

# När kunskap inte räcker

## Kommunikationssvårigheter för somaliska flyktingkvinnor i mötet med den svenska mödrahälsovården

<b>Författare</b>	<b>Åse Jagner</b>
<b>Kurs</b>	<b>Fristående kurs på magisternivå/ RPH 030, examensarbete för magister</b>
<b>Omfattning</b>	<b>15 Högskolepoäng HT11/VT12</b>
<b>Handledare</b>	<b>Ingela Lundgren</b>
<b>Examinator</b>	<b>Tone Ahlborg</b>
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

### Förord

Åse Jagner

Tack till min handledare Ingela Lundgren som stöttat i motgång och gett kritik för att få mig att tänka om och om igen. Tack till alla kollegor på Barnmorskemottagning för att ni visat intresse för mitt skrivande och tagit mina arbetsuppgifter när jag varit studieledig. Tack för hjälp att rekrytera informanter. Det hade inte blivit någon uppsats utan er. Jag vill också tacka Centrum för jämställd vård som på ett så enkelt och självklart sätt ställde upp med medel för översättning av informationsbrev till informanterna och tolk vid pilotintervju och fokusgruppsintervju.

Titel:	När kunskap inte räcker. Kommunikationssvårigheter för somaliska flyktingkvinnor i mötet med den svenska mödrahälsovården.
Title:	When knowledge is insufficient: Communication difficulties for Somali refugee women meeting the Swedish maternity care.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Kursbeteckning:	Examensarbete på magisternivå RPH 030, H 11/ V12.
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	32
Författare:	Åse Jagner
Handledare:	Ingela Lundgren
Examinator:	Tone Ahlborg

---

## **SAMMANFATTNING**

Att arbeta med nykomna flyktingkvinnor ställer stora krav på barnmorskans kompetens. Språkbarriärer och kulturskillnader kan göra det svårt att nå kvinnan. Flyktingkvinnor och speciellt kvinnor från Afrika söder om Sahara har en högre andel komplicerade graviditeter och sämre perinatalt utfall i jämförelse med svenska kvinnor. Syftet med denna studie var att beskriva och analysera somaliska kvinnors uppfattningar om förebyggande vård och hälsa under graviditet. En pilotintervju med en deltagare och en gruppintervju med fyra deltagare genomfördes. Metoden som användes var fokusgrupp och resultatet analyserades med hermeneutisk ansats. Resultatet presenteras med en huvudtolkning, kommunikationssvårigheter och tre deltolkningar, tystnad, ömsesidig kunskapsbrist och otillräckligt nätverk. Resultatet diskuteras och förslag till förändringar i vården ges utifrån resultatet. Slutsatsen av studien är att kommunikationssvårigheter är ett problem i vården som behöver angripas från flera håll för att nå en jämställd vård. För att nå dessa kvinnor behöver

vården inom Mödrahälsovården i Sverige bli mer kulturspecifik och enskilda patientmöten anpassas efter utsatta grupperns behov.

## **ABSTRACT**

Working with female refugees who have recently arrived in Sweden makes substantial demands on a midwife's competence. Such women, and in particular those coming from African countries south of Sahara, experience a larger proportion of complicated pregnancies and worse perinatal outcome than their Swedish counterparts. The aim of this study was to describe and analyse the ways in which Somali women perceive preventive care and health measures during pregnancy. A pilot interview was conducted with one individual and a group interview with four participants. The method used was group-focused and the results were analysed from a hermeneutic perspective. The results are presented as a major interpretation, namely communication difficulties, with three subdivisions, viz. silence, mutual knowledge deficiencies and insufficiently developed networks. The results are discussed and suggestions for improvements in the care of pregnant refugees are made. The main conclusion drawn from this study is that difficulties in communication need to be tackled from many points of view if equality in patient care is to be achieved. In order to treat female refugee patients adequately, pregnancy care in Sweden needs to be adapted to deal with different cultures and individual confrontations with patients tailored to meet the specific needs of exposed groups.

