



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Upplevelser hos föräldrar till omskurna pojkar vad gäller
bemötande på barnhälsovårdscentral/sjukhus efter
genomförd omskärelse

Författare
Shirin Aman Ali

Handledare
Eva-Lotta Funkquist
Anna Höglund

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Inriktning mot hälso- och sjukvård för
barn och ungdom
2016

Examinator
Clara Aarts

SAMMANFATTNING

Syfte: Syftet var att undersöka föräldrars upplevelser av bemötande på barnvårdhälsocentral/sjukhus efter genomförd omskärelse av deras son/söner.

Metod: Studien hade en kvalitativ och induktiv ansats och genomfördes på en öppen förskola i en förort i Stockholm, hösten 2013 och våren 2014. Urvalet skedde genom att författaren valde föräldrar till barn som hade blivit omskuren och som kunde ge informationsrika beskrivningar av fenomenet. Totalt sju föräldrapar medverkade i studien. Samtliga föräldrar hade omskurit sin son/söner i Sverige. Datainsamling skedde genom semistrukturerade intervjuer vilka analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Föräldrars upplevelse av bemötande efter genomförd omskärelse av sin son/söner sammanfattades i tre teman. I *upplevelse av ett tillfredställande och professionellt bemötande* beskrev föräldrarna de faktorer som bidrar till ett bra bemötande, där det bland annat framkom att respekt och förståelse för föräldrarnas värderingar är av betydelse för att skapa en trygghet och förtroende för vårdpersonalen. Föräldrarna beskrev sina *upplevelser av ett bristande bemötande* genom att uttrycka att vårdpersonal brast i sitt engagemang, var stressade, svåra att få tag på och brast i att ge information och rådgivning. Dessa upplevelser lämnade föräldrar att önska mer av vårdpersonalens bemötande i temat *ett önskat bemötande*, där föräldrarna uttryckte önskemål om en engagerad vårdpersonal som kommunicerar, ger adekvat information och rådgivning samt har goda kunskaper och utbildning om andra kulturer.

Slutsats: Föräldrarna upplevde både positiva och negativa upplevelser med bemötandet hos vårdpersonalen, där bristande transkulturell kunskap hos vårdpersonalen var ett av de största problemen. Kontinuerlig utbildning om transkulturell omvårdnad kan underlätta för vårdpersonalen i deras möte med människor från andra kulturer.

Nyckelord: *manlig omskärelse, föräldrar, upplevelse, bemötande, transkulturell omvårdnad*

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to describe parents' experiences of treatment at child health care/hospital after circumcision of their son/sons.

Method: The study had a qualitative and inductive approach and was conducted at a open pre-school in a suburb in Stockholm, in fall 2013 and spring 2014. The author chose the parents of children who had been circumcised and who could provide good information descriptions of the phenomenon. A total of seven pair of parents participated in the study, all whom circumcised their son/sons in Sweden. The data collection was carried out through semi structured interviews which was analyzed with the help of a qualitative content analysis.

Result: Parents' experience of treatment after the circumcision of their son/sons was summarized in three themes. *The experience of a satisfactory and professional treatment*, parents described the factors that contribute to a good treatment, which among other things, showed that respect and understanding of parents' values are important to create a sense of security and confidence for caregivers. The parents described their *experiences of a lack of treatment* by expressing that the nursing staff lacked in commitment, was stressed, difficult to reach and lacked in giving information and advice. These experiences left parents wishing for more of the care attitude of the nursing staff in the theme *a required treatment*, in which the parents wished for a dedicated nursing staff who communicate, provide appropriate information and advice and has good knowledge and education about other cultures.

Conclusion: Parents experienced both positive and negative experiences with the treatment of nursing staff, where the nursing staffs lack of transcultural knowledge was one of the biggest problems. Continuous education of transcultural care can help nursing staff in their meeting with people from other cultures.

Keywords: *male circumcision, parents, experience, treatment, transcultural care*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING

BAKGRUND

| | |
|------------------------------------------------------|----|
| Varför omskärs pojkar? | 1 |
| <i>Religion och kultur</i> | 1 |
| <i>Hälsofördelar</i> | 2 |
| Var och av vem utförs ingreppet? | 4 |
| Hur går ingreppet till? | 5 |
| Definition och lagstiftning | 6 |
| <i>Hälso- och sjukvårdslagstiftningen</i> | 6 |
| <i>Föräldrabalken</i> | 7 |
| <i>FN:s konvention om barnets rättigheter</i> | 7 |
| Kultur | 8 |
| Transkulturell omvårdnad | 9 |
| <i>Soluppgångsmodellen</i> | 10 |
| Sjuksköterskans roll och kulturella kompetens | 10 |
| Vad är ett bra bemötande?..... | 11 |
| Problemformulering | 12 |
| Syfte | 12 |

METOD

| | |
|--------------------------------------|----|
| Design | 13 |
| Urval | 13 |
| Datainsamling | 13 |
| Tillvägagångssätt | 14 |
| Bearbetning och analys | 15 |
| <i>Innehållsanalys</i> | 15 |
| Forskningsetiska överväganden | 17 |

RESULTAT

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Upplevelse av ett tillfredsställande och professionellt bemötande | 18 |
| <i>Känsla av trygghet, förståelse och förtroende</i> | 18 |
| <i>Humor- en känsla av ett inre lugn</i> | 20 |
| <i>Fördomsfritt och accepterande</i> | 20 |
| <i>Transkulturella kunskaper och erfarenheter</i> | 22 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Upplevelse av ett bristande bemötande | 22 |
| <i>Bristande engagemang och stressad vårdpersonal</i> | 23 |
| <i>Bristfällig information och rådgivning</i> | 25 |
| <i>Bristande transkulturell kunskap</i> | 26 |
| Ett önskat bemötande | 26 |
| <i>Engagerad vårdpersonal och en god kommunikation</i> | 26 |
| <i>Tillfredställande information och utbildning</i> | 28 |
| DISKUSSION | 29 |
| Resultatdiskussion | 30 |
| <i>Upplevelse av ett tillfredsställande och professionellt bemötande</i> | 30 |
| <i>Upplevelse av ett bristande bemötande</i> | 33 |
| <i>Ett önskat bemötande</i> | 36 |
| Metoddiskussion | 39 |
| <i>Credibility</i> | 39 |
| <i>Dependability</i> | 39 |
| <i>Transferability</i> | 39 |
| <i>Confermability</i> | 40 |
| <i>Studiens svagheter</i> | 40 |
| Forskningsetiska överväganden | 40 |
| Slutsats | 41 |
| Referenser | 42 |

INLEDNING

- *”Jag har aldrig förstått mig på hur man kan omskära sitt barn, vad är det för mening med det egentligen? Det känns så brutalt på nåt vis....”*

Denna fråga har författaren till denna studie fått många gånger av både vårdpersonal men också av personal inom skolans värld. Vad innebär omskärelse egentligen och varför gör man det? Detta är frågor som författaren redan kan svaren på då hon själv kommer från en kultur där omskärelse anses vara en tradition, men om man inte kommer från en sådan kultur då? Att hitta information på nätet om vad omskärelse innebär är enkelt då det finns många vetenskapliga studier och artiklar kring ingreppet, dess innebörd, för- och nackdelar med mera. Det finns även många studier om vad vårdpersonal har för åsikter om omskärelse, men däremot finns det väldigt få studier om föräldrarnas åsikter och upplevelser av hur de blir bemötta av människor, framförallt vårdpersonal, efter att de omskurit sitt barn.

För att kunna ha en viss förståelse för denna tradition krävs det att man som vårdpersonal försöker få en inblick i andra kulturers värderingar, seder och trosuppfattningar. Vid brist på kunskaper om andra kulturer och traditioner kan det leda till en osäkerhet hos vårdpersonalen som i sin tur visar sig i deras sätt att möta patienten, i detta fall föräldrarna.

I denna studie kommer författaren att referera till omvårdnadsteoretikern Madeleine Leiningers soluppgångsmodell för att beskriva sjuksköterskans roll i den mångkulturella omvårdnaden, en modell vars syfte ligger i att se individen i sin helhet, det vill säga både likheterna och olikheterna dem emellan (McFarland, 2006).

BAKGRUND

Omskärelse av pojkar har länge varit ett debattämne och anses vara det än idag (Rediger & Muller, 2013). Enligt en uppskattning av Socialstyrelsen (SOS) sker ca 2000- 3000 omskärelser av pojkar varje år i Sverige. Många av dessa omskärelser sker utanför hälso-och sjukvårdens ramar och flertalet utomlands. Ingreppet har praktiserats under flera tusen år och är också idag ett relativt vanligt ingrepp på många håll runt om i världen och brukar motiveras med såväl religiösa, kulturella och hygieniska skäl (Socialdepartementet, 2000). De grupper som gör ingreppet av religiösa skäl är oftast judar och muslimer och för dessa är omskärelsen en stor del av religionen.

Varför omskärs pojkar?

Sedvänjan förekommer inom flera befolkningsgrupper och görs av olika skäl. Ingreppet brukar motiveras med såväl religiösa och kulturella som med hygieniska skäl och det betraktas av många som en del av förebyggande hälsovård (Denniston, Hodges & Milos, 2001). I Sverige görs bedömningen, utifrån hälso-och sjukvårdslagen, att det oftast saknas medicinskt hållbara skäl att generellt utföra ingreppet av medicinskt förebyggande skäl. De omskärelser som är medicinskt motiverade, uppfattas därför som hälso-och sjukvård, endast då det sker i samband med exempelvis förhudsförträngning, infektioner och skador. De gånger ingreppet utförs på frisk vävnad ligger syftet i att bota, behandla eller förebygga en sjukdom eller skada (Socialdepartementet, 2000).

Religion och Kultur

Inom Judendom och Islam anses manlig omskärelse vara en självklarhet. I dessa religioner betraktas omskärelsen som en ceremoni som kan jämföras med det kristna dopet. Dessa omskärelser brukar betecknas som antingen "etniska" eller "rituella" (Socialdepartementet, 2000).

I Sverige anses ingreppen ha ökat under senare år, även om det är vanligare internationellt. Ingreppet är bland annat den vanligaste av alla operationer i USA, trots att det skett en nedgång från ca 90% till 60% under de senaste 20 åren. Cirka 80-85% av alla judiska pojkar i Sverige och muslimska pojkar omskärs till nästan 100%

oavsett föräldrarnas grad av religiositet. I Sverige omskärs de flesta pojkar med afrikanskt ursprung (Socialdepartementet, 2000).

I Bibelns gamla testamente finns det flera olika berättelser om omskärelse. Judendomen menar att omskärelse är ett tecken på förbundet med Gud och att pojken, genom omskärelsen mottas i förbundet, så kallade Brit Milah. I detta förbund framgår det att det är varje faders skyldighet att se till att sonen omskärs av antingen honom själv eller av någon som han utsett till att göra det, det vill säga en s.k. Mohel. En av grundreglerna i den judiska traditionen är att en pojke skall omskäras under sin åttonde levnadsdag - förutsatt att han är fullt frisk (Gollaher, 2000). Även muslimska pojkar omskärs under nyföddhetsperioden men ingreppet kan också göras på betydligt äldre barn, och i vissa fall även i vuxen ålder.

Även inom Islam beskrivs omskärelsen som "ett religiöst fundament" och anses vara en del av den muslimska identiteten. Både inom Judendomen och Islam anses ingreppet som hygieniskt och sjukdomsförebyggande (Gollaher, 2000; Socialdepartementet, 2000). På senare tider har ingreppet även blivit relativt vanligt i bland annat stora delar av Afrika och USA. I Afrika utförs det av bland annat kulturella skäl, där omskärelse ses som ett inträde i vuxenvärlden. I USA sker det allt mer ofta rutinmässigt av hygieniska och sjukdomsförebyggande skäl och majoriteten av alla pojkar i USA är omskurna (Socialdepartementet, 2000).

Hälsofördelar

Forskning från Afrika visar att risken för HIV-smitta skulle kunna sänkas med manlig omskärelse och studier om sexuell hälsa har visat på fördelar hos omskurna män i fråga om sexuell hälsa och en minskning av risken för överföring av andra sexuella infektioner utöver HIV (Rediger & Muller, 2013). Detta stärks av Glick (2013) studie där det framkommer att det finns stora hälsofördelar med omskärelse av spädbarn. Hälsofördelarna är bland annat minskning av urinvägsinfektioner, en virtuell eliminering av cancer i penis, en minskning av HIV och HPV- infektioner samt andra sexuellt överförbara sjukdomar, och kanske även en minskning av prostata-och livmoderhalscancer (Glick, 2013).

Både World Health Organization (WHO) och The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) har sedan 2007, rekommenderat manlig omskärelse då det anses minska smittorisken för HIV med 60 %. Enligt UNAIDS är manlig omskärelse ”den mest övertygande bevisbaserade förebyggande strategin som har kommit fram sedan upptäckten att antiretroviral medicinering kan minska HIV överföring från mamma till barn”. Detta skrivs i deras rapport ”Male circumcision: Africa’s unprecedented opportunity” (WHO; UNAIDS, 2007).

