

Barneignir erlendra kvenna á Íslandi: Skipulag þjónustu, menningarhæfni og þjónandi forysta

Birna Gerður Jónsdóttir, ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur MS, fæðingardeild Landspítala, **Dr. Sigrún Gunnarsdóttir**, lektor, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og **Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir**, lektor námsbraut í ljósmóðurfræði, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Útdráttur

Fjölgun erlendra kvenna hérlendis kallar á endurskoðun á skipulagi, stjórnun og samskiptum í barneignarþjónustu. Fáar rannsóknir eru til hér á landi um það hvernig heilbrigðiskerfið hlúir að útlendingum búsettum á Íslandi. Erlendar rannsóknir gefa til kynna að ekki sé tekið nægjanlegt tillit til menningarbundinna viðhorfa, t.a.m. í samræmi jafnræðisreglu stjórnsýslulaga. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf, hefðir og væntingar erlendra kvenna til barneignarferlisins ásamt reynslu þeirra af barneignarferlinu og barneignarþjónustunni hér á landi. Markmiðið var að afla þekkingar sem gæti nýst við mótun menningarhæfrar barneignarþjónustu fyrir erlendar barnshafandi konur. Rannsóknin var eigindleg þar sem hugtakið menningarhæfni og hugmyndafræði þjónandi forystu voru lögð til grundvallar með viðtölum við sjö erlendar konur, fyrir og eftir fæðingu barna þeirra hér á landi. Niðurstöður rannsóknarinnar endurspeglast í þremur þemum sem snerta þarfir, væntingar og reynslu erlendra kvenna af barneignarþjónustu hér á landi: *Skortur á félagslegum stuðningi; Viðmót starfsfólks; tjáskipti og traust; Fræðsla og árestrar við kerfið*. Þemur vísa til fjölbreyttra samskipta við umönnunaraðila og reynslu af þjónustunni. Almenn ánægja var með viðmót fagfólks en vísbendingar voru um að bæta megi fræðslu og upplýsingagjöf, túlkþjónustu og stuðning. Samfelld ljósmæðraþjónusta og þjónandi forysta virðist henta vel og vera vænleg leið til að efla menningarhæfa barneignarþjónustu. Framtíðarverkefni innan barnseignarþjónustunnar eru samskipti sem efla heilsulæsi og sjálfstraust kvenna sem eru af erlendu bergi brotnar. Niðurstöður samræmast erlendum rannsóknum og eru mikilvægt framlag til þekkingarþróunar á þverfræðilegum grunni fyrir skipulag menningarhæfrar barneignarþjónustu sem nýtist heilbrigðis- og velferðarþjónustu.

Efnisorð: Menningarhæfni, barneignarþjónusta, þjónandi forysta, heilsulæsi, samskipti.

Abstract

Increase in number of immigrants in Iceland calls for a review on structure, management and outcomes of maternity services. Limited research exists in Iceland on immigrants' issues in relation to health services. Research from abroad show that childbirth experiences of foreign women indicate lack of concern for cultural background linked to equity issues of administration laws. The purpose of the research was to gain insight into immigrants cultural views, customs and perceptions of childbirth experiences of maternity services. The aim was to gather knowledge for development of culturally competent childbirth care for foreign women in Iceland. Cultural competence and servant leadership were used for conceptual background in this qualitative research with interviews with seven foreign women before and after childbirth in Iceland. Three themes were identified related to the women's needs, perceptions and experience of childbirth services in Iceland: *Lack of social support, Care providers' manner, communication and trust and Information provided and conflicts with the system of care.* The themes refer to diverse experiences and communication with care providers. Findings showed satisfaction with care providers' manner but indicated need for improvement in terms of education and information provided, formal communication services and support around childbirth. Emphasis should be on health literacy and empowering communication with the women. Continuous midwifery care and servant leadership seems to be relevant and provide potentials to ensure culturally competent maternal-child health service. Findings are consistent with prior research and provide knowledge for improving maternity services, based on multidisciplinary perspectives in health and welfare services.

Keywords: Cultural Competence, Servant Leadership, Maternal-Child Health Service, Health literacy Communication.

1. Inngangur

Einstaklingum með erlent ríkisfang hefur fjölgað hratt á Íslandi á undanförunum árum. Fyrsta janúar árið 1995 voru einstaklingar með erlent ríkisfang hérlendis alls 4.807 (1.8% íbúafjölda) en árið 2011 voru þeir 21,143 (6.6% íbúafjölda) (Hagstofa Íslands e.d.). Í stað einsleitni er nútímasamfélagið alþjóðlegt samfélag fólks frá öllum heimsálfum og fjölbreytt mannlífið kallar á nýjar áskoranir, umburðarlyndi og aukinn skilning á mismunandi menningu.

Heilbrigðiskerfið fer ekki varhluta af þessari þróun þar sem skjólstaðingahópur þess er í auknum mæli fjölmenningslegur í stað þess að vera einsleitur hópur Íslendinga. Við svo umfangsmiklar breytingar á hópi skjólstaðinga velferðarþjónustunnar er mikilvægt að stjórnvöld, stjórnarsýslan og stjórnendur þjónustunnar hafi innsýn í þarfir hins nýja hóps skjólstaðinga. Jafnræðisregla stjórnarsýslulaga kveður á um að stjórnvöld skuli gæta samræmis og jafnræðis í lagalegu tilliti og um að óheimilt sé að mismuna aðilum við úrlausn mála á grundvelli menningarbundinna sjónarmiða, þ.e. byggt á kynferði, kynþætti, litarhætti, þjóðerni, trúarbrögðum, stjórnmálaskoðunum, þjóðfélagsstöðu, ætterni eða öðrum sambærilegum ástæðum (Stjórnarsýslulög 37/1993).

Stærstur hluti fólks með erlent ríkisfang á Íslandi er ungt fólk og konur í barn-eignarferli eru tiltölulega stór hópur þeirra útlendinga sem þiggja heilbrigðisþjónustu. Konur með erlent ríkisfang voru 12.2% þeirra kvenna sem fæddu á Íslandi árið 2010 (Birna Björg Másdóttir, fjármálasvið Landspítala, munnleg heimild, 8. júní 2011). Hver og ein þeirra hefur menningarlegan bakgrunn sem mótar hugmyndir, viðhorf og væntingar til barneignarferlisins og barneignarþjónustunnar.

Hér á landi hafa ekki verið gerðar margar rannsóknir um fjölmenningu á heilbrigðis-sviði og engar sem tengjast barneignarferli erlendra kvenna. Í viðtalsrannsókn um filippseyska sjúklinga á Landspítala komu fram menningartengdir árekstrar í umönnun þeirra (Requierme, 2006). Erlendar rannsóknir sýna misgóða reynslu erlendra kvenna af barneignarþjónustu, að ekki sé tekið nægjanlegt tillit til menningarbundinna viðhorfa í umönnun (Ny, Plantin, Karlsson og Dykes, 2007) og að stöðluð ímynd starfsfólks af þeim sem hafa sama þjóðerni, litarhátt eða líkt útlit hafi áhrif á þjónustuna (Leishman, 2004).

Í janúar 2007 var í fyrsta sinn sett fram opinber stefna í málefnum innflytjenda á Íslandi. Stefnunni var fylgt eftir með þingsályktun um framkvæmdaáætlun sem var samþykkt í maí 2008. Þar er kafla um heilbrigðisþjónustuna m.a. um mæðraskoðun og ungbarnaeftirlit og þess getið að mótuð verði sérstök áætlun á heilsugæslustöðvum um mæðraskoðun og ungbarnaeftirlit sem taki mið af þörfum foreldra af erlendum uppruna (Alþingi, e.d.). Á heimasíðu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins má finna hlutverk og stefnu heilsugæslunnar. Þar er eitt af markmiðum að bjóða samfellda, aðgengilega og heildræna þjónustu en ekki er sérstaklega getið um þjónustu við nýbúa eða fólk af erlendu bergi brotið (Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, e.d.). Ekki er því ljóst hvort fyrrnefnd áætlun hafi verið gerð eða sé til innan heilsugæslunnar.