Keywords: female refugees, communication, pregnancy care

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	<b>Sid</b>
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
Kulturella skillnader	2
Integration och kultur	3
Mödrahälsovård i Sverige	4
Den gravida kvinnan	5
Tidigare forskning	5
Problemformulering	7
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
Filosofisk bakgrund	8
Datainsamling	9
Tolkningsprocess och dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	11
Validitet och trovärdighet	12
<b>RESULTAT</b>	<b>13</b>
Tystnad	13
Ömsesidig kunskapsbrist	14
Otillräckligt nätverk	16
Kommunikationssvårigheter	17
<b>DISKUSSION</b>	<b>19</b>
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
Slutord	26
<b>REFERENSER, Bilaga 1</b>	<b>28</b>

## INLEDNING

Alla kvinnor som är gravida erbjuds kostnadsfri mödrahälsovård i Sverige. Ett mål för barnmorskan är att ge den gravida kvinnan verktyg för att hon skall kunna ta hand om sin hälsa både fysiskt och psykiskt. Det gäller till exempel egenvård för vanliga graviditetsbesvär och förslag på näringsrik kost och motion (Mattsson, 2008). Med kvinnor från låginkomstländer misslyckas detta ofta med hälsoproblem hos mor och barn som följd (Essén, Hanson, Östergren, Lindquist, & Gudmundsson, 2000; Robertson, Malmström, & Johansson, 2005).

Jag vill börja med att beskriva en vårdsituation från min erfarenhet som barnmorska för att försöka fånga grunden till mitt intresse för hur vården kan förbättras för kvinnor från låginkomst länder. *En kvinna som väntar sitt andra barn börjar graviditeten med ett lågt hemoglobin och ferritin-värde. Vi träffas flera gånger då jag informerar om kost rik på järn och receptfria järntabletter. Hälsotillståndet blir sämre, kvinnan beskriver hjärtklappning, dålig aptit och sömnsvårigheter. Hon vill inte ta järntabletterna då de gör henne trött och illamående. Frågan jag ställer mig blir om hon inte vill sköta om sin hälsa eller känner sig maktlös inför sitt hälsotillstånd. Jag erbjuder efter två månader järn i infusion istället. Kvinnan är rädd för behandlingen men går motvilligt med på den. Hon är yr och svag under varje infusion. Efter några veckor känner hon sig bättre med ökad aptit och bättre sömn.*

I mötet med gravida har jag och mina kollegor ofta reflekterat över hur stort avståndet är mellan barnmorskans utbildning i reproduktiv och perinatal hälsa och kvinnans egen syn på hälsa. Filosofen Gadamer (2003) beskriver den medicinska utvecklingen som något som förlamat vår förmåga att ta hand om vår egen hälsa (Gadamer, 2003).

I mitt arbetsliv har jag en möjlighet att genom människors olika erfarenheter kunna få förståelse för existentiella frågor, detta är mycket spännande. Vad kan erfarenheter från andra länder tillföra den svenska vårdens syn på graviditet och egenvård? Då begränsat med forskning är gjord på somaliska kvinnor i Sverige blir det angeläget att fråga kvinnorna själva om deras upplevelser. Hur kan deras och vår syn på graviditet

och hälsa närma sig varandra så att de får en möjlighet till en mer optimal vård under graviditeten?

## **BAKGRUND**

### **Kulturella skillnader**

Sverige har blivit ett mångkulturellt land under de senaste decennierna. Somaliska kvinnor är en stor grupp av de flyktingar och anhöriginvandrare som kommer till Sverige idag (SCB, 2011). De har vistats i ett land i krig och strukturellt kaos under lång tid då kriget i Somalia startade i början av 1990-talet. Somalia är ett låginkomstland med drygt nio miljoner invånare, sextio procent av befolkningen är analfabeter och spädbarnsdödligheten är 10,7 procent, enligt statistik från 2011 (Retsö, Hansson, & Krokfors, 2011).

Landet saknar samhällsstruktur med miljontals flyktingar inom landet och väldigt få har en möjlighet till skolgång. I landet har man en tradition av klangemenskap, det är inom klanen som man är solidarisk i första hand. Långvariga inrikes konflikter har slagit sönder familjestrukturen i Somalia och gett en stagnation i utvecklingen av medicinsk och social hälsa (Retsö, et al., 2011). I Somaliland, som är den minst krigsdrabbade delen just nu, har man startat ett arbete för att utbilda barnmorskor som kan nå kvinnor på landsbygden (UNFPA, 2008). Dock är endast var tredje förlossning assisterad av utbildad personal och mödradödligheten är hög.