Vidare menar organisationerna att risken för HIV minskar om omskärelsen sker på ett säkert sätt, det vill säga med ren utrustning och professionella ”skärare”. UNAIDS framhäver att manlig omskärelse är ett billigt sätt att förebygga och minska HIV/AIDS, i jämförelse med en livslång behandling av sjukdomen. Dock betonar organisationerna också att omskärelse inte ger ett fullgott skydd mot HIV/AIDS, utan att det även måste kombineras med preventivmedel, information om sjukdomen och säkert sex, behandling av sjukdomen och allmän information om HIV/AIDS (WHO; UNAIDS, 2007).

I Afrika ses omskärelse som ett skydd mot HIV-infektioner. Oomskurna män löper större risk att bli infekterade av HIV än de som är omskurna. Anledningen till detta är att viruset angriper vissa celler som tas bort i samband med omskärelsen. Dessa celler finns på insidan av mannens förhud och är extra mottagliga för viruset. I en undersökning i Uganda, bland några par där kvinnorna var HIV-smittade medan männen inte var smittade, framkom det att 40 av de 137 icke omskurna männen blev infekterade medan ingen av de som var omskurna blev infekterade. Därför anser forskare att man bör omskära männen i större omfattning för att minska antalet HIV-positiva i utsatta länder (Szabo & Short, 2000).

Enligt studier som WHO har utfört halverar omskärelse risken för män att bli smittade av HIV. FN:s aidssekretariat rekommenderade medlemsländerna under mars 2007 att bekämpa spridningen av HIV-viruset. Man hävdade att antalet nya HIV-fall skulle minska med ca 5,7 miljoner i Afrika genom manlig omskärelse under en period på 20 år och att tre miljoner dödsfall skulle kunna förhindras på detta sätt (Szabo & Short, 2000).

I en liknande studie från USA fann man att graden av omskärelse bland vuxna män

har ökat med ca 81% under det senaste decenniet (Mayo Clinic Proceedings, 2014). I samma studie fann man en oroande minskning av omskärelse bland spädbarn, från 83% under 1960 till 77% idag. Det finns huvudsakligen två anledningar till denna nedgång. Den ena är följd av demografiska förändringar, med bland annat en ökning av den spansktalande befolkningen. Detta då spansktalande familjer tenderar att vara mindre bekanta med sedvänjan, vilket gör dem mindre benägna att omskära sina söner. Den andra anledningen är den nuvarande avsaknaden av medicinsk täckning för de fattiga i 18 av de amerikanska staterna. I dessa stater är omskärelse 24% lägre. Forskarna menar att resultatet av studien visar att omskärelse av spädbarn bör betraktas som likvärdigt med barnvaccination och att det vore rent sagt oetiskt att inte rutinmässigt erbjuda föräldrar omskärelse av deras son/söner, och att en fördröjning av detta endast skulle sätta barnets hälsa på spel och brukar oftast innebära att det aldrig blir av (Mayo Clinic Proceedings, 2014).

I barndomen är den starkaste omedelbara fördelen med omskärelse skydd mot urinvägsinfektioner som kan skada njurarna hos hälften av de barn som får det. Dessutom anses omskärelse inte ha några negativa effekter på pojkens sexuella funktion, känslighet eller nöje, vilket de flesta motståndare av omskärelse hävdar att det gör. Författarna anser därför att resultatet i denna studie bör sända ett starkt budskap till läkare, yrkesorganisationer och myndigheter att främja denna säkra och enkla procedur, främst i barndomen, under lokalbedövning och särskilt för fattiga familjer som mest tenderar att drabbas av förhudsrelaterade sjukdomar (Mayo Clinic Proceedings, 2014).

Var och av vem utförs ingreppet?

Omskärelse av pojkar i Sverige utförs i regel av hälso-och sjukvårdspersonal, och i de fall där det sker utan medicinsk indikation utförs ingreppet inom såväl offentligt som privat vård. Enligt 5 § i lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, får ingreppet *“endast utföras av legitimerad läkare eller av den som har särskilt tillstånd att utföra omskärelse av pojkar”* och *“Annan person än legitimerad läkare får inte utföra omskärelse på pojkar som är äldre än två månader”*. I samma lag men i kap.9 § framgår det tydligt att *“Den som utför en omskärelse av en pojke utan att vara legitimerad läkare eller utan att ha särskilt tillstånd döms till böter eller fängelse i högst sex månader”*.

Ett vanligt och förekommande problem i Sverige är att samhället ständigt får in nya invandrargrupper som varken har praktiska eller ekonomiska möjligheter att bygga upp egna anordningar för omskäreleser. När de väl har vänt sig till samhällets hälso- och sjukvård blir de allt för ofta avvisade. Detta kombinerat med bristfälliga kunskaper i det svenska språket och det svenska samhället bidrar till att de flesta föräldrar inte vet vart de ska vända sig för att få hjälp med ingreppet. På så sätt har risken för att föräldrar hamnar i “fel händer” hos personer som inte har kompetens att utföra ingreppet ökat. Det är heller inte ovanligt att föräldrar väljer att söka sig till utlandet, ofta till sina hemländer, för att få ingreppet utfört där (Socialdepartementet, 2000).

Hur går ingreppet till?

Med omskärelse avses ett kirurgiskt ingrepp i syfte att helt eller delvis avlägsna förhud runt mannens penis, och i många fall den unga pojkens eller spädbarnets (Mazor, 2013). Ingreppet kan utföras på olika sätt och rent medicinskt sett är ingreppet okomplicerat och tar ca 30 sekunder att utföra, om det görs rätt av en erfaren operatör. Ingreppet är oåterkalleligt och är ofta förenat med smärta, visst obehag och andra risker.

Enligt 4 § i lagen om omskärelse av pojkar som trädde i kraft 1 juni 2013 framgår att *“ingreppet skall utföras med smärtlindring som ombesörjs av en legitimerad läkare eller en legitimerad sjuksköterska, under betryggande hygieniska förhållanden och med hänsyn till vad som är bäst för pojken”*.

Pojken skall ha adekvat smärtlindring under både självaste ingreppet och under läkningsprocessen. Med adekvat smärtlindring menas bedövning i form av lokalbedövning genom injektion i kombination med smärtstillande salva till de små barnen. Vid ingrepp på de större barnen används bl.a. narkos, men där riskerna oftast är större än vid lokalbedövning. Vid de tillfällen då pojken inte har fått någon bedövning alls har de ofta berott på att den person som utfört ingreppet saknat medicinsk kompetens eller inte haft möjlighet att ge bedövning. Ibland kan vissa även ha uppfattningen att ingreppet i sig inte är så smärtsamt och att det är lindrigare för barnet om det görs snabbare och utan bedövning (Socialdepartementet, 2000). I Sverige är det inte vanligt med komplikationer i samband operationen, men de

komplikationer som uppstår brukar oftast inte vara svårhanterliga, och enligt SOS har de mest allvarliga komplikationerna varit i samband med bedövningen och biverkningar av smärtstillande läkemedel. I de få fall där det funnits brister i det tekniska utförandet och hygienen har ingreppet utförts av både erfarna läkare och av personer som inte har varit hälso- och sjukvårdspersonal (Socialdepartementet, 2000).

Definition och lagstiftning

Lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar definierar omskärelse som ”*ett sådant kirurgiskt ingrepp i syfte att helt eller delvis avlägsna förhud runt penis, som inte anses utgöra hälso- och sjukvård i den mening som avses i 1 § hälso- och sjukvårdslagen*” (1982:763) (Sveriges riksdag, 2001). Ingreppet är, om adekvat smärtlindring inte ges, extremt smärtsamt och om de medicinska förhållandena inte är säkra kan svåra komplikationer uppstå (Hanoch, 2013). Ingreppet ska utföras av legitimerad sjukvårdspersonal eller person med särskilt tillstånd. Utöver detta fastställer lagen att omskärelse endast får utföras på begäran av vårdnadshavare efter att de blivit tydligt informerade om riskerna med ingreppet. Om pojken i fråga uppnått mogen ålder, det vill säga att han är tillräckligt gammal för att förstå informationen, skall även information ges till honom då ingreppet inte får utföras mot hans vilja samt att pojkens inställning till ingreppet tydligt måste klargöras (Sveriges riksdag, 2001).

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen

De grundläggande bestämmelserna för hur hälso- och sjukvården skall vara utformad i Sverige finns i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I frågan om omskärelse anses inte ingreppet ingå i hälso- och sjukvård i HSL:s mening då den utförs på frisk vävnad och utan medicinsk indikation. Därför anses det heller inte vara den typ av åtgärd som ingår i den hälso- och sjukvård som landstingen är skyldiga att erbjuda enligt HSL, även om det kan komma att kräva hälso- och sjukvårdspersonalens särskilda kompetens.

Enligt statens medicinsk-etiska råd avböjer de flesta sjukhus att utföra omskärelse av pojkar på grund av bristande resurser och det faktum att läkare inte vill utföra ingreppet. Trots att många läkare inte önskar utföra ingreppet gör de det med motiveringen att det är bättre för barnet att ingreppet görs av ”en kompetent person

som ger bedövning och utför det under goda hygieniska förhållanden än att det utförs av en icke-kompetent läkare i en osteril miljö där riskerna för komplikationer ökar” (Socialdepartementet, 2000).

Föräldrabalken

Enligt 6 kap. 1 § har *“barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling”* (Lag 1983:47) (Sveriges Riksdag, 1949).

I 2 § andra stycket i samma kapitel har den som har vårdnaden om ett barn ett ansvar för att barnets personliga förhållanden och skall se till att barnets behov enligt 1 § blir tillgodosedda (Lag 1994:1433). Barnets vårdnadshavaren har både rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren skall också i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål, detta i enlighet med 6 kap. 11 § i föräldrabalken.

FN:s konvention om barnets rättigheter

Konventionen om barnets rättigheter antogs den 20 november 1989. Grundtanken bakom denna idé är att alla barn ska ha rätt till att få sina grundläggande behov tillgodosedda, att få skydd mot utnyttjande och diskriminering, att få uttrycka sin mening och bli respekterade. Det är således samhällets ansvar att svara på dessa krav (Hammarberg, 2006).

I barnkonventionen hanteras inte frågan om omskärelse av pojkar rent specifikt, men konventionen innehåller ett flertal företeelser som anses vara relevanta när det gäller omskärelse av pojkar. I artikel 2 i konventionen framgår det att *”konventionsstaterna skall respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess föräldrars eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, handikapp, börd eller ställning i övrigt”* (Hammarberg, 2006; Socialdepartementet, 2000). En annan viktig princip i konventionen är den som handlar om barnets bästa, nämligen

artikel 3; ”Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet” (Hammarberg, 2006).

Enligt artikel 12 i konventionen skall barn ges rätt till att komma till tals och hänsyn skall tas till barnets åsikter med beaktande av dess ålder och mognad. Barnet har inte en skyldighet att uttrycka sin åsikt utan det är en rättighet som barnet har. Staterna däremot, har en skyldighet att bereda barnet en möjlighet att komma till tals, direkt eller indirekt (Hammarberg, 2006).

Kultur

Idag är Sverige ett av de länder dit många flyktingar söker sig för att skaffa sig en lugn levnadstillvaro, borta från krig och elände, vilket lett till att man brukar referera Sverige som ett mångkulturellt land. Blum (1998) förklarar mångkulturalism på detta vis:

... en förståelse för, insikt i och uppskattning av sin egen kultur och en kunskapsbaserad respekt för och nyfikenhet på andra etniska grupper. Det innebär att man sätter värde på andra kulturer, inte genom att godta alla aspekter av dessa kulturer utan genom att försöka förstå hur en given kultur kan uttrycka värden för dess egna medlemmar.

Purnell och Paulanka (2008) beskriver kultur som beteendemässiga mönster, trosuppfattningar, värderingar, seder och livsstil som inverkar på individens uppfattning av världen. Dessa mönster styr i sin tur individens världsbild och beslutsfattande inom familjen, samhället och andra områden. Enligt Stier (2009) kan kultur kan också användas som ett begrepp för att förklara eller beskriva en folkgrupps sätt att leva. Detta kan exempelvis innefatta olika normer, ritualer, värderingar osv.

Två teoretiker som beskriver begreppet kultur i sin omvårdnadsteori är Leininger och McFarland (2002) som menar på att kultur är en inlärningsprocess där individen försöker forma sin egen livsstil genom bland annat olika värderingar, uppfattningar och handlingar. Författarna använder sig av tre olika termer för att beskriva

vårdpersonalens kunskaper om kultur: *Kulturell medvetenhet* som syftar på vårdpersonalens förmåga att reflektera över sin egen kultur, värderingar och fördomar och. *Kulturell kunskap* som innebär att man som vårdpersonal söker kunskap om ämnet kultur, med all dess innebörd, för att skapa sig en förståelse för patienten och dess världsbild, värderingar osv. *Kulturell färdighet* som syftar på att vårdpersonalens förmåga att använda sig av kulturell kunskap för att sedan lämpa vården utifrån det. För att mötet med vårdpersonal ska upplevas som positivt av patienten, där patienten känner sig trygg och förstådd, måste vårdpersonal i största möjliga utsträckning försöka använda sig av dessa färdigheter.

