faktabaserade kunskaper om olika kulturer har ursprung i generaliseringar och grova förenklingar (Stier, 2004). Bonder, Martin & Miracle (2001) ser problem med det faktaorienterade förhållningssättet eftersom det är omöjligt att veta allt om olika kulturer. De menar att kulturer är dynamiska som ständigt förändras samt att enbart fakta om kulturen inte kan förklara individens beteende. Även Stier (2004) menar att enbart den innehållsbaserade kompetensen är otillräcklig för att utveckla interkulturell kompetens.

Processkompetens innehåller enligt Stier (2004) både tankemässiga och känslomässiga kompetenser. Kompetenserna beskriver den dynamiska och kontextuella karaktären av interkulturell kompetens. För att förstå mellanmänniska möten måste hänsyn tas till den rådande interaktionssituationen samt till individernas bakgrunder och motiv. Tankemässiga kompetenser handlar om det kulturella raster som individen har internaliserat gällande bland annat perspektivskifte och självreflektion. Perspektivskifte innefattar förmågan att kunna se saker ur skilda synvinklar, att objektivt se på den egna och andra kulturen för bättre förstå andra kulturer. Genom ett relativistiskt synsätt kan orsakerna till individens beteenden och handlingar tolkas utifrån deras kulturella bakgrund och personliga motiv. Beteenden och handlingar kan då värderas utifrån de kulturella sammanhangen där den grundläggande frågan inte blir vad som är rätt eller fel utan på vilka olika sätt de kan tolkas.

Genom självreflektion kan individen kritiskt granska sig själv i ett sociokulturellt sammanhang. Med detta menar Stier (2004) att människan ser på hur den egna kulturen påverkar tolkning, synsätt och verklighetsuppfattning, *"en granskning av den position från vilken man närmar sig andra kulturer"* (s.143). Samovar och Porter (2001) menar att utvecklandet av en bra interkulturell kompetens börjar hos individen själv genom självakttagelse. Detta görs genom att känna till sin egen kultur, sina egna perceptioner och attityder samt vilket agerande de leder till. Genom att se till sina attityder gentemot andra grupper av människor samt till den personliga etnocentrismen kan individen synliggöra påverkansfaktorer på kommunikationen. Även MacNaughton (2002) menar att det är viktigt att medvetet och djupgående granska sina värderingar för att tydliggöra hur de påverkar ens handlingar och beteenden. Stier (2004) betonar även vikten av att kunna betrakta sig själv som andra betraktar en gällande sitt kroppsspråk, kommunikation och bemötande, *"utan självkännedom och självdistans kommer vi att vara helt utlämnade till att skåda världen genom etnocentrismens grumliga linser"* (s.144).

Känslomässiga kompetenser innebär förståelse för underliggande orsaker till känslor som möten med främmande kulturer kan frambringa. De här känslorna kan vara ilska, främlingsrädsla, oro eller frustration. Vidare handlar känslomässiga kompetenser om förmågan att hantera de här känslorna samt undvika att de automatiskt påverkar det egna handlandet i kulturmöten. Genom reflektion över sina känsloreaktioner kan individen utveckla kognitiva strategier som föregår de emotionella, med andra ord att tänka till innan vi reagerar (Stier, 2004).

Det tredje området som enligt Stier (2004) ingår i den interkulturella kompetensen är de diskursiva kompetenser där den rådande diskursen i samhället synliggörs samt hur den påverkar individens kulturella raster. Enligt Helkama et al. (2000) utforskar diskursanalysen de synsätt på vilket människan, händelser och saker formas i talet. Stier (2004) menar att det finns tre skevheter i den rådande diskursen. De är (o)likhetsfällan, problemfällan och förklaringsfällan. (O)likhetsfällan handlar om att det oftast är skillnader som synliggörs i diskussioner om kulturmöten. Enligt Daun (1999) har människor en benägenhet att uppleva olikheter snarare än likheter men att det finns anledning att ägna mer intresse åt det gemensamma. Genom att göra detta får vi bland annat en allmän förståelse för mänskligt beteende och för att vi även kan minska den diskriminering som framhävandet av kulturskillnader kan generera. Enligt Stier (2004) är det vanligt att likheterna inom den egna gruppen överskattas, olikheter mellan den egna gruppen och andra grupper överskattas samt likheterna inom de andra grupperna överskattas. Stier betonar vikten av att inte dra felaktiga slutsatser på grund av att det kulturella används som en förklaring till något allmänmänskligt eller något som är individuellt.

Den andra skevheten i diskursen enligt Stier (2004) är problemfällan där den rådande diskursen kring kulturmöten utgår från ett problemperspektiv. Här förutsätts möten mellan olika kulturer per automatik bli problematiska vilket inte alls är självklart. I den tredje skevheten, förklaringsfällan, menar Stier att det är vanligt att kultur används som en förklaring till människors handlande, en sorts *"soptunneförklaring"* till bland annat arbetslöshet, kriminalitet eller kvinnoförtryck. Författaren förnekar dock inte att det kan vara en delförklaring men påpekar att det är viktigt att inte bortse från sociala och personliga faktorerna. Att kunna *"se mångfalden i gruppens mångfald det vill säga det unika i det generella och det generella i det unika - och att se det unika i varje enskild individ"* är vad den diskursiva kompetensen består av (s.148).

Enligt Lundberg (1991) finns det parallellt med en naturlig etnocentrism en naturlig nyfikenhet för det främmande och annorlunda hos människor. Denna resurs, som enligt Lundberg troligen är universell, utgör en värdefull resurs för att kunna utveckla en interkulturell kompetens. Vidare menar Gudykunst och Kim (1997) att skillnader i personligheter kan utgöra hinder eller främja en utveckling av interkulturell kompetens eftersom skillnader finns i hur individens perception och intressen är flexibla. Vissa människor reagerar med att bli nyfikna när något oförutsett händer medan andra blir störda eller kan känna sig obekväma.

2.5 Hälsa, sjukdom och kultur

Varje samhälle har sina förklaringsmodeller för hälsa, sjukdom och död vilket innebär att människor även har olika tankar om vad som orsakar en sjukdom och hur denna bör botas (Socialstyrelsen, 1999). En persons upplevelse av sjukdom och förväntningar på behandling påverkas bland annat av personlighet, kulturell tillhörighet och det sociala sammanhang som individen befinner sig i (Socialstyrelsen, 1999). Individer formas av sin kulturella bakgrund och kulturen sätter varierande spår hos olika individer (Fioretos, 2002). Sachs (1996) menar att *"Oavsett om sjukdomsorsakerna söks i livet, generna eller miljön, ruvar bakom förklaringarna alltid en dold text, en ideologi, ett samhällets eller kulturens avtryck"* (s.8).

I västvärlden dominerar den biomedicinska förklaringsmodellen. Icke-västerländska samhällen delar inte denna uppfattning och deras förklaringsmodell skiljer sig starkt från det medicinska perspektivet. Västvärlden vill gärna förklara sjukdom utifrån individens livsstil, egenskaper eller fysiska miljö. Sjukdom är den enskildes sak och skuldbegreppet är viktigt. I den icke industrialiserade världen är det vanligare att förklara sjukdomar på grund av störda sociala relationer. Människan kan inte själv vara ansvarig för sin sjukdom men kan i sin tur göra sig skyldig till att andra drabbas genom medvetna eller omedvetna handlingar. I dessa kulturer har gruppen en självklar plats i omhändertagandet av sjukdomen och den sjuke (Socialstyrelsen, 1999).

Sjukdomsorsaker speglar vårt behov av att hålla ordning i samhället. För att kunna anpassa saker och ting till en ordning gör vi klassifikationer. Alla samhällen har sätt att klassificera saker i sin omgivning. Då det uppstår situationer som inte passar i de givna kategorierna förklaras de som främmande, avvikande, det vill säga anomalier. På så sätt kan sådana problem hanteras. Det finns inbyggt i systemet. Det förekommer även andra sätt att hålla det som inte faller inom ramarna för det normala på avstånd. Det kan betraktas som orent eller farligt. Genom att undvika det som betraktas som orent, tabun, föroreningar och smitta förs restriktioner in i människors liv. Vissa moraliska värderingar samt vissa sociala regler

upprätthålls i ett samhälle genom att medvetandegöra föreställningar om faror och hot (Sachs, 1996).

Människor kan ha uppfattningen att någon sjukdom förorsakas av otrohet, någon av stress, en annan av homosexualitet. Ett dödsfall kan anses vara förorsakat av vällevnad, sprit, rökning eller för lite motion. Sachs (1996) skriver:

”Sjukdom är nog för det mesta något oönskat i mänskliga samhällen. Sjukdom måste förebyggas och bekämpas för att konsekvenserna inte ska bli för stora. Föreställningarna om hur vi ska leva för att förbli friska människor och därmed indirekt bidra till ett friskt samhälle har ofta med undvikande att göra, undvikande av konflikt och obalans, men också med kontroll av kroppen” (s.20).

Behandlingar av olika sjukdomar anpassas efter deras orsaksförklaringar. I vår värld talas om till exempel virus och bakterier, i andra världar kan svartsjuka, girighet, eller demoner vara tänkbara förklaringar till sjukdom. All medicinsk behandling försiggår i ett kulturellt sammanhang (Sachs, 1996). Hälsa har en värderande karaktär. Värdeskalorna varierar för olika individer och olika kulturer (Nordenfelt, 1993). Värderingen kan betyda att det anses att en person inte är i behov av någon hjälp utifrån. Hälsoanalyser görs över kulturgränser; svenska läkare bedömer till exempel invandrarens hälsotillstånd, vilket kan leda till viss problematik (Sachs, 1994). Enligt Nordenfelt (1993) kan olika kulturers föreställningar om hälsa innebära en annorlunda inställning till hälsa och ohälsa jämfört med svenskars. Detta behöver dock inte betyda att de menar något annorlunda med ordet ”hälsa” och ”ohälsa”.

3. Teoretiska utgångspunkter

Vår studie fokuserar på kommunikation och sociala situationer därför har vi valt att knyta an till teorier som rör kommunikation, samspel och lärande. Det sociokulturella perspektivet är ett självklart val och representeras här av Vygotsky och Säljö. Då sjuksköterskornas arbete i barnhälsovården många gånger handlar om praktiska handlingar blir även Dewey och Schön aktuella dels för deras pragmatiska kunskapsyn och dels för deras syn på reflektionens betydelse för lärandet. Även Freire är representerad dels då han liksom Dewey och Schön förespråkar pragmatism dels för hans betoning av dialog och ödmjukhet i mötet med andra människor.

3.1 Sociokulturellt perspektiv

Det sociokulturella perspektivet bygger på en konstruktivistisk syn på lärande (Dysthe, 2003). Det innebär en betoning av att människan själv aktivt konstruerar sin förståelse för omvärlden samt skapar meningsfulla helheter av de sinnesintryck som mottas därifrån (Säljö, 2000). Dock betonas att kunskap konstrueras i samspel mellan människor (Dysthe, 2003). Vygotsky (1987) menade att kommunikationen har betydelse för människans kunskapsutveckling. Kunskapen finns enligt Vygotsky mellan människorna i sociala samspel. Han menade att det är i samspelet med andra människor som individen tar till sig språk och kultur. Det är i detta samspel som den personliga och intellektuella utvecklingen sker. Genom samspelet överförs de kunskaper, som Vygotsky menade finns emellan människor, till att bli kunskaper inom individen (Säljö, 1996). Denna kunskapsbildning där individen tillägnar sig ett intellektuellt redskap eller lär sig behärska ett fysiskt redskap i samspel med andra benämner Säljö (2000)

som appropriering. Genom att individens kunskapsbildning går från sociala och kollektiva handlingsformer till att bli individuella kan appropriering ses som uttryckssätt för kulturella uttrycksformer och kunskaper. Människan befinner sig ständigt under utveckling och förändring och har i varje situation möjligheten att ta till sig kunskaper. Appropriering är en gradvis process genom vilken individen successivt skaffar sig allt större erfarenheter om ett redskaps användbarhet genom att individen bekantar sig med det i olika situationer. Redskapen som bidrar till kunskapsbildningen inom olika kulturer kan vara språkliga/psykologiska eller av fysisk karaktär. De fysiska redskapen, av Säljö kallat för artefakter, kan bland annat vara olika verktyg, instrument eller annan teknologi som människan skapat. Varje gång kunskap appliceras eller redskap används i nya situationer bidrar de till den kulturella dynamiken eftersom möjligheten finns att en ny och kreativ beståndsdel skapas som förändrar kunskapens eller redskapens natur. Genom de här processerna bidrar individen genom sina handlingar till ett kontinuerligt förnyande och återskapande av sociokulturella mönster. På detta sätt bidra individen också till sin egen utveckling.

Vidare menade Vygotsky (1987) att det är genom att lära sig ett språk som individen lär sig tänka inom en viss kultur och samhällsstruktur. Säljö (2000) menar att *människor lär sig genom att delta i praktiska och kommunikativa samspel med andra* (s.105). Den mest unika beståndsdel i mänskligt lärande och därmed en viktig del i de kulturella resurserna är enligt Säljö språket med vars hjälp vi samlar och kommunicerar erfarenheter. Genom kommunikationen blir vi delaktiga i olika sätt att funktionellt beteckna och beskriva världen som bidrar till att vi kan samspela med människor i vår omgivning. Miljöer som inte primärt syftar till kunskapsbildning, till exempel i familjen, vänner eller arbetskamrater, är sammanhang där de mest grundläggande färdigheterna och insikterna förvärvas. Människor påverkas således av de sociala kontexter de befinner sig i. Ur ett sociokulturellt perspektiv är det uppenbart att skillnaderna i världen vad gäller till exempel religion, världsbild och den fysiska miljön påverkar människors tänkande om och föreställningar av sin omvärld. Hur människor lär är beroende av hur omgivningen ser ut, vilka resurser den har att ge och vilka krav som ställs. Konkreta villkor och materiella förutsättningar samt även de förväntningar och kulturella normer på hur barn skall agera och vilket ansvar de skall ta i olika aktiviteter i vilka de socialiseras varierar (Säljö, 2000).

Människor agerar inom ramen för praktiska och kulturella sammanhang samt den direkta eller indirekta interaktionen med andra. Följaktligen förekommer åtskilliga föreställningsvärldar där människor utvecklas och lär sig. Säljö (2000) menar att "samma" företeelser förstås på olika sätt i olika "mänskliga verksamheter". Människor har således olika sätt att förstå och tolka verkligheten. Enligt Dysthe (2003) är kunskap beroende av den kultur som den är en del av. Hon förklarar det vidare på följande sätt: *"Kunskap existerar aldrig i ett vacuum; den är alltid "situerad", det vill säga invävd i en historisk och kulturell kontext. Detsamma gäller språket, genom vilken kunskapen kommer till uttryck"* (s.34). Kommunikativa processer är sålunda centrala för mänskligt lärande (Säljö, 2000).

3.2 Aktivitespedagogik

Deweys kunskapssyn har insikter från den pragmatiska traditionen. Pragmatismen kännetecknas av fokusering på den praktiska konsekvensen av en idé eller teori vid lösning av problem (Stensmo, 1994). Denna kunskapssyn ser kontexten som betydelsefull i kunskapsbildandet samt innefattar tanken att kunskap konstrueras genom praktisk aktivitet (Dysthe, 2003). Dewey menade att kunskap skapas genom att individen prövar sig fram i

arbete och handling. Hans syn på kunskap och lärande sammanfattas med hans myntade slagord *learning by doing* (Egidius, 2000).