Vårdhögskolan bombades efter några få års existens och högskola finns endast i liten skala (Retsö, et al., 2011). Mödradödlighet kan vara svår att mäta men enligt en studie som granskat statistik från år 1990 till- 2008 dör 675 mödrar/100,000 levande födda barn i Somalia (Hogan et al., 2010). Enligt en källa som granskar utveckling över år så var det 1999 847 mödrar/100,000 med en försiktig minskning till 2008 till 675 (Rosling, 2011).

Det naturvetenskapliga synsättet på vård som finns i västvärlden krockar med somaliska kvinnors holistiska sätt att se på sjukdom och hälsa (Pavlish, Noor, & Brandt, 2010). Det behövs ett ökat intresse för kulturella aspekter och skillnader i hälsovården (Polit, 2010). Enligt en studie från Australien bör barnmorskan utveckla sin

kultursäkerhet, ett begrepp som kan delas in i tre stadier där basen är att förstå att det är skillnad samt att se patientens kulturella bakgrund. Nästa steg i kultursäkerhet innebär att utveckla en kulturkänslighet med kunskap om sina egna attityder och att dessa inte är till skada för en person från annan kultur. Barnmorskan kan då ta ansvar för att kvinnans kulturella förväntningar och behov blir tillgodosedda och acceptera skillnader mellan sina egna och patientens synsätt. Det tredje steget fokuserar på att ge en vård som passar patientens-kvinnans kulturella behov. Exempelvis att erbjuda kvinnlig vårdare om patienten önskar detta (Phiri, Dietsch, & Bonner, 2010).

Dock kan det vara riskabelt att lära ut kulturkompetens som något som skall bota alla olikheter i vården. Det har visat sig bara ge kortvariga förbättringar i bemötandet. Det är viktigare att förstå hur institutioner och vårdprogram bör anpassas till att möta alla människor med deras individuella behov. Att få en positiv förändring både på individuell och på institutionell nivå kan då bli möjligt (Reitmanova & Gustafson, 2008).

### **Integration och kultur**

Jämställd vård är ett begrepp som används i sjukvården i Sverige i dag. Detta innebär att undvika att kvinnor och män behandlas olika både preventivt och under behandling vilket kan vara diskriminerande för bägge könen. Det finns många exempel på forskning som visat att människor inte får jämställd vård (Jonsson, Schmidt, Sparring, & Tomson, 2006). Kunskapscentrum för jämställd vård i Västra Götaland har lyft dessa problem som ett angeläget forskningsämne (Simonsson, 2011). Ett styrkort publicerades 2011 för Västra Götalandsregionen där jämlik och jämställd vård vävs samman i ett antal förbättringsområden. Där ges också förslag till forskning som kan visa på befintliga problem och som kan leda till en förändring som är positiv för patienten (Simonsson, 2011).

Jämlik vård är ett problemområde som Socialstyrelsen (2009 sid 183), studerat. Med jämlik vård menas *”att alla medborgare ska ha samma möjligheter att få vård och att alla blir likvärdigt behandlade oavsett faktorer som ålder, kön, sexuell läggning, funktionshinder, bostadsort, utbildning, social ställning, födelseland eller religiös tillhörighet”*.



Enligt Socialstyrelsen ska det förebyggande hälsoarbetet ha ett jämlikhetsperspektiv för att nå bättre resultat (Socialstyrelsen, 2009). Med förebyggande hälsoarbete menas att arbeta hälsoinriktat, förebygga sjukdom och samarbeta med andra aktörer som kan påverka hälsan. Socialstyrelsens rapport visar på ett flertal brister i dagens sjukvård exempelvis att, lågutbildade i högre grad vårdas i sluten vård och att högutbildade söker vård oftare än andra grupper vilket kan tyda på mindre tillgänglighet och lågt förtroende för vården hos de med kortare utbildning. Problemet med asylsökandes vårdbehov som dåligt undersökt lyfts fram (Socialstyrelsen, 2009).

Hälso- och sjukvårdslagen har förtydligat att målet för hälsovård i Sverige är en vård på lika villkor för hela befolkningen (Riksdag, 1982). I en rapport från 2009 på uppdrag av Sveriges kommuner och landsting, lyfts flera olika områden inom hälso- och sjukvården där vården är ojämlik, exempel ges från mödra- och förlossningsvård där invandrare från Afrikas Horn får en suboptimal vård (Diaz, 2009). Hälsotillståndet hos somaliska flyktingar är otillräckligt undersökt i Sverige. I en studie från nordöstra Göteborg visar resultatet hälsoproblem sammankopplade med att vara flykting och leva i exil (Svenberg, Mattsson, & Skott, 2009).