Transkulturell omvårdnad

Den mest omtalade transkulturella omvårdnadsteorin grundades av Madeleine M. Leininger. Idag används Leininger teori över hela världen av såväl sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter för att få en inblick och förståelse för kulturella skillnader inom vården (Leininger och McFarland, 2006). Transkulturell omvårdnad har idag blivit en av de viktigaste och mest betydelsefulla delarna av sjuksköterskeyrket då många länder runtom i världen blivit mångkulturella. Leininger definierar transkulturell omvårdnad som en viktig del av omvårdnaden då den belyser skillnader mellan olika kulturer, dess värderingar, beteenden, sjukdomsuppfattningar med mera. Syftet med teorin är att öka förståelsen för olika kulturer och traditioner för att kunna möta människor från andra kulturer (McFarland, 2006).

Dagens mångkulturella samhälle avspeglar sig allt mer i sjukvården, där olika kulturer möts och interagerar med varandra. Allt för ofta tenderar vårdpersonalens egna normer och strukturer, speciellt för den egna kulturen, att komma i vägen för vårdpersonalens arbete när det kommer till att arbeta med människor vars värderingar inte stämmer överens med ens egna kultur. Därför syftar bland annat Leiningers teori till att få sjuksköterskor att, förutom att ha kunskap om andra kulturer, att även vara skeptisk och ifrågasättande gentemot sin egen kultur. Hon menar på att sjuksköterskan i samband med att hon träffar människor med olika kulturer, trosuppfattningar och värderingar ska tänka och agera ur ett holistiskt perspektiv. Förutom detta uppmärksammar teorin även vikten av att sjuksköterskan ska arbeta utifrån ett individcentrerat förhållningssätt, där både kulturell kunskap och etiskt

tankesätt i omvårdnaden, gör att sjuksköterskan får en större förståelse för patienten och dess livsvärld (McFarland, 2006). Leininger understryker att det är viktigt att sjuksköterskan förstår sig på begreppet kultur för att kunna veta vilken omvårdnads som skall ges (Leininger, 2002).

Soluppgångsmodellen

På 1970-talet utvecklade Leininger (McFarland, 2006) den så kallade Soluppgångsmodellen, vars syfte var att klargöra de grundläggande beståndsdelarna i den transkulturella teorin och därmed fungera som en guide i sjuksköterskans arbete med patienter från andra kulturer. Själva modellen föreställer en soluppgång, där solens strålar representerar olika komponenter som tillsammans bidrar till en individs världsuppfattning och sociala strukturer. Dessa komponenter har en påverkan på olika beteenden och mönster inom vården samt hur människan uppfattar hälsa, sjukdom och inte minst död. Grunden i teorin går ut på att det ligger i sjuksköterskans jobb att ta hänsyn till de olika komponenterna i modellen och därmed se individer i sin helhet, det vill säga både likheterna och olikheterna dem emellan. Genom att göra detta kan sjuksköterskan ge god omvårdnad oavsett vilken kulturell bakgrund patienten har. Enligt modellen uttrycker individens världsuppfattningar och sociala kulturer sig via språk, etnisk bakgrund och olika miljöförhållanden. Dessa innefattar bland annat religiösa och filosofiska faktorer, politiska, juridiska och ekonomiska faktorer, sociala relationer samt kulturella värderingar och levnadssätt.

Sjuksköterskans roll och kulturella kompetens

I rollen som sjuksköterska kommer man dagligen i kontakt med människor från andra kulturer än den egna, och erfarenheter och värderingar ställs då emot varandra. Om sjuksköterskan inte har tillräckligt med kunskap om patientens kultur kan det leda till missförstånd och misstro hos patienten, vilket kan orsaka lidande för patienten.

Enligt 2§ i Hälso- och sjukvårdslagen (Sveriges Riksdag, 1982:763) har alla människor lika rätt till vård oavsett medborgarskap, och sjuksköterskans primära ansvar är att ge vård till alla på lika villkor. Det ingår således i sjuksköterskans roll att *”verka för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och*

trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras". Detta framgår i ICN:s etiska kod (International Council of Nurses), (ICN, 2007). Uppfattningen beskrivs även i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning av sjuksköterskan, där det står att sjuksköterskan skall utgå från en humanistisk människosyn genom att visa öppenhet och respekt för andra människors värderingar och trosuppfattningar (Socialstyrelsen, 2005).

Allt för ofta skapar människan förutfattade meningar om andra kulturer vilket i sin tur kan leda till fördomar. I en studie av Murphy & Macleod Clark (1993) framgår det att en av orsakerna till att sjuksköterskan ibland har svårt för att etablera ett bra möte med en annan människa från en annan kultur, är den bristfälliga kulturella kompetensen och den etnocentriska attityden. Sjuksköterskorna i studien upplevde svårigheter med att förstå sina patienter pga. den kulturella skillnaden och hade på så sätt svårt för att skapa förståelse för varandras kulturer och värderingar. För att få en förståelse för patienten och dess kulturarv är det viktigt att sjuksköterskan försöker skapa sig en förståelse för sin egen kultur och beaktar interaktionen mellan de sociala och kulturella skillnaderna inom kulturerna. Dessutom upplevde sjuksköterskorna att vården blev lidande relaterat till den bristande kulturella kompetensen (Ozolin & Hjelm, 2003).

Att försöka skapa sig en förståelse för andra människors kulturer och värderingar är ingen en lätt uppgift för sjuksköterskan. För att kunna skapa denna förståelse måste sjuksköterskan vilja lära sig från andra kulturer för att på så sätt kunna skapa sig en bild av vad patienten har för förväntningar och behov. Genom att ha ett öppet sinne för andra kulturers likheter och olikheter kan sjuksköterskan ändra det etnocentriska synsättet på kulturer, om ett sådant synsätt finns (Leininger & McFarland, 2002).

Vad är ett bra bemötande?

Enligt Socialstyrelsen (2005) bygger omvårdnadens grunder på ett bra bemötande och det ligger i sjuksköterskans ansvar att lägga grunden för bemötandet, vilket i sin tur avgör hur resten av vårdtiden kommer att vara.

Begreppet bemötande är ett svårt begrepp att både definiera och översätta då det inte finns vetenskaplig evidens på vad ett korrekt bemötande innebär (Fossum, 2013). Fossum menar på att bemötande bland annat handlar om hur samtal genomförs och utförs. De handlar om hur man betar sig gentemot patienter, hur man använder sig av kroppsspråket, hur man lyssnar och visar förståelse och empati. Vidare menar Fossum (2007) på att ett gott bemötande innebär att vara hjälpsam och lyhörd mot patienten så att denne skapar en trygghet. Han understryker också att ett gott bemötande handlar om vilken människosyn man har och den värme och engagemang som vårdpersonalen visar patienten. Det handlar kort sagt om att motta patienten som en människa med ett unikt värde.

En annan författare som nämner begreppet bemötande som ett uttryck för vård och omsorg är Birkler (2007), som menar på att sjuksköterskans roll ligger i att bland annat försöka förstå patientens, i detta fall föräldrarnas, situation för att utifrån det kunna tillgodose dennes behov.

PROBLEMFÖRMULERING

Diskussionen kring manlig omskärelse är mångfacetterad och det finns många olika sätt att se på frågan (Rediger & Mullers, 2013) och dessutom har omskärelse en stark kulturell och religiös grund. Rediger och Mullers studie har visat att föräldrar väljer att omskära sina söner av en rad olika anledningar och att det inom vissa kulturer och religioner anses otänkbart att avstå ifrån ingreppet. Ämnet omskärelse och kultur har diskuterats och undersökts i flertalet studier (Hanoch, 2013; Glick, 2013 & Earp, 2013) och andra studier har gjorts om vårdpersonalens uppfattningar och åsikter om ingreppet, men utbudet på studier av föräldrarnas upplevelser av bemötande av vårdpersonal på barnhälsovårdscentral och sjukhus, efter genomförd omskärelse på deras son/söner är ett ämnesområde som ännu inte finns väl beskrivet.

SYFTE

Att undersöka föräldrarnas upplevelser av bemötande på barnhälsovårdscentral/sjukhus efter omskärelse av deras son/söner.

METOD

Design

Denna studie har en kvalitativ och induktiv ansats, då författaren önskar att undersöka och tolka föräldrarnas upplevelser med syfte att få en djupare förståelse för deras upplevelser (Graneheim & Lundman, 2008; Polit & Beck, 2012). Med en kvalitativ ansats avser forskaren att studera hur individen tolkar och formar sin verklighet i relation till sina tidigare erfarenheter och kunskaper och syftar till att identifiera likheter och/eller skillnader mellan olika individer (Polit & Beck, 2012).

Urval

Studien är baserad på intervjuer med sju föräldrapar som omskuret sin son/söner. För att komma i kontakt med dessa föräldrar togs kontakt med öppna förskolan i förorten Alby, Stockholm. Genom öppna förskolan gavs möjligheten att träffa föräldrar från olika kulturer som förhoppningsvis kunde belysa frågan ur olika perspektiv. Urvalet skedde genom att författaren valde föräldrar till barn som hade blivit omskuren och som kunde ge informationsrika beskrivningar av fenomenet.

Inklusionskriterierna för denna studie var att åtminstone en av föräldrarna kunde tala flytande svenska, att båda föräldrarna var över 18 år, att omskärelsen var utförd i Sverige samt att föräldrarna hade kontinuerlig kontakt med BVC. Samtliga föräldrar som tillfrågades var positivt inställda till deltagandet i studien och gav ett skriftligt samtycke.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer med en egen utformad intervjuguide med öppna frågor (Bilaga 1). Denna kvalitativa design har sitt ursprung ur den holistiska traditionen och dess data kan samlas in med hjälp av intervjuer, där deltagarens beskrivningar och upplevelser blir föremål för analys och tolkning (Graneheim & Lundman, 2008). Genom intervjuer ges möjligheten att förstå deltagarnas erfarenheter och syn på olika situationer, som de själva kan sätta ord på. Denna slags forskningsstudie görs oftast med en mindre grupp av personer och har sitt fokus på mötet mellan intervjuaren och deltagaren (Graneheim & Lundman, 2008).

För att på bästa sätt få svar på syftet använde författaren en så kallad intervjuguide med öppna frågor/frågeområden. Denna typ av intervju är vanligt förekommande och

tanken är att intervjuguiden skall användas som stöd under själva intervjun (Polit & Beck, 2012). Intervjuguiden är semistrukturerat, vilket innebär att ett antal frågor ställs på liknande sätt till samtliga deltagare, men där frågorna har öppna svarsmöjligheter. Detta gav deltagarna möjligheten att uttrycka sig fritt kring ämnet (Graneheim & Lundman, 2008; Polit & Beck, 2012). Genom denna typ av intervju anpassar sig forskaren till vad som kommer upp i intervjun och kan på så sätt även ställa följdfrågor. Intervjuguiden bestod av totalt 8 öppna frågor rörande föräldrarnas upplevelser av bemötande. Frågorna berör bland annat huruvida omvårdnadspersonal tagit upp frågan kring omskärelse, varför föräldrarna valde att omskära sitt barn samt hur föräldrarna upplevde att de blev bemötta på BVC/sjukhus. Följdfrågor som bland annat ställdes till frågan/frågeområden var:

- Kan du utveckla detta lite mera?
- På vilket sätt?
- Vad kände du?
- Vad menar du?

Innan intervjuerna påbörjades testades frågorna och självaste upplägget i en provintervju. Detta för att författaren i god tid skulle kunna åtgärda eventuella fel eller oklarheter. Även teknisk utrustning, såsom inspelning på mobil, testades innan användning.

Tillvägagångssätt

Författaren tog kontakt med öppna förskolan och informerade personalen om studien och dess syfte och för att få tillstånd att tillfråga föräldrar om medverkan, men även förfrågan om att få tillåtelse att närvara vid en föräldrar-och barngrupp. Författaren deltog vid en föräldragrupp där föräldrarna informerades både muntligt och skriftligt (Bilaga 2) vid förfrågan om deltagande. De föräldrar som valde att delta fick skriva under det informerade samtycket (Bilaga 2). De fick även information om möjligheten att tacka ja till deltagande och möjligheten att dra sig ur studien om så önskades vid ett senare tillfälle.

Fyra av intervjuerna hölls på öppna förskolans lokaler medan de andra tre intervjuerna hölls hemma hos föräldrarna. Vid varje intervjutillfälle presenterade intervjuaren sig själv samt syftet med studien och bakgrunden till studien. Samtalen

spelades in med en mobiltelefon så att författaren sedan kunde transkribera intervjuerna ordagrant så att värdefull information inte skulle missas. Anteckningar fördes under intervjuerna och följdfrågor ställdes för att stärka de diskussioner som föräldrarna kom in på under intervjuerna. I slutet av intervjun upprepades alla frågor från intervjuguiden för att ge föräldrarna en möjlighet att lägga till eller ändra på sina svar om så önskades. Intervjuerna hölls på svenska och varade mellan 30-45 minuter.

Samtliga namn som nämnts vid intervjuerna har uteslutits ur transkriptionerna av intervjuerna med hänsyn till patienternas rätt till anonymitet. Enbart författaren har haft tillgång till det transkriberade materialet och de inspelade intervjuerna.

Bearbetning och analys

Innehållsanalys

Den transkriberade informationen från intervjuerna analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Denna typ av innehållsanalys har sitt fokus på tolkning och granskning av texter, som exempelvis transkriberade intervjuer, och har som grund att identifiera olika skillnader och likheter i ett textinnehåll (Danielson, 2012; Graneheim & Lundman, 2008).