För Dewey stod interaktion och samverkan i centrum (Dysthe, 2003). Delaktighet i grupp är betydande i kunskapsbildning (Egidius, 2000). Härmed underströk han också kommunikationens roll i läroprocessen (Dysthe, 2003). Enligt Dewey (1916) är all kommunikation bildande. Han skriver *”not only is social life identical with communication, but all communication (and hence all genuine social life) is educative”* (s. 6). Kommunikation mellan människor gör att deras erfarenheter påverkas. Dewey menar att kommunikation kan ge verklig delaktighet om den ger en gemensam förståelse, det vill säga befäster likartade emotionella och intellektuella dispositioner. Då hänsyn till andra människors emotionella och intellektuella dispositioner ignoreras, till exempel genom att ge och ta order från andra, påverkas visserligen resultat och handling, men det leder inte till en strävan mot ett gemensamt mål (Dewey, 1999).

Dewey hade en tes att kunskap och handling underbyggs och utvecklas i en kontinuerlig process mellan människor och deras omvärld (Svederberg & Svensson, 2001). Enligt Svederberg och Svensson var Deweys budskap att pedagoger behöver vetskap om hur tidigare erfarenheter påverkar människors handlingsmönster. De anser att Dewey får stor aktualitet i interkulturella pedagogiska situationer i hälsofrämjande arbete. De skriver:

”Utifrån denna tes, behöver pedagoger som arbetar med förändring av människors vanor i hälsofrämjande riktning, kunskaper om sådana förhållanden och faktorer som styr vanor så som de formats med utgångspunkt från tidigare erfarenheter av olika slag. Inom ramen för sådana tidigare erfarenheter utgör, enligt vår mening, kulturellt grundade erfarenheter en viktig förutsättning för människors kunskapsbildning och för möjlig förändring av handlingsmönster”
(s. 29).

3.3 Dialogpedagogik

Paolo Freire, liksom Dewey, var en förespråkare för pragmatismen. Enligt Freire blir individen medveten om sig själv och sin omvärld genom yttre reflekterad handling (Egidius, 2000). Freire (1974) menar att kunskap förvärvas genom en dialektisk rörelse där reflektion över handlandet leder till nytt handlande. Ny kunskap fås genom att individen reflekterar över sitt sätt att orientera sig i världen. För att uppnå kritiskt medvetenhet är dialogen en nödvändighet. Enligt Freire (1972) måste människorna mötas på ett horisontallt plan för sann dialog skall uppnås. Dialogen får inte bli till ett verktyg där ett hierarkiskt förhållande råder och där en person kan råda över en annan. Vidare menar Freire att det är viktigt för människan att vara ödmjuk för att dialogen skall kunna existera. Om ödmjukhet saknas når inte budskapet fram då dialog aldrig kan föras om en av parterna ser okunnighet hos den andra, anser sig tillhöra en annan bättre grupp eller anser sig som mer kunnig eller innehavaren av sanning. Vidare grundar sig dialogen på en stark tro på människan och hennes förmåga till handlande och nyskapande. De som för dialogen måste även ha hopp om att dialogen leder till resultat för att inte mötet skall bli tomt och innehållslöst.

3.4 Reflektion och lärande

Både Donald Schön och John Dewey betonar reflektionens betydelse för lärande. Båda stod även för den pragmatiska kunskapssynen. Under rubriken reflektion och lärande behandlas deras syn på det reflekterande lärandet.

3.4.1 Reflektion- i-handling

Donald Schön har haft stor betydelse för reflektionsbegreppets spridning inom pedagogiken (Bengtsson, 1996). Schön (1983) ställer sig kritisk till det synsätt som kallas teknisk rationalitet och som innebär att sann kunskap endast har sitt ursprung i forskarbaserade teorier och tekniker. Istället menar Schön att professionell kunskap finns att hämta i praktiken, i handlingarna. Enligt Schön är mycket av individens kunskap underförstådd. Kunskaperna visar sig i det vardagliga livet i spontana, intuitiva handlingar. Ofta kan individen inte sätta ord på sina kunskaper och försök till beskrivningar blir många gånger inte adekvata. Därför, menar Schön, ligger vår kunskap i handlingen, *knowing-in-action*. Kunskap-i-handling har stor betydelse i arbetslivet då yrkespersonen, utöver forskningsbaserade teorier och tekniker, använder sig av underförstådda insikter, bedömningar och utförande. Vidare menar Schön att individen även kan reflektera över sina handlingar, ibland i samband med dem. Detta kallar han för *reflection-in-action*, reflektion-i-handling. Individen reflekterar över sin kunskap-i-handling samtidigt som reflektion över handlingen görs men även över de insikter som legat implicit i handlingen. Insikterna upptäcks, kritiserar, materialiseras och rekonstrueras i fortsatta handlingar. Den här processen av reflektion-i-handling menar Schön är central för professionell praktik eftersom reflektion gör att individen på ett bra sätt kan hantera situationer där instabilitet, värdekonflikter och osäkerhet uppstår.

Illeris (2001) skriver att relevant kompetens i praktiken kännetecknas av rutiner där kunskap och handling är två sidor av samma mynt kallat kunskap-i-handling. Den reflekterande praktikern kan genom reflektion överskrida denna nivå i situationer som går utöver de inarbetade rutinerna. Detta sker genom en integrering av eftertanke (reflektion) och handling. Illeris förklarar reflektion-i-handling som en process där kunskap, erfarenheter och lösningsförslag ingår som en helhet. Schön (1983) menar att mycket av reflektion-i-handling består av överraskningar som individen stöter på när intuitiva, spontana utföranden inte leder till förväntade resultat. När den spontana handlingen leder till positiva eller negativa överraskningar reagerar individen med att reflektera-i-handling. I denna process fokuserar reflektionen genom ett interaktivt sätt på handlingsresultatet, själva handlingen och den intuitiva kunskapen som ligger implicit i kunskapen.

En professionell praktikers reflektion över sina handlingar kallar Schön (1983) för reflektion-i-praktik. En professionell praktikern är enligt Schön en specialist som i sin profession möter vissa upprepade situationer. Detta gör att han utvecklar ett register av förväntningar, uppfattningar och tekniker. Genom detta register lär sig praktikern vad han ska titta efter och hur hans reaktion ska bli på det han upptäcker. Enligt Schön kan praktikern genom reflektion kritiskt granska den tysta kunskap som han tillägnat sig i sina upprepade erfarenheter samtidigt som reflektionen ger ny innebörd åt unika och osäkra situationer. Reflektionen kan gälla de strategier eller teorier som ligger implicit i hans handlingsmönster eller de underförstådda normer och värderingar som en bedömning bygger på. Praktikern kan även reflektera över de känslor som en situation gav honom och där de ledde till ett visst agerande. Vidare kan reflektion göras över det angripssätt som praktikern använder när han försöker

lösa ett problem. Genom att praktikern reflekterar över de här aspekterna kan han, menar Schön, kritiskt granska sin ursprungliga förståelse för ett fenomen, bygga upp en ny beskrivning av det och genom experiment testa den. Detta kan leda fram till en ny teoribildning kring fenomenet.

3.4.2 Det reflekterande tänkandet

För Dewey är verkligheten något ständigt växlande. Den föränderliga verkligheten försätter människan i nya problemsituationer. Medvetenheten om en situation får människan genom att undersöka och benämna den med ord, termer, meningar, påstående, et cetera. *Vad* hon blir medveten om i en situation beror på *hur* situationen undersöks. Sättet en situation granskas, benämns och görs medveten, är selektiv; ett val mellan olika undersökningsmöjligheter. Med hjälp av ett reflektivt tänkande kan människan behärska och vinna kunskap i dessa situationer. Med reflektivt tänkande åsyftar Dewey: aktiva, varaktiga och omsorgsfulla överväganden över varje föreställning eller antagen kunskap. Det reflektiva tänkandet ger kontroll över oklara situationer då det transformerar en oklar, olöst situation till en klar, löst situation (Stensmo, 1994).

Enligt Dewey (1996) kan en situation som känns svår att hantera få människor att bete sig på olika sätt. Situationen kan helt undvikas, aktiviteten kan avslutas eller helt enkelt tas tag i och det är då som Dewey menar att det reflekterande tänkandet börjar. Reflektion börjar enligt Dewey med en observation av situationen. Denna observation sker med hjälp av sinnen och minnena från tidigare observationer som individen själv, eller andra, har gjort tidigare. Observerade fakta kallas med en teknisk term för data. Det finns en tendens att ogilla och sedermera undvika det som känns obehagligt vilket kräver ansträngning och övning för att upptäcka fakta i situationen. Därefter uppkommer idéer för olika sätt att handla i den gällande situationen. Vid reflektion samverkar data och idéer och de drivs framåt av observationer respektive slutsatser. Det första stadiet då en besvärlig situation föreligger kallas pre-reflekterande. Situationen väcker en fråga som tänkandet ska besvara. Det avslutande stadiet kallas post-reflekterande och det innebär att en upplevelse av att kunna behärska situationen har uppstått.

Mellan dessa gränser ligger enligt Dewey följande tanketillstånd: (1) Förslag, tänkandet går mot en möjlig lösning (2) intellektualisering av svårigheten i situationen. Till en början är situationer emotionella för att därefter med hjälp av reflektion transformeras och istället intellektualiseras vilket gör att de villkor som utgör problemet upptäcks (3) användningen av olika förslag som idé eller hypotes. Det första förslaget kommer utan någon direkt kontroll, spontant och automatiskt. En kontrollerad användning av idén utgörs av antagandet av en hypotes (4) resonemang – innebär att idén och kunskaperna kan utvecklas (5) Hypotesprövning genom handling, här testas idén genom direkta handlingar. Även om idén förkastas bör den enligt Dewey inte enbart ses som ett misslyckande. Han menar att ”*en person som verkligen reflekterar lär sig lika mycket av sina misstag som sina framgångar*” (s. 22). Med det vill han säga att tänkande människor kan skjuta upp oåterkalleliga handlingar men även att handlingar som inte kan förbli ogjorda med en eftertänksamhet kan medföra ett lärande av handlingens så kallade icke-intellektuella konsekvenser.

För att det reflektiva tänkandet skall leda till säker kunskap måste det finnas systematiska metoder för att kontrollera de olika stegen i processen. Åtskillnad mellan vad som är observerade fakta och vad som är bedömningar samt en variation av sina observationer måste kunna göras (Dewey, 1996).

4. Syfte

Syftet med studien är att belysa hur distriktsköterskor och barnsjuksköterskor i barnhälsovården upplever sin interkulturella kommunikation med invandrarfamiljer samt vilka faktorer de anser inverkar på kommunikationen. Avsikten är att möjligheterna att kunna främja hälsa samt god vård för invandrabarn på sikt skall öka.

Frågeställningar:

- Vilka upplevelser har distriktsköterskor av interkulturell kommunikation med invandrarfamiljer?
- Vilka faktorer anser de underlättar kommunikation?
- Vilka faktorer anser de försvårar kommunikation?
- Vilka insatser skulle kunna göra kommunikationen effektivare?

5. Material och metod

I material och metod delen redogörs för de metoder som använts vid arbetet med studien. Val av undersökningsmetod, urval och datainsamling redogörs samt analys och tolkning av resultatet. Slutligen behandlas de etiska överväganden som legat till grund för etiska hänsynstagande i vår studie.

5.1 Val av undersökningsmetod

Med utgångspunkt från vårt syfte och våra frågeställningar fann vi en kvalitativ forskningsansats bäst lämpad för studien. Kvalitativa metoder inriktas på att fånga människors verklighetsuppfattningar, motiv och tänkesätt på ett så autentiskt sätt som möjligt (Repstad, 1999). Kvalitativa data och metoder möjliggör också en ökad förståelse för sociala processer och sammanhang. Metoden möjliggör en flexibel planering och ett nära förhållande till informationskällan vilket ger goda möjligheter för att göra relevanta tolkningar (Holme & Solvang, 1997). Den kvalitativa analysen kännetecknas av att den vill undersöka och upptäcka variationer, strukturer hos företeelser, egenskaper och innebörder i förhållande till den kvantitativa analysen där sambanden mellan olika företeelser, egenskaper och innebörder studeras. Vidare syftar den kvalitativa metoden till att upptäcka variationer, strukturer eller processer hos icke kända eller otillfredsställande kända företeelser, egenskaper eller innebörder vilket även bidrog till att vi valde denna metod då vi fann väldigt lite forskning inom området (Starrin, 1994). Vi ville belysa sjuksköterskornas subjektiva upplevelser av interkulturell kommunikation varför vi valde att använda oss av intervjuer. Den kvalitativa forskningsintervjun är enligt Kvale (1997) ”*en intervju vars syfte är att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening*” (s.13). Kvale skriver vidare att intervjun är en lämplig metod när syftet är att beskriva människors upplevelser samt studera deras eget perspektiv på sin livsvärld. Vidare gav den kvalitativa metodens flexibilitet oss möjligheten att ställa följdfrågor vid de tillfällen där vi ville utveckla något som sagts under intervjun. Svaren kunde även följas upp så att respondenten hade möjlighet att fördjupa och tänka över sina svar. Detta ansåg vi vara till hjälp för att skapa en djupare förståelse för respondenternas känslor, tankar, åsikter och uppfattningar. Flexibiliteten kan dock göra det svårt att jämföra information från de olika enheterna varför statistisk

generalisering och representativitet inte är möjligt vid ett kvalitativt angreppssätt (Holme & Solvang, 1997).

5.2 Urval och datainsamling

Studien genomfördes på fyra BVC-mottagningar i Skåne. Urvalet har gjorts systematiskt utifrån ett medvetet formulerat kriterium. BVC-mottagningarna som valdes ut var lokaliserade i invandrartäta områden i två städer. Via telefonkontakt med de utvalda mottagningarnas verksamhetschefer tillfrågades om tillåtelse för att genomföra studien. Vidare fick vi namn och telefonnummer till de sjuksköterskor som arbetade på mottagningarna. Innan vi ringde upp dem skickade vi ut ett brev (se Bilaga 1) där vi presenterade oss, vår studie samt våra förhoppningar om deras deltagande. I brevet informerade vi även att deltagandet var frivilligt och att vi tänkt använda oss av bandspelare för att spela in intervjuerna. Efter att breven skickats ut tog vi kontakt per telefon med sjuksköterskorna tills åtta stycken rekryterats som var villiga att delta. Ingen enhet eller enskild person undanbad sitt deltagande. Alla tillfrågade var kvinnor i åldern 30-62 år. Inga manliga sjuksköterskor arbetade på de utvalda mottagningarna.