Í rannsókn Þórónu Elfnar Díetz (2004) um menningu og margbreytileika í íslenska heilbrigðiskerfinu kom fram í viðtölum við ýmsa starfsmenn heilbrigðiskerfisins að í fæstum tilfellum var til stefnumótun um málefni útlendinga og/eða viðmælendur voru ekki meðvitaðir um að hún væri til. Meirihluti viðmælenda hafði ekki velt fyrir sér þörf á stefnumótun í tengslum við sjúklinga af erlendum uppruna og töldu hana jafnvel ónaudsynlega.

Mikilvægi þess að stjórnvöld og stjórnendur heilbrigðisþjónustunnar hafi þekkingu og innsýn í bakgrunn og viðhorf innflytjenda er ekki ofmetið. Skipulag og áherslur heilbrigðisþjónustunnar þurfa að taka mið af þörfum og væntingum þessa fjölbreytta notendahóps. Víða í stjórnkerfinu má gera ráð fyrir takmarkaðri þekkingu á margvíslegum bakgrunni innflytjenda og því er mikilvægt að líta þverfræðilega á málefni þeirra, til að auka þekkingu og efla faglega umræðu um leið og tekið er á móti þeim inn í íslenskt samfélag.

Tilgangur rannsóknarinnar sem hér er kynnt var að kanna viðhorf, hefðir og væntingar erlendra kvenna til barneignarferlisins ásamt reynslu þeirra af barneignarferlinu og barneignarþjónustunni hér á landi. Markmiðið var að dýpka þekkingu og skilning á efninu sem mætti nýta til að bæta stjórnun þjónustunnar, öryggi í samskiptum og stuðla að jákvæðri útkomu fyrir konuna og fjölskylduna. Um viðamikil gögn er að ræða og hafa áður verið birtar niðurstöður úr rannsókninni um menningartengd viðhorf og

væntingar viðmælenda til barneignarferlisins sem hafa sérstakt gildi fyrir ljósmæður í starfi sínu sem aðalumnönnunaraðila barnshafandi kvenna (Birna Gerður Jónsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 2011). Í þessari grein eru kynntar niðurstöður rannsóknarinnar sem tengjast skipulagi og stjórnun heilbrigðisþjónustunnar sérstaklega og hafa ekki verið birtar áður og gætu nýst í stjórnun innan heilbrigðis- og velferðarkerfisins til að efla barneignarþjónustu erlendra kvenna og fjölskyldna þeirra á Íslandi.

1.1 Hugmynda- og fræðilegur grunnur

Rannsóknin byggir á hugmyndafræði um menningarhæfni (cultural competence) (Campinha-Bacote, 1999 og Suh, 2004) og þjónandi forystu (Greenleaf 1970/2008). Hún styðst einnig við hugmyndafræði íslenskra ljósmæðra um barneignarferlið og barneignarþjónustuna (LMFÍ, e.d). Rannsóknin byggir auk þess á faglegum leiðbeiningum kanadíska hjúkrunarfélagins Registered Nurses Association of Ontario [RNAO] um menningarhæfa heilbrigðisþjónustu og árangursríka forystu í hjúkrun en leiðbeiningar þessa félags byggja allar á viðurkenndum rannsóknum og hafa notið vaxandi viðurkenningar innan hjúkrunar víða í heiminum m.a. hér á landi. Hafa þær verið notaðar sem faglegur grunnur í kennslu verðandi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra sem og í klínísku starfi og rannsóknum.

Samkvæmt áðurnefndum leiðbeiningum RNAO um menningarhæfa heilbrigðisþjónustu er menningarhæfni einn af grunnþáttum árangursríks starfsumhverfis heilbrigðisþjónustunnar og felst meðal annars í umburðarlyndi og virðingu gagnvart mismunandi menningu sem stjórnendur þurfa að hafa í huga við stefnumótun, skipulag þjónustu og starfsmannastjórnun (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO] 2007). Þekkingarþróun á hugtakinu menningarhæfni má sjá innan mannfræði, sálfræði, kennslufræði, félagsfræði, hjúkrunarfræði og læknisfræði (Suh, 2004). Sú skilgreining sem oftast er vitnað til í fræðigreinum innan hjúkrunar er kennd við Campinha-Bacote frá 1999 þar sem segir að menningarhæfni í heilbrigðisþjónustu sé ferli þar sem heilbrigðisstarfsmaður reynir stöðugt að öðlast færni til að ná árangri í menningarlegu tilliti með skjólstæðingi eða í samfélagi (Campinha-Bacote, 1999). Tafla 1 sýnir samantekt á hugmyndum fræðimanna um inntak grunnhugtaka menningarhæfni en við samruna þeirra verður menningarhæfni ljós.

Tafla 1. Grunnhugtök menningarhæfni.

Grunnhugtök menningarhæfni og stutt lýsing á hverju þeirra*	
Vitund	<ul style="list-style-type: none">• Meðvitund um ólíka menningu og hvernig hún mótar gildismat og trú.• Að þekkja sjálfan sig og þróa vitund um eigin tilvist, hugsanir, tilfinningar og umhverfi án þess að láta það hafa áhrif á þá sem hafa annan menningargrunn.• Skilningur á eigin menningu er grundvöllur þess að virða menningu annarra og koma auga á það sem er líkt og það sem er ólíkt.
Þekking	<ul style="list-style-type: none">• Stöðug öflun upplýsinga um mismunandi menningu t.d. hvað einkennir tiltekna hópa í samskiptum og hugsanagangi án þess að alhæfa um hópinn.• Öflun þekkingar á líffræðilegum og lífeðlislegum mismun hópa samfélagsins.
Næmi	<ul style="list-style-type: none">• Við að viðurkenna, virða og meta menningarlega fjölbreytni þróast næmi gagnvart ólíkri menningu.• Menningarlegt næmi hefur með hluttekningu og umhyggju að gera ásamt því að geta sett sig í spor annarra.
Samskipti	<ul style="list-style-type: none">• Persónuleg kynni, sambönd og samskipti sem verða á milli einstaklinga ólíkrar menningar eru nauðsynleg til að öðlast menningarhæfni hvort sem samskiptin eru persónuleg eða fagleg.• Innan hóps getur verið mjög ólík menning en með því að komast í kynni við sem flesta er líklegra að komið sé í veg fyrir alhæfingar um hópinn.
Hæfni	<ul style="list-style-type: none">• Með árangursríkum samskiptum við fólk annarrar menningar verður til menningarleg hæfni.• Í hjúkrun er það menningarleg hæfni þegar tekið er tillit til trúar, gildismats og skoðana skjólstæðings við öflun upplýsinga um hann, þegar þarfir hans og vandamál eru skilgreind og í kjölfarið gerð hjúkrunarárætlun fyrir hann.
Löngun	<ul style="list-style-type: none">• Til að vera menningarlega fær þarf að vera til staðar áhugahvöt eða löngun til þess að vilja öðlast menningarhæfni.• Það þarf að vera til staðar einlægur vilji til að vinna með fólki úr annarri menningu og ekki er nóg að það sé fært í orð.• Þótt öðrum stigum sé náð er ekki hægt að ná menningarhæfni nema þessi grundvallarhugsun sé til staðar.

Tilhneiging fólks til að leita eftir heilbrigðisþjónustu og væntingar til þjónustunnar eru mismunandi eftir menningu og meðferðarheldni minnihlutahópa oft slök (Betancourt, Green, Carillo og Park, 2005). Heilsulæsi (*health literacy*) er hugtak sem má nota til að skýra nánar heilbrigðisþarfir fólks mismunandi menningar, en einstaklingar sem kunna illa tungumál þess lands sem þeir búa í, eiga erfiðara um vik að skilja og nýta sér upplýsingar um heilbrigði, heilbrigðisstofnanir og heilbrigðiskerfið. Auk þess eru

lýsingar skjólstæðinga heilbrigðisþjónustunnar á einkennum ólíkar og getur menningarlegur bakgrunnur haft þar áhrif auk tungumálaerfiðleika. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hefur skilgreint heilsulæsi sem færni til að nálgast, skilja og bregðast við heilsufarsupplýsingum sem nýtist til eflingar og viðhalds góðri heilsu (World Health Organisation [WHO], 1998).