Syftet med innehållsanalys är att finna olika budskap och teman som framkommer i intervjuerna för att sedan sammanlänka dem i kategorier (Danielson, 2012). I denna studie har materialet analyserats genom att författaren haft fokus på både ett manifest och latent innehåll i texterna. Ett manifest innehåll svarar på frågan "Vad?" och behandlar distinkta och uppenbara beståndsdelar i texten medan det latent innehåll svarar på frågan "Hur?" och fokuserar på en mer djupare tolkning av texternas underliggande budskap och mening (Graneheim & Lundman, 2004).

Enligt Graneheim & Lundman (2004) är det första steget i en innehållsanalys att välja vad som ska karakteriseras som analysenheter. I denna studie användes de transkriberade intervjuerna som analysenheter. Först lästes de transkriberade texterna igenom flera gånger för att författaren skulle få förståelse och känsla för materialets helhet (Graneheim & Lundman, 2004). När detta var gjort identifierades de meningsbärande enheter som ansågs svara på studiens syfte. Efter detta kondenserades de meningsbärande enheterna, det vill säga att de kortades ner till ett

mer vetenskapligt språk. Detta gjordes på ett sådant sätt att intervjuernas centrala budskap inte gick förlorade (Graneheim & Lundman, 2004).

Nästa steg i analysprocessen var att koda de kondenserade meningsenheterna för att kunna beskriva vad en meningsenhet handlar om. Efter det grupperades de koder som hade liknande innehåll i olika kategorier. Alla dessa steg utgör tillsammans den latent innehållsanalysen, vilket innebär att författaren gör en tolkning av det underliggande innehållet (latent) i texten och på så sätt bildar olika teman. Målet med denna analysprocess är att det centrala budskapet inte skall gå förlorat (Graneheim & Lundman, 2008).

Burnard (1996) menar att författaren kan ha stor hjälp av att göra små anteckningar under tiden som materialet studeras, vilket författaren gjort under analysen av intervjumaterialet i denna studie. Genom att parafrasera vissa av föräldrarnas svar gavs författaren möjlighet att lättare kunna bilda relevanta och begripliga koder. Detta gjordes då föräldrarna allt för ofta svarade direkt på de frågor som ställdes.

Författaren har dock använt sig av citat i löpande text för att undvika att läsaren skall vilseledas och tro att det är författarens egna ord.

| <i>Fråga</i> | <i>Ursprungligt svar</i> | <i>Transkriberat svar</i> |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|
| <i>Hur upplevde du att du blev bemött?</i> | <i>Jag fick ett väldigt gott bemötande</i> | <i>Upplevde ett gott bemötande</i> |

Genom att identifiera skillnader och likheter bland koderna kunde författaren skapa olika subteman för att sedan kunna identifiera olika teman

Exempel på analysprocessen.

| Meningsbärande enhet | Kondenserad meningsbärande enhet | Subtema | Tema |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Vi (föräldrarna) har liksom förtroende för dom (personalen på BVC) och de är viktigt för oss att dom personer som vårdar vår eller va man ska kalla dom, visar respekt och vet | Föräldrarna har förtroende för personalen. De har alltid känt sig trygga med dem. | Känsla av trygghet, förståelse och förtroende | Upplevelse av ett tillfredställande och professionellt bemötande |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <p>va dom gör och de tycker vi att hans läkare och sjuksköterska är. Vi har alltid känt oss trygga med dom och haft förtroende för dom för dom har alltid tagit hand om vår son och även oss egentligen och det är de som räknas.</p> | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

Forskningsetiska överväganden

När man gör kvalitativa studier berör man människors privata och personliga upplevelser och känslor (Kvale & Brinkmann, 2009). Då omskärelse är ett känsligt ämne för vissa kulturer är det viktigt att man tar hänsyn till sammanhanget i samband med tolkning av intervjumaterialet, det vill säga att man tar hänsyn till den intervjuade personens livsvillkor, kultur och vardag (Graneheim & Lundman, 2008).

Enligt Bryman (2012) skall man utgå från vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer när det kommer till intervjuer:

- Informationskravet - frivilligt att delta i studien. Deltagaren får information om vad studien handlar om och vilka moment som ingår. Ett informationsbrev skickas till deltagaren där syftet med studien finns beskrivet.
- Samtyckeskravet - deltagarna informeras om att de har rätt till att själva bestämma över sin medverkan samt att de har rättigheten att avbryta sitt deltagande när de vill. Information ges om att intervjun skall spelas in och att materialet skall transkriberas för att sedan användas i studien.
- Konfidentialitetskravet - sekretess och offentlighet. Deltagarna informeras om att deras identiteter skall behandlas med konfidentialitet.
- Nyttjandekravet - det insamlade materialet får inte användas för icke vetenskapliga syften och egenbruk.

Ett deltagande i denna studie har bland annat medfört samtal om känsliga personliga upplevelser och inneburit att deltagaren kan ha upplevt att han/hon har lämnat ut sin

historia till en helt främmande människa. Samtalet kan å andra sidan ha inneburit att föräldrarna har fått möjlighet att prata ut om sina tankar och känslor, och därför har fokus endast varit riktat mot föräldrarna och deras upplevelser.

Författaren till denna studie kommer själv från en kultur där omskärelse anses vara en tradition, vilket bidragit till att författaren haft en viss förförståelse inför intervjuerna. För att inte låta förförståelsen påverka studiens resultat har författaren inte ställt några ledande frågor under intervjuernas gång, detta trots att författaren har goda kunskaper om omskärelse och varför man utför detta ingrepp. Dock har författaren inga egna barn och har därför begränsade kunskaper och erfarenheter kring upplevelser kring ingreppet. Författaren har istället utfört intervjuerna på ett professionellt sätt och låtit deltagarna dela med sig av sina erfarenheter utan att ha jämfört de med sina egna.

RESULTAT

Totalt 3 teman och 9 subteman framkom genom den kvalitativa innehållsanalysen; *Upplevelse av ett tillfredställande och professionellt bemötande*, *Upplevelse av ett bristande bemötande* och *Upplevelse av ett önskat bemötande*. Här nedan redovisas samtliga teman och subteman tillsammans med citat från intervjuerna för att förtydliga och förstärka det resultat som framkommit under intervjuerna.

Upplevelse av ett tillfredställande och ett professionellt bemötande

Känsla av trygghet, förståelse och förtroende

Majoriteten av föräldrarna upplevde att vårdpersonalen, i det här fallet läkaren och sjuksköterskan, hade en viktig del i deras sätt att känna trygghet och förtroende. Att vårdpersonal visade en förståelse över föräldrarnas kulturella samt religiösa bakgrund upplevdes vara av stor väsentlig vikt. Föräldrarna menade på att ett bra bemötande från vårdpersonalen skapade trygghet och bidrog på sätt till att föräldrarna fick ett ökat förtroende för dem.

”Vi har liksom förtroende för dom (personalen på BVC) och de är viktigt för oss att dom personer som vårdar vår son eller va man ska kalla dom, visar respekt och vet va dom gör och de tycker vi att hans läkare och sjuksköterska är. Vi har alltid känt oss

trygga med dom och haft förtroende för dom för dom har alltid tagit hand om vår son och även oss egentligen och det är de som räknas ” (Intervju 1)

En förälder upplevde att risken fanns att hon skulle förlora förtroendet för vårdpersonalen om dem inte hade bemött henne väl.

”För mig är de självklart att man ska bemöta sina patienter på ett bra sätt, hur ska man annars va? Kanske bara jag som känner så, men jag skulle typ aldrig kunna lita på personen (sjuksköterskan eller läkaren) igen och känna mig trygg med någon som inte bemöter mig eller behandlar mig bra” (Intervju 2)

En annan förälder tyckte att ett gott bemötande från personalen var extra viktigt för nyinvandrade då det redan är svårt att flytta till ett nytt land och där man måste försöka anpassa sig till den nya kulturen och med alla förändringar som det för med sig. Föräldern menade på att ett väl bemötande är viktigt för att kunna utveckla trygghet och förtroende för vårdpersonalen. En del föräldrar upplevde att de kände sig bekväma och trygga med att ställa sina frågor och prata om sina funderingar, då vårdpersonalen hade varit öppna och neutrala i sin inställning till omskärelse. Det fanns dem som upplevde att respekt var en viktig faktor i mötet med föräldrar. Att uppleva sig bli respekterad av vårdpersonalen skapade en känsla av att vara bekväm och trygg. Dessa föräldrar ansåg att vårdpersonalen hade varit respektfulla och öppensinnade i precis den mån de hade förväntat sig.

”Vår sjuksköterska är verkligen helt underbar, hon är otroligt respektfull och öppen, och de känns verkligen som att hon bryr sig om en, och jag hade ärligt talat inte förväntat mig något annat av henne för de är sån hon har varit ända sen i början” (Intervju 3)

Föräldrarna uttryckte att de kände sig respekterade när vårdpersonalen samtalade med de på ett omtänksamt och positivt sätt.

Humor- en känsla av ett inre lugn

Att vårdpersonalen uppvisade en rolig och avslappnande inställning upplevdes vara högst centralt för en stor del av föräldrarna. I de möten där personalen skojade mycket och använde humorn som ett lugnande redskap upplevdes mötet som positivt och föräldrarna kände en inre lugn och trygghet.

”Vårans läkare va mycket snäll och rolig faktiskt, han tyckte inte de va konstigt att vi hade gjort de på vårans son. Han skrattade mycket med oss om allting och va lugn och då jag och min fru vi kände oss också lugn och glad” (Intervju 4)

Ett föräldrapar upplevde också att humor var viktigt för att kunna lugna ner en situation, men var noga med att betona att det inte alltid anses vara lämpligt att använda sig av humor i alla lägen. Föräldrarna menade på att trots att det är viktigt att personalen visar upp en humoristisk och avslappnande sida så är det också viktigt att man försöker inse allvaret i situationen i fråga.

Fördomsfritt och accepterande

De flesta föräldrar upplevde ett positivt bemötande i mötet med vårdpersonal gällande deras val och beslut att genomföra omskärelse. Föräldrarna ansåg mötet vara positivt när vårdpersonalen inte var dömande utan fokuserade på anledningen till självaste besöket istället för att ifrågasätta ingreppet och föräldrarnas beslut att genomföra det.

*”Jag vet att de finns den fördomar eller va de heter men inte dom personal vi har träffat, dom är mycket snälla allihopa och dom har aldrig titta på oss konstigt”
(Intervju 4)*

Föräldrarna uttryckte att de kände sig accepterade när vårdpersonal visade intresse och var öppna för föräldrarnas beslut att omskära. Att bli behandlad som ”vilken annan person som helst” ansåg föräldrarna vara en viktig faktor för att kunna ha ett tryggt och givande möte. Föräldrarna menade på att vårdpersonalen inte haft ett fördomsfullt eller kränkande bemötande, vilket bidrog till att föräldrarna upplevde en trygghet och lättnad. En förälder upplevde att det tog tid för sjuksköterskan att

uttrycka hennes åsikt fastän föräldern ganska tidigt noterat att sjuksköterskan hade en åsikt.

”Man såg på henne hon ville säga nåt, men jag vet inte hon sa ingenting... istället hon var tyst och jobbade som vanligt” (Intervju 6)

En annan förälder upplevde att barnläkaren till en början tycktes ha en negativ och dömande inställning kring omskärkelse men som med tiden utvecklades till en positiv och accepterade inställning, då han tog sig tid att fråga föräldrarna om deras beslut. Trots att ingen av föräldrarna upplevt att de blivit dömda eller kränkta uttryckte en del föräldrar att man känt en viss oro och ängslan inför det stundande mötet med vårdpersonalen.

”Båda jag och min fru var faktiskt oroliga för vad läkaren och dom (resten av personalen) skulle tro och tycka... dom kanske inte vet varför man gör de i vår kultur” (Intervju 7)

En förälder delade med sig av en upplevelse som hon själv hade varit med om i samband med att hon hade legat på sjukhus. Detta för att förstärka hennes påståenden om vikten av att ha en icke-dömande inställning för att förstå sig på en annan människa och dennes situation. Föräldern menade på en sjuksköterska som hade tagit hand om henne under hennes vårdtid hade gjort antaganden om hennes livsstil utan att ha vetat något om hennes liv. Sjuksköterskan hade inte sagt något till föräldern men denne hade visat sitt misstycke väldigt tydligt genom icke-verbal kommunikation. Sjuksköterskan hade suckat och grimaserat vilket föräldern hade upplevt som kränkande. Dessutom hade sjuksköterskan ett reserverat och känslolöst förhållningssätt, vilket föräldern upplevt som ett dåligt bemötande. Detta i sin tur ledde till att föräldern inte vågade öppna upp sig, utan var tyst och lät sjuksköterskan ha sina inkorreakta antaganden.

”De va hemskt, hon va iskall och visade inte alls att hon respekterade och ens brydde sig. Hon bara stod där med ett flin i ansiktet och suckade, och de va som att hon skrattade åt en fast inombords. Jag förstod inte ens varför hon betedde sig så... hon

kände inte ens mig utan hon trodde väl att hon gjorde de och visste allt...förutom att hon inte gjorde de då..." (Intervju 5)

Föräldern, i det här fallet, betonade vikten av att stå upp för sig själv och stå för den man är oavsett vad vårdpersonal har för tankar och åsikter om en. Hon menade på att vårdpersonal inte bör utgå ifrån att alla människor är likadana utan istället fokusera på den individuella människan.