Samtliga intervjuer genomfördes på de mottagningarna där sjuksköterskorna arbetade under veckorna 45-48 2004. En provintervju genomfördes men då inga ändringar utfördes av intervjuguiden (se Bilaga 2) därefter så bearbetades provintervjun med de övriga. Intervjuerna pågick mellan 60-90 minuter. Vi gjorde fyra intervjuer vardera och vi var båda närvarande vid samtliga intervjuer då vi ansåg det viktigt för analysarbetet. Vidare kunde fördjupande frågor eller frågor som informanten förbisett ställas av den som inte intervjuade. Under intervjun använde vi oss av en intervjuguide som enligt Kvale (1997) ska täcka de ämnen som är föremål för studien samt i vilken ordning de tas upp under intervjuns gång. Intervjuguiden innehöll de övergripande teman och preciserade frågor som vi ansåg motsvarade studiens syfte. Alla frågor täcktes in av att informanten frågade eller att respondenterna på eget initiativ tog upp dem. Samtliga intervjuer utom en spelades in på bandspelare då respondenten nekade till att bli inspelad på band. Anteckningar utfördes istället under denna intervju. Kvale menar att intervjuaren kan genom att registrera intervjun med bandspelare koncentrerar sig på ämnet och dynamiken i intervjun. Intervjuaren kan också återvända till intervjun för avlyssning av till exempel pauser och tonlägen. Varje intervju avslutades med frågan om det var något som intervjupersonen ville tillägga eller fråga om. Enligt Kvale ger detta tillfälle åt intervjupersonen att uttrycka om det finns frågor som kommit upp under intervju. Vidare rekommenderar Kvale att intervjuaren tar en stund till att reflektera över intervjun efter det att den avslutats. Detta gjordes genom att vi diskuterade våra tankar, intryck och upplevelser av intervjun efter varje intervjutillfälle.

5.3 Analys och tolkning

Intervjuerna delades upp för utskrift mellan oss. De intervjuer som spelats in på band skrevs ut ordagrant. Den intervjun där bandspelare inte använts sammanfattades utifrån de anteckningar som gjorts under intervjun. Samtliga intervjuer lästes igenom av oss båda individuellt flertal gånger. Tillsammans kunde vi urskilja olika ämnesområden. Dessa områden resulterade i tre övergripande huvudteman; interaktion, bemästra det kulturella mötet och lärande som vart och ett täckte in ett flertal olika ämnesområden.

Vårt analysarbete har utgått från ett hermeneutiskt perspektiv vars syfte är att få en giltig och gemensam förståelse av en texts mening. Utifrån hermeneutikens centrala idé har vi strävat efter att få fram textens innebörd utifrån det perspektiv som dess upphovsman haft (Bryman, 2002). I en forskningsintervju förvandlas det muntliga samtalet om den mänskliga livsvärlden till text som tolkas. Hermeneutiken ger innebörd åt den dialog som skapar intervjutexterna och som ska tolkas (Kvale, 1997). Enligt Sjöström (1994) är ett hermeneutiskt tolkningssätt ett försök att skapa sig en så rättvis och riktig bild som möjligt av vad människor menar och upplever och vad deras intentioner och tankar är. Den hermeneutiska forskningsprocessen liknas ofta vid en uppåtgående spiral eller en cirkel. Utifrån en diffus och intuitiv uppfattning om texten som helhet sker tolkning av textens enskilda delar. Utifrån tolkningarna sätts delarna återigen in i textens helhet. Tolkningen av de enskilda delarna kan ge ny mening åt textens helhet som i sin tur ger ny mening åt delarna (Kvale, 1997). Vi har således först läst igenom en intervjutext för att försöka få en helhetsbild. Därefter har vi gå tillbaka för att försöka hitta teman och uttalanden som vi sedermera försökt tolka efter deras innebörd, för att återigen gå till tillbaka till textens helhet. Genom liknelsen av en spiral visas processen som öppen såväl nedåt som uppåt och att forskningen inte startar vid någon nollpunkt (Sjöström, 1994).

5.4 Etiska överväganden

Enligt Forsman (2001) är de viktigaste delarna i forskningsetik kvalitet och hänsyn. Samtliga delar i forskningsprocessen bör vara av god kvalitet och forskaren bör ha tagit god hänsyn till alla som berörs av forskningen. Vidare menar Kvale (1997) att en intervjuundersökning aktualiserar moraliska frågeställningar då den inverkar på den intervjuade men även på den kunskap som vi har om människors situationer. Enligt Larsson (1994) är det viktigt att etiskt hänsynstagande även tas i det resultat som studien redovisar då grupper kan drabbas av de tolkningar och slutsatser som dras.

Utgångspunkt för de etiska övervägandena för denna studie var de forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Stor vikt lades på att följa de fyra huvudkraven formulerade av Vetenskapsrådet (2002). De är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. För att uppfylla informationskravet informerades deltagarna, skriftligt samt muntligt, om syftet med vår studie, att deras deltagande var frivilligt samt att de kunde avbryta sin medverkan när helst de önskade. Vidare informerades de om att all information endast används i syfte för undersökningen. Deltagarna informerades även om att datainsamlingen bandades. Även verksamhetscheferna vid de aktuella mottagningarna informerades om vårt syfte med studien. I enlighet med samtyckeskravet bestämde deltagarna själva över sitt deltagande likaså om och när de ville avbryta sin medverkan. Vidare tillfrågades verksamhetschefernas samtycke till deltagarnas medverkan. Konfidentialitetskravet har uppfyllts genom att alla identifierbara uppgifter behandlats med största möjliga konfidentialitet och den färdiga texten tar hänsyn till anonymitet. I enlighet med kravet kommer banden att förstöras efter att studien avslutats. Nyttjandekravet har tillgodosetts genom att inget material har lånats ut eller använts i andra syften än det som studien avsett. Studien har granskats och godkänts av etikrådet vid institutionen för Hälsovetenskaper, Högskolan Kristianstad.

6. Resultat

Analysarbetet resulterade i åtta olika ämnesområden som sammanfördes under tre övergripande huvudteman; interaktion, bemästra det kulturella mötet och lärande. De här temana ser vi som övergripande påverkansfaktorer för kommunikationen mellan distriktsköterskorna/barnsjuksköterskorna och invandrarfamiljerna på BVC.

6.1 Interaktion

Under temat interaktion beskrivs respondenternas redogörelser för de faktorer de ansåg påverkade samspelet med invandrarfamiljerna.

6.1.1 Tid till samtal

Distriktsköterskorna/barnsjuksköterskorna kommer att ha kontakt med familjerna på barnavårdscentralen under flera år och att lära känna familjen och skapa en god relation är därför betydelsefullt. Tidsbrist upplevdes vara en komponent som försvårade kommunikationen och mötet med familjerna enligt flera av respondenternas utsagor. Ett vanligt rutinbesök av en invandrarfamilj med vägning, mätning och vaccinationer av barnet upplevdes ta mer tid än för svenska familjer. Tidsbegränsningen gjorde därmed att de valde att prioritera det praktiska arbetet vilket gjorde att de fick mycket lite tid över till att prata med föräldrarna. Trots medvetenhet om hur viktigt bemötandet som familjerna får är för relationen så gav respondenterna också uttryck för att bristen på tid kunde påverka mötet negativt genom att de till exempel kunde bli lite ”snäsiga”.

”... ibland på grund av tidsbrist, vi ska göra någonting på en viss tid så tror jag att man kan klampa på lite för mycket va, i ullstrumporna.”

En av respondenterna uttalade dock en annan syn på tid. För henne var det viktigt att avsätta tillräckligt med tid till mötet. En möjlig tolkning kan vara att hon tack vare sin planering undvek att hamna i tidsbrist. På så vis skapade hon möjlighet att bygga upp en relation med invandrarfamiljerna.

”... att lyssna in, att ta det lugnt. Sätta av bra med tid. Att ha tid att mötas.”

I intervjuerna har det framkommit att synen på tid uppfattades vara kulturbunden. Denna kulturella skillnad hade gjort att en respondent upplevde att hennes förutfattade meningar hade bekräftas.

”Men så är det ju lite så man tänker att det är bara förutfattade meningar liksom att zigenare kommer inte när de ska och hit och dit men lite så, ja så är det. De lever efter en annan klocka liksom. Det är inte så mycket att göra åt.”

Skillnaden i tidsuppfattning mellan olika kulturer visade sig i uteblivna, för sena eller spontana besök av invandrarfamiljerna. Sätten att hantera kulturskillnaden var olika bland distriktsjuksköterskorna/barnsjuksköterskorna. Någon menade att invandrarfamiljerna helt enkelt måste lära sig ta ansvar och komma i tid. En annan hade tidigare varit väldigt generös med att ta emot familjerna när de dök upp. Sedermera insåg hon att familjerna inte fick något tillfälle att lära vikten av att passa tider då hon alltid ställde upp och tog emot dem då de kom. Numera såg hon det som sin skyldighet att tydligt förklara, hjälpa och ställa krav på att passa

tider så att invandrarfamiljerna visste att det ansågs viktigt. Det var dock många av respondenterna som ofta var generösa och tog emot familjerna när de kom som de uttryckte sig, för barnens skull.

”Det är jättebra att de kommer, så varsågod och kom in liksom. Så generös hade man kanske inte varit på ett annat ställe.”

6.1.2 Dialogen – bygger broar?

Det framkom av respondenternas utsagor att de kunde sakna dialog på grund av språksvårigheter. Kommunikationen upplevdes ytlig och torftig och det var svårt att utveckla samtalen, framför allt då tolk saknades. Praktiska saker erfors förhållandevis lätta att samtala om medan mer stödjande samtal kunde kännas betydligt svårare att genomföra. Risken för missförstånd var stora. Vid samtal upplevde en av respondenterna att invandrare inte kunde läsa mellan raderna på det sätt som en svensk kunde. Det medförde att hon talade väldigt sakta och använde sig av händerna och kroppen för att göra sig förstådd. Hon ansåg att det ofta blev mindre sagt vid dessa möten. För att minimera risken för missförstånd uttalades vikten av att vara tydlig i samtalen med invandrarfamiljerna.

”... det var ju när de ska ge AD vitaminer. Det ska man ge från fem veckors ålder. Så var det liksom någon förälder som gett det flera gånger om dagen. (...) Men det var tydligt att jag inte varit tydlig nog och sagt EN gång om dagen liksom. Så kom de sedan och frågade, jamen flaskan är nästan slut.”

De flesta av respondenterna uppgav att den egna kulturen i någon mån påverkade deras synsätt. Några betonade vikten av att ha tolerans för att synsätten ibland skiljer åt. I intervjuerna har emellertid inte getts några konkreta exempel på hur detta skulle kunna yttra sig. Av respondenternas utsagor har vi däremot kunnat tolka att kulturskillnader kunde försvåra samtalen med invandrarfamiljerna. Att inte problematisera sin egen kultur utan istället använda dess synsätt som måttstock vid samtalen kom därmed att försvåra dialogen.

”Men det måste man förklara att barnen måste lära sig äta mat och att man ska sitta tillsammans och hela den där biten som är så viktigt ...”

Genom att bolla över ansvar till föräldrarna upplevde respondenterna dock att de kunde uppmuntra föräldrarna att se sina egna kunskaper. Samtidigt gav denna mer jämbördiga dialog dem även möjlighet att bekräfta familjerna och ta fram det positiva.

”... att man inte pratar för mycket, informerar för mycket utan bollar över. Det tycker jag är jätteviktigt att man väntar in och lyssnar in. Då kommer mycket, då får man mycket tillbaka.”

”... man får mycket genom att prata med familjerna. Hur brukar du göra? Hur hade du gjort om du varit i ditt hemland, mycket sådana frågor, mycket öppna frågor...”

Vid behov använde samtliga av distriktsköterskorna/barnsjuksköterskorna sig av tolkservice. De flesta såg både för- och nackdelar med tolk vid kommunikationssvårigheter. Fördelen var framförallt att båda parter hade möjligheten att kunna göra sig förstådda. Tolkens närvaro kunde upplevas som en trygghet för kommunikationen samtidigt som ansträngningarna att göra sig förstådd och att förstå minskade. Vissa uttryckte däremot en misstänksamhet mot tolken.

”... man har ingen aning om vad de säger, är det verkligen det jag har sagt eller frågar han den frågan jag har ställt.”

Blotta närvaron av tolken upplevdes emellanåt försvåra möjligheten att skapa en dialog.

”... jag skulle gärna vilja vara utan tolk. Det kan bli att man tittar på tolken istället och mamman riktar sig mot tolken. Och jag har tolkar som med sin närvaro påverkar, det blir stelare, deras kroppsspråk påverkar rätt så mycket.”

Trots avsaknad av dialog kunde det urskiljas andra möjligheter att skapa en kontakt med invandrarfamiljen. Att visa empati, vara trevlig och omhändertagande och ge kroppskontakt visade sig vara möjliga vägar till ett personligt och känslomässigt möte.

”... så stannade jag här med kvinnan som mår så hemskt dåligt. Hon hade tappat rösten och kunde knappt prata, hon kunde viska lite. Jag stannade här med henne och hennes lilla barn och tolken och sedan blev det att jag började ställa frågor om henne själv och hemlandet, ja, det var underbart. Jag höll henne, kramade henne och klappade henne...”

6.1.3 Förtroende raserar murarna?

Genomgående uttryckte respondenterna vikten av att bygga upp ett förtroende mellan dem själva och invandrarfamiljerna för att skapa ett tryggare möte. Att bygga upp ett förtroende och skapa en relation var något som kunde ta tid. Förhållningssättet gentemot invandrarfamiljen kunde vara av stor betydelse för just möjligheten till ett ärligt möte. En av respondenterna berättade att det var viktigt att försöka skapa en relation så att invandrarfamiljerna vågade berätta saker för henne. Enligt henne kunde familjerna höra på hennes tonfall om det var något de inte borde berätta. Andra gånger hade familjerna lärt sig hur de skulle svara på hennes frågor:

”Alla har cykelhjälm när man frågar. Sedan är det inte ett barn när man är ute på området som har cykelhjälm, det lär de sig ja.”

Det första hembesöket var en central startpunkt för relationen och förtroendet mellan dem som BVC-sjuksköterskor och familjerna. Hembesöket uppfattades som övervägande positivt och eftersträvansvärt. Det kunde vara lättare att skapa en relation i en annan miljö än på mottagningen. En möjlig tolkning är att familjerna i sin egen hemmiljö känner att de kan koppla av på ett annat vis vilket i sin tur kan påverka samtalet på ett positivt sätt.

”... för det blir helt annan, helt annat att sitta hemma hos dem. Det är på deras villkor och det är hemma hos dem och man pratar, man pratar om allt möjligt.”

En respondent upplevde att invandrarfamiljerna lyssnade och tog till sig mycket av det hon sa. Samtidigt uppgav hon att de kunde göra lite ”galna” saker som att hålla saft i gröten för att den skulle bli söt och god. Vid sådana tillfällen valde hon att vara tydlig och säga att de inte skulle göra så trots att hon kunde förklara deras handlande med att föräldrarna kanske var uppväxta med saft i gröten själva. När hon upplevde att kommunikationen inte fungerade med invandrarfamiljerna knöt hon det till familjernas bristande språkförmåga. Då kommunikationen fungerade hänförde hon däremot det till sitt eget agerande som svensk distriktsköterska/barnsjuksköterska.

”... man har fått ett slags förtroende, att man fått ett förtroende från början från dem. Att de tycker att jag liksom... att de tycker att det är kul att gå hit. Och de tycker att jag ger bra råd eller något sånt där.”

I andra fall uttalades en rädsla för att kritisera invandrarfamiljernas handlande. En rädsla för att förtroendet skulle raseras och att familjerna inte längre skulle komma till BVC.