Þegar heilsulæsi er takmarkað er aukin hætta á misskilningi um atriði eins og upplýst samþykki um meðferð, sjúkdómsgreiningar og fyrirmæli um meðferðir og þannig getur öryggi viðkomandi verið ógnað. Ójafnræðið er í raun tvöfalt; annars vegar í tengslum við möguleika til að nýta upplýsingar um heilsueflingu og forvarnir, og hins vegar við að afla sér þekkingar og færni til að takast á við sjúkdóma og veikindi (Nutbeam, 2000). Einstaklingar sem heyra til þess minnihlutahóps að vera með annan menningarlegan bakgrunn eru í áhættu vegna ýmissa heilsufarslegra vandamála. Rannsóknir erlendis hafa leitt í ljós að almennir sjúkdómar eru algengari, hærri tíðni dauðsfalla, fyrirburafæðinga og andvana fæðinga (Betancourt o.fl., 2005; Kim-Godwin, Clarke og Barton, 2001; Suh, 2004). Því er augljós ávinningur skjólstæðinganna að vera heilsulæs og að heilbrigðisþjónusta byggist á menningarhæfni með auknum gæðum, skilvirkari meðferð og minni kostnað fyrir heilbrigðikerfið (Campinha-Bacote, 1999; RNAO, 2007).

Umræða um gildi menningarhæfni í heilbrigðisþjónustu umfram almenna færni er umdeild þar sem miðað er við að öll umönnun eigi að vera einstaklingshæfð og bent á að ofuráhersla á menningu skjólstæðings geti jafnvel hindrað rétta sjúkdómsgreiningu og meðferð (Dreher og McNaughton, 2002). Vissulega þarf að varast alhæfingar ákveðinna hópa og gæta þess að veita heildræna, einstaklingshæfða umönnun en skjólstæðingahópurinn er augljóslega minnihlutahópur þó ekki sé nema vegna tungumálaerfiðleika sem litar öll samskipti og hefur áhrif á traust og ánægju með þjónustuna (Betancourt, Green, Carillo og Ananeh-Firempong, 2003). Því má ætla að efling færni heilbrigðisstarfsmanna sem tekur tillit til menningar sé nauðsynleg í heilbrigðisþjónustu og erlendis hafa ýmsar aðferðir verið notaðar s.s. fyrirlestrar, ráðgjafþjónusta, vinnusmiðja og verknám eða dvöl erlendis (Leishman, 2004; St.Clair og McKenry, 1999).

1.2 Starfsumhverfi og gæðastaðlar um menningarhæfni

Faglegar leiðbeiningar RNAO fyrir stjórnendur um leiðir til að efla menningarhæfni ná til starfsumhverfisins í viðum skilningi; nánasta umhverfi starfsfólks og skjólstæðinga, heilbrigðisstofnunar og samfélags. Gæðastaðlar fyrir heilbrigðisstofnanir eru t.d. skrifleg lýsing á stefnu og aðgerðaáætlun, stöðug fræðsla og þjálfun þjónustuaðila, reglur um túlkþjónustu og hæfni túlka og tilmæli um fræðslu og fræðsluefni á mismunandi tungumálum. Mælt er með reglulegu mati á menningarhæfni starfsfólks, ánægjukönnunum skjólstæðinga, að stofnunin þekki uppruna fólksins í samfélaginu og kynþáttur, þjóðerni og tungumál sé skráð í heilbrigðisupplýsingar skjólstæðings. Starfsmenn eru hvattir til íhugunar og umræðu um menningarhæfa heilbrigðisþjónustu og gagnrýni á hegðun eða verklagi sem mismunar skjólstæðingum vegna menningarlegs bakgrunns eða tungumálatálma (RNAO, 2007). Faglegar leiðbeiningar RNAO fjalla einnig um umbreytandi forystu (*transformational leadership*) sem hefur jákvæð áhrif á starfsumhverfi

hjúkrunarfræðinga, sjúklingana, heilbrigðisstofnunina og heilbrigðiskerfið. Áherslan er á samskipti og traust; styrkjandi starfsumhverfi sem styður við þróun þekkingar og gætir jafnvægis í forgangsstöðun verkefna og gilda stofnunarinnar (RNAO, 2006).

1.2.1 Þjónandi forysta

Hugmyndafræði þjónandi forystu (*servant leadership*) (Greenleaf, 1970/2008) samræmist kröfum um menningarhæfa heilbrigðisþjónustu og á margt sameiginlegt með grundvallarhugtökum menningarhæfni. Þjónandi forysta á einnig margt sameiginlegt með umbreytandi forystu en einkennist af einlægum vilja leiðtogans til að þjóna. Sami einstaklingur er því bæði leiðtogi og þjónn sem hefur sterka ábyrgðartilfinningu, framtíðarsýn og skýr markmið. Hann eflir samkennd á vinnustaðnum með áherslu á jafningjabrag í samskiptum þar sem hugmyndir og líðan starfsfólks er í brennidepli (van Dierendonck, 2010; Keith, 2008; Greenleaf, 1970/2008). Lykilþættir þjónandi forystu eru um margt líkir grunnhugtökum menningarhæfni; sjálfsvitund, næmi og samskipti (Keith, 2008). Undirstaða menningarhæfni þ.e. löngun til að vinna með fólki úr öðrum menningarheimi þannig að árangri sé náð, rímar vel við undirstöðu þjónandi forystu og því vænleg til að efla menningarhæfni heilbrigðisþjónustunnar.

1.2.2 Menningarhæf barneignarþjónusta

Barnsfæðing er djúpstæð reynsla þar sem menningarlegur bakgrunnur konunnar hefur mikla þýðingu en misjafnt er hvort litið er á barneignarferlið sem læknisfræðilegt viðfangsefni eða lífæðlislegt ferli (Brathwaite og Williams, 2004). Í nútíma barneignarþjónustu er læknisfræðilegt sjónarhorn með áhættuhugsun algengara en félagsleg ljósmóðurfræðileg nálgun með áherslu á hið eðlilega í barneignarferlingu þar til annað kemur í ljós (Bryers og van Teijlingen, 2010) en það er sú nálgun sem birtist í hugmyndafræði ljósmæðra á Íslandi (LMFÍ, e.d.). Hér eru ljósmæður aðalumönnunaraðilar kvenna í barneignarferlinu og niðurstöður rannsóknar Ólafar Ástu Ólafsdóttur (2009) um þekkingu þeirra og starf frá menningarbundnu sjónarhorni sýna að nálgun þeirra byggir á því að barneignarferlið sé lífæðlislegt með áherslu á einstaklingshæfða og samfellda ljósmóðurþjónustu sem byggir á trausti, eflandi samskiptum og gagnkvæmu sambandi milli ljósmæðra og kvenna og fjölskyldunnar. Hugmyndafræði og siðareglur ljósmæðra miða jafnframt að því að ljósmæður virði sjónarmið ólíkra menningarheima, kynni sér viðhorf og menningu fólks og veiti þjónustu í samræmi við það (LMFÍ, e.d.). Klínískar leiðbeiningar Landlæknisembættisins um barneignarþjónustu leggja einnig áherslu á að þjónustan sé í höndum eins fámenns hóps fagfólks og hægt er og að innflytjendur í eðlilegri meðgöngu geti þurft á meiri stuðningi að halda án þess að flokkast undir að vera í áhættuhópi (Landlæknisembættið, 2008).