Begreppet kultur kommer från latinets *cultura* som betyder odling, bildning. På 1600-talet vidgade humanisten Pudendorf begreppet från att gälla individ till att omfatta en hel grupp. Filosofer har talat om kultur som något som utvecklas historiskt inom nationer och folkgrupper (Ek & Järv, 2012). Det omfattar många saker och har gett upphov till vetenskaper som kulturanthropologi och kulturhistoria. I begreppet kultur kan erfarenheter, tro, moralbegrepp och ett samhälles olika regler för varje person boende där, ingå.

Tidigare förklarades kultur i länder utanför Europa utifrån den europeiska värdegrunden. Detta försöker forskare nu ändra på genom att undersöka kulturen i varje land utifrån dess egna förutsättningar (Ek & Järv, 2012). Kulturanthropologin startade redan på 1800-talet med att studera ett folks tankar och handlingar i samhällets sammanhang. Begreppet kultur kan delas upp då det i samhället finns ett ständigt utbyte mellan individer och påverkan av socioekonomi. Det går då att även beskriva klass och könstillhörighet inom en kultur (Ek & Järv, 2012).

Det finns många missförstånd där religion och kultur blandas och kvinnor kontrolleras med hjälp av detta i hur de får leva sina liv. Tolkningar görs av religiösa skrifter som därefter blandas med samhällets, ofta mannens, rådande kultur. I en studie om motion har forskarna läst ett flertal tolkningar och kommit fram till att Koranen ser vikten av god hälsa men de som tolkar den religiösa texten har begränsat det till att kvinnans fysiska aktivitet inte får påverka vården av barn och familj (Guerin, Diiriye, Corrigan, & Guerin, 2003)

### **Mödrahälsovård i Sverige**

Barnmorskan har enligt Världshälsoorganisationen (WHO) som sitt ansvarsområde; reproduktiv och perinatal hälsa. Enligt WHO innefattar detta de reproduktiva funktionerna och systemen i alla livets delar. Reproduktiv hälsa innebär att människor skall ha en möjlighet till ett ansvarsfullt, tillfredställande och säkert samliv med möjlighet till fortplantning och frihet att välja när, om och hur ofta detta skall ske. WHO:s definition på hälsa är fysiskt, psykiskt och socialt välmående (WHO, 2010). Kvinnor skall också, enligt WHO, ha tillgång till en hälso och sjukvård som ger en säker graviditet och förlossning. Detta kan då ge föräldrarna de bästa chanserna till ett friskt barn.

Det har visat sig att om sjukvården bemöter patienten utifrån generella vårdprogram och i Mödrahälsovårdens (MHV) fall samma basprogram så kan utfallet bli att vissa invandrargrupper och andra socialt utsatta grupper drabbas av större ohälsa. (Socialstyrelsen, 2009), detta beroende på ett flertal faktorer. I studier har man funnit att kvinnor från Afrika och Asien inte följer basprogrammet, de har ett sent första besök och kommer ofta oplanerat till barnmorskan (Ny, Dykes, Molin, & Dejin-Karlsson, 2007a; Robertson, et al., 2005).

En avhandling från år 2000 visar att somaliska kvinnor behöver ett individuellt handläggande då deras förväntningar på barnmorskan skiljer sig från de svenska kvinnornas. De har traditioner omkring mat och graviditet som gör deras situation ytterligare utsatt. De har en stark rädsla för att föda ett stort barn och tillgriper ofta självsvalt under senare delen av graviditeten (Essén et al., 2000).

## **Den gravida kvinnan**

Graviditet kan beskrivas med begreppet transition som innebär att befinna sig i förändring. Den gravida förändras fysiskt, psykiskt och hennes sociala sammanhang ändras (Berg & Lundgren, 2004). Det den vårdande barnmorskan erbjuder blir en viktig del i hur den graviditas förändringar upplevs och hur mottaglig hon blir för råd och den vård som erbjuds. Relationen mellan barnmorska och patient kan ge en möjlighet att med patientens livsberättelse som grund skapa förutsättning för god hälsa. Om patienten och barnmorskan inte möts hindrade av bristande kompetens eller likgiltighet kan det drabba barnet och kvinnans hälsa genom kommunikationssvårigheter (Berg & Lundgren, 2004). Barnmorskan i Sverige har ett eget ansvar för den normala graviditeten, det har visat sig ge lika god medicinsk säkerhet som om en doktor skulle ta hand om den gravida (Kaplan, Hildingsson, Hogg, & Lundgren, 2009).