Transkulturella kunskaper och erfarenheter

Att vårdpersonalen hade goda teoretiska kunskaper om andra kulturer och traditioner var något de flesta föräldrar upplevde som positivt och betydelsefullt. Föräldrarna upplevde att vårdpersonalen var kompetenta och kunde svara på de frågor som föräldrarna ställde, vilket i sin tur bidrog till ett ökat lugn samt ett ökat förtroende till vårdpersonalen. Ett föräldrapar beskrev vikten av tidigare erfarenheter som en viktig del i bemötandet. Paret menade på att vårdpersonal som tidigare varit i möte med föräldrar av annan kultur och tradition må ha lättare för att anpassa sig och visa förståelse än vårdpersonal som inte interagerat med invandrare tidigare.

"Vi frågade sjuksköterskan (på BVC) om hjälp efter operationen och hon visste exakt va vi skulle göra, hon sa att hon va så van att få den frågan eftersom hon träffat många föräldrar som omskurit sina pojkar och att de inte va nåt konstigt med de"
(Intervju 1)

Överlag var föräldrarna nöjda med vårdpersonalens teoretiska kunskaper och det faktum att de bekräftade den enskilda föräldern som en unik individ med egna egenskaper och förmågor. Föräldrarna ansåg att detta synsätt bidrog till en trygghet och ett positivt bemötande.

Upplevelse av ett bristande bemötande

Samtliga föräldrar i denna studie upplevde de blivit bemötta med ett relativt tillfredställande bemötande men trots det fanns det föräldrar som inte alltid tyckte att vårdpersonalens bemötande var optimalt.

Bristande engagemang och stressad vårdpersonal

En minoritet utav föräldrarna uppfattade vårdpersonalen som väldigt uppjagad. De föräldrar som menade på att personal varit stressade upplevde att personalen haft tankar på annat håll där varken tid för engagemang eller aktivt intresse funnits. Att kunna få möjlighet att tillsammans med ansvarig vårdpersonal sätta sig ner och få svar på sina frågor och funderingar ansågs vara ytterst viktigt. Föräldrarna uttryckte att de upplevde svårigheter med att finna ledig tid med vårdpersonalen då de var stressade.

Några föräldrar tyckte att sjuksköterskan hade brustit i sin planering när det kom till att uppskatta tiden inför deras besök. De ansåg att sjuksköterskan inte hade avsatt tillräckligt med tid i samband med besöken på BVC, vilket ledde till att föräldrarna inte hann prata om sådant som de ansågs vara viktigt för dem.

”Jag vet inte varför de kändes som att hon hade så bråttom, vi brukar alltid ha åtminstone en timme på oss vid varje besök men den här gången gick de inte ens en halvtimme, och hon va jättestressad under hela besöket... nästan så att man ville säga att hon kunde avsluta om hon ville, för jag blev stressad av att hon va stressad... och jag hann inte ens fråga henne om råd kring min sons omskärelse. Hon hade ju sett att han va omskuren och reagerat på de men hon hann inte ens säga nåt om de för att hon hade så bråttom” (Intervju 1)

En förälder hävdade att vårdpersonalens professionella förhållningssätt ibland är beroende av hur dennes egna privatliv är. Föräldern menade på att vårdpersonalens förmåga att agera professionellt kan påverkas av diverse olika faktorer, som att personen i fråga är stressad, har privata problem eller helt enkelt haft en dålig dag. Detta i sin tur, påstår föräldern, kan påverka upplevelsen av en god kommunikation, som i den stunden kan ses som bristfällig.

”Om personalen är stressade så märks de liksom i hela deras bemötande, de springer liksom omkring i cirklar känns de som. Man måste nog ha förståelse för att de också är människor, precis som du och jag, och har egna problem där hemma och så... men problemet är bara den att ska man liksom va professionell så måste man ändå liksom kunna lämna allt sånt hemma och fokusera på patienten istället när man jobbar. De

blir liksom ingen bra om man har en massa stressad personal som går runt och inte ens hinner kommunicera med en... de blir ingen bra” (Intervju 2)

Trots att föräldrarna upplevde viss vårdpersonal som stressade och svåråtkomliga uttryckte de flesta att vårdpersonalen ändå gjorde ett bra jobb som såg efter barnens bästa, något som föräldrarna var tacksamma för. En del föräldrar upplevde att vårdpersonal varit nonchalanta och visat prov på ett bristande intresse och engagemang gällande ingreppet. Föräldrarna menade att vårdpersonalens attityder ibland kunde uppfattas som negativt, och därför också som ett tecken på bristande intresse. Föräldrarna uttryckte att när personalen visade intresse ökade deras tillit till dem vilket i sin tur ledde till att föräldrarna kunde slappna av mera och samarbeta.

Några föräldrar beskrev deras möten med vårdpersonal som att personalen "var där men ändå inte där". Med detta menade föräldrarna att vårdpersonalen var närvarande rent fysiskt men inte alltid psykiskt. En av föräldrarna uttryckte att hon hade önskat att barnläkaren på BVC hade varit mera tillgänglig när det kom till att svara på föräldrarnas frågor och funderingar, men istället upplevde hon det som att läkaren inte var närvarande överhuvudtaget, trots att han stod framför henne. Detta i sin tur ledde till att föräldern tolkade det som ett bristande intresse och engagemang och bidrog till ett möte med mer att önska.

”Vi hade hoppats på att han (läkaren på BVC) liksom skulle va mera tillgänglig eller va man ska kalla de... asså åtminstone ställa lite frågor. De kändes nästan som att han va där men ändå inte på nåt sätt” (Intervju 3)

Vidare upplevde en del utav föräldrarna att vårdpersonal ibland varit otillgängliga i den meningen att de var svåra att få tag på, både inför och efter själva utförandet av omskärelsen. Att kunna få snabb respons, antingen via e-post eller telefon, ansågs vara betydelsefullt. Tillgänglighet via e-post upplevdes som positivt av en del, men däremot upplevde majoriteten av föräldrarna tillgängligheten via telefon som problematisk. Föräldrarna upplevde att sjuksköterskan sällan svarade i telefon och att man istället blev hänvisad till telefonsvararen, något som inte alltid uppskattades av föräldrarna.

”Min son han hade jätteont en dag efter operationen och jag ville prata med sjuksköterskan och fråga henne om jag kunde ge min son Alvedon, men hon svarade inte i telefonen och då jag var tvungen att lämna meddelande... sen hon ringde inte tillbaka till mig, hon ringde nästa dag” (Intervju 6)

Bristfällig information och rådgivning

Samtliga föräldrar ansåg att tilldela föräldrar adekvat information och rådgivning bör vara en stor och viktig del av personalens professionella uppgift. Att få information från vårdpersonalen ansåg de flesta föräldrar vara en stor och viktig faktor i ett bra bemötande.

Det fanns dem som upplevde att det brast i informationen ibland från vårdpersonalen, vilket hade en negativ effekt på bemötandet. Föräldrarna ansåg att vårdpersonalen kommunicerade dåligt och att de bör kunna tillgodose föräldrarna med information kring ingreppet, om inte annat, bidra med rådgivning kring basala saker så som hygien.

”Läkaren (på BVC) visste ingenting om ingreppet, så han frågade inte ens... de va ganska tråkigt faktiskt för vi kunde inte fråga honom något utan fick vända oss till ordinarie läkare som hade omskurit vår son. Önskar att den här läkaren kunde komma med lite information i alla fall om hygien och så vidare” (Intervju 5)

Föräldrarna menade på att det är personalen man vänder sig till när man har frågor och funderingar, och att dem om någon bör veta. Även om omskärelse inte är ett ingrepp som man vanligtvis brukar diskutera på till exempel BVC så ansåg en del av föräldrarna att det bör finnas skriftlig information om omskärelse i form av broschyrer, helst på olika språk, som besvarar deras frågor när inte vårdpersonalen har möjlighet eller kunskapen att göra det. Framförallt då inte alla har anhöriga eller bekanta att vända sig till, menade föräldrarna. En förälder tyckte att personal som jobbar på BVC i invandrartäta områden borde kunna lite kring ämnet, tillräckligt mycket för att kunna ge information om vilka kliniker eller instanser man kan vända sig till för att få hjälp.

”Överlag så tycker jag väl egentligen att de är viktigt att hela personalen, asså då menar jag läkaren och sjuksköterskan typ, borde kunna lite om omskärelse i alla fall. Jag menar vi bor ju trots allt i Alby liksom och jag känner att de kanske inte borde va så ovanligt ändå för dom. Alby är ju en förort och de finns fullt med invandrare här, så de kanske borde typ veta lite om sånt här kan jag tycka...” (Intervju 3)

Bristande transkulturell kunskap

Trots att de flesta föräldrar upplevde att vårdpersonalen hade goda teoretiska kunskaper om andra kulturer, fanns det även dem som upplevde en brist på kunskap. Föräldrarna menade på att anledningen till att det ibland kunde förekomma fördomar och missförstånd berodde till stor del på vårdpersonalens bristande kunskap inom islam.

”Jag tycker att de allmänt är brist på kunskap när de kommer till annorlunda kulturer och traditioner än den svenska. Man är så van vid sin egen kultur och kanske har svårt för att öppna upp ögonen för andra kulturer och traditioner” (Intervju 7)

De föräldrar som upplevde att vårdpersonal haft bristande kunskap om islam och dess traditioner beskrev att de flera gånger såväl inför mötet som efter själva utförandet av omskärelsen tvingats förklara och svara på frågor om fenomenet. Detta ledde till att en viss irritation skapades hos föräldrarna som menade på att basala grundutbildningar inom temat religion, kultur och traditioner bör erbjudas på samtliga vårdinstitutioner, för att på så sätt kunna minimera missförstånden samt öka förståelsen i det transkulturella mötet.

Ett önskat bemötande

Trots att samtliga överlag var nöjda med vårdpersonalen fanns det dem som uttryckte önskemål om ett annorlunda bemötande.

Engagerad vårdpersonal och en god kommunikation

Att ha en god relation till vårdpersonal där man som förälder känner sig respekterad, accepterad och lyssnad på, ansåg samtliga föräldrar vara av stor betydelse för ett

positivt möte. Generellt önskade föräldrarna att bli bemötta med respekt och förståelse, vilket de flesta vårdpersonal gjorde.

Samtliga föräldrar betonade vikten av god kommunikation som en viktig faktor för ett gott bemötande. De menade på att utan en god och kontinuerlig kommunikation mellan föräldrar och vårdpersonal skulle bemötandet bli lidande.

”Utan en bra kommunikation mellan oss som föräldrar och personalen kommer de bara leda till en massa missförstånd. För oss är de viktiga att vi får veta exakt va som händer hela tiden och vi måste kunna prata med varann och visa förståelse och respektera varandra” (Intervju 2)

En del av föräldrarna önskade att personalen kunde ta sig tid att sätta sig ner med dem en längre stund och lyssna på föräldrarna. En förälder önskade att personalen kunde ställa mera frågor kring omskärelse, föräldrarnas anledning till beslut av omskärelse med mera för att visa att de förstått och därmed undvika missförstånd.

”Doktorn frågade inte varför vi gjort de på vårans son, de skulle va mycket bättre om han frågade för då vi kunde säga till honom varför... annars kanske han tror vi alla är dumma i huvudet som vill göra så mot vårans son” (Intervju 4)

Vid frågan om föräldrarna skulle velat förändra något i vårdpersonalens bemötande uttryckte en förälder att ögonkontakt och lyhördhet är av betydelse för ett gott bemötande, något vårdpersonalen inte alltid hade.

”Typ nån som lyssnar kanske, som visar att han är intresserad, som ställer frågor och så... men jag tror nog ändå att ögonkontakten är de viktigaste och oftast så känns de ändå liksom att man får de... men inte alltid” (Intervju 3)

Mer än hälften av alla föräldrar tog upp frågan kring kroppsspråk och uttryckte att det var en viktig del av bemötandet. Föräldrarna menade på att vårdpersonalen med ett bra kroppsspråk kunde visa förståelse, vilket i sin tur ledde till att föräldrarna fick ett ökat förtroende för vårdpersonalen. En förälder berättade om sjuksköterskan som varit med vid sonens omskärelse och menade på att man inte alltid behövde höra lugnande

ord för att man skulle känna sig lugn, utan ibland räckte det med att sjuksköterskan till exempel klappade en på handen eller ryggen.

De föräldrar som upplevde att vårdpersonalen stundtals varit stressade och inte visat engagemang och intresse relaterat till tidsbrist, önskade att vårdpersonalen kunde försöka gottgöra detta för föräldrarna vid ett annat tillfälle eller åtminstone ta sig tid att förklara för föräldern att hon/han återkommer när han har tid och möjlighet. En förälder uttryckte sig på detta sätt:

”Jag förstår att dom inte alltid har tid för oss med tanke på hur stressigt de kan va ibland men då borde man va professionell och säga att man inte hinner prata om det just nu och sen boka in en ny tid när man vet att man har lite mera tid på sig”

(Intervju 1)

Föräldrarna menade på att de har full förståelse för att vårdpersonal också är människor med egna problem men att de anser att vårdpersonal bör lämna sitt privatliv utanför arbetet och vara professionella istället.