”... förtroende att de kommer hit, man vill ju inte samtidigt stöta sig med dem heller eller att de tycker att jag ger mig in på deras...(…)....så de inte tycker om att gå hit...”

Att medvetet arbeta med familjerna för att bygga upp förtroende uttryckte en av respondenterna som betydelsefullt för relationen. Enligt hennes förmenande handlade det mycket om att alltid ha ett bra bemötande, att familjerna som kom till henne kände sig bekräftade och respekterade. Det framkom också att omtanke om hela invandrarfamiljen var betydelsefull för möjligheten att bygga upp ett förtroende.

”... att alla blir sedda (...) att man pratar med alla, att man pratar med syskon och pappa om de är med.”

6.2 Att bemästra det kulturella mötet

Under detta tema beskrivs hur respondenterna upplevde kulturella skillnader och hur de kunde påverka deras arbete. Vidare beskrivs hur förklaringarna till de skillnader som de ibland upplevde skildrades.

6.2.1 Grumliga eller klara linser i kulturmötet?

Mycket av distriktsköterskan/barnsjuksköterskans arbete på barnvårdscentralen innebar att samtala med familjer för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Det framkom att det ibland kunde vara svårt att ge råd vid kulturskillnader. Flera av respondenternas utsagor bottnade i ett etnocentriskt synsätt vilket innebar att det var den egna kulturen som utgjorde normen för synen på vissa skillnader i handlingssätt.

”... alltså gränssättning är ju ganska så, så vi kan tycka att det är lite slappt och de får göra lite, inte som dom vill men...och det här med att de kanske inte stimulerar sina barn lika mycket som vi svenskar, alltså läser inte lika mycket och är inte ute och går...”

”... alltså det här med att läsa för barnen det existerar inte i vissa...”

” Men dom har konstiga kostvanor en del. Mycket.”

”... alltså dom ser slitna ut till skillnad mot de svenska kvinnorna oftast gör, jag menar, man är noga med att fräscha till sig och gå ut och röra på sig och sådant, nå det är en annan värld.....mmmmm.”

Det framkom även att en del livsstilar och familjeförhållanden hos invandrarfamiljerna var svåra att acceptera eller förstå. Bland annat uttrycktes svårigheter i att acceptera att det ibland kunde vara stora ålderskillnader mellan mannen och kvinnan i ett äktenskap. Någon menade att hon hade väldigt svårt att förstå när mannen tog en ny ung fru. En annan såg problemet utifrån kvinnans perspektiv då hon menade att det måste vara problematiskt för en ung kvinna att bli mor så ung. Det visade sig även att svårighet fanns i att förstå de kvinnor som födde så många barn. I utsagorna fann vi skillnader i sätten att hantera de känslor som kulturskillnaderna kunde frambringa. En av respondenterna uttalade en medvetenhet om att det var svårt att vara neutral i alla lägen.

”... det kan vara jättesvårt och det är jättelätt att sitta och säga att det ska man göra men vissa saker har man, kan man känna att det här klarar jag inte.”

En skillnad som flera av respondenterna vittnade om var bemötandet som de fick vid det första hembesöket. Det var vanligt att familjerna bjöd på fika eller någonting att äta. Vi kunde i våra tolkningar urskilja olika sätt att uppfatta de här skillnaderna. Det som en distriktsköterska/barnsjuksköterska uppfattade som en störande kulturell skillnad uppfattades av en annan som mindre störande. En av respondenterna beskrev invandrarfamiljernas generositet med att ”de har bullat upp med kakor och läsk”. Hon blev ofta visad in till mamman i sovrummet. Mamman låg i sängen med nerdragna gardiner och hon fick sitta på sängkanten. Hon antog att ”så skulle en svensk aldrig göra”. Andra uttalanden visade på ett annat förhållningssätt där bemötandet upplevdes mer positivt.

”... tycker att jag är en gäst i familjen, jag har mycket respekt för dem och vill visa intresse...”

Det olika synsättet på könsrollerna som ibland visade sig bland invandrarfamiljerna var något som togs upp i intervjuerna. En av respondenterna berättade att hon kunde känna ilska över männens beteende. Medvetenheten om att agerandet fick motsatt effekt mot det hon önskade fanns, men verktygen att hantera känslorna saknades.

”... ibland blir man så irriterad på de här männen som kommer med och sätter sig på en stol och så går kvinnan bort där och byter på barnet och gör allt och de sitter bara där och skulle aldrig göra någonting (...). Det är så lätt att man blir arg va och det ska man förstås inte bli. (...) man kan bli hemskt irriterad och då säger jag ingenting för säkerhets skull, för då säger jag bara nånting dumt.”

Kommunikationssvårigheterna kunde således skapa frustration. En möjlig tolkning är att problemet med att inte riktigt nå fram till invandrarfamiljerna, dels på grund av språkbegränsningen, dels även på grund av de kulturella skillnaderna skapade en osäkerhet om ifall de, som distriktsköterskor/barnsjuksköterskor, gjorde ett bra jobb. Hos respondenterna fann vi några uttalanden där vi kunde urskilja ett relativistiskt synsätt på kulturskillnaderna. Här fann vi en djupare förståelse för skillnaderna vilket framkom då flera menade att det svenska synsättet inte var det enda rätta. Genom att vara flexibla kunde arbetsmetoderna anpassas efter varje familjs individuella behov. Det uttalades också en medvetenhet om föräldrarnas autonomi och en vilja att lita på deras egen förmåga och kunskap att veta vad som var bäst för deras barn.

”... man måste hela tiden utgå från familjen, man kan inte säga att nu gör du så. Läs den här boken varje kväll för ditt barn. Alltså finns det överhuvudtaget inte hos dem så måste man hitta något annat som liknar va?”

”Sedan är det ju ofta många som lindar barnens magar, de vill liksom ha stöd när de håller i dem. De tror att det är bra och det är inget som jag säger är fel. Det är säkert jätteskönt att ha den om magen. Men det är olika syn.”

”... men också kanske för att föräldrarna liksom inte riktigt, jag ska inte säga att de inte är engagerade i sina barn men de tycker liksom det funkar, det finns inget att diskutera liksom. Då kanske man också får släppa det själv. Om de inte har upplevt att det är något problem, att barnen fungerar bra, det går bra på dagis och så vidare och så vidare så kanske det inte blir något problem.”

6.2.2 Tolkningar av kulturmötet

Förklaringar till de problem som respondenterna ibland upplevde i sina möten med invandrarfamiljerna skiftade. Genom våra tolkningar framkom det att problemen i stor utsträckning förlades till familjerna vilket innebar att orsakerna till problemet förklarades utifrån någon egenskap hos familjerna. Det berättades om ett problem med dålig uppslutning av invandrarfamiljer till de föräldragrupper och babyverksamheter som anordnades. Orsakerna till den dåliga uppslutningen förklarades av en respondent vara att familjerna helt enkelt inte brydde sig tillräckligt för att komma. Vidare förklaringar som framkom var att invandrarfamiljerna inte prioriterade föräldragrupperna tillräckligt och att de alltid fann någon ursäkt till att de inte kunde komma.

”... nu har det vart Ramadan och då kan man inte komma och sedan kanske de berättar att det blåser för mycket då kan man inte komma och mycket så va.”

”Dom kommer kanske en gång sen kommer dom inte fler gånger, lite tråkigt men det är också lite det här dom prioriterar (...). Man kan komma om man har tid men man prioriteras inte först.”

Emellertid fann vi att en del respondenter arbetade med att försöka finna vägar till att nå föräldrarna för att få dem att komma till de träffar som anordnades. Bland annat genom att försöka se till familjernas egna behov och fråga vad de hade för önskemål. Andra sätt var att försöka få dem att känna sig trygga i grupperna. Detta kunde göras genom att försöka skapa kontakt med mammor som pratade två språk och därmed fungerade som en länk vilket genererade trygghet i grupperna. Föräldragrupper och öppna förskolan uppfattades som viktiga mötesplatser där invandrarkvinnorna fick möjlighet att skapa kontakter.

”... det känns ju liksom härligt det här med för då har det ju liksom blivit en mötesplats och då förhoppningsvis känner den mamman gemenskap och blir stärkt i sin föräldraroll. (...) ...och där (föräldragruppen. *Förf. anm.*) fick hon fina kontakter och det glädde mig mycket...”

Andra vägar till att nå invandrarfamiljerna var genom att vara flexibel i sitt arbetssätt och att försöka finna nya metoder och lösningar. Genom förändringar av arbetsmetoder visade det sig finnas lösningar till en del av de problem som respondenterna upplevde.

”... så många säger att man inte kan ha föräldragrupper med invandrare, men det är klart man kan alltså. (...) Och då säger man att man inte kan ha tolk när man har föräldragrupper, klart man kan alltså. Hos oss kan man för det är inget som är konstigt för oss som är med i vår grupp...”

I vårt analysarbete fann vi att förklaringar till vad som låg bakom skillnaderna i handlingssätt och synsätt varierade bland respondenterna. Det var vanligt att förklaringarna härleddes till familjernas kulturella tillhörighet. Bland annat förklarades vissa ohälsfaktorer i invandrarfamiljernas livsstilar utifrån deras kulturella tillhörighet. Någon berättade att det var vanligt med tjocka barn i familjerna och att hon antog det berodde på att övervikt i deras kultur visade att de hade råd att ge barnen mat. Vidare kunde godis och läskkonsumtion förklarades utifrån kulturell tillhörighet.

”...men på nåt vis så har man i många kulturer att man ska va snäll mot barnen och att man är snäll om man ger godis.”

Emellertid kunde vi hos en del respondenter upptäcka en djupare förståelse för att det kan finnas flera förklaringar till människors handlande. Det komplexa samspelet mellan kulturell tillhörighet och sociala förhållanden kunde lyftas fram.

”De har det jobbigt socialt, de orkar inte alltid ge den stimulansen, har väldigt många barn, barn efter barn, sedan har de ofta kvar de kraven från hemlandet.”

Även om många av respondenterna såg olikheter mellan invandrarfamiljer och dem själva så fann vi uttalanden där ett allmänmänniskt synsätt kom till uttryck. Bland annat betonades det att behoven är de samma för invandrarfamiljer som svenska familjer och att människor egentligen är ganska lika. Att vara förälder var något universellt.

”... annars är det samma oro och samma frågor. Faktiskt som ställs. Alla är ju lika måna om sina barn ju.”

Inställningen till invandrarfamiljerna var olika bland respondenterna. Det yttrade sig bland annat i de bemötanden invandrarfamiljerna fick på BVC-mottagningen. Vikten av att alla i familjen blev sedda och bemötta lika betonades av vissa. Det framkom dock uttryck som vi tolkade som en generaliserande och stereotyp bild av invandrarfamiljen vilket resulterade i att man såg på familjerna som en homogen grupp. En respondent menade att det inte var lönt att lägga krut på männen eftersom de inte praktiskt hjälper till med barnen, utan det är kvinnorna som är det centrala. Även en generaliserade syn på invandrarkvinnorna kom till uttryck.

”För våra mammor klarar liksom inte det här med fem minuter, det fungerar liksom inte och då sätter man dom (barnen. *Förf. anm.*) där (i gästol. *Förf. anm.*) när man lagar mat och så sitter dom där hela dagarna.”

Emellertid fann vi andra uttalanden där vi kunde urskilja synsätt som skilde sig från de kollektiviska. Här betonades individualiteten bland de människor som besökte mottagningarna genom uttalanden om de stora variationer som fanns inom familjer från samma kulturgrupp.

” Alltså, det är ju det att det här området är så blandat med vad man har med sig i bagaget, jag menar vi har ju analfabeter som har bott i bergen och som aldrig gått i skolan ungefär och vi har människor med hög utbildning , så det är ju där skillnaderna ligger, det är ju i deras olika bakgrund, det dom har med sig.”

6.3 Lärande

Under detta tema återges respondenternas syn på reflektion och arbetskollegors stöd. I temat återges även deras syn på erfarenhetsbaserat lärande.

6.3.1 Lärande genom reflektion

I vårt analysarbete framkom det att respondenternas arbetssituation många gånger upplevdes som tung och problemfylld. Möten som upplevdes negativa ledde ofta till tankar efteråt. Mindre lyckade möten kunde ge känslor av misslyckande. Något som genomgående uttrycktes var att diskussion med arbetskolleger eller andra yrkesverksamma inom vården var ett bra sätt att lära sig hantera uppkomna situationer och hämta ny kraft. Samtidigt kunde de få hjälp då en känsla av bristande kompetens infann sig.

”... och att man är två människor man kan diskutera efteråt det är mycket lättare annars har man sån tyngd kvar, det känns tungt efter vissa samtal, det är lättare diskutera tillsammans, hitta nya lösningar. Det tycker jag är bra, att vara två i svåra saker.”

”Åh, jag vet inte hur jag ska göra. Har du nåt bra förslag? Alltså vi pratar väldigt mycket med varandra.”

Behovet att få prata ut och diskutera problematiska situationer var stort för respondenterna. Att få någons annans synpunkt på svårigheter kunde vara en hjälp och ett stöd att gå vidare. Det fanns dock tillfällen då de kände att stödet saknades.

”... där hade man velat ha någon genomgång av vad som gick fel eller hur man skulle ha hanterat det.”

Genom att efteråt tänka över situationer med familjer kunde respondenterna ibland bli medvetna om sitt och familjernas agerande. Medvetandegörandet kunde leda till nya insikter och en större handlingsberedskap.

”... kvittar ju vilken typ av människor det är för att det händer ju alltid någonting i mötet som man försöker tolka och jag menar under tiden man pratar så kanske man lägger märke till saker som man inte har tid att reflektera över då som man måste göra efteråt.
– Vad menar dom egentligen?”

”... sedan så kom man på sig med att jag skulle agera så här istället. Eller det här gjorde jag bra, man måste hela tiden, tycker jag är jätteviktigt, att man analyserar hela tiden vad man, vad som händer i kommunikationen. Att man gör det efter man pratat med familjen.”

Att ha praktikanter från sjuksköterskeutbildningen hos sig sågs av vissa som en positiv tillgång eftersom de kom med ”friska ögon utifrån”. Praktikanternas ifrågasättande upplevdes positivt eftersom det kunde starta en reflekterande process hos dem över bland annat val av arbetsmetoder. Det tolkar vi som en vilja att utvecklas och inte fastna i sitt eget tänkande.

6.3.2 *Lärande genom erfarenhet*

Respondenterna saknade formell utbildning i interkulturell kommunikation. Den kunskap som efterfrågades var faktakunskaper om olika kulturer. Mer kunskap om kulturer antogs bidra till bättre förståelse för och hanterande av olika situationer. Någon menade till exempel att det fanns familjesituationer som skulle ha varit lättare att förstå om bara kunskapen om dem hade funnits. Det betonades dock att det var genom erfarenhet och i mötena med familjerna som det viktigaste lärandet skedde.

”Ja, alltså man lär sig lite från varje, men framför allt så lär man sig av människorna man jobbar med, det är dom som är dom viktigaste kunskapskällorna faktiskt.”

”... i och med att jag har jobbat här så länge så, så har vi ju lärt oss tolka rätt så mycket hur folk uttrycker saker va, jag menar det lär man sig ju så klart, vi har ju jobbat här ute så länge allihopa...”