2. Aðferð

Rannsóknin var eigindleg og gögnum safnað með vettvangsathugunum og hálfstöðluðum viðtölum við erlendar konur fyrir og eftir fæðingu barna þeirra hér á landi. Spurt var um menningartengd viðhorf, hefðir og væntingar til meðgöngu, fæðingar og

sængurlegu. Ennfremur um reynslu kvennanna af barneignarferlinu og barneignarþjónustunni með hliðsjón af menningarhæfni sem er samhljóma grunnhugtökum þjónandi forystu.

Tekin voru tvö viðtöl við sjö erlendar konur í barneignarferli þeirra, í lok meðgöngu á heilsugæslustöð og nokkrum vikum eftir fæðingu á heimili kvennanna. Stuðst var við viðtalsramma sem byggði á hugmyndafræði menningarhæfni og þjónandi forystu, hugmyndafræði ljósmæðra um barneignarferlið, niðurstöðum fyrri rannsókna auk faglegrar reynslu höfunda. Þess var þó gætt að vera opinn fyrir nýjum áherslum og sjónarmiðum þátttakenda. Gerð var forprófun með viðtölum við tvær erlendar konur. Skráðar voru vettvangsnótur með lýsingum á konunum og aðstæðum þeirra auk upplýsinga og athugasemda frá túlkum. Viðtölin fóru ýmist fram á ensku eða með túlk frá löggildri túlkþjónustu. Fyrsti höfundur þessarar greinar tók öll viðtöl og gögn voru greind í samvinnu höfunda.

Þátttakendur voru valdir með tilgangsrúrtaki af ljósmæðrum sem önnuðust konurnar í mæðravernd. Leitast var við að tryggja fjölbreytileika varðandi þjóðerni og komu viðmælendur frá sex löndum í fjórum heimsálfum. Nöfnum kvennanna er breytt til að tryggja persónuvernd. Tafla 2 lýsir þátttakendum nánar og hvernig samskipti við þær fór fram.

Tafla 2. Nöfn viðmælenda, uppruni, uppruni maka, fyrri fæðingar, útkoma fæðinga og eðli samskipta

Nafn	Uppruni	Uppruni maka	Fæðingar	Útkoma fæðingar	Samskipti
Salome	Afríka	Afríka	Fjölbyrja	Bráðakeisari	Íslenskur túlkur á frönsku
Belinda	Bandaríkin	Ísland	Frumbyrja	Eðlileg fæðing	Viðtöl fóru fram á ensku
Fanney	Finnland	Ísland	Frumbyrja	Valkeisari	Viðtöl fóru fram á ensku
Kolbrún	Kosovo	Kosovo	Fjölbyrja	Eðlileg fæðing	Maki túlkaði á íslensku
Pamela	Pólland	Pólland	Frumbyrja	Eðlileg fæðing	Pólskur túlkur
Pálína	Pólland	Pólland	Frumbyrja	Eðlileg fæðing	Pólskur túlkur
Telma	Thailand	Ísland	Frumbyrja	Eðlileg fæðing	Taíflensk-ur túlkur

Gögn voru greind með kóðunaraðferð og þemagreiningu (Hammersley og Atkinson, 2007). Viðtölin voru skrifuð frá orði til orðs, lesin yfir endurtekið og byrjað var á að kóða hugtök og efnisatriði sem komu oft fyrir. Kóðarnir voru bornir saman við athugasemdir og hugmyndir í vettvangsnótum tengt hverju viðtali og hverri heimsókn. Var

Þannig farið fram og tilbaka í gögnunum til þess að draga þau betur saman og tengja saman efni sem heyrði saman um reynslu kvennanna með áherslu á skipulag og stjórnun barneignarþjónustunnar. Til að auka réttmæti rannsóknarinnar voru greiningar endurskoðaðar og ræddar af höfundum, jafnóðum í greiningarferlinu og þau samþætt í þrjú þemu sem fjallað er um í kafla um niðurstöður og umræður. Tilvitnanir í frásagnir þátttakenda eru ýmist á ensku eða íslensku túlkað beint og málfræði er ekki leiðrétt.

2.1 Siðfræðileg álitamál

Tekið var tillit til þess að barnshafandi konur eru viðkvæmur hópur og þátttakendur minnihlutahópur sem nýbúar á Íslandi. Viðtal getur haft ólíka merkingu eftir menningu og viðbrögð önnur en vænta má hjá íslenskum viðmælendum. Jafnframt getur rannsakandi birst viðmælendum sem yfirboðari eða ógn í ljósi menntunar og stöðu. Rannsakandi, sem er reynd ljósmóðir var meðvituð um þessi atriði og brást við með varfærni og skilningi og voru ráðstafanir gerðar til að bregðast við erfiðri reynslu ef ástæða þótti til. Þá jók það gagnkvæmt traust viðmælenda og rannsakanda að rætt var við hverja konu tvisvar.

Konurnar fengu afhent kynningarbréf á íslensku og/eða ensku áður en þær gáfu samþykki sitt fyrir þátttöku. Trúnaður og þagmælska túlka var árétttaður. Leyfi var fengið fyrir upptöku og útskýrt hvernig unnið yrði með upplýsingar, lýst ráðstöfunum til að vernda trúnað og eyða gögnum. Upplýst samþykki var á íslensku og/eða á ensku og túlkað þegar við átti. Leyfi fyrir rannsókninni var fengið hjá Vísindasíðanefnd (09-056-S1) og hún tilkynnt til Persónuverndar (S-4316).

Með því að ræða við ljósmóður sem fagaðila með reynslu af umönnun erlendra kvenna höfðu þátttakendur þann ávinning af viðtölunum að þær fengu tækifæri til að spegla eigin hugmyndir og væntingar gagnvart því sem almennt ríkir hérlendis og fá nýja sýn á reynslu sína og viðhorf með því að færa þau í orð. Einnig getur verið jákvætt að finna að einhver hefur sérstakan áhuga á þeirra lífi og reynslu (Green og Thorogood, 2004) og voru konurnar mjög fúsar að tjá sig og sumar væntu árangurs af rannsókninni.

3. Niðurstöður og umræður

Niðurstöður rannsóknarinnar lýsa reynslu erlendra kvenna af því að eignast barn í nýju landi. Þar kom fram að viðhorf kvennanna eru samhljóma áðurnefndri hugmyndafræði ljósmæðra um að barneignarferlið sé lífeðlislegt ferli en ekki sjúkdómur (LMFÍ, e.d.) og einnig að einstaklingsbundin og samfelld þjónusta sömu ljósmæðra á meðgöngu, í fæðingu og sængurlegu hentaði hópnum í rannsókninni einkar vel (Birna Gerður Jónsdóttir o.fl., 2011).

Niðurstöður endurspeglast í þremur þemum sem snerta þarfir, væntingar og reynslu erlendra kvenna af barneignarþjónustu hér á landi og tengjast skipulagi og stjórnun barneignarþjónustu hérlendis. Hér verður gerð grein fyrir þemunum þremur: Skortur á félagslegum stuðningi; Viðmót starfsfólks, tjáskipti og traust og Fræðsla og árekstrar við kerfið. Til glöggvunar eru nefnd dæmi sem endurspegla viðhorf og reynslu kvennanna og geta verið lærdómsrík og gagnleg við stefnumótun þjónustu fyrir erlendar barnshafandi konur.