Två föräldrar uttryckte att det är viktigt att vårdpersonal försöker finnas till hands för föräldrar i största mån för att svara på eventuella frågor och funderingar. De tyckte även att vårdpersonal bör bli bättre på att vara mera tillgängliga via telefon och e-post då det ansågs vara svårt att få tag på sjuksköterskan utanför besökstid, om man skulle vilja ha rådgivning.

Tillfredställande information och utbildning

Att kunna få information och rådgivning ansåg majoriteten av föräldrarna vara viktigt. Tre av föräldrarna upplevde att bristfällig information tydde på brist på engagemang från vårdpersonalen. Föräldrarna uttryckte att de inte hade kunnat få någon information eller råd om omskärelse, varken innan eller efter operationen från sin BVC-sjuksköterska, vilket hade oroat föräldrarna. Föräldrarna menade på att de hade önskat att sjuksköterskan kunde, dels hjälpa de med information om vart de skulle vända sig för att genomföra operationen, dess för- och nackdelar samt hjälpa de efteråt med information om bland annat hygien och skötsel. Istället fick föräldrarna

vända sig till anhöriga för rådgivning. Föräldrarna ansåg att, även om sjuksköterskan inte vet något om självaste ingreppet, ligger det i hennes jobb att hjälpa föräldern med att få tag på adekvat information.

”Vår sjuksköterska hon visste inte mycket, när vi skulle omskära vår son hon kunde inte hjälpa oss och inte efter heller. Vi fick fråga min frus mamma istället men sjuksköterskan hon borde ha hjälpt oss” (Intervju 4)

Samtliga föräldrar betonade vikten av tydlig och adekvat information som en bidragande faktor till känsla av trygghet och förtroende. En förälder uttryckte även att tydlig och bra information är önskvärt i främst stressande och allvarliga situationer då föräldrar behöver känna lugn. Att kunna få en kontinuerlig uppdatering av situationen ansåg de flesta föräldrar vara betydelsefullt och viktigt för deras förtroende till vårdpersonalen. Förutom information, upplevde några föräldrar också att vårdpersonal bör få kontinuerlig utbildning i transkulturell omvårdnad som ett sätt att öka förståelsen för andra kulturers värderingar och normer för att i lång sikt undvika fördomar och missförstånd.

DISKUSSION

Studien visade att föräldrarnas upplevelser av bemötande på barnhälsovårdscentral/sjukhus efter genomförd omskärelse av deras son/söner kan beskrivas i tre teman; *upplevelse av ett tillfredsställande och professionellt möte, upplevelse av ett bristande bemötande och ett önskat bemötande*. Föräldrarna upplevde både positiva och negativa upplevelser av bemötande där bland annat termer som respekt, förståelse och förtroende upplevdes som viktiga i bemötandet med föräldrar. Utöver detta upplevde föräldrarna även att vårdpersonal stundtals brast i sitt engagemang genom att vara stressade och svåra att nå. Att ge information och rådgivning var också sådant som föräldrarna upplevde att vårdpersonalen brast i. Föräldrarna hade istället en önskan om att vårdpersonalen gjorde tid för dem, gav information samt hade någorlunda goda kunskaper och andra kulturer och traditioner.

Resultatdiskussion

Upplevelse av ett tillfredsställande och professionellt möte

Känsla av trygghet, förståelse och förtroende

Att som patient uppleva trygghet och förtroende för vårdpersonal, hade stor betydelse för föräldrarna i denna studie. Föräldrarna uttryckte att ett bra bemötande från vårdpersonalen ledde till en ökad trygghet och förtroende, vilket grundade sig på en respekt och förståelse för deras kulturella bakgrund. För att skapa denna förtroende är det viktigt att vårdpersonalen använder sig av både kompetens och omtanke (Halldorsdottir, 1996).

Maier Lorentz (2008) påvisar i sin studie att det är viktigt att vårdpersonal har förståelse för andra kulturer, för att kunna erbjuda en så bra individanpassad och professionell vård som möjligt. Detta stärks även av Ekblad et al., (2000) studie där sjuksköterskorna i studien anser att man genom att skaffa information om patientens religion, tradition och livsstil bidrar till en ökad förståelse och därmed också till en bättre vård.

I en studie av Adler, Ottaway och Gould (2001) framkom det att föräldrar till oomskurna pojkar väldigt sällan blev tillfrågade om önskemål om eventuell omskärelse, vilket medförde att föräldrarna upplevde sig mindre respekterade. Den yrkesgrupp som främst ställde frågan kring föräldrarnas beslut att omskära var obstetriker. När föräldrarna blev tillfrågade huruvida de upplevde att vårdpersonalen respekterade deras beslut att omskära eller inte omskära upplevde majoriteten att de blivit respekterade, vilket föräldrarna uppskattade. Både Hanssen (2007) och Fossum (2013) belyser att en förutsättning för att skapa ett positivt möte är att man som vårdpersonal visar respekt och förståelse för patientens värderingar, även om de inte stämmer överens med ens egna värderingar. Författarna menar på att ett förhållningssätt som är byggd på respekt och intresse för patienten gör det hela enklare för patienten att dela med sig av sin historia och situation.

För att kunna få en förståelse för andra kulturer och individers olikheter och likheter krävs det kunskap, åtminstone om man väljer att utgå ifrån Leiningers teori om transkulturell omvårdnad. Att känna till att olika kulturer har olika värderingar,

livsstilar, beteenden, religiösa och sociala faktorer är en kunskap som all vårdpersonal som arbetar med transkulturell omvårdnad bör ha (Leininger och McFarland, 2006).

Humor- en känsla av ett inre lugn

För en del av föräldrarna i denna studie var det viktigt med vårdpersonal som visade en humoristisk sida i mötet. Humor ses som ett kommunikationssätt som skapar band och utvecklar relationer mellan olika människor. Den anses bygga relationer och uppmuntran samt lätta på en stressade situationer, men även underlätta kommunikationen och öka hälsan hos individen (Ginger, 2004).

Enligt Tse et al. (2010) studie om patienter med kronisk smärta, framkommer det att patienter upplever humor som en viktig del av vården och en bidragande faktor till en ökad livskvalitet. Patienterna menar på att de upplever mera glädje och välbefinnande då vårdpersonalen använder sig av humor för att lätta på en jobbig stämning eller situation. Detta i enlighet med föräldrarna i denna studie som menade på att de upplevde ett inre lugn och trygghet i de möten där vårdpersonalen skojade mycket, vilket i sin tur bidrog till en upplevelse av ett positivt möte.

Trots att föräldrarna uppskattade vårdpersonalens humor fanns det dem som betonade att det inte alltid är lämpligt att använda sig av humor samt att det måste användas på ett sådant sätt att det inte upplevs som förlöjligande eller kränkande. Detta framgår även i Ginger (2004) studie där man understryker att humor måste användas med respekt samt att det kan påverka kommunikationen mellan vårdpersonal och patient om den inte förstås på rätt sätt.

Fördomsfritt och accepterande

Enligt Leiningers teori måste vårdpersonal lägga fokus på individen i sig och dennes livsvärld för att utöva en god omvårdnad (Leininger och McFarland, 2006). Detta i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763), den lag som styr vården och som lagt grunden för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005). Lagen understryker att alla människor, oavsett etnicitet eller religion, har rätt till lika vård. Detta innebär dock inte att alla människor ska vårdas på samma sätt eller bemötas på samma sätt, utan att se varje människa som unik och anpassa vården efter varje individuell människa.

Föräldrarna i denna studie ansåg att vårdpersonalen inte haft en dömande och ifrågasättande inställning till deras beslut att omskära, vilket en del föräldrar hade varit oroliga för innan mötet med vårdpersonalen då de stundtals upplevt att vårdpersonalen brustit i sin kulturella kunskap. I Ekblad, Marttila och Emilssons (2000) studie belyser man vikten av att vårdpersonalen skapar sig en förståelse om patientens kultur och sin egen kultur för att undvika att ”döma” patienten utifrån sin egna kulturella bakgrund. Detta då man menar på att tidigare studier visat att vårdpersonal tenderar att använda sig av förutbestämda meningar och fördomar i sitt sätt att bemöta patienter med andra kulturer. Detta hävdar även Narayanasamy (2003) som påvisar att vårdpersonal bör vara medvetna om att det finns variationer även inom en och samma kultur. Genom att ha detta i åtanke kan vårdpersonalen erbjuda en kulturanpassad omvårdnad, samtidigt som de tänker över sina fördomar och kunskaper om andra kulturer. Narayanasamy menar på att en av anledningarna till att vårdpersonalens skapar fördomar är på grund bristande kunskap om andra kulturer, vilket i sin tur bidrar till negativa konsekvenser i mötet. Även Persson (2010) och Wikberg och Bondas (2010) understryker att det är lätthänt att missförstånd och generalisering uppstår när vårdpersonal brister i sina kunskaper om andra kulturers livssätt, värderingar och beteenden. Wikberg och Bondas menar på att brist på kunskap leder till att vårdpersonal gör egna uppfattningar om vissa kulturer som sedan får agera som exempel för samtliga personer från samma kultur, det vill säga, vårdpersonal skapar förutfattade meningar om hur personer från den kulturen ”bör” bete sig utifrån tidigare erfarenheter. Detta överensstämmer med Pergert et al., (2008) studie där sjuksköterskorna förklarar att de gärna undviker situationer där det finns en risk för kulturkrock, då de anser sig ha för lite kunskaper om patientens kultur och endast har sina förutfattade meningar att utgå ifrån.

En av föräldrarna i denna studie uttryckte att barnläkaren kanske skulle ha agerat annorlunda i hans beteende om han själv hade samma kultur, religion eller till och med var omskuren. Detta påstående tycks överensstämma med en studie av Rediger och Muller (2013) där det framkommer att de läkare som själva var omskurna var mer sannolika att stödja omskärelse medan oomskurna läkare tenderade att vara emot omskärelse, vilket enligt författaren kan tyda på okunskap och förutfattade meningar. Pergert et al., (2008) menar på att vårdpersonal behöver vissa grundläggande

kunskaper om andra kulturer för att kunna visa acceptans och förståelse för sådant man inte upplevt tidigare eller finner avvikande. Detta för att på lång sikt minska fördomar och missförstånd.

Transkulturell kunskap och erfarenhet

De flesta föräldrar upplevde att vårdpersonalen hade någorlunda bra kunskaper om andra kulturer och traditioner ansågs vara viktigt. När vårdpersonal är kulturellt medvetna bidrar detta till en ökad förståelse för föräldrarna, men också ett ökat förtroende hos föräldrarna till vårdpersonalen. Høye och Severinsson (2008) hävdar att en ökad kunskap inte bara ökar förståelsen för patienterna utan det ökar även den ömsesidiga respekten, vilket anses vara kärnan i ett professionellt och positivt möte.

Att ha en kulturell medvetenhet kan medföra att vårdpersonalen får ett ökat självförtroende så att de kan hantera situationer de inte är vana vid och på så sätt bidra till en bättre kommunikation och effektivare vård. Ett påstående Pergert et al., (2008) instämmer med, då de syftar på att en kulturell medvetenhet skapar öppenhet och förståelse i mötet med patienter från andra kulturer. I studien av Leishman (2004) framgår det att sjuksköterskorna i studien önskar förbättra mötet med patienter med annan etnisk bakgrund. Enligt sjuksköterskorna kan man med hjälp av kunskap och förståelse individanpassa vården på ett sådant sätt att patientens behov utspelar en central roll i omvårdnaden. Leishman (2004) menar på att genom en ökad kulturkompetens får vårdpersonal också en ökad förståelse för patientens kultur och religion. Vidare menar Leishman att en ökad kulturkompetens hjälper vårdpersonal att undvika konflikter som eventuellt skulle kunna uppkomma på grund av okunskap, vilket i sin tur skulle bidra till ett bättre möte. Sådana konflikter är lättare att hantera när vårdpersonalen är säker i sitt kulturella medvetande (Leishman, 2004).

Upplevelse av ett bristande bemötande

Bristande engagemang och stressad vårdpersonal

Att vårdpersonal upplevdes som stundtals stressade var det ytterst få föräldrar som uttryckte. Föräldrarna i denna studie menade på att vårdpersonal tenderade att ha tankarna på annat håll vilket innebar att de inte alltid hade tid att lyssna på föräldern under en längre tid. Dessa påståenden stämmer bra överens med det som framkommer i Momani och Kurashys (2012) studie där det man hävdar att ett av de största

problemen inom vården är vårdpersonalens tidsbrist, vilket i sin tur påverkar bemötandet och kommunikationen negativt.

Fossum (2013) betonar vikten av ett aktivt lyssnande där man som patient, i detta fall en förälder, ska ha möjlighet att sätta sig ner med vårdpersonal och samtala kring sin situation men också få möjlighet att ställa frågor. Även föräldrarna i denna studie uttryckte att det är viktigt att få "ensamtid" med vårdpersonal för att kunna ställa frågor och samtala kring eventuella funderingar, något inte alla föräldrar upplevde att de fått möjlighet till. Vidare antyder Fossum (2013) att om vårdpersonal upplevs som stressade försvårar det för patienten som kanske vill ställa frågor eller berätta om sådant som han/hon anser är viktigt, då det oftast kräver tid, förtroende och engagemang. När patienten upplever att vårdpersonal är stressade tenderar de att hålla tillbaka på sina frågor då de inte vill störa eller stressa vårdpersonalen mer än de redan är, vilket leder till att de heller inte vågar ställa krav eller kritisera (Fossum, 2013). Detta påstående ställer sig även Carrsee och Rhodes (2002) och Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) bakom, då man hävdar att det aldrig är lätt för en patient att öppet kritisera vårdpersonal som har ens hälsa och välmående i sina händer. Man vill inte klaga på de personer man anser sig vara beroende av.