Men hur mycket tränas barnmorskan under sin utbildning för att möta asylsökande, flyktingar och kvinnor med svåra upplevelser från hemlandet? Att skapa empati kräver kunskap för att nå den viktiga tillit hos den gravida som kan möjliggöra ett gemensamt arbete för bättre hälsa (Sjögren, 2005).

Enligt Hildingsson och Thomas (2007) är patientcentrerad vård där kvinnan och partnern inbjuds att vara delaktiga i planerande och genomförande av vården något som kan ge en känsla av trygghet och tilltro till vården under graviditet. När kvinnor tillfrågats om vad de tycker är viktigt under graviditeten har de framhållit egenskaper hos barnmorskan som närvaro, vara stödjande och kompetens i fysiska och psykiska delar av vården. De önskade tillräcklig tid för frågor och möjlighet att komma på besök snabbt eller nå någon barnmorska på telefon när behov uppstod (Hildingsson & Thomas, 2007).

## **Tidigare forskning**

För att kartlägga tidigare forskning har artiklar inom ämnet eftersökts vid flera tillfällen under hösten 2011 och januari 2012, via databaserna Cinahl, Pubmed och Summon. Sökord som använts är somali women, immigrants and migration, care och

midwifery. Referenssystem som valts för att presentera artiklar och övrig litteratur är enligt American Psychological Association APA (Nyberg, 2000).

I en studie från USA undersöktes hälsovård hos nyanlända flyktingar. De somaliska kvinnorna kan ha vistats i flyktingläger under lång tid och har ofta en minimal erfarenhet av förebyggande hälsovård från sitt hemland (Upvall, Mohammed, & Dodge, 2009). Kontrasten blir stor när kvinnan kommer till ett land som har helt andra vanor och beteendemönster. Kvinnor som intervjuats har i flera studier talat om vikten av en kvinnlig tolk då mannens roll tidigare har varit att hålla sig utanför graviditet och födande och det är svårt att tala fritt med honom som tolk (Carroll et al., 2007; Upvall, et al., 2009; Wiklund, Aden, Hogberg, Wikman, & Dahlgren, 2000).

Somaliska kvinnor har ofta en holistisk syn på hälsa ofta med övernaturliga inslag. I en svensk studie kom det fram att de kan tro på att andar så kallade djinner orsakat sjukdom och religionen spelar stor roll i hur sjukdom tas emot (Svenberg, et al., 2009). I en amerikansk studie där fokusgruppsintervjuer användes visar resultatet att hälsovårdsarbete är viktigt för att hitta skillnader i uppfattning om hälsa och förväntningar på vård. Forskning kan belysa dessa skillnader för att kunna möta patienten och få en mer effektiv och tillfredställande vård där vårdpersonal och patient interagerar (Pavlish, et al., 2010). I en djupintervju-studie med 34 kvinnor i New York, USA, föreslås undervisning om hälsorelaterade frågor i nätverk med andra somaliska kvinnor som förmedlar kunskap. Helst önskas hälsoarbetare från den egna gruppen som kan bjuda in annan kompetens för att förtydliga inom olika områden (Carroll, et al., 2007).

Barnmorskans roll under graviditeten utmanas i mötet med invandrare, en svensk intervjustudie framhåller den stödjande och stärkande rollen då de somaliska föräldraren är extra sårbara (Wiklund, et al., 2000). Att förmedla hälsoråd kräver, för att nå invandrare, en kulturkompetens som vårdare många gånger saknar (Reitmanova & Gustafson, 2008; Shams, 2002). I studien av Reitmanova och Gustafson (2008) djupintervjuades sex muslimska kvinnor och resultatet visar fyra hinder för mödrahälsovård ur kvinnornas perspektiv. Dessa är språk, religiösa olikheter, okänsligt bemötande och social isolering.