Respondenterna uppfattade att det fanns ett problem med att kunna omsätta teoretiska kunskaper i till exempel i kommunikationsteknik i det praktiska arbetet. I konkreta situationer upplevdes det inte alltid gå så lätt. Risken fanns därmed att de på grund av osäkerhet föll tillbaka i gamla och beprövade metoder där informerande var en vanlig arbetsmetod.

”Det är ju viktigt det här med kommunikationsteknik, att man har öppna frågor. Visst man vet teoretiskt hur man ska göra, men det är inte så himla lätt alltid.”

Att lära sig av sina kolleger och andra BVC-sjuksköterskor var också en väg till lärande enligt respondenternas förmenande. Det framkom dock att det ibland var svårt med samarbete BVC-mottagningar emellan då bland annat arbetsmetoderna skilde sig åt.

” Men... jag tror att många är så fast i sitt traditionella sätt och jobba. (...) Det finns säkert en del som är intresserade men inte alla ju, så är det ju.”

Respondenterna gick på fortbildningar i olika utsträckning. Att lyssna på människor med egen erfarenhet av invandring eller kulturmöten var något som bland annat uppskattades. Utbildningarna hade skett både genom eget initiativ och erbjudande genom chefer. Det uttalades att det alltid fanns nya saker att lära. Formell utbildning kunde även vara en bekräftelse på ens tysta kunskap som en respondent uttryckte sig. Samtidigt kunde det traditionella sättet leda till att hitta nya metoder som fungerade och som var bättre att arbeta efter än det gamla traditionella där BVC-sjuksköterskans uppgift var att informera människor och berätta för dem hur de skulle göra. En syn på kunskap var emellertid:

”Ja, alltså, frågan är ju om det är så mycket kunskaper som behövs eller om det är ens förhållningssätt som är det viktigaste.”

6.4 Sammanfattning av resultat

Vårt resultat visade att distriktsköterskorna/barnsjuksköterskorna på BVC i sin kommunikation var färgade av sina kulturella bakgrunder. Kommunikationssvårigheterna kunde skapa frustration och missförstånd, såväl språkliga som kulturella var vanliga. Vikten av tydlighet och tolerans för olika synsätt betonades för att underlätta kommunikationen. Den kulturella och språkliga barriären gick att överbrygga genom att skapa en jämbördig dialog. Genom en tro på föräldrarnas förmåga och rätt till självbestämmande kunde föräldrarna få mer ansvar och kommunikationen underlättas. Förtroende var således en viktig faktor som påverkade kommunikationen. Genom att bygga upp ett förtroende kunde samtalen bli ärligare. Det visade sig att invandrarfamiljernas handlande lätt tolkades efter kulturell tillhörighet. Etnocentriska uttalanden med svag förståelse och acceptans för kulturella olikheter förekom. Detta kan sålunda försvåra kommunikationen eftersom det också visade sig bidra till minskad förståelse och acceptans för kulturella olikheter. Samtidigt fanns emellertid exempel på kulturell relativistisk synsätt som kunde underlätta kommunikationen. Den egna kulturen blev inte måttstock för rätt eller fel i samma utsträckning. Ett sådant synsätt kan betraktas som en djupare förståelse för kulturella skillnader.

Stöd från arbetskollegor var av stor betydelse eftersom respondenterna upplevde sin arbetssituation som tungrodd. Reflektion, både ensam och i grupp ansågs främja lärandet och handlingsberedskapen. Samtliga respondenter saknade formell utbildning i interkulturell kommunikation. De upplevde att det var i möten med familjer som nya kunskaper utvecklades. Genom medvetandegörande av den kulturella bakgrundens betydelse för människors handlande kunde emellertid personliga påverkansfaktorer på kommunikationen synliggöras. En reflekterande process kunde starta och eventuellt bidra till en effektivare kommunikation.

7. Diskussion

Barnhälsovården är en verksamhet med stora möjligheter till hälsofrämjande arbete. Vi har för avsikt att kasta ljus över den komplexitet som förekommer vid arbete över kulturella gränser. I diskussionsdelen kopplas vårt resultat ihop med den redogörelse av tidigare forskning samt annan litteraturgenomgång som presenterades i studiens inledning. Diskussionen kopplas även till de teoretiska utgångspunkterna som tidigare redogjorts för. Vi kommer även att stödja diskussionen med ny relevant litteratur. Den är disponerad utifrån resultatets teman för att ge studien en överblickbar struktur.

7.1 Interaktion

Vår studie visade att det fanns brister i den interkulturella kommunikationen. Tidsbrist uttrycktes bland annat som en hindrande faktor för kommunikationen. Ett liknande resultat har även Jansson & Isacson (1995) rapporterat, de skriver att tidsbrist, stress och brist på ersättare vid ledigheter ansågs vara hinder för att bedriva en bra barnhälsovård. Våra respondenter uppfattade att invandrarfamiljernas besök tog mer tid i anspråk än svenska familjers varför de upplevde att det praktiska arbetet med vägning, mätning och vaccinationer fick prioriteras. Ewles och Simnett (1994) anser att en holistisk syn på hälsa är att föredra vid hälsofrämjande arbete. Därmed kan tidsbristen medföra risk för att invandrarfamiljernas hela hälsotillstånd förbises. Samtalstiden med familjerna blev därmed begränsad vilket vi kan se som en bidragande orsak till att de ibland upplevde samtalen med föräldrarna som ytliga. Även om tid ansågs vara en bristvara fanns det dock andra sätt att prioritera tid. Genom att avsätta tillräckligt med tid till mötet skapades möjligheter att bygga upp en djupare relation vilket torde bidra till att den holistiska hälsosynen kan beaktas i större utsträckning.

Förutom tidsbrist och språkbegränsning fanns möjligen hos våra respondenter också en osäkerhet om de pedagogiska kunskapernas tillräcklighet för hanterandet av kulturskillnader i det konkreta arbetet. Hälsoövervakningen innefattar uppgifter som respondenterna är väl förtrogna med medan kulturskillnader, som kan bli tydliga vid information och vägledning, eventuellt kan medföra en känsla av osäkerhet över om den egna kompetensen är tillfredsställande. Enligt Svederberg & Svensson (2001) kan lyhördhet och beredskap för att hantera kulturell variation ökas genom att utveckla en interkulturell kommunikativ kompetens.

I vårt resultat framkom det att tid uppfattades som kulturbundet. Olika mycket förståelse för kulturskillnaden uttalades. Det kan i sin tur skapa olika förutsättningar för familjernas förståelse och lärande. Enligt Robinson och Gilmartin (2002) kan interpersonella processer som stereotyper medföra hinder för interkulturell kommunikation. Ett uttalande i vår studie handlade om att fördomar om vissa kulturgruppers syn på tid hade bekräftats genom erfarenheter. Enligt Stier (2004) är uttalanden om grupper eller kulturer i allmänna termer övergeneraliseringar och tyder på att kunskap om människors individualitet saknas. Det bör dock som vi ser det poängteras att vi är medvetna om att det förekommer faktiska skillnader i hur olika kulturgrupper tolkar och uppfattar världen varför en uppfattning om kulturella skillnader avseende tid inte behöver vara oriktig. Ett annat uttalande innefattade inte däremot någon förståelse för att det fanns andra sätt att uppfatta och förhålla sig till tid genom att det förklarade skillnader i att passa tider utifrån bristande ansvars känsla i invandrarfamiljen. Enligt Stier (2004) är det genom socialiseringsprocessen som det egna kulturella rastret lärs in. Det kulturella rastret innefattar kulturspecifika synsätt som bland annat påverkar

människans handlande. I kulturmöten kan de olika synsätten bli tydliga eftersom de inte överensstämmer. Säljö (2000) menar vidare att människor agerar inom ramen för praktiska och kulturella sammanhang samt den direkta eller indirekta interaktionen med andra. Det medför att det finns många föreställningsvärldar där människor utvecklas och lär sig. ”Samma” företeelse kan därför förstås på olika sätt. Därmed kan just en faktor som tid uppfattas på olika sätt av olika människor från skilda kulturgrupper. En förståelse för sådana omständigheter ledde enligt en respondent till hennes insikt att det fanns olika tidsuppfattningar. Genom att hon valde att göra föräldrarna medvetna om vikten av att passa tider bidrog hon till att familjerna hade möjlighet att få förståelse för problemet vilket i sin tur påverkade deras handlande. Enligt Säljö (2000) har människan i varje situation möjlighet att ta till sig kunskaper. Han menar vidare att människan själv aktivt konstruerar sin förståelse för omvärlden samt skapar meningsfulla helheter av de sinnesintryck som mottas därifrån. Vi ser därmed sköterskans agerande som en möjlig hjälp till föräldrarnas kunskapsutveckling och assimilation i samhället.

Språkbegränsningar medförde att respondenterna upplevde det fanns svårigheter att få en dialog med invandrarfamiljerna. Enligt Vygotsky (1987) är det genom samspel mellan människor som kunskap överförs. Risken med att inte ha en dialog är därmed att den pedagogiska verksamheten begränsas och det hälsofrämjande arbetet försämras. Några av respondenterna löste kommunikationssvårigheterna genom att bolla över ansvar till föräldrarna och mer lyssna in vad föräldrarna kände att de hade behov att samtala om. Dialogen bildar bland annat autonoma individer som själva kan bedöma, argumentera och reflektera (Molander, 1996). Freire (1972) anser att människor måste mötas på ett jämlikt plan om sann dialog skall kunna uppnås. Vidare anser Freire att det är viktigt att ingen i sann dialog anser sig som mer kunnig utan att dialogen grundar sig på en stark tro på människan. Genom att inte informera och prata så mycket utan vänta in föräldrarna och visa tilltro till deras förmåga att se vad som är bäst för sina barn, visade respondenterna empati som gjorde samtalen mer jämbördiga. Enligt Dewey (1999) kan det medföra en gemensam förståelse och verklig delaktighet. Även Molander (1996) ser dialogen som ett upprätthållande av ömsesidig förståelse och upprätthållande av en gemenskap. Samtidigt anser vi att föräldrarnas självkänsla kan öka och att respondenternas upplevelse av kulturella olikheter därmed kan hanteras på ett bättre sätt.

Det var vanligt med missförstånd i samtalen med invandrarfamiljerna. Enligt Samovar och Porter (2001) skapar olika kulturella erfarenheter olika förväntningar på och former av kommunikation. Komplexiteten i interkulturell kommunikation gör därmed att risken för missförstånd ökar (Stier, 2004). Respondenterna uppgav att de var medvetna om den egna kulturens påverkan på deras handlande. De kunde emellertid inte konkretisera detta med exempel. Frykman och Löfgren (1979) menar bland annat att kulturella djupstrukturer kan vara svåra att synliggöra både för kulturbäraren och externa personer. Även Wellros (1998) menar att den egna kulturen kan vara svår att problematisera då den införlivats genom en internaliseringsprocess hos individen. Genom denna process blir den egna kulturen osynlig och individens verklighetsuppfattning betraktas av denne som självklar. Vi uppmärksammade att kulturskillnader försvårade samtalen med familjerna. Etnocentrismen visade sig vara påtaglig. En holländsk studie har visat att orsaken till kommunikationssvårigheter mellan olika kulturer bland annat är just kulturella olikheter (Harmsen et al. 2003). En bra kommunikation mellan människor med olika kulturell, etnisk och religiös bakgrund är enligt Bergstedt och Lorentz (2004) något som individen måste lära sig eftersom det inte är något som är ”givet av naturen”. Detta förutsätter kunskap om sig själv samt om dem man vill kommunicera med. För att kunna erbjuda stöd och tolka behov måste sjuksköterskorna i barnhälsovården känna sin egen kultur (Sjölander & Stenhammar, 1991). Saknas den

kunskapen kan det innebära att familjernas individuella behov av service, stöd och vård inte uppmärksammas vilket medför att Socialstyrelsens (1991) uppsatta delmål för barnhälsovården åsidosätts.

Att bygga upp en relation och ett förtroende visade sig vara en viktig faktor för samspelet mellan distriktsköterskorna/barnsjuksköterskorna och familjerna. De skall ha kontakt med varandra under flera år och om relationen genomsyras av en känsla av förtroende för varandra kan samtalet bli mer uppriktigt. Det förekom situationer då respondenterna valde att inte påtala vissa olägenheter, som de ansåg var mindre bra för barnets hälsa, för föräldrarna. De uppgav att de var rädda att det kunde bidra till att förtroendet de byggt upp skulle skadas. Det är möjligt att personalen upplevde en kluvenhet mellan medvetenheten om det omvårdnadsansvar deras profession innefattar och föräldrarnas autonomi. Det är ett problem som Sachs (1992) har uppmärksammat. Hon menar att det kan uppstå en ambivalens mellan sjuksköterskans kompetens och hennes kunskap om människans självbestämmande, autonomi och identitet.

7.2 Att bemästra det kulturella mötet

Många av respondenterna upplevde kommunikationen med invandrarfamiljerna som problemfylld på grund av de kulturella skillnaderna. Vissa gav uttryck för ett etnocentriskt synsätt då de utgick från den egna kulturens handlingssätt och normer. Bland annat menade flera av respondenterna att invandrarföräldrar inte läser för sina barn eller att gränssättningarna är slappa. Uttalandena tolkar vi som en jämförelse med de svenska normerna. Enligt Gudykunst och Kim (1997) så är inte etnocentrism något avsiktligt hos individen utan något som tillägnas i socialisationen. Vidare menar Lundberg (1991) att etnocentriskt beteende ursprungligen är något naturligt och därmed inte kan betraktas som oacceptabelt. Det viktiga är enligt Stier (2004) att det finns en medvetenhet om egen etnocentrism och att risker i mötet med andra kulturer synliggörs. Vidare är det viktigt att kritiskt kunna granska sig själv och den egna kulturen så att en medvetenhet om hur den påverkar individens synsätt, tolkningar och verklighetsuppfattningar blir tydlig. Ur ett sociokulturellt perspektiv är det självklart att det finns skillnader i människors uppfattningar om omvärlden likaså varierar kulturella normer och förväntningar som ställs på barnen (Säljö, 2000).

Enligt Almqvist och Broberg (2000) skiljer sig synen på barnuppfostran i olika kulturer på grund av att det finns olika ändamål med fostran. Olika kulturer uppmuntrar olika egenskaper hos barnen. Att sjuksköterskorna i barnhälsovården blir medvetna om sin egen etnocentrism och dess effekter menar vi är väsentligt eftersom vi anser att det påverkar hur människor bedöms och därmed blir bemötta. Självreflektion menar även Lundberg (1991) är viktigt för att kunna uppnå en god interkulturell kommunikativ kompetens. Enligt Bergstedt och Lorentzon (2004) är det viktigt att individen blir medveten om att den har ett eget sätt att uppfatta sig själv och omvärlden som grundar sig i den uppfostran och de kulturella värderingar som individen vuxit upp med. Genom att försöka upptäcka de värderingar och värdeinriktningar som uppfattas av individen tillhöra den egna kulturen kan den omedvetna etnocentrismen synliggöras. Vidare kan individen genom att problematisera den egna kulturen, exempelvis västerländsk kulturtradition, upptäcka en tradition av västerländskt tänkande som formulerats i humanistiska termer vilka tolkats som universella och därmed ligger till grund för den egna etnocentrismen.