En del föräldrar i denna studie upplevde att vårdpersonal inte alltid visade intresse eller engagemang kring ingreppet, vilket de uppfattade som något negativt. Föräldrarna menade på att vårdpersonal ibland kunde uppfattas som icke-närvarande i den meningen att "De var där men ändå inte där". Detta kan relateras till det Fossum (2013) skriver om att man vårdpersonal kan bete sig på två olika sätt i samtalet med patienten. Dels kan man som vårdpersonal visa att man är stressad och inte har tid genom att till exempel ständigt kolla på klockan för att visa att man har bråttom, eller så sätter man sig ner med patienten och ge en bild av att man har tid fastän man kanske inte har det. Fossum menar på att det är viktigt att visa intresse och lyssna på patienten och att det inte alltid innebär att samtalet behöver bli längre bara för att man visar intresse och lyssnar. Tvärtom, konsekvenserna leder till att patienten upplever sig bli väl bemött och får en positiv upplevelse av mötet och återbesöken blir färre.

Det fanns även de föräldrar som upplevde att vårdpersonalen ibland, speciellt på BVC, varit otillgängliga och svåra att nå, vilket inte uppskattades. Föräldrarna uttryckte att det är av betydelse att vårdpersonal finns tillgängliga via telefon eller mail, då man är i behov av stöttning eller rådgivning. Detta överensstämmer med Fägerskiöld et al. (2001) studie där man hävdar att en god och tillfredställande tillgänglighet skapar en positiv relation mellan vårdpersonal och patient.

Bristfällig information och rådgivning

Samtliga föräldrar i denna studie påpekade att information och rådgivning bör vara en viktig del av vårdpersonalens jobb, och ansåg detta vara en viktig faktor för ett lyckat bemötande. Om vårdpersonalen brast i att ge information, upplevde föräldrarna det som ett negativt bemötande.

I en studie av Morris, Bailis och Wiswell (2014) i USA, framkommer det att American Academy of Pediatrics (AAP) rekommenderar att läkare rutinmässigt diskuterar beslutet att omskära med föräldrarna tidigt in i graviditeten och att föräldrarna måste vara fullt informerade inför beslut att omskära. Enligt Chudnovsky och Niederberger (2007) studie utgörs omskärelse i större utsträckning av sociala och religiösa skäl. Därför ligger det stora ansvaret på patienterna själva, och när det gäller barn, deras föräldrar att överväga både för- och nackdelar med operationen. Däremot anses det vara läkarens plikt att hjälpa patienter och föräldrar att fatta rätt beslut genom att bistå med adekvat och vetenskaplig information. Detta kan relateras till föräldrarna i denna studie där en del av dem ansåg att vårdpersonalen bör kunna tillgodose föräldrarna med någorlunda adekvat information om ingreppet, bland annat kring skötsel och hygien.

Föräldrarna i denna studie uttryckte vikten av att kunna vända sig till bland annat BVC när de var i behov av hjälp, detta då inte alla hade anhöriga eller bekanta att vända sig till. Trots det fanns det dem som upplevde att det brast i vårdpersonalens information. Detta kan kopplas till Adler, Ottaway och Gould (2001) studie där 40 % av föräldrarna upplevde att de inte fick tillräckligt med information om ingreppet. Föräldrarna önskade att läkarna hade varit mera tillgängliga och bistått med adekvat och grundlig information om självaste ingreppet. I en studie av Bisono, Simmons, Volk, Meyer, Quinn och Rosenthal (2012) fram kom det att vårdpersonalens antaganden om vissa familjers troliga kulturella eller religiösa åskådningar gjorde det

svårt för de att informera om omskärelse, detta då de upplevde att informationen de hade inte skulle påverka föräldrarnas beslut. Författarna menade på att när vårdpersonalen inte vägleder föräldrarna till att fatta ett välgrundat beslut kommer föräldrarna högst sannolikt att följa sina kulturella och religiösa värderingar. Trots att vårdpersonal accepterar och respekterar föräldrarnas beslut är det vårdpersonalens plikt att informera de om ingreppet och om fördelarna och riskerna med det.

Bristande transkulturell kunskap

Överlag upplevde föräldrarna i denna studie att vårdpersonalen hade goda teoretiska kunskaper om andra kulturer, men att det fanns de som också hade brister i sina kunskaper vilket ledde till fördomar och missförstånd om bland annat Islam. Föräldrarna menade på att de vårdpersonalens brist på kunskaper om Islam och dess traditioner bidrog till att föräldrarna var tvungna att förklara för dem om omskärelse och dess innebörd, vilket lämnade ett önskemål om att vårdpersonal bör få adekvat utbildning inom temat religion och kultur för att uppnå ett positivt möte där förälder och vårdpersonal har förståelse för varandras kulturella värderingar. Detta uttalande får stöttning i Leishman (2004) och Ekblad, Marttila och Emilssons (2000) studier där det framkommer att sjuksköterskorna i studien upplevde att de hade bristande transkulturella kunskaper och att de önskade få mer kunskap för att få en ökad medvetenhet och förståelse för andra kulturer och för att undvika fördomar och missförstånd. Dock framkommer det i en studie av Hamilton och Essat (2008) att patienter inte alltid kräver att vårdpersonalen har kulturella kunskaper om deras kulturer men att de försöker visa förståelse för patients kultur och traditioner även om de själva inte delar samma värderingar. Patienterna menar således på att det inte alltid är vårdpersonalens kunskaper som är det viktiga utan det viktigaste är att de visar på en förståelse för patienten och dennes egna värderingar, och om denna förståelse saknas framstår de kulturella skillnaderna som mera tydliga.

Ett önskat bemötande

Engagerad vårdpersonal med en god kommunikation

Ett dåligt bemötande med bristande engagemang och dålig kommunikation är ett möte man helst vill glömma, och kan leda till konsekvenser som följer patienten livet ut. För att vårdmötet ska anses vara tillfredställande krävs det att vårdpersonal och patient har en fungerande kommunikation med inslag av ömsesidig förståelse. Detta

överensstämmer med föräldrarnas tankar i denna studie, där även de anser att en god kommunikation är en viktig faktor för ett gott bemötande.

Karlsson (2012) beskriver kommunikation som att man interagerar och överför budskap mellan varandra. Kommunikationen kan vara både verbal och icke-verbal., där icke-verbal kommunikation anses vara budskap som man förmedlar mellan varandra genom till exempel kroppsspråk, röstläge och hur man förhåller sig till varandra.

Inom transkulturell omvårdnad är det viktigt att vårdpersonalen har stora kommunikativa färdigheter (Leininger, 2002). Denna kommunikation är viktig för att både vårdpersonal och patient ska känna sig trygga i samtalet, och detta nås genom att vårdpersonal bland annat visar intresse, lyhördhet och respekt för patientens känslor. Detta påstående stärks av föräldrarna i denna studie, som uttryckte önskemål om vårdpersonal som avsätter tid för att lyssna i syfte att skapa förståelse samt undvika missförstånd. En förälder önskade till och med att vårdpersonal borde ställa mera frågor kring omskärelse, föräldrarnas anledning till att omskära med mera för att undvika fördomar och missförstånd. Ekblad, Martilla & Emilssons (2000) menar på att det är viktigt att vårdpersonal har tillräckligt med självförtroende för att våga ställa frågor, inte bara för att få förståelse men även för att försäkra sig om att den information man givit eller mottagit är riktig.

Majoriteten av föräldrarna i denna studie hävdade att kroppsspråk är en annan viktig del av bemötandet som kan bidra till ökad förtroende till vårdpersonalen. I studien av Fry et al., (2013) betonar författarna vikten av att användas sig av ögonkontakt och kroppskontakt som ett sätt att kommunicera. En förälder uttryckte att man inte alltid behövde höra ord för att bli lugn men att det kunde räcka med en klapp på axel också. Detta bekräftas av Hansen (1998) som menar på att värme och engagemang kan visas verbalt genom uppmuntran eller genom en klapp på axeln.

Ett tydligt kroppsspråk kan dels tyda på trygghet men också ett sätt att visa intresse. Aktivt lyssnande bidrar, enligt författarna, till en ökad ömsesidighet i förståelsen samt stärker relationen mellan vårdaren och patienten. Det är när vårdpersonal visar

engagemang, intresse och lyhördhet för patienten och dess situation som man uppnår ett professionellt förhållningssätt.

Tillfredställande information och utbildning

De föräldrar som upplevde att vårdpersonal brast i att ge information menade också på att det visade på ett bristande intresse. Önskemål fanns från föräldrarna, att vårdpersonal skulle hjälpa de med simpel information om vart de skulle vända sig inför operationen, för- och nackdelarna med det, information om skötsel och hygien efter operationen osv. Även om vårdpersonalen inte visste något om intrycket önskade föräldrarna att vårdpersonalen borde ha tagit sig tid för att hjälpa de med att hitta rätt information. Detta kan hänvisas till en studie av Carbery et al., (2012) där 22 % av läkarna upplevde att de inte kände till för- och nackdelarna med omskärelse tillräckligt bra för att kunna ge råd till föräldrarna. Vårdpersonalen hade relativt bra med kunskaper om några delar av omskärelse, bland annat dess skyddande effekt mot urinvägsinfektioner, prostatacancer osv. Däremot hade de mindre kunskaper om den senaste forskningen. En sådan okunskap tyder på att information, utbildning och kontinuerlig uppdatering är nödvändigt för att möjliggöra för vårdpersonal att föra ett effektivt samtal med föräldrar.

De föräldrar i denna studie som menade på att de önskat mera information från vårdpersonalen, poängterade också att vårdpersonalen bör få någon slags utbildning eller gå en kurs i transkulturell omvårdnad för att få en ökad förståelse för andra kulturers värderingar och normer samt för att förbereda sig inför mötet med personer från andra kulturer, med förhoppningar om att på lång sikt undvika fördomar och missförstånd.

Även Leininger (2006) menar på att utbildning behövs för att öka vårdpersonalens kunskaper om att möta personer med andra kulturer än den egna. Detta stärks av Leishman (2004) och Naryanasamy (2003) studier där det framkommer att vårdpersonalen önskar få mer information och utbildning om andra kulturer för att kunna arbeta i ett samhälle med mångkulturalism.

Metoddiskussion

Författaren ansåg att det var lämpligt att använda en kvalitativ innehållsanalys då syftet med studien var att undersöka föräldrarnas upplevelser av ett specifikt fenomen. Genom den kvalitativa innehållsanalysen gavs författaren en möjlighet att analysera materialet genom att grundligt gå igenom det för att sedan kunna bilda olika övergripande kategorier och teman. Enligt Graneheim och Lundman (2004) och Rolfe (2006) är trovärdigheten av ett kvalitativt resultat beroende av fyra olika faktorer: *credibility*, *dependability*, *transferability* och *confirmability*.

Credibility behandlar hur väl datainsamlingen och dataanalysen berör syftet med studien (Graneheim & Lundman, 2004). Författaren har tagit hänsyn till detta på flera olika sätt. Urvalet av föräldrar har bland annat skett utan hänsyn till kön och inkluderat alla föräldrar över 18 år och med olika kulturella bakgrund, vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) ökar möjligheten att kunna klarlägga forskningsområdet utifrån olika erfarenheter. För att göra det lättare för läsaren att kunna se hur författaren gått tillväga i samband med analysen har författaren redovisat analysen genom tabeller som visar på hur meningsbärande enheter har identifierats. Vidare menar Graneheim och Lundman (2004) att man bör framlägga bevis för hur väl kategorier och teman täcker in det data som samlats in samt att läsaren skall kunna bedöma likheter och skillnader mellan olika kategorier. Detta har författaren tagit hänsyn till i denna studie genom att använda sig av citat för att förstärka resultatets trovärdighet.

Dependability uppnås, enligt Graneheim och Lundman (2004), genom att författaren gör en kontinuerlig granskning av studien under tiden som studien görs. Denna process skall vara spårbar och tydligt dokumenterad. Författaren har uppnått detta genom att utförligt beskriva både datainsamling och dataanalys, samt genom att författaren redovisat hur meningsbärande enheter, koder och kategorier har identifierats.

Transferability behandlar huruvida resultaten som framkommit kan överföras till andra områden (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2006). För att uppnå *transferability* i denna studie har författaren försökt i största mån att tydligt förklara

sammanhanget av studien, urvalet av föräldrar genom att ange inklusionskriterier, datainsamling samt dataanalys. Dessutom har författaren använt sig av citat i resultatet för att öka validiteten.