3.1 Skortur á félagslegum stuðningi

Við meðgöngu og fæðingu barna kvennanna var fjölskyldulífið fjarri heimahögum um margt öðruvísi en þær áttu að venjast. Oft var makinn eini stuðningsaðilinn og voru konurnar mikið einar heima með barnið. Allar sögðust sakna nánustu fjölskyldu og finna fyrir einmanaleika. Félagslegur stuðningur, aðstoð og ráðgjöf var lítill og fóru þær á mis við hefðir úr samfélagi sem þær þekkja. Við bættust árekstrar í samskiptum vegna tungumálaerfiðleika og ólíkra viðhorfa og væntinga um þjónustu. Kolbrún frá Kosovó sagði frá hefðum úr sinni menningu þar sem konur fara ekki út í 40 daga eftir fæðingu og nánustu ættingjar, vinkonur og nágrannar gefa ráð og aðstoða við umönnun barnsins og heimilishald. Lýsingar kvennanna á samfélagslegum stuðningi eftir fæðingu samsvara vel hefðum sem konur frá Mið-Austurlöndum búsettum í Ástralíu lýstu í rannsókn Nahas, Hillege og Amasheh (1999). Þar kom einnig fram að erlendar konur með þunglyndi eftir fæðingu tengja þunglyndið einmanaleika vegna einangrunar og skorts á félagslegum stuðningi. Margar höfðu ekki heyrt um fæðingarþunglyndi í sínu heimalandi en töldu mikilvægt að fá fræðslu um einkenni þess á meðgöngu ekki síst fyrir maka þeirra. Í ljósi þess og í ljósi niðurstaðna þessarar rannsóknar er mikilvægt að vera vel vakandi fyrir einangrun erlendra kvenna, skima fyrir einkennum þunglyndis eftir fæðingu og fræða konurnar og maka þeirra um fæðingarþunglyndi svo þau séu viðbúin hvers megi vænta og viti til hvaða ráðstafana hægt sé að grípa sem tryggi konunni meiri stuðning eftir fæðinguna.

3.2 Viðmót starfsfólks, tjáskipti og traust

Reynsla af viðmóti heilbrigðisstarfsmanna var almennt góð. Ánægja Telmu var skýr í orðum um starfsfólkið á sængurkvennadeild: „*Koma. Tala saman. Brosa*“. Salome fannst hún hafa fengið góða aðstoð í sængurlegunni og fullt samráð var haft við hana eins og um útskrift af deildinni: „*Pau [starfsfólkið] hjálpuðu mér mjög mikið og á næturnar tóku þeir börnin til þess að ég gæti sofið. Pau spurðu mig hvenær ég vildi fara út, hvenær ég vildi fara út af spítalanum þar sem ég bjó ein og vildu...leyfðu mér að vera þangað til ég taldi mig tilbúna*“. Barn Fanneyjar fæddist með valkeisaraskurði og lagðist hún inn á fæðingardeildina að morgni aðgerðardags. Almennt var hún ánægð með þá þjónustu sem hún fékk. Tekið var vel á móti henni á skurðstofunni. Var talað við hana á ensku og sumir reyndu fyrir sér á sænsku. Öll meðferð var útskýrð vel. „*All the doctors and all the people...there was many people in the room but they were all really, really nice and telling me what was happening and it was just you know...They spoke to me in English and also one of the doctors was speaking some Swedish to me*“. Í frásögnnum kvennanna mátti þó greina að snertifletir samskipta gátu verið með ýmsu móti þar sem þær skynjuðu takmarkaða menningarhæfni starfsfólks, fordóma og mismunun. Einn þáttur menningarhæfni er þekking sem m.a. felur í sér öflun upplýsinga um menningu fólks og að sýna því áhuga hvaðan það kemur (Suh, 2004). Skynjun allra kvennanna var sú að starfsfólk lét ekki í ljós áhuga á menningu þeirra. Salome sagði: „*Nei. Nei, enginn spurði mig að neinu*“. Samhljóma í ástralskri rannsókn sögðu 90% aðspurðra, starfsfólk ekki sýna áhuga á menningartengdum hefðum eða venjum tengdum barneignarferlinu (Yelland, Small, Lumley, Rice, Cotronei, og Warren, 1998). Pálína og maki hennar upplifðu að gengið

var fram hjá þeim vegna þess að þau voru útlendingar þegar þau fóru með barnið í læknisskoðun. Þau mættu tímanlega á tilsettum tíma en öll önnur þör voru tekin fram fyrir þau í skoðuninni og þau afgreidd síðust. Var þeim greinilega misboðið: „Við förum til læknis í fimm daga skoðun og við vorum fyrstir að koma. Þá lækni tók alltaf íslensk börn fyrst og okkar barni tók síðast. Okkur fannst það mjög móðgandi. Vegna þess að þá var mjög augljóst að við erum útlendingar og þess vegna lækni...lækni bara kom fram hjá okkur eins og við værum ekki til“. Þrátt fyrir nokkur slík atvik var áberandi almenn ánægja kvennanna með viðmót starfsfólks sem þær lýstu með orðum eins og gott viðmót, kurteisi, samhygd og vinsemd.

Í sambærilegum erlendum rannsóknum þar sem viðhorf og reynsla erlendra kvenna til barneignarþjónustu er skoðuð eru niðurstöður mismunandi. Í rannsókn Maputle og Jali (2006) kom fram óánægja erlendra kvenna með viðmót starfsfólks í tengslum við fæðingarþjónustu og lýstu konurnar skorti á virðingu og samráði um meðferð, takmarkaðan stuðning, óöryggi og afskiptaleysi. Í niðurstöðum annarra rannsókna kom fram að þættir eins og vinsemd, virðing, stuðningur, samhygd, umhyggja og öryggistilfinning lýstu best ánægju kvennanna í þessum rannsóknum og skipti þær mestu máli í umönnun í fæðingu og sængurlegu. Slík umönnun skipti konurnar meira máli en menningartengdar hefðir eins og að fara ekki fljótt í það eftir fæðingu eða takmarka fótavist (Small, Yelland, Lumley, Brown, og Liamputtong, 2002; Yelland, Small, Lumley, Rice, Cotronei, og Warren, 1998). Til samanburðar er athyglisvert að skoða rannsóknarniðurstöður Sigríðar Halldórsdóttur og Sigfríðar Ingu Karlsdóttur (1996) sem tóku viðröl við íslenskar konur um reynslu þeirra af umönnun ljósmæðra í fæðingu. Var umhyggja og styrking frá ljósmóðurinni þeim mikilvægast. Því má segja að niðurstöður þeirrar rannsóknar sem hér er til umfjöllunar samræmist vel niðurstöðum annarra rannsókna þar sem svipaðir þættir skipta konur máli í umönnun á barneignarferlinu þ. e. umhyggja, virðing og stuðningur starfsfólks. Skiptir þá ekki máli hvort konurnar eru erlendar eða íslenskar.

Hafa ber í huga að tungumálafærni minnkar í veikindum eða við álag eins og við barnsfæðingu og ekki er hægt að ætlast til að konur tjái sig á tungu sem þær eru ekki öruggar með (Hayes, 1995). Tvær kvennanna sem upplifðu fæðinguna mjög erfiða höfðu ekki túlk en hugsanlega hefði upplifunin verið jákvæðari með túlk. Pálína frá Póllandi var ákveðin að hafa túlk í fæðingunni en þegar á reyndi náði hún góðu sambandi við sína ljósmóður og maki hennar túlkaði úr ensku þegar þess þurfti: „Ég held að ég mundi ekki vilja einu sinni að fá túlk vegna þess að það er allt önnur ókunnug manneskja“. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar er alltaf matsatriði hvenær kalla eigi eftir þjónustu túlka. Taka þarf tillit til vilja skjólstæðinganna og aðstæðna hverju sinni en með rétttri notkun túlka má koma í veg fyrir misskilning og tryggja betur aðgang upplýsinga, að útskýringar og ráðgjöf beri tilætlaðan árangur. Í lögum um réttindi sjúklunga kemur skýrt fram að erlendir skjólstæðingar heilbrigðiskerfisins eiga rétt á túlkþjónustu. Rétturinn til upplýsinga er hluti af grundvallarréttindum sjúklunga samkvæmt 5. gr. laga um réttindi sjúklunga en þar segir: „Eigi í hlut sjúklungur sem ekki talar íslensku eða notar táknmál skal honum tryggð túlkun á upplýsingum samkvæmt þessari grein“ (Lög um réttindi sjúklunga nr. 74/1997). Jafnframt er eitt

markmið í framkvæmdaáætlun Alþingis um málefni innflytjenda frá 2008 að tungu-málaerfiðleikar eigi ekki að hindra að upplýsingar berist milli einstaklinga og heilbrigðisstarfsmanns (Alþingi, e.d).