Vi uppmärksammade att respondenterna hanterade uppkomna kulturskillnader på olika sätt. Någon gav uttryck för en negativ inställning till det första hembesöket hos familjen då det skilde sig från ett hembesök hos en svensk familj. En annan gav dock en mer positiv syn på hembesöket

och upplevde inte skillnaderna som störande. En möjlig tolkning är, att det här är fråga om skillnader i personligheter som är avgörande för hur upplevelserna hanteras. Gudykunst och Kim (1997) menar att skillnader i personligheter kan utgöra hinder eller främja utveckling av interkulturell kompetens. Enligt dem kan vissa människor reagera på något oförutsett genom att känna sig obekväma. Även Lundberg (1991) menar att personliga skillnader som till exempel attityder, tidigare erfarenheter och personlighetstyp kan vara avgörande i mötet med andra kulturer. Det psykologiska rastret baserat på tidigare upplevelser påverkar individen genom att skapa förväntningar på den verklighet vi närmar oss. De här kognitiva förväntningarna påverkar vår förmåga att se och förutsäga saker som omger oss (Stier, 2004). Här menar vi att de upplevelser som betraktas som oförutsedda kan leda till att individen känner sig osäker och inte vet hur situationen skall bemästras vilket kan leda till känslomässiga inställningar, attityder, av negativ karaktär. Vi ser en risk att attityden kan leda till beteenden och handlingar som är ogynnsamma för mötet med invandrarfamiljen. På sikt kan det ge negativa följder på deras hälsotillstånd. Detta stöds av Stier som menar att kognitiva samt emotiva faktorer är påverkansfaktorer till människors handlingssätt. Vidare menar Stier att attityden ofta innefattar handlingsbenägenhet vilket leder till ett typiskt handlingsmönster gentemot föremålet för attityden. Diskussion och tydliggörande av attityder kan kasta ljus över tillvägagångssätt i arbete där möte med invandrarfamiljer sker.

Kulturskillnaderna visade sig kunna framkalla känslor som respondenterna tyckte var svåra att hantera. Könscrollerna var ett exempel på detta. Enligt Stier (2004) är det viktigt att känslomässiga kompetenser utvecklas så att en förståelse för hur de här känslorna kan påverka kulturmöten finns. En respondent kunde känna ilska inför de olika könscroller som fanns inom familjerna. Känslorna kunde medföra att ämnet undveks i samtalen. Enligt Dewey (1996) kan situationer som känns svåra att hantera få människor att bete sig på olika sätt. Antingen undviks situationen, aktiviteten avslutas eller så tar individen tag i den. Genom reflektion kan ny kunskap vinnas om hur situationen skall hanteras.

En djupare förståelse för olikheter kom dock också till uttryck i respondenternas utsagor. Här kunde vi se ett relativistiskt synsätt vilket ledde till att respondenterna i större grad kunde bemästra de olikheter som upplevdes. Genom att anamma ett relativistiskt synsätt menar Stier (2004) att det som uppfattas som paradoxalt istället bli begripligt. Om förklaringar till handlingsmönster och beteenden söks i kulturella och personliga motiv kan de endast värderas utifrån de sammanhangen. Genom ett relativistiskt synsätt blir det centrala inte att hitta det som är rätt eller fel utan på vilka olika sätt en handling eller ett beteende kan tolkas. Ur ett sociokulturellt perspektiv finns det många olika föreställningsvärldar där människor utvecklas och lär vilket får till följd att människor har olika sätt att förstå och tolka verkligheten (Säljö, 2000). Lundberg (1991) menar att det finns attityder och personliga egenskaper som är gynnsamma i förhållande till olika kulturer. Bland annat menar han att flexibilitet utgör en gynnsam egenskap vilket också var en egenskap som lyftes fram av en respondent som en bidragande förklaring till lyckade arbetsmetoder.

I vårt resultat framkom det att respondenterna hade olika förklaringar till de synsätt och handlingssätt som de upplevde. Att härleda till familjernas kulturella tillhörighet visade sig vara vanligt. Tendensen att endast se kulturen som orsak till beteenden betecknas som kulturalism och ger enligt Daun (1999) en felaktig bild av verkligheten. Daun menar att det är viktigt att se till alla de faktorer som påverkar människors beteende vilket även innefattar sociala och psykologiska faktorer. Även Stier (2004) menar att det finns en risk att använda kulturen som enda förklaring till människors handlande då det kan ge en grovt förenklad och dåligt underbyggd bild av orsakssamband. Respondenternas benägenhet att förlägga orsakerna till kulturell tillhörighet kan möjligen ha en psykologisk förklaring. För att få en sammanhängande förståelse

av livet har människor en tendens att tänka i orsakstermer. De känslomässiga reaktionerna påverkas av huruvida orsakerna förläggs till inre eller yttre faktorer, eller hos faktorer som går att kontrollera eller inte. Det finns även en tendens att attribuera andras beteenden till personlighetsfaktorer och egna handlingar till situationsfaktorer (Lundh, 1999).

I vårt resultat fann vi att vissa ohälsosamma kostvanor såsom hög godis- och läskkonsumtion och övervikt härleddes till kulturell tillhörighet. Sådan konsumtion är emellertid ett problem som uppmärksammats även bland svenska ungdomar (Socialstyrelsen, 2001). Enligt socialstyrelsen finns andra samband som till exempel socioekonomisk status och fettintag vilka kan ge en andra förklaring till överviktiga barn i invandrarfamiljer. Här menar vi att det är viktigt att reflektera över hur vissa handlingsmönster hos invandrarfamiljerna förklaras då vi finner detta betydelsefullt för att kunna förebygga ohälsa. Orsaksförklaringarna visar även på västvärldens tendens att vilja förklara sjukdom utifrån individers livsstil och egenskaper, vilket medför att individer skuldbeläggs (Socialstyrelsen, 1999). Stier (2004) menar att förklaringarna till mänskligt handlande måste sökas i samspelet mellan personlighet, sociala missförhållanden och kulturell tillhörighet. Vidare betonas reflektionens betydelse av Dewey (1996) som menar att den kunskap som människan vinner i en problemsituation beror på *hur* den granskas. Sättet som människan granskar en situation är selektivt och innebär ett val bland olika undersökningsmetoder. Dewey menar att genom ett reflektivt tänkande där omsorgsfulla överväganden över varje föreställning görs kan människan vinna ny kunskap om situationen

7.3 Lärande

Våra respondenter upplevde många gånger sin arbetssituation som tung och problemfylld. Kolleger och andra yrkesverksamma inom vården uppgavs vara ett stöd och en kunskapskälla för dem. Även Schön (1983) menar att professionell kunskap finns att hämta i praktiken. Våra respondenter möter, i sin yrkesprofession, många familjer med olika problem och frågor. Då det även kan uppstå kulturkrockar, utöver de andra arbetsuppgifterna, kan problemen få en annan karaktär och sammantaget kan problemsituationer möjligen upplevas mer komplexa och svårhanterliga. Möjligen kan även situationer som annars inte skulle upplevas som problematiska kännas problemfyllda. Molander (1996) menar att många praktiskt verksamma utför problemlösning i en mycket vid mening. Enligt honom skall de hantera problematiska situationer vilket innefattar situationer som karaktäriseras av till exempel osäkerhet och värdekonflikter. Genom reflektion ser vi att till exempel problemfyllda situationer bör kunna hanteras på så sätt att kunskap utvecklas som i sin tur ger en bättre handlingsberedskap i liknande situationer. Molander poängterar också att det är viktigt att inse att situationer *ges* mening och att problem *skapas* och att meningsgivande och problemskapande är ett *kunskapsområde*. Freire (1974) menar att ny kunskap utvecklas genom att individen reflekterar över sitt sätt att orientera sig i omvärlden. Reflektion kan även bidra till ett medvetandegörande om sig själv och sin omvärld (Egidius 2000) vilket vi ser som ett viktigt steg mot ett relativistiskt tänkande och en bättre fungerande interkulturell kommunikation.

Våra respondenter uppgav att det var viktigt att själv försöka analysera och tolka de olika situationerna som mötena med familjerna innebar. Det var viktigt att försöka fundera på både på det som gått mindre bra och på det som gått bra i en situation. Genom respondenternas insikt i vikten av att reflektera över möten som inte varit lyckade kan värdefull kunskap fås. Enligt Dewey (1996) kan en person som reflekterar lära sig lika mycket av misstag som sina framgångar. Det framkom av resultatet att respondenterna ansåg att det var betydelsefullt att reflektera både i själva mötet men även efteråt. Enligt Schön kan reflektion ske i samband med situationen eller efteråt (Molander, 1996). Han menar att genom reflektion-i-handling

reflekterar individen över de insikter som legat implicit i handlingen. Genom denna process upptäcker individen insikterna som kan rekonstrueras i fortsatta handlingar. Denna process är central då den leder till att individen kan hantera nya osäkra situationer på ett bra sätt (Schön, 1983). Genom reflektion kan respondenterna finna nya lösningar på de problemsituationerna som de möter. Enligt Dewey är verkligheten föränderlig vilket innebär att människan ställs in för nya situationer där inga lösningar finns att tillgå på förhand (Stensmo, 1994). Vidare kan reflektionen innebära att distriktsköterskorna/barnsjuksköterskorna inte fastnar i gamla invanda arbetsmetoder. Detta var något som våra respondenter också påpekade bland annat relaterat till värdet av att ha praktikanter från sjuksköterskeutbildningen hos sig. Praktikanternas ifrågasättande kunde starta en reflekterande process hos dem. Illeris (2001) menar att reflektionen kan leda till att inarbetade rutiner överskrids och därmed leder till nya handlingar. Även Schön (1983) menar att praktikern kan genom reflektion över sina handlingar, få en ny förståelse för ett fenomen vilket leder fram till ny beskrivning av det och som sedan kan leda fram till en ny teoribildning.

Våra resultat pekade på att distriktsköterskorna/barnsjuksköterskorna såg erfarenhetslärande som en viktig kunskapskälla. Flera av våra respondenter hade också arbetat i många år inom barnhälsovården varför det med säkerhet fanns en stor andel tyst kunskap. Den här underförstådda kunskapen ligger, enligt Schön (1983), i handlingen och visar sig i intuitivt. Reflektion kan göra att praktikern kan granska den tysta kunskap som upprepade situationer gett honom. Vidare kan reflektion medföra att risken för att handlingarna blir till en vana och utförs slentrianmässigt minskar. Enligt Dewey medför det slentrianmässiga handlandet att tänkandet upphör och handlandet sker automatiskt vilket blir ett problem då verkligheten är föränderlig. Människan måste därför ständigt ompröva sitt vetande och uppfattningar (Stensmo, 1994). Vi anser att det är av betydelse både för individernas möjlighet att objektivt granska sig själva och sina egna handlingar men även sina arbetskollegers. Därigenom antar vi att kunskapsväxlandet kan bli större och generera större handlingsberedskap för nya situationer. Reflektion kan också som vi ser det ge våra respondenter de verktyg som vi har tolkat som bristfälliga i framför allt kommunikationen med familjerna.

Vi ser med fördel att reflektionsprocesser sker både på egen hand och i mer organiserad gruppverksamhet för att kunskapsbildningen och medvetandegörandet ska bli som störst, också med tanke på våra respondenters utsagor om kollegernas roll som kraft- och kunskapskälla. Vi ser organiserade diskussionstillfällen som ett forum där de skulle kunna få möjlighet att utveckla sin kompetens och hämta nya krafter. Genom att kommunicera sina erfarenheter och tankar kan de få nya innebörder. Reflektion kan enligt vår mening också hindra stagnering vilket stöds av Schön då han menar att en reflekterande praktiker är uppmärksam och lär samtidigt som han handlar vilket medför erfarenheterna förändras (Molander, 1996). Enligt Stensmo (1994) förändras verkligheten ständigt och försätter människan i nya problemsituationer, därför menar vi att kunskaperna ibland måste omvärderas för att de ska finnas möjlighet att följa den förändringstakt som samhället har. Det kan vara viktigt för våra respondenter och den profession de tillhör och den arbetssituation de befinner sig i.

Flera av respondenterna efterfrågade mer faktakunskaper om andra kulturer. De såg fakta som en väg till ökad förståelse och bättre hantering av kulturmöten. I några kulturer fanns enligt våra respondenters erfarenheter familjekonstellationer som var svåra att förstå. McNaughton (2002) menar att faktabaserade kunskaper är viktigt för att utveckla en interkulturell kompetens. Det är betydelsefullt att lära om gemensamma områden som finns i alla kulturer men där förhållningssättet skiljer. Ett av dessa möjliga områden anser vi kan vara just familjebildningen som finns i de flesta kulturer men där formen kan skilja. Enligt Almqvist

och Broberg (2000) kännetecknas familjeformen i Sverige av kärnfamiljen medan den utvidgade familjen är vanlig i många andra länder. Att distriktsköterskorna/barnsjuksköterskorna får tillfälle att lära om de här skillnaderna anser vi betydelsefullt. Genom kunskap om familjeformen kan alla som är betydelsefulla för barnet bli synliggjorda och därmed stötta det sociala nätverket kring barnet. Detta betonas även av Shulpen (1996) som menar att den utvidgade familjen kan utgöra ett positivt stöd för invandrabarnets utveckling då lojaliteten mot familjemedlemmarna hjälper det att utveckla sociala färdigheter.

Några respondenter menade att det inte var lönt att ägna sig åt männen eftersom de inte hjälper till med de praktiska bestyren av barnet. Vi ser en möjlig risk med den inställningen eftersom mannen kan tänkas ha en annan roll i familjen som skiljer sig från våra västerländska förväntningar på mannen. Mannens betydelse för barnet behöver dock inte vara mindre. Här ser vi också att kunskap om familjeformen och dess medlemmars roller är av stor betydelse för våra respondenter så att generaliseringar inte påverkar rådgivningen och den hjälp som föräldrarna kan tänkas behöva i sitt föräldraskap. Det betonas dock av Bonder, Martin och Miracle (2001) att endast faktabaserade kunskaper inte är tillräckliga eftersom enbart kulturen inte kan förklara en individs beteende. Även Stier (2004) menar att det finns en risk med faktabaserade kunskaper om olika kulturer eftersom de ofta har ursprung i förenklingar och generaliseringar. Vi instämmer med Stier och Bonder, Martin och Miracle (2001) då de menar att kulturen är dynamisk och utvecklas av människor i en kontext av tid och rum vilket innebär att kulturen ständigt förändras vilket gör att enbart faktabaserade kunskaper är otillräckliga. Detta innebär att personalen skulle kunna ha nytta av en djupare kunskap gällande kulturmöten.

En möjlig orsak till att våra respondenter inte uttryckte ett behov av djupare kunskaper och färdigheter för att kunna bemästra kulturmöten kan vara deras personliga etnocentrism. Samovar och Porter (2001) anser att för att utveckla en bra interkulturell kompetens bör individen känna till, sina egna perceptioner och attityder och vilket agerade det leder till. Även Stier (2004) menar att självkännedom och självdistans är betydelsefullt för att undvika ett alltför etnocentriskt synsätt. Reflektion av bland annat värderingar, attityder och handlande anser vi ger möjlighet till en utveckling av lärandet. Det bör därmed också göra det lättare att ta steget mot ett mer kulturellrelativistiskt synsätt som vi tolkat som en faktor som bör underlätta kommunikationen med invandrarfamiljerna.