Confermability i denna studie uppnåddes genom att författaren redan var medveten om sin förförståelse och risken för ”färgning” av analysen och resultatet. Enligt Graneheim & Lundman (2008) menar att objektivitet bäst kan uppnås om datainsamlingen och tolkningen av materialet sker oberoende av författarens förförståelse och eventuella fördomar, det vill säga att det är det verkliga resultatet som framvisas. Författaren utförde transkriptionerna av intervjumaterialet på egen hand, vilket gav författaren en möjlighet att lyssna på föräldrarnas uttalanden och få en större inblick i det som sagts. Genom att uppfatta olika nyanser av samtalet och kommunikationen mellan intervjuaren och deltagaren, nyanser som t.ex. tystnad i samtalet, skratt och så vidare, kan författaren få en större förståelse för intervjumaterialet i samband med analysen (Graneheim & Lundman, 2004). Författare har oftast en befintlig förförståelse. Detta menar Graneheim och Lundman (2008) kan färga resultatet. Författaren i denna studie har läst artiklar och avhandlingar om ämnet omskärelse, vilket kan ha bidragit till att specifika komponenter har eftersökts i intervjumaterialet. Författaren har under analysprocessen varit medveten om denna förförståelse och har försökt att jobba så nära det verkliga intervjumaterialet som möjligt för att inte låta dataanalysen och resultatet påverkas av förförståelsen.

Studiens svagheter

Samtliga föräldrar i denna studie hade ett muslimskt bakgrund och delade till stor liknande värderingar och uppfattningar. Det skulle ha varit av stort värde att intervjua föräldrar med kristen eller judisk tro för att undersöka om deras upplevelser av bemötande överensstämde med föräldrarnas upplevelser i denna studie, med tanke på att omskärelse även är vanligt hos kristna och judar.

Forskningsetiska överväganden

Innan intervjun började informerades deltagarna om vad syftet med studien var och att deras deltagande var frivilligt. De fick även information om att de när som helst

under studiens gång kunde dra tillbaka sin medverkan utan att behöva lämna en förklaring (Bryman, 2012). Deltagarna godkände att intervjuerna spelades in och godkände även därmed att författaren och handledaren kunde lyssna på intervjuerna. I samband med transkriberingen kodade författaren varje enskild deltagare med en siffra för att deras identitet inte skulle avslöjas.

Slutsats

Föräldrarna upplevde både positiva och negativa upplevelser av bemötande i mötet med vårdpersonal. En del vårdpersonal hade brister i transkulturell kunskap vilket föräldrarna upplevde försvårade mötet. I de möten där vårdpersonal visade på förståelse och hade goda kunskaper inom transkulturell omvårdnad upplevde föräldrarna mötet som professionellt. Föräldrarna önskade att vårdpersonal skulle få kontinuerlig utbildning om transkulturell omvårdnad för att få ett ökad förståelse för människor med andra kulturer än ens egna, vilket i sin tur bidrar till ett effektivt och positivt möte.

REFERENSER

Adler, MD., Ottoaway, S. & Gould, S. (2001). Circumcision: We Have Heard From the Experts; Now Let's Hear From the Parents. *Pediatric Care Online*: Vol. 107 No.2. doi: 10.1542/peds.107.2.e20

Bisono, G., Simmons, L., Volk, R., Meyer, D., Quinn, T. & Rosenthal, S. (2012). Attitudes and Decision Making about Neonatal Male Circumcision in a Hispanic Population in New York City. *International Journal of Clinical Pediatrics*: 51(10): 956-963. Doi: 10.1177/0009922812441662

Bryman, A. (2012). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experimental approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.

Carrese, J.A. & Rhodes, L.A.(2000). Bridging Cultural Differences in Medical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 15(2), 92-96

Chudnovsky, A. & Niederberger, C. (2007). The Foreskin Dilemma: To cut or Not to Cut. *Journal of Andrology*, Vol.28. No1. Doi: 10.2164/jandrol.106.001818

Dagens nyheter. *Omskärelse strider mot barns mänskliga rättigheter*. Stockholm: Dagens nyheter. Hämtad 29 november, 2013, från <http://www.dn.se/debatt/omskarelse-strider-mot-barns-manskliga-rattigheter/>

Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad* (ss. 330-342). Lund: Studentlitteratur.

Denniston, G., Hodges, F. & Milos, M. (2001). Understanding Circumcision – A Multi-Disciplinary Approach to a Multi-Dimensional Problem. *New York: Kluver Academic/Plenum Publishers*.

Earp, B. (2013). The ethics of infant male circumcision. *Journal of Medical Ethics*, 39, 418-420

Ekblad, S., Marttila, A. & Emilsson, M. (2000). Cultural challenges in end-of-life care: Reflections from focus group's interviews with hospice staff in Stockholm. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 623-630.

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (s. 25-49). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Fry, M., MacGregor, C., Ruperto, K., Jarett, K., Wheeler, J., Fong, J., & Fetchet, W.

(2013). Nursing praxis, compassionate caring and interpersonal relations: an observational study. *Australian Emergency Nursing Journal: AENJ*, 16(2).37-44. Doi: 10.1016/j.aenj.2013.02.00

Fägerskiöld, A.M., Wahlberg, V. & Ek, A.C. (2001). Maternal expectations of the child health care nurse. *Nursing and Health Sciences* 3, 139-147.

Ginger JN, Davidhizar RE. *Transcultural nursing Assessment and Intervention*. 4th ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2004.

Glick, S. (2013). Circumcision in male newborns – update. *Harefuah: Journal of the Israeli Medical Association*, 152(3), 129-31

Gollaher, D. (2000). *Circumcision: a history of the world's most controversial surgery*. New York: Basic Books.

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

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss.159-172). Lund: Studentlitteratur.

Gunnarsson, R. & Billhult, A. (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad* (ss.152-160). Lund: Studentlitteratur.

Halldorsdottir, S. (1996). Caring and uncaring encounters in nursing health care- developing a theory (diss). Linköping: Sigrídur Halldorsdóttir

Hamilton, M., & Essat, Z. (2008). Minority ethnic users experiences and expectations of nursing care. *Journal of Research in Nursing* , 13, 102-110.

Hammarberg, T. (2006). *Mänskliga rättigheter: konventionen om barnets rättigheter*. Stockholm: Norstedts Tryckeri AB.

Hanoch, B-Y. (2013). Circumcision: What should be done?. *Journal of Medical Ethics*, 39, 459-462

Hanssen, I. (1998). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur

Hanssen, I. (2007). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod- från ide till examination inom omvårdnad* (ss.130-137). Lund: Studentlitteratur.

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

ICN: International Council of Nurses. (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Johnson Lutjens, L.R; Reynolds, C.L; Leininger, M & Reed, K.S. 1995, Anteckningar om omvårdnadsteorier III, Lund: Studentlitteratur

Karlsson, L. (2002). *Psykologins grunder* (5.uppl) Lund:Studentlitteratur

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 82-84). Lund: Studentlitteratur

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advanced Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 189-192.

Leininger, M. & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing concepts, theories, research & practice*. (3rd edition), United States of America: McGraw-Hill.

Leininger, M. & McFarland, M. (red.) (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. (2 ed.) Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett

Leishman, J. (2004). Perspectives of cultural competence in health care. *Nursing standard*, 13, 33-38.

Maier-Lorentz, M. (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37-43.

Mayo Clinic Proceedings. (2014). *Call for circumcision gets a boost*. Hämtad 12 april, 2014, från <http://www.elsevier.com/about/press-releases/research-and-journals/call-for-circumcision-gets-a-boost>

Mazor, J. (2013). The child's interests and the case for the permissibility of male infant circumcision. *Journal of Medical Ethics*, 39, 421-428

McFarland, M. (2006). Madeleine Leininger 1920s-Present: *Cultur Care Theory of Diversity and Universality*. I A. Marriner Tomey, I M. Raile Alligood (Red.), *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.). (s.472-496) St. Louis, Missouri: Mosby Inc

Momani, A.M. & Kurashy, A.H.(2012). Patient experience of nursing quality in teaching hospital in Saudia Arabia. *Iranian Journal of Public Health*, 41(8), 42-49

Morris, J., Bailis, S. & Wiswell, T. (2014). Circumcision Rates in the United States: Rising or Falling? What Effect Might the New affirmative Pediatric Policy Statement have?. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*: 1-10

- Murphy, K. & Macleod Clark, J. (1993). Nurses' experiences of caring for ethnic-minority clients. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 442-450.
- Narayanasamy, A. (2003). Transcultural care. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(3), 185- 194.
- Ozolin, L-L. & Hjelm, K. (2003). Nurses' experiences of problematic situations with migrants in emergency care in Sweden. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 84-93.
- Pergert, P., Ekblad, S., Enskär, K. & Björk, O. (2008b). Protecting professional composure in transcultural pediatric nursing. *Qualitative Health Research*, 18(5), 647- 657. doi: 10.1177/1049732308315736
- Persson, R. S. (2010). *Kulturförståelse i ett globaliserat samhälle*. Morrisville, N.C.: Lulu Press.
- Polit, D. & Beck, C-T. (2006). *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. & Beck, C-T. (2012). *Nursing research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Purnell, L. D., & Paulanka B. J. (2008). *Transcultural Health Care* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Davis Company.
- Rediger, C. & Muller, A. (2013). Parent's rationale for male circumcision. *Canadian Family Physician*, 59, 110-115.
- Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Methodological Issues in Nursing Research*, 53(3), 304-310.
- Socialdepartementet. (2000). *Omskärelse av pojkar*. Stockholm: Regeringskansliets grafiska service
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 6 maj, 2014, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen SOSFS 2001:14. *Omskärelse av pojkar*. Stockholm: Socialstyrelsen Hämtad 20 april, 2014, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2001/2001-10-14>
- Stier, J. (2009). *Kulturmöten: en introduction till interkulturella studier*. (2.uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Sveriges Riksdag 1949:381. *Föräldrabalk*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad 17 april, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/DokumentLagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/#K6

Sveriges Riksdag 2001:499. *Lag om omskärelse av pojkar*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad 19 jan, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2001499-om-omskarelse-a_sfs-2001-499/

Sveriges Riksdag 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslag*. Stockholm: Sveriges Riksdag. Hämtad 19 januari, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

[Szabo, R. & Short, R. \(2000\)](#). How does male circumcision protect against HIV infection?. *BMJ*, 2000; 320. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7249.1592>

Tse, M. M. Y., Lo, A. P. K., Cheng, T. L. Y., Chan, E. K. K., Chan, A. H. Y., & Chung, H. S. W. (2010). Humor therapy: Chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of Aging Research*. E-publicerad 25 maj 2010. doi: 10.4061/2010-343574

[UNAIDS. \(2007\)](#). *Male circumcision: Africa's unprecedented opportunity*. Hämtad 12 april, 2014, från http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/mc_africa_opp_en.pdf?ua=1

Wikberg, A. & Bondas, T. (2010). A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *Int J Qualitative Stud Health Wellbeing*, 5. doi: 10.3402/qhw.v5i1.4648

World Health Organization (WHO). (2007). *Male circumcision: Africa's unprecedented opportunity*. Hämtad 12 april, 2014, från http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/mc_africa_opp_en.pdf?ua=1

BILAGA 1: INTERVJUGUIDE

1. Berätta om när du lät ditt barn omskäras. Hur gick ni tillväga?
2. Varför valde du att omskära ditt barn?
3. Har du pratat med någon i vården om omskärelse?
4. Vad handlade samtalet om?
5. Om sjukvårdspersonalen tog upp frågan kring omskärelse, på vilket sätt gjorde de det?
6. Hur upplevde du att du blev bemött?
7. Har du någon gång upplevt att du blivit sämre bemött eller kränkt p.g.a. att ditt barn är omskuren? Om JA, i så fall hur?
8. Hur skulle du vilja bli bemött?

BILAGA 2: INFORMATION TILL FÖRÄLDRAR



UPPSALA
UNIVERSITET

Föräldrars upplevelser av bemötande på BVC/sjukhus efter omskärelse av sitt barn

Du tillfrågas härmed om Du vill delta i en studie där dina upplevelser och erfarenheter av bemötande på barnhälsovårdscentral/sjukhus efter omskärelse av ditt barn eftersöks.

Varför görs denna studie?

Syftet med studien är att beskriva dina upplevelser av bemötande på BVC/sjukhus efter omskärelse av ditt barn.

Vad ska resultatet användas till?

En ökad kunskap inom detta område kan leda till en förbättring och utveckling av rutiner och bemötande på BVC/sjukhus.

Vad innebär studien för dig?

Deltagandet innebär en intervju på ca 30-45 minuter som kommer att ske avskilt i förskolans lokaler eller på en privat plats efter överenskommelse. Intervjun kommer att spelas in för att värdefull information inte ska gå förlorad och för att kunna analysera materialet så korrekt och noggrant som möjligt.

Hur garanteras anonymitet?

Deltagandet är frivilligt och du kan när som helst under processens gång avbryta om du önskar utan motivering. Informationen från intervjun kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. inga personuppgifter kommer att lämnas ut. Ursprungsmaterialet kommer endast vara tillgängligt för författaren samt handledaren vid Uppsala Universitet. Allt material förvaras inlåst.

Har du några övriga frågor får du gärna höra av dig via e-post eller telefon till mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning
Shirin Aman Ali
Specialistsjuksköterskeutbildningen
med inriktning mot hälso-och sjukvård för
barn och ungdom, Uppsala universitet
E-post: shirin_amanali@hotmail.com
Tel: 070-*****

Handledare:
Eva-Lotta Funkquist
Dr med vet, barnsjuksköterska,
barnmorska
Tel: 018-*****
eva-lotta.funkquist@kbh.uu.se

Jag önskar att delta i studien:

Ja Nej