Viðhorf nokkurra kvennanna um tiltrú á heilbrigðisstarfsfólki, ráðleggingum og fyrirmælum þess, lituðu samskiptin. Þetta viðhorf getur tengst því að vera alin upp við undirgefni gagnvart yfirboðurum og er starfsfólk heilbrigðiskerfisins talið í hópi þeirra (Birks, Chapman, og Francis, 2007). Aðspurð um verkjalyf í fæðingunni svarar Telma: „Ég fer bara eftir því sem lækniir eða hjúkrunarkona segir. Ég geri bara allt sem þeir segja“. Salome talaði oft um þeir án þess að ljóst sé hverjir þeir eru en ætla má að hún eigi við heilbrigðisstarfsmenn. Í umræðu um fyrirtælanir um lengd brjóstgajafar sagði hún: „Já alveg þangað til þeir segja mér að ég sé ekki með næga mjólk, að það sé ekki næg næring og þá fá þau þela en á meðan ég get gert það þá ætla ég að hafa þau á brjósti“. Nokkru síðar tjáði hún sig um væntanlega fæðingu og heldur áfram, að þeir hafi sagt henni hvernig fæðing tvíburanna muni fara fram og hvað hún eigi að gera. „Þeir eru búnir að segja mér að þau séu með höfudíð niðri þannig að það er allt í lagi. Þeir halda að þetta komi bara venjulega. Þeir segja manni bara að ýta og ýta og það er ekki flóknara en það. Þeir segja þér bara hvort barnið sé að koma eða ekki að koma og hvort þú eigir að ýta eða ekki að ýta“. Hvorugar þessara kvenna komu þó fyrir sjónir sem konur með lítið sjálfstraust og má líklega rekja þessi viðhorf þeirra til menningarlegs bakgrunns þeirra og sem nýbúa með takmarkað heilsulæsi. Skjólstæðingar heilbrigðiskerfisins geta verið varnarlausir gagnvart fagfólki sem hefur mikið vald í ljósi stöðu sinnar og þess þarf að gæta að misnota ekki þetta vald (Sigríður Halldórsdóttir, 2003a, 2003b). Þungaðar konur sem hafa ólíkan menningarlegan bakgrunn, fyrir utan að tala ekki eða skilja ríkjandi tungumál, hljóta að vera í enn verri stöðu hvað þetta varðar. Dæmin hér sýna mikilvægi þess að efla heilsulæsi erlendra kvenna en efling heilsulæsis snýst m.a. um að efla sjálfstraust viðkomandi svo hann geti brugðist við þeirri þekkingu sem hann fær (Mullins, Blatt, Gbarayor, Yang, og Baquet, 2005). Efling hefur fyrst og fremst með samskipti að gera þar sem gagnkvæmi, virðing og jafnræði ríkir á milli aðila (Sigríður Halldórsdóttir, 2003a, 2003b). Í barneignarferlinu felur efling m.a. í sér að vera læs á ólíka menningu og taka tillit til menningarbakgrunns og sérstöðu konunnar (Sigríður Halldórsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir, 2009).

3.3 Fræðsla og árekstrar við kerfið

Upplýsingagjöf er afar mikilvæg fyrir barnshafandi erlendar konur. Fram kom að hópfræðsla á íslensku hentar ekki erlendum konum en persónuleg fræðsla sem ljósmæður veita í mæðravernd virðist ná tilætluðum árangri enda oftast túlkur til staðar. Þó vissu ekki allar af foreldrafræðslunámskeiðum ætluðum útlendingum né af fræðsluefni sem til er á erlendum tungumálum á vef heilsugæslunnar. Hagnýt atriði eins og hvar fæðingadeildin er og ýmis skriffinnska var konunum ofarlega í huga og þar var hlutur ljósmóður í mæðravernd þeim mikilvægur. Pálína segir: „Mér fannst það ekki vera neinar upplýsingar hvernig ég á að hafa mér, hvort ég á að fara, hvaða upplýsingar um hvað og ég var mjög stressuð. Þegar ég hitti ljósmóður breyttist allt um leið og fékk mikið meira upplýsingar og nú fékk ég bara allar upplýsingar sem ég vantaði og ef vaknaði spurningar ég þarf að spyrja ljósmóður eitthvað ég fæ alltaf skýr svar“. Er hér dæmi um mikilvægi þess

að erlendar konur hafi aðgang að upplýsingum og að heilsulæsi erlendra kvenna eflist og skipulag samfelldrar þjónustu og samskipti við ljósmæður virðast hér hafa verið lyklatríði. Margar rannsóknir hafa einnig leitt í ljós ánægju kvenna með samfellda ljósmæðraþjónustu (Biró, Waldenström, Brown og Pannifex, 2003; Brown og Lumley, 1994; van Teijlingen, Hundley, Rennie, Graham og Fitzmaurice, 2003). Í sænskri viðtalsrannsókn við sómalískar innflytjendakonur í Svíþjóð kom fram að sómalísku konurnar kölluðu eftir hagnýtum upplýsingum og meiri og annars konar foreldrafræðslu í formi myndbanda og heimsókna á fæðingardeildina (Wiklund, Aden, Högberg, Wikman og Dahlgren, 2000).

Flestir viðmælenda tjáðu árekstra og erfiðleika sem þeir höfðu lent í varðandi félagslega kerfið s.s. umsókn um fæðingarorlof og aðra skrifinnsku sem fylgir því að vera útlendingur í landinu. Þetta var mjög ofarlega í huga þeirra og má ætla að þessu tengist fjárhagslegt óöryggi. Pálína sagði: „Í sambandi við fæðingarorlof þá mér finnst það vanta mjög mikið upplýsingar til konur sem eru frá útlöndum“. Nokkrum kvennanna fannst erfitt að afla upplýsinga um atriði sem tengjast félagslega kerfinu. Salome vildi vita hvaða réttindi börnin hennar mundu fá við fæðinguna. Hún sagði: „Ég veit ekki hvort þau fá íslenska pappíra börnin. Ég veit ekkert um þetta allt saman. Ég veit ekkert hvaða pappíra þau geta fengið. Ég veit ekki hvern ég get spurt um þetta því mig langar að taka þau með mér til Afríku og sýna fjölskyldunni“. Í viðtali við Belindu og maka hennar kom fram reiði og vonbrigði gagnvart kerfinu þar sem þau virtust hvergi falla inn í íslenskt félagskerfi og alls staðar rekast á vegg. Maki Belindu tjáði sig um þetta: „*This has been the most difficult part of the whole thing. We don't fall into any category because we live in two different places. Nobody can tell us anything. We are not getting anything. Wherever I hit my head on the wall in the Icelandic system it's...well it's very...inside this box.*“.