Kvinnor från Somalia som intervjuats i Storbritannien framhåller att de vill ha kontinuitet med en barnmorska och att hon inte skall ha fördomar om deras situation i hemlandet (Straus, McEwen, & Hussein, 2009). En forskargrupp från Nya Zeeland har intervjuat somaliska kvinnor om deras fysiska aktivitet och erbjudit olika former av träning. Studien visar att det var viktigt att ta hänsyn till vad gruppen önskade och att ha en pågående diskussion för att få fram information och kunna bemöta rykten om vad andra tyckte om att kvinnorna motionerade (Guerin, et al., 2003). Många av kvinnorna beskrev den stora skillnaden i fysisk aktivitet mellan livet i Somalia och livet som invandrare. De hade enligt Guerin (2003) rört sig mer och av nödvändighet promenerat långa sträckor för att handla och hämta vatten i Somalia och i det nya landet använde de bil för sina transporter och satt mycket hemma då de kände sig osäkra i sin nya omgivning.

En intervjustudie baserad på fyrtio intervjuer från Kalifornien utforskade invandrades matvanor. Resultatet visar att många behöll de matvanor de haft i hemlandet med tillägg av mer fett och socker. Många hade haft dålig tillgång till mat i hemlandet och det kunde ge en anledning att äta för mycket i det nya landet. Flyktingarna hade en dålig socio-ekonomisk status och deras barn föredrog snabbmat. Resultatet visar dock att undervisning om hälsosam mat via föreningar och skolor kan ge ökad kunskap som kan förändra matvanorna (Rondinelli et al., 2011).

I en genomgång av ett flertal studier från Europa fann forskarna en koppling mellan integrationspolitik och jämlikhet i mödrahälsovård. Där strävan att få in flyktinggrupper i samhället var stark minskade stress och diskriminering (Bollini, Pampallona, Wanner, & Kupelnick, 2009). I en artikelgranskning från år 2011 framkom att somaliska kvinnors graviditeter var mer riskfyllda än för kvinnor från många andra länder även efter flytt till Sverige eller andra höginkomstländer (Dejin-Karlsson & Östergren, 2004).

### **Problemformulering**

Somaliska kvinnors upplevelser av vård i Sverige finns endast representerade i ett fåtal studier (Essén, Johnsdotter, et al., 2000; Svenberg, et al., 2009; Wiklund, et al., 2000). Resultatet visar att de har en liten erfarenhet av förebyggande hälsovård. De har en

annorlunda syn på sjukdom jämfört med den svenska och de har med sig andra kost och motionsvanor som kan vara svåra att överföra till ett nytt land. Det saknas studier som tillfrågat gravida flyktingkvinnor i Sverige om deras upplevelse av graviditet i relation till förebyggande hälsa under graviditet. För att nå en jämlik vård behövs mer kunskap om somaliska kvinnors behov under graviditet.

## **SYFTE**

Att beskriva och analysera somaliska kvinnors uppfattningar om förebyggande vård och hälsa under graviditet.

## **METOD**

### **Filosofisk bakgrund**

I detta arbete har en hermeneutisk ansats använts. Filosofen Gadamer beskriver hermeneutiken som ett sätt att vilja förstå det oförståeliga och framförallt det som vill bli förstått. Det innebär att i studier av andra folks religion och kultur hitta det som är gemensamt utifrån språket. Där blir det forskarens roll att lyssna och lära av den man vill förstå (Gadamer, 2003). Att studera en tätt sammansatt grupp som flyktingar från Afrika passar väl ihop med en hermeneutisk metod.

Heidegger införde begreppet förförståelse som är centralt inom hermeneutiken. Förförståelse är något vi aldrig kan bortse ifrån, vilket betyder att läsaren också är med i ett sammanhang som blir en del av tolkningen av en text. Förförståelsen är forskarens förväntningar inför ämnet och intervjun, fördomar och åsikter som tillsammans med känslor kan präglade det slutliga resultatet (Starrin & Svensson, 1994).

Att ställa sig frågan varför frågan ställs och bringa klarhet i grunden till vårt intresse för en forskningsfråga bidrar till hermeneutisk tolkning (Gadamer, 1998). Med hermeneutik går intervjuaren på djupet genom att fråga sig varför, hur och med vilka metoder forskningsfrågorna ställs. Detta för att låta tradition och förförståelse få så lite påverkan som möjligt i analysen (Nyström, 2008). Tolkningen görs utifrån varje människa utan att använda yttre ramar för sanning. Genom forskning om unika människoliv kan vi nå en ökad förståelse och få bättre möten i vården (Frid, Öhlén, &

Bergbom, 2000). Analysen riktas mot den bakgrund som finns till informanternas berättelser(Nyström, 2008).