De flesta av våra respondenter menade att det alltid fanns nya saker att lära, oavsett om det handlade om fortbildningar av olika slag eller genom erfarenhet. De gick på fortbildningar i olika utsträckning. Några hade tagit eget initiativ till utbildningarna och andra hade blivit erbjudna genom chefer. Möjligen tyder det på att den personliga inställningen till kunskap varierade bland våra respondenter. Våra respondenter ansåg att kunskap genom erfarenhet var det som påverkade deras lärande mest. Människorna runtomkring, både invandrarfamiljerna och kolleger, var de största kunskapskällorna. Deras utsagor tolkar vi som uttryck för en form av livslångt lärande. Enligt Svederberg och Svensson (2001) är lärande en livslång process som pågår hela livet. Därmed är lärande inte avgränsat till formella utbildningsperioder. Svederberg och Svensson menar också att andra människor, däribland arbetskamrater ofta ses som en resurs i det egna lärandet. Vilket också stöds av Säljö (2000) som menar att miljöer där de mest grundläggande färdigheterna och insikterna förvärvas kan vara till exempel bland arbetskamrater. Vidare menar Svederberg och Svensson (2001) att informellt lärande och livslångt lärande är det som sker genom erfarenhet och i samspel med människor i omgivningen. Detta styrks av Vygotskys (1987) som menade att kunskapen finns mellan människorna i sociala samspel. Säljö (2000) betonar även språkets betydelse för kunskapsutveckling eftersom vi med dess hjälp samlar och kommunicerar erfarenheter. Även

Dewey (1916) betonar kommunikationens betydelse för människans kunskapsutveckling. Genom kommunikationen påverkas människornas erfarenheter. Här menar vi att det är viktigt att den erfarenhet och kunskap som finns hos distriktsköterskorna/barnsjuksköterskorna ses som en resurs som tas till vara och synliggörs genom till exempel pedagogiska diskussioner.

Enligt Schön (1983) finns den professionella kunskapen att hämta i praktiken, i handlingarna. Vikten av att diskutera sina erfarenheter betonas av Moxnes (1993) men samtidigt ser han att det finns en risk med erfarenhetslärandet. Enligt Moxnes ger erfarenhetslärande kunskaper som fungerar, men det betyder inte att det är sann kunskap eftersom kunskapen genomsyras av det som är meningsfullt för den som lär. Detta resonemang kan även härledas till den konstruktivistiska synen på kunskap som menar att kunskapen är subjektiv och måste sättas i samband med den enskilda individens erfarenheter och intressen (Bergstedt & Lorentz, 2004). Detta kan, enligt Moxnes (1993) innebära att generaliseringar görs på ett för litet erfarenhetsmaterial. Moxnes resonemang kan ha betydelse för våra respondenter och deras syn på lärande då det förekom etnocentriska synsätt. Vid förutfattade meningar eller attityder måste det, enligt Moxnes, ibland ske ett ”avlärande”. Men det menar han att man lär att mycket inte är som man tror. ”Avlärande” kan framkalla många känslor, skriver han, som till exempel hjälplöshet och förvirring. Han anser att det är viktigt att människor på en arbetsplats får tillfälle att diskutera sina erfarenheter med varandra då han ser en bra arbetsgrupp som aktiv, produktiv och skapande. I enlighet med Moxnes tankegångar betonar vi därför att våra respondenter får möjlighet till diskussion och reflektion. Genom att diskutera i grupp kan erfarenheter och kunskaper på ett aktivt sätt synliggöras, samtidigt som nya kunskaper i ett kommunikativt sammanhang kan bildas.

7.4 Slutsatser

Vår studie visade att den personliga etnocentrismen färgade våra respondenters arbetsmetoder och kommunikation med invandrarfamiljer. Etnocentrismen har vi tolkat som en hindrande faktor för kommunikationen som bör synliggöras. Genom att medvetandegöra hur den egna kulturen präglar tankar, värderingar och handlande finns goda möjligheter till en ökad förståelse och kunskap, både vad gäller det egna beteendet och andras. Därmed torde också orsaksföreställningar tolkas på ett mer rättvisande sätt och risken för felaktiga slutsatser minska. Studien visade också att mer relativistiska tankegångar kunde underlätta arbetssituationen och kommunikationen.

Vi förordar därmed ett relativistiskt synsätt och en strävan efter ökad förståelse i kulturmöten. Genom att inte leta olikheter utan se det gemensamma och visa intresse för olikheter visade vår studie att effekterna av språkbarriären kunde minska och det hälsofrämjande arbetet prioriteras. Att vara förälder innebär i stort samma glädje, oro och funderingar oavsett kulturell tillhörighet. Sjuksköterskorna i barnhälsovården har goda möjligheter att tidigt upptäcka problem som rör barnet och verksamheten bör kännas som en naturlig plats att vända sig till som förälder för att få råd och stöd. Då vår studie visade brister i den interkulturella kommunikationen ser vi gärna att kulturmötesproblematiken i barnhälsovården uppmärksammas. Sjuksköterskorna i barnhälsovården bör få förutsättningar att utveckla erforderliga kunskaper och verktyg i förhållande till de behov de möter i praktiken. Människan är föränderlig och kulturen är dynamisk. Lärande sker i samspel varför tid för reflektion och diskussion bör avsättas. På så sätt kan det ske en kunskapspridning som i sin tur kan ge verktyg för att underlätta det praktiska arbetet.

Med tanke på det mångkulturella Sverige och vårt resultat ser vi också gärna att komplexiteten i kulturmöten i vården diskuteras och får en högre prioritet i sjuksköterskeutbildningen och vidareutbildningen till distriktsköterskor och barnsjuksköterskor. Vi menar att den teoretiska förankringen vad gäller kultur och lärande på så vis kan bli större. På så sätt torde hälsoarbete kunna bedrivas utifrån ett mer allmänmänskligt perspektiv med interkulturellt kompetent personal.

7.5 Metoddiskussion

Då syftet med studien var att belysa distriktsköterskorna/barnsjuksköterskornas upplevelser valde vi en kvalitativ forskningsansats i form av intervjuer. Vi fann metoden lämpad eftersom vi kunde ställa följdfrågor och därmed få en djupare förståelse för respondenternas upplevelser. Kvale (1997) menar att den kvalitativa forskningsintervjun är *”en unikt känslig och kraftfull metod för att fånga erfarenheter och innebörder ur undersökningens vardagsvärld”* (s. 72). Genom intervjun kan människan med egna ord och ur ett eget perspektiv förmedla sin situation. Vi ansåg att bådas närvaro vid samtliga intervjutillfällen bidrog till att vi kunde dra nytta av varandras kunskap och synsätt både vid intervjutillfället i form av uppföljande frågor men även i analysarbetet. Enligt Kvale är intervjuaren själv forskningsverktyget i den kvalitativa forskningsprocessen vilket ställer krav på intervjuaren. En god intervjuare bör vara väl insatt i ämnet för intervjun samt i mänskligt samspel. Vi försökte sätta oss in i ämnet för uppsatsen i den mån vi kunde genom att läsa forskning och annan litteratur inom området för att på detta sätt få en större förståelse för vårt problemområde. Dock kan vi inte hävda att vi är några ”experter” inom området som Kvale förordnar. Vidare menar Kvale att det är genom erfarenhet som det främsta lärandet av en god intervjuare sker. Därför ser vi även vår datainsamling som en läroprocess för oss. En del frågor rörande datainsamlingsmetoden har framkommit under vår arbetsgång. Något som vi diskuterat är om observation av några möten mellan distriktsjuksköterskan/barnsjuksköterskan och familjerna hade kunnat ge oss en större inblick och därmed förståelse för deras upplevelser. Vidare fann vi att antalet intervjuer, åtta stycken, kunde ha utökats eftersom vi inte upplevde mättnad, det vill säga även den åttonde intervjun tillförde ny kunskap. Detta kan innebära att viss kunskap inte blivit belyst.

Samtliga intervjuer ägde rum på BVC-mottagningarna vilket innebar en välkänd och trygg miljö för respondenterna. Den första intervjun fick fungera som en provintervju för att se om modifiering av intervjuguiden behövdes. Detta för att stärka studiens validitet eftersom vi på detta sätt kontrollerade att de svar vi fick speglade vårt syfte. Inga ändringar gjordes dock efter denna intervju. Vi fann att vi fick en bra spridning gällande ålder och arbetserfarenhet bland de intervjuade. Detta tror vi också kan ha bidragit till att samtliga intervjuer tillförde ny kunskap. Valet av BVC-mottagningar i invandratäta områden gjordes för att respondenterna skulle ha erfarenhet och kunskap gällande möten med invandrarfamiljer. Alla intervjuer spelades in på band utom en då respondenten inte ville att intervjun bandades. Användandet av bandspelaren underlättade vid intervjuerna eftersom koncentrationen helt kunde ägnas åt intervjun. Den intervjun som inte spelades in fick således antecknas av en av oss som därmed inte hade möjlighet att helt ägna sig åt det som sades på samma sätt. Vidare blev citering från denna intervju begränsad.

Analysen utgick från ett hermeneutiskt inspirerat perspektiv vilket innebar att utskrifterna tolkades med syfte att försöka uppnå en förståelse för textens mening. Först lästes intervjuerna i sin helhet för att skapa en övergripande förståelse. Därefter lästes texterna i delar där sökandet gällde innehåll av likartad karaktär. Likartat material sammanfördes och

tolkades i nya enheter som vi kallat teman. Sammantaget bildar temana en ny helhet, det vill säga vårt resultat. Analysen av texterna gjordes av oss båda, först var och en för sig och sedan gick vi tillsammans igenom våra tolkningar. Då vi mestadels hade samma tolkningar av materialet anser vi att vårt arbetssätt har bidragit till att stärka vårt resultat och därmed studiens reliabilitet eftersom Kvale (1997) menar att flera utolkare ger en viss kontroll för att förhindra en alltför ensidig subjektivitet vid analysen. Dock innebär den konstruktivistiska kunskapssynen att kunskap om människan inte ses som objektiv utan som en social konstruktion av verkligheten (Bergstedt & Lorentz, 2004). Detta innebär enligt Kvale (1997) konsekvenser för den kvalitativa forskningen där sökandet efter säker och sann kunskap ersätts av en föreställning om försvarbara kunskapsanspråk. Därför menar Kvale att en studies validering är beroende på forskarens hantverksskicklighet och trovärdighet. Genom kritisk granskning och ifrågasättande av våra analyser anser vi att vi har bidragit till god validering av den kunskap som vår studie lett till.

Några övergripande reflektioner om vår metod har infunnit sig under studiens gång. Vi har vid några tillfällen funderat över om vi inte själva fallit för det som Stier (2004) kallar för olikhetsfällan och problemfällan. Olikhetsfällan innebär att det i diskussion om kulturmöten sker en inriktning på skillnader och alltför litet på likheterna. Vidare innefattar problemfällan att kulturmöten per automatik förutsätts leda till problem. Vi har vid några tillfällen känt att det fokuserats på problem och skillnader under intervjuernas gång beroende mestadels på respondenternas berättelser men även kanske till viss del på grund oss. Det var inte vår avsikt vilket medfört funderingar och diskussioner mellan oss. Vidare vill vi framhålla att vi är medvetna om att resultatet i vår studie är baserat på våra tolkningar. Vi är precis som alla andra en produkt av den kultur vi vuxit upp i vilket innebär att de tolkningar vi gjort kanske av någon annan med ett annat kulturellt raster än vårt blivit annorlunda.

7.6 Folkhälsopedagogisk relevans

Som folkhälsopedagoger, tillika mammor, ser vi hälsofrämjande arbete bland barn och ungdomar som en betydelsefull del i arbetet för landets folkhälsa. Ett av WHO:s mål är att barn ska få en hälsosam start i livet (WHO, 1999). Barn är en sårbar grupp med liten möjlighet att kunna påverka sin egen situation (Folkhälsoinstitutet, 1999). Dessutom grundläggs vuxna människors hälsa under fosterstadiet och den tidiga barndomen (WHO, 1999). I Sverige är anslutningen till vården vid BVC nära 100 procent (Hagelin, Magnusson & Sundelin, 2000). Detta medför att barnhälsovården är en arena med stora möjligheter till hälsofrämjande arbete och här spelar distriktsköterskorna en nyckelroll.

Sverige är idag ett mångkulturellt samhälle. Möten mellan människor från olika kulturer blir vanligare. Det är av stor vikt att sjuksköterskan i barnhälsovården har en bred kommunikativ kompetens, kanske framför allt då det handlar om möten över kulturgränser. Vi upplever vår studie som relevant för alla pedagoger i hälsofrämjande arbete som på något sätt möter människor med andra kulturella erfarenheter och bakgrunder. Kommunikation är en del i människors kunskapsutveckling och sätten att kommunicera kan därmed påverka människans kunskapsbildning och förståelse men även hennes känsla av delaktighet, ansvar och tilltro till sin egen förmåga.

Vårt resultat har visat att det finns en komplexitet i mötet med invandrarfamiljer och sjuksköterskan i barnhälsovården. I vår studie fann vi, enligt vår vetskap, ny folkhälsokunskap då det visade sig att etnocentrismen präglar synsätt och tankemönster i barnhälsovården. Vår förhoppning med studiens resultat är att det kan bidra till synliggörande

av bakomliggande orsaker till människors handlanden samt bidra till reflektion och diskussioner om hur den egna kulturen präglar tankar, känslor och handlande och därmed göra kommunikationen mer effektiv. Med det som utgångspunkt tror vi att sjuksköterskorna i barnhälsovården själva kan hjälpas åt att utveckla sina egna och varandras arbetsinsatser för att på ett bättre sätt tillgodose invandrabarns behov och främja deras hälsa.

Det har varit mycket intressant att få möjlighet att fördjupa sig i interkulturell kommunikation och vad som påverkar den i olika riktningar. Området är stort och det finns otaliga infallsvinklar att studera närmare. En infallsvinkel som känns relevant för framtida studier är att belysa hur invandrarfamiljerna upplever mötet med den svenska barnhälsovården. Vidare kan en kvantitativ studie med utgångspunkt i vårt resultat bidra med kunskap om eventuella samband mellan olika företeelser och hur de i så fall fördelar sig inom populationen för undersökningen.

8. Litteraturlista

Abrahamsson, A. (2004). *Addressing Smoking during Pregnancy. The Challenge to Start from the Women's View*. (Akademisk avhandling) Malmö: Lund Universitet.

Allwood, C. M. (2000). Kulturell och social påverkan. Några förutsättningar för tvärkulturella möten. I C.M, Allwood & E. C. Franzén.(Red.), *Tvärkulturella möten. Grundbok för psykologer och socialarbetare* (pp. 39-61). Stockholm: Natur och kultur.

Almqvist, K., & Broberg, G. (2000). Kulturella skillnader i barnuppfostran och utvecklingsideal. I C. M., Allwood & E. C., Franzén. (Red.), *Tvärkulturella möten. Grundbok för psykologer och socialarbetare* (pp. 118-154). Stockholm: Natur och kultur.

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.

Arnold. E. (2003). Intercultural Communication. In E. Arnold & K. U. Boggs (Eds.), *Interpersonal Relationships. Professional Communication Skills for Nurses* (pp. 266-300). St.Louis: Saunders.