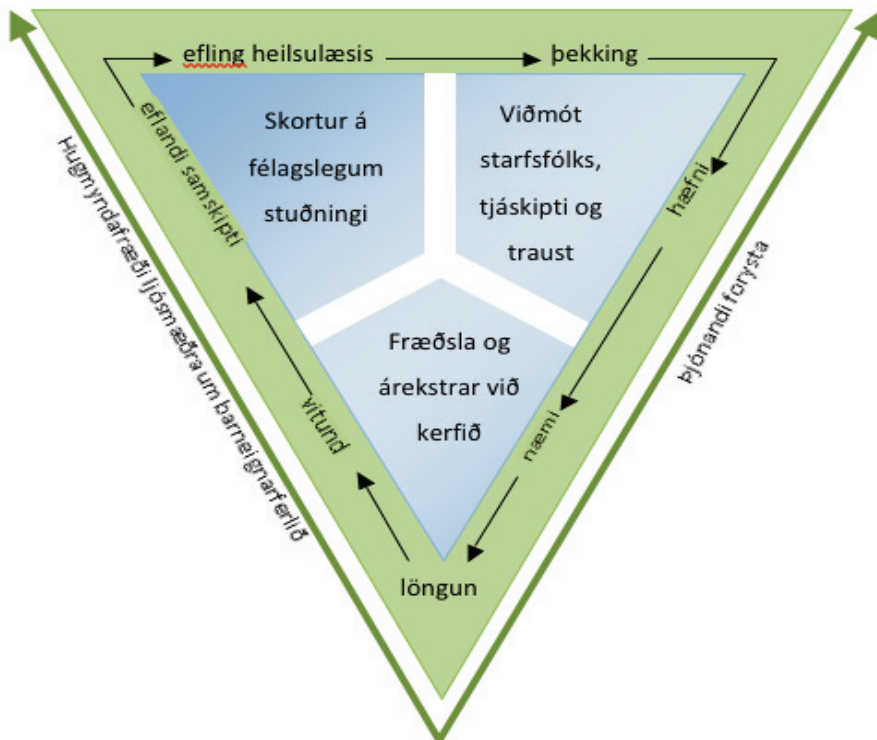
Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til að upplýsinga- og fræðsluþarfarir erlendra kvenna séu nokkuð ólíkar þörfum íslenskra kvenna en nauðsynlegt er að rannsaka betur hvernig fræðsla henti best bæði hvað varðar fjölbreytni og innihald. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að þörf sé á að efla heilsulæsi erlendra kvenna með því að tryggja þeim upplýsingar og fræðslu sem þær skilja, til dæmis með aðstoð túlka, en efling heilsulæsis styrkir konurnar til sjálfstrausts og sjálfstæðra ákvarðana um eigin heilsu og barna þeirra. Í því felst einnig að þær fá aðgengi að upplýsingum um ýmis félagsleg réttindi þeirra sem ætti að auka félagslegan stuðning og minnka líkur á félagslegri einangrun.

4. Samantekt og tillögur til stjórnenda

Samantekt á niðurstöðum rannsóknarinnar er sett fram í líkani (sjá mynd 1) í samhengi við hugmyndafræðilegan bakgrunn rannsóknarinnar þ.e. grunnhugtök menningarhæfni, heilsulæsi, samskipti, þjónandi forystu og hugmyndafræði ljósmæðra á Íslandi um barneignarferlið. Líkanið er sett fram sem tveir þríhyrningar. Í miðjunni eru þrjú þemu rannsóknarinnar sem endurspeglar niðurstöður um reynslu og viðhorf erlendra kvenna af barneignarþjónustu hér á landi. Innri þríhyrningurinn er tákn fyrir heilbrigðisstarfsmann og/eða heilbrigðiskerfið með þáttum sem líklegir eru til að mæta þörfum kvennanna: *efling heilsulæsis* og þættir menningarhæfni: *vitund, hæfni, þekking,*

næmi og *samskipti*, hér *eflandi samskipti*. Örvar milli þátta tákna ferli í hringrás eftir því sem starfsmaður eflir menningarhæfni sína og mætir fleiri einstaklingum annarrar menningar. Ytri þríhyrningurinn er tákun um hugmyndafræði þjónandi forystu sem hefur tákni þríhyrnings sem vísar til jafnrar þátttöku allra, andstætt hefðbundnum stjórnumarþíramída. Þríhyrningurinn táknar jafnframt sameiginlega hugmyndafræði ljósmæðra um einstaklingshæfða og samfellda þjónustu í barneignarferlinu með áherslu á gagnkvæmt samband og traust. Neðst er sameiginlegur eiginleiki leiðtoga þjónandi forystu og menningarhæfni, *löngun* til að vilja þjóna og einlægur vilji til að vinna með fólki annarrar menningar.

Mynd 1. Þrjú þemu/niðurstöður rannsóknar og tengsl við menningarhæfni, heilsulæsi, þjónandi forystu og hugmyndafræði ljósmæðra



Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingar um úrbætur á skipulagi og stjórnun barnaeignarþjónustu hér á landi einkum m.t.t. stefnu, skipulags, stjórnunar og forystu innan heilbrigðisþjónustunnar. Jafnframt er bent á tillögur sem varða túlkajónustu, fræðslu til starfsfólks, upplýsingar og fræðslu til skjólstaðinganna. Í töflu 3 eru nánari lýsingar á tillögnum sem einkum höfðu til stjórnenda heilbrigðisstofnana sem annast erlendar konur í barneignarferlinu. Tillögurnar byggja á niðurstöðum rannsóknarinnar og vísa einnig til hugmyndafræði þjónandi forystu (Greenleaf, 1970/2008) og gæðastaðla RNAO (2007).

Tafla 3. Tillögur til stjórnenda um barneignarþjónustu fyrir erlendar konur.

Tillögur til stjórnenda um menningarhæfa barnaeignarþjónustu	
Stefna	<ul style="list-style-type: none">• Skrifleg stefna með markmiðum og aðgerðaáætlunum um hvernig staðið er að þjónustu við fólk sem kemur erlendis frá.
Forysta	<ul style="list-style-type: none">• Forysta heilbrigðisstofnana taki til fyrirmyndar klínískar leiðbeiningar RNAO um umbreytandi forystu, þjónandi forystu eða ámóta hugmyndafræði sem líkleg er til að ná árangri.
Fræðsla starfsfólks	<ul style="list-style-type: none">• Starfsfólk fái fræðslu og þjálfun um menningarhæfni og heilsulæsi.
Túlkþjónusta	<ul style="list-style-type: none">• Skrifleg og samræmd stefna sé til um notkun túlkþjónustu sem nær til allra sem annast þessa skjólstæðinga heilbrigðisþjónustunnar.
Fjölbreytilegt og aðgengilegt fræðsluefni	<ul style="list-style-type: none">• Fræðsla og fræðsluefni sé aðgengilegt á þeim tungumálum sem stærstu hópar nýbúa á Íslandi tala.• Einnig fjölbreytt fræðsluefni sem allir geta skilið eins og myndir og myndbönd.
Viðhorf skjólstæðinga	<ul style="list-style-type: none">• Reglulega séu framkvæmdar ánægjukannanir meðal erlendra kvenna sem fæða börn hér á landi og leitast við að hafa þennan hóp skjólstæðinga með í rannsóknum.
Upplýsingar um menningarlega þætti	<ul style="list-style-type: none">• Við skráningu heilsufarsupplýsinga um erlendar konur sem fæða börn hér á landi sé skráður kynþáttur, þjóðerni og tungumál viðkomandi.
Samfelld þjónusta	<ul style="list-style-type: none">• Leitast við að tryggja erlendum konum sem fæða börn hér á landi eins samfellda þjónustu umönnunaraðila og hægt er.

5. Lokaorð

Niðurstöður rannsóknarinnar er framlag til þekkingarþróunar á þverfræðilegum grunni fyrir skipulag barneignarþjónustu sem nýtist heilbrigðis- og velferðarþjónustu fyrir erlendar barnshafandi konur. Stjórnvöld og heilbrigðisstofnanir verða að ganga á undan með stefnu, sýn og forystu sem hvetur til og styður við menningarhæfa þjónustu þar sem árangursrík samskipti við heilbrigðisstarfsfólk stuðla að öryggi og velferð skjólstæðinga af erlendum uppruna. Í samhengi við jafnræðisreglu stjórnsýslulaga og

niðurstöður þessarar rannsóknar er við hæfi að þróa skipulag barneignarþjónustu með skýrum gæðastöðlum (sbr. áðurnefndar faglegar leiðbeiningar RNAO fyrir stjórnendur) sem byggir jafnframt á hugmyndafræði ljósmæðra, menningarhæfni og þjónandi forystu þar sem áhersla er lögð á mikilvægi heilsulæsis og eflandi samskipti við erlendar barnshafandi konur og fjölskyldur þeirra. Tillögur til stjórnenda og skýringarlíkan sem lögð eru fram (mynd 2 og tafla 3) gætu verið leiðarljós fyrir stefnumótun og eflingu barneignarþjónustu í fjölmenningsarsamfélagi Íslands í dag.