### **Datainsamling**

Insamlandet av data utfördes genom fokusgrupp (Wibeck, 2010). Det planerades en eller två grupper med fyra till sex kvinnor med somalisk härkomst. Inklusionskriterier var kvinnor i åldersspannet 18- 40 år, både förstagångsgravida och omföderskor för att få en variation i gruppen. De skulle ha fött barn i Sverige eller vara gravida vid intervjutillfället och ha vistats i landet kortare tid än 10 år. Detta för att beskriva och tolka upplevelse hos kvinnor som har en nära anknytning till det somaliska kulturellt eller traditionellt grundade. En pilotintervju utfördes eftersom den är värdefull för att utveckla intervjufrågor före huvudintervjun (Kvale, 2009).

Fokusgrupp är en bra intervjuform om det handlar om känsliga ämnen eller för att få fram känslomässiga uppfattningar. Det blir intervjuaren som får följa gruppen vilket är en fördel då undersökningsgruppen är en sårbar del av befolkningen. I fokusgrupp kan en process av lärande skapas (Wibeck, 2010). I fokusgruppen deltar alla i varandras berättelse vilket kan ge ett djup i beskrivningarna. Det kan leda till utvecklingar från ämnet då gruppdynamik får en stor betydelse i denna form av intervjuer(Cluet & Bluff, 2006). Det sociala skeendet och gruppens betydelse för individen har en chans att bli tydligt i fokusgrupp. Intervjuarens roll blir mindre framträdande än i enskild intervju och det kan bli en nackdel i stort inspelat material med osorterade uttalanden (Kvale, 2009). Det finns även nackdelar med fokusgrupp som att en deltagare kan bli styrande och hindra de andra från att framföra sin åsikt eller att grupptrösk ger ensidiga åsikter av rädsla att avvika från gruppens mening (Wibeck, 2010).

Kvale (2009) belyser svårigheter med intervjuer över kulturella gränser såsom att tolka gester och att behöva använda tolk. Det sociala sammanhang som informanterna lever i bör tas med i tolkningen (Kvale, 2009). Vissa av dessa problem kan undvikas genom en intervjuare som har lång erfarenhet av att arbeta med denna befolkningsgrupp. Det finns i Göteborg flera kulturtolkar, en av dessa användes i föreliggande studie för hjälp med att få ett bra klimat för intervjuerna. Kulturtolk har en utökad uppgift att förutom att vara objektiv språktolk, tolka betydelser och

kulturella skillnader som kan förhindra förståelse mellan intervjuare och den gravida kvinnan (Essén, 2008). Intervjufrågorna i denna studie utgick från de riktlinjer som finns för mödrahälsovård angående vad en barnmorska skall förmedla till kvinnan avseende vård och det förebyggande arbetet med nutrition och hälsa (Mattsson, 2008).

De övergripande frågorna som ställdes var;

1. Jag skulle vilja veta vad ni tänker om att sköta sin hälsa under graviditet.
2. Var kommer er kunskap ifrån?
3. Får ni hjälp med det ni behöver från barnmorskan?

Fokusgruppen utformades som en ostrukturerad intervjuform utifrån Wibeck (2010). Först var det en introduktion av ämnet och därefter de tre frågorna, se ovan, med följdfrågor.

### **Tolkningsprocess och dataanalys**

I hermeneutiken används den hermeneutiska spiralen som en bild av forskarens tolkningsprocess (Nyström, 2008). Det innebär att gå in i sitt projekt med en del kunskap, sin förförståelse och med intervjuer samla ny kunskap. Intervjuerna skrivs ner och läses i sin helhet, tolkas och bearbetas. Delarna exempelvis meningar i text analyseras med erfarenhet, kreativitet och fantasi och sätts i sitt samband. Det är viktigt att redovisa resultatet med ett tydligt och enkelt språk så att läsaren får möjlighet till en egen tolkning (Nyström, 2008). I denna studie innebar det att text från pilotintervjun och fokusgruppsintervjun, skrevs av ordagrant från digitalinspelare och genomlästes av intervjuaren ett flertal gånger.

Tolkningsarbetet har följt Nyströms (2008) beskrivning av hermeneutik. Hon beskriver arbetet med intervjutext enligt följande, utifrån en vag uppfattning efter den naiva läsningen av texten så börjar forskaren att tolka delar och relatera till helheten