Baggens, C. (2002a). *Barns och föräldrars möte med sjuksköterskan i barnhälsovården*. Linköping studies in arts and science. (Akademisk avhandling). Linköping: Linköpings Universitet.

Baggens, C. (2002b). Nurses'work with empowerment during encounters with families in child healthcare. *Critical Public Health*, 12 (4) 351-363.

Baggens, C. (2001). What they talk about: conversations between child health centre nurses and parents. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 659-667.

Bayard–Burfield, L. (1999). *Migration and health. Epidemiological Studies of Immigrants in Sweden*. (avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet).

Bengtsson, J. (1996). Vad är reflektion? Om reflektion i läraryrke och lärarutbildning. I C. Brusling & G. Strömquist. (Red.), *Reflektion och praktik i läraryrket*. (pp.67-79). Lund: Studentlitteratur.

Bergstedt, B., & Lorentzon, H. (Red). (2004). *Lärandets skilda vägar: om kunskapsbildning i mångkulturella kontexter*. (Pedagogiska Rappporter, nr 83). Lund: Lunds universitet, Pedagogiska institutionen.

Bing, V. (2003). *Små, få och fattiga*. Lund: Studentlitteratur.

Bonder, B., Martin, L., & Miracle, A.(2001). Achieving Cultural Competence: The Challenge for Clients and Health Workers in a Multicultural Society. *Generations*, 25, (1), 35-43.

Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber ekonomi.

Brülde, B. & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

Daun, Å. (1999). *Det allmänmänskliga och det kulturbundna*. Stockholm: Prisma.

- Dewey, J. (1916). *Democracy and education*. New York: The macmillian company.
- Dewey, J. (1996). En analys av det reflekterande tänkandet. (S. Andersson övers.). I C. Brusling & G. Strömqvist. (Red.), *Reflektion och praktik i läraryrket*. (pp. 13-25). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1933).
- Dewey, J. (1999). *Demokrati och utbildning*. (N. Sjödén övers.) Göteborg: Daidalos (Originalarbete publicerat 1985).
- Dysthe, O. (2003). Sociokulturella teoriperspektiv på kunskap och lärande. I O. Dysthe. (Red.), *Dialog, samspel och lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Egidius, H. (2000). *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ekblad, S., Janson, S., & Svensson, P-G. (1996). *Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber.
- Elvhage, G. (1990). Invandrade familjer i mötet med hälsovård, socialtjänst och skola. I D. Lagerberg. & C, Sundelin. *Barnfamiljerna och samhällets ambitioner. Granskning av mål och verklighet. Slutrapport från ett forskningsprojekt*, (pp. 190-223). Stockholm: Liber.
- Ewles, L. & Simnett, I. (1994). *Hälsoarbete – en praktisk vägledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Fioretos, I. (2002). Patienten som kulturellt objekt. En närläsning av tre läroböcker för sjukvårdspersonal. I F. Magnússon. (Red.), *Etniska relationer i vård och omsorg*. (pp.147-180). Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsoinstitutet. (1999). *Risk frisk filibom bom bom. En presentation av Folkhälsoinstitutets arbete för barns hälsa*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet
- Forsman, B. (2001). Forskningsetik i folkhälsovetenskap. I E. Svederberg, L. Svensson & T. Kinderberg. (Red.), *Pedagogik i hälsofrämjande arbete* (pp.75-95) Lund: Studentlitteratur.
- Freire, P. (1972). *Pedagogik för förtryckta*. Stockholm: Gummesson.
- Freire, P. (1974). *Kulturell kamp för frihet*. Stockholm: Gummesson.
- Frykman, J. & Löfgren, O. (1979). *Den kultiverade människan*. Malmö: Gleerups.
- Gedda, B. (2001). *Den offentliga hemligheten: en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. (Akademisk avhandling). Göteborgs Studies in Educational Sciences, Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Gudykunst, W., B. & Kim, Y.,Y. (1997). *Communicating with strangers. An Approach to Intercultural Communication* (3th ed). New York. McGraw-Hill.
- Hagelin, E., Magnusson, M. & Sundelin, C. (2000). *Barnhälsovård* (3:e uppl.). Stockholm: Liber.

Hammarström, A., Härenstam, A., & Östlin, P. (1996). Kön och ohälsa – begrepp och förklaringsmodeller. I G. Lindberg (Red.), *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsooperspektiv*. (pp. 7-28). Lund: Studentlitteratur

Harmsen, H., Ludwien, M., Wieringen, J. Roos, B. & Bruijnzeels, M. (2002). When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Education and Counselling*, 51, 99-106.

Helkama, K., Myllyniemi, R. & Liebkind, K. (2000). *Socialpsykologi. En introduktion*. Malmö: Liber.

Hjern, A., & Allebeck, P. (2002). Suicide in first-generation immigrants in Sweden. A comparative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 423-429.

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Illeris, K. (2001). *Lärande i mötet mellan Piaget, Freud och Marx*. Lund: Studentlitteratur.

Jansson, A. & Isacsson, Å. (1995). *Folkhälsoarbete i barnhälsovården*. Samhälle, Individ, Hälsa nr 12. Lund: Lunds Universitet, institutionen för samhällsmedicinska vetenskaper.

Jansson, A., Isacsson, Å., Kornfält, R. & Lindholm, L. (1998). Quality in child health care. The views of mothers and public health nurses. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12, 195-204.

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

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I B. Starrin, & P-G. Svensson.(Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. (pp. 163-189). Lund: Studentlitteratur.

Lundberg, P. (1991). *Utbildning och träning för interkulturell kommunikativ kompetens*. Diss. Lund; Pedagogiska institutionen, Lunds universitet.

Lundh, L-G. (1999). Att uppfatta orsaker. I L-G. Lundh, H. Montgomery, & Y. Waern, *Kognitiv psykologi*. (pp. 191-207). Lund: Studentlitteratur.

Magnússon. F. (2002). Inledning. I F. Magnússon. (Red). *Etniska Relationer i vård och omsorg*.(pp. 9-13). Lund: Studentlitteratur.

McNaughton, A. (2002). Culture Competence and the Primary Care Provider. *Journal of Pediatric Health Care*, 16, (3), 105-111.

Medicinska forskningsrådet (1999). *Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv*. State of the art konferens i Stockholm 23-25 september 1999. Stockholm: MFR.

Migrationsverket (2004). *Verksamheten i siffror*. [WWW dokument]. URL. <http://www.migrationsverket.se/swedish/statistik/siffror.html>

Molander, B. (1996). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos

- Moxnes, P. (1993). *Att lära och utvecklas i arbetsmiljön*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health promotion – Foundations for Practice. Second Edition*. London: Baillière Tindall.
- Nationella folkhälsokommittén. (1999). *Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan*. Fritzes:Stockholm.
- Nordenfelt, L. (1993). Om hälsa och värde. Några reflexioner från ett filosofiskt perspektiv. I S. Philipson & N. Uddenberg. (Red). *Hälsa som livsmening*. (pp. 51-66). Stockholm: Natur och Kultur.
- Olander, E. (2003). *Hälsovägledning i barnhälsovården: syntetisering av två uppdrag*. (avhandling för doktorsexamen, Malmö högskola). Malmö: Lärarutbildningen.
- Olander, E. (1998). *Hälsovägledning i primärvårdens barnhälsovård, Process och kontext ur ett praktiskt pedagogiskt perspektiv*. (Licentiat avhandling). (Pedagogiska-psykologiska problem, 648). Malmö: Lärarhögskolan i Malmö, Institutionen för pedagogik.
- Repstad, P. (1999) *Närhet och distans. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Robinson, M. & Gilmartin, J. (2002). Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in English. *Nurse Education Today*, 22, 457-465.
- Sachs, L. (1980). *Sjukdom – ett relativt begrepp. Sjukdom sett i ett socialantropologiskt perspektiv*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Sachs, L. (1992). *Vårdens etnografi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Sachs, L. (1994). Hälsa och ohälsa i teori och praktik. *Socialmedicinsk tidskrift*, 9, 416-423.
- Sachs (1996). *Sjukdom som oordning*. Stockholm: Gedins.
- Samovar, L. B., & Porter, R. E. (2001). *Communication between cultures* (4th ed). Wadsworth: plats
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books.
- Shulpen, T.W. J. Migration and child health: the Dutch experience. *European Journal of Paediatric*. 155, 351-356.
- Sjölander, C. & Stenhammar, A.M. (1991). *Lika för alla eller åt var och en efter sitt behov*. Stockholm: Repro Print.
- Sjöström, U. (1994). Hermeneutik – att tolka utsagor och handlingar. I B. Starrin, & P-G. Svensson. (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (pp. 73-110). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. (1991). *Hälsoundersökningar inom barnhälsovården* Allmänna råd från Socialstyrelsen 1991:8. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (1999). *Mångkulturell sjukvård. En lärarhandledning för läkarutbildningen*. SoS-rapport 1999:13. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Allmänna förlaget.

Starrin, B. (1994). Om distinktionen kvalitativ-kvantitativ i sociala forskning. I B. Starrin, & P-G. Svensson. (Red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (pp. 41-70). Lund: Studentlitteratur.

Stensmo, C. (1994). *Pedagogisk filosofi*. Lund: Studentlitteratur.

Stier, J. (2004). *Kulturmöten. En introduktion till interkulturella studier*. Lund: Studentlitteratur.

Sundelin, C. & Håkansson, A. (2000). The importance of the child health services to the health of children. *Acta PaediatrSuppl*, 434: 76-79.

Svederberg, E. & Svensson, L. (2001). Ett folkhälsopedagogiskt synsätt. I E, Svederberg, L, Svensson, & T, Kindeberg,. (Red.), *Pedagogik i hälsofrämjande arbete* (pp. 17-34) Lund: Studentlitteratur.

Säljö, R. (1996). Samtal som kunskapsform. I C, Brusling & G, Stensmo. (Red.), *Reflektion och praktik i läroyrket*. (pp 125-142). Lund: Studentlitteratur.

Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma.

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

Vygotsky, L. (1987). *The Collected Works of L. S. Vygotskij*. New York: Plenum P.

Wellros, S. (1998). *Språk, kultur och social identitet*. Lund: Studentlitteratur.

WHO. (1999). *Hälsa 21. En introduktion till "Hälsa för alla" – policyn för WHO: s europaregion*. Stockholm: Socialdepartementet, Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Nationella Folkhälsokommittén.

Hej!

Vi är två studenter vid Högskolan Kristianstad, som arbetar med en uppsats som berör hur sjuksköterskors upplevelser kommunikationen med invandrarfamiljer i barnhälsovården. Arbetet avslutar vår utbildning till folkhälsovetare.

Syftet med uppsatsen är att belysa hur sjuksköterskor på BVC upplever interkulturell kommunikation med invandrarfamiljer. För att få denna kunskap behöver vi utföra ett antal intervjuer med sjuksköterskor på BVC. Det handlar om vad som underlättar kommunikationen, vad som försvårar den och vad som eventuellt skulle kunna förbättra den.

Det är vår varma förhoppning att sjuksköterskor från er arbetsplats vill delta i vår undersökning. Hos Er finns den kunskap och kompetens som vi tror är central för vår uppsats då Ni möter många invandrarfamiljer. Intervjuerna kommer att spelas in på ljudband för att vårt resultat ska bli så rättvisande som möjligt. Varje intervju beräknas ta en timme. Deltagandet i intervju är frivilligt och de som deltar kan när som helst avbryta sitt deltagande. De sjuksköterskor som deltar tillförsäkras sekretess och anonymitet. Uppgifter som gör att en arbetsplats och person kan kännas igen kommer inte att finnas med i uppsatsen. De inspelade banden kommer endast att användas för vetenskapliga syften och behandlas konfidentiellt. De inspelade banden kommer endast att avlyssnas av oss själva och kommer att förstöras när uppsatsen är slutförd. De BVC som deltar i studien kommer att få ett exemplar av uppsatsen när den är färdig.

Kontakta oss gärna om Ni önskar ytterligare information om uppsatsen och studien.

Med vänlig hälsning

Karin Hägglund
0709-289355
karinhagglund@yahoo.se

Lena Roos
0413-33443
lenaofrank@hotmail.com

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

1. Vilket år är du född?
2. Hur länge har du arbetat som distriktsköterska på BVC?
3. Har du arbetat på andra BVC- mottagningar?
4. Arbetar du heltid inom BVC? Om inte hur mycket?
5. Hur stor andel av de familjerna som kommer hit är invandrare?

Kunskap

1. Har du någon teoretisk utbildning i interkulturell kommunikation? I så fall, när och i vilket sammanhang fick du den? Är den till hjälp? På vilket sätt / varför inte?
2. Upplever du att dina teoretiska kunskaper är tillräckliga i kommunikationen? Vad finns? Vad saknas och hur visar det sig? (Kan du komma på något annat? Ge fler exempel?)
3. Upplever du att dina praktiska kunskaper är tillräckliga? Vad finns? Vad fattas? På vilket sätt visar det sig? (Kan du komma på något mer? Kan du ge fler exempel?)
4. Hur skulle dina kunskaper kunna förbättras?
5. Vilka kunskaper anser du är viktiga i kommunikationen med invandrarfamiljerna?
6. Hur ser du på din roll som distriktsköterska inom BVH? Vad tror du att du kan göra för invandrarfamiljen? (Finns det något mer? Kan du ge fler exempel?)

Kommunikation

1. Upplever du att dina "budskap" går fram? Om inte, vad tror du det beror på? (Kan du ge fler exempel?)
2. Kan du tänka på ett samtal som du kände var lyckat och utifrån det berätta vad det var som gjorde det ett bra samtal? Kan du tänka på ett annat lyckat samtal och berätta om det?
3. Kan du nu istället tänka på ett samtal som du upplevde som mindre lyckat och berätta utifrån det vad som gjorde det till mindre lyckat? Kan du tänka på ett annat mindre lyckat samtal och berätta om det?
4. Vilka faktorer anser du underlättar kommunikationen? Kan du ge några exempel?
5. Vilka faktorer anser du försvårar kommunikationen? Kan du ge några exempel?
6. Vilka insatser skulle kunna göra kommunikationen effektivare?
7. Hur förbereder du dig inför mötet med familjerna? Samtalets utformning.
8. Vad tycker invandrarfamiljen är viktigt att tala om vid besök hos dig? Vad vill de veta? Hur bemöter du det? Vilka svar ger du dem?

Kultur

1. Berättar hur du upplever det första mötet med invandrarfamiljen? Skiljer det sig från det första mötet med den svenska familjen? Upplever du det annorlunda? Varför?
2. (Blir skillnaderna mindre efter ett tag? Varför? Vad händer?)
3. På vilket sätt blir kulturskillnaderna märkbara i Barnhälsovårdsarbetet? Kan du ge exempel? (ex. Syn på barnuppfostran och hälsa)
4. Finns det situationer där du upplever kulturen som ett hinder i ditt arbete? Kan du ge exempel?
5. Hur hanterar du detta?
6. På vilket sätt upplever du att din egen kultur påverkar dig i ditt arbete? Kan du ge exempel?
7. Tycker du att kulturen inverkar på hälsorådgivningen? På vilket sätt?
8. Upplever du att basprogrammet är tillräckligt för invandrares behov? Om nej, hur kommer det i uttryck?
9. Hur tänker du innan, under och efter speciella möten med familjer? Reflektion.
10. Finns det något mer du vill tillägga, berätta om?