Heimildir

- Alþingi. (e.d.) „Þingsályktun um framkvæmdaáætlun í málefnum innflytjenda“, Sótt 20. júní 2011 af <http://www.althingi.is/altext/135/s/0836.html>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., og Ananeh-Firempong, O. (2003). „Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care“, *Public Health Reports*, 118, 293-302.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., og Park, E. R. (2005). „Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends“, *Health Affairs*, 24(2), 499-505.
- Birks, M. J., Chapman, Y. og Francis, K. (2007). „Breaching the wall: Interviewing people from other cultures“. *Journal of Transcultural Nursing*, 18, 150-156.
- Birna Gerður Jónsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir (2011). „Raddir erlendra kvenna: menningartengd viðhorf og reynsla af barneignarferli og barneignarþjónustu á Íslandi“, *Ljósmæðrablaðið*, 89(1), 16-23.
- Biró, M. A., Waldenström, U., Brown, S. og Pannifex, J. H. (2003). „Satisfaction with team midwifery care for low- and high-risk women: A randomized controlled trial“, *Birth* 30(1), 1-10.
- Bogdan, R. C. og Biklen, S. K. (1998). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- Brathwaite, A. C. og Williams, C. C. (2004). „Childbirth experiences of professional Chinese Canadian women“, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, 748-755.
- Brown, S. og Lumley, J. (1994). „Satisfaction with care in labor and birth: A survey of 790 Australian women“, *Birth*, 21 (1): 4-13.
- Bryers, H. M. og van Teijlingen, E. (2010). „Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care“. *Midwifery*, 26, 488-496.
- Campinha-Bacote, J. (1999). „A model and instrument for addressing cultural competence in health care“, *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207.
- Dreher, M., og MacNaughton, N. (2002). „Cultural competence in nursing: Foundation or fallacy?“, *Nursing Outlook*, 50, 181-186.
- Green, J. og Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London: Sage Publications.
- Greenleaf, R. (1970/2008). *The Servant as Leader*. Westfield: The Greenleaf Center for Servant leadership.
- Hagstofa Íslands (e.d.). „Erlendir ríkisborgarar 1950-2011“, Sótt 14. október 2011 af <http://www.hagstofan.is/?PageID=2593&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=MAN04001%26ti=Erlendir+r%EDkisborgarar+1950%2D2011++%26path=../Database/mannfjoldi/Rikisfang/%26lang=3%26units=fjoldi>
- Halldórsdóttir, S. og Karlsdóttir, S. I. (1996). „Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth“. *Health Care for Women International*, 17(4), 361-79.
- Hammersley, M. og Atkinson, P. (2007). *Ethnography. Principles in practice* (3. útgáfa). London: Routledge
- Hayes, L. (1995). „Unequal access to midwifery care. A continuing problem?“, *Journal of Advanced Nursing*, 2, 702-707.

- Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins. (e.d.). „Hlutverk, stefna og markmið“. Sótt 30. nóvember 2011 af <http://heilsugaeslan.is/pages/1760>
- Keith, K. M. (2008). *The case for servant leadership*. Westfield: The Greenleaf center for servant leadership.
- Kim-Godwin, Y. S., Clarke, P. N. og Barton, L. (2001). „A model for the delivery of culturally competent community care“, *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 918-925.
- Landlæknisembættið. (2008). „Meðgönguvernd heilbrigðra kvenna í eðlilegri meðgöngu Klínískar leiðbeiningar“, Sótt 14. október 2011 af <http://landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4407>
- Leishman, J. (2004). „Perspectives of cultural competence in health care“, *Nursing Standard*, 19(11), 33-38.
- Ljósmaðrafélag Íslands. (e.d.). „Hugmyndafræði og stefnumótun. Ljósmaðrafélag Íslands“, Sótt 14. október 2011 af <http://ljosmaedrafelag.webmaster.is/Assets/%C3%9AAtg%C3%A1fa/Imfistefnumotun.pdf>
- Lög um réttindi sjúklunga nr 74/1997.
- Maputle, M. S. og Jali, M. N. (2006). „Dealing with diversity: Incorporating cultural sensitivity into midwifery practice in the tertiary hospital of Capricorn district, Limpopo province“. *Curationis*, november, 60-69.
- Mullins, C. D., Blatt, L., Gbarayor, C. M., Yang, H. K. og Baquet, C. (2005). „Health disparities: a barrier to high-quality care“, *American Journal of Health-System Pharmacists* 62 (15), 1873-1882.
- Nahas, V. L., Hillege, S. og Amasheh, N. (1999). „Postpartum depression. The lived experience of Middle Eastern migrant women in Australia“, *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(1), 65-74.
- Nutbeam, D. (2000). „Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century“, *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Ny, P., Plantin, L., Karlsson, E. D. og Dykes, A. (2007). Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner s involvement“, *Reproductive Health*, 4(9).
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir, (2009). „Lærdómur af fæðingarsögum. Nærvera, tengsl við konur og þekking ljósmæðra“. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (Ritstj.), *Lausnarsteinar. Ljós móðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 215-239). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmaðrafélag Íslands.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). „Developing and Sustaining Nursing Leadership“, Toronto; Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses Association of Ontario. (RNAO) (2007). „Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence“, Toronto: Registered Nurses Association of Ontario.
- Requierme, G. (2006). „Gratitude growing from overcoming differences: A phenomenological hermeneutic study of the lived experience of Filipino patients at Landspítali“. Óbirt meistaraþrófsritgerð: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Inga Karlsdóttir og Sigríður Hallsórsdóttir. (2009). „Efling kvenna í barneignarferlinu með áherslu á fagmennsku ljósmæðra“. Í Helga Gottfreðsdóttir og Sigríður Inga Karlsdóttir (Ritstj.), *Lausnarsteinar. Ljós móðurfræði og ljósmóðurlist* (bls. 144-171). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag og Ljósmaðrafélag Íslands.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2003a). „Efling eða niðurbrot: Kenning um samskiptahætti og áhrif þeirra“. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 79(3), 10-16.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2003b). „Eflandi og niðurbrotandi samskiptahættir og samfélög“. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 79(4), 6-12.
- Small, R., Yelland, J., Lumley, J., Brown, S. og Liamputtong, P. (2002). „Immigrant women s views about care during labor and birth: an Australian study of Vietnamese, Turkish, and Filipino women“. *Birth*, 29(4), 266-277.
- St. Clair, A. og McKenry, L. (1999). „Preparing culturally competent practitioners“, *Journal of Nursing Education*, 38(5), 228-234.

Stjórnsýslulög nr. 37/1993.

- Suh, E. E. (2004). „The model of cultural competence through an evolutionary concept analysis“, *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 93-102.
- van Dierendonck, D. (2010). „Servant Leadership: A Review and Synthesis“, *Journal of Management*, (37), 1228 – 1261, DOI: 10.1177/0149206310380462
- van Teijlingen, E. R., Hundley, V., Rennie, A. M., Graham, W., Fitzmaurice, A. (2003). „Maternity satisfaction studies and their limitations: “What is, must still be best”“, *Birth*, 30(2), 75-82.
- Wiklund, H., Aden, A. S., Högberg, U., Wikman, M. og Dahlgren, L. (2000). „Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours“, *Midwifery*, 16, 105-115.
- World Health Organization. (1998). „Health promotion glossary“. Sótt 16. apríl 2010 af http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- Yelland, J., Small, R., Lumley, J., Rice, P.L., Cotronei, V., og Warren, R. (1998). „Support, sensitivity, satisfaction: Filipino, Turkish and Vietnamese women s experiences of postnatal hospital stay“, *Midwifery*, 14, 144-154.
- Þórana Elín Díetz. (2004). „Menning og margbreytileiki í íslenska heilbrigðiskerfinu“. Óbirt MA-ritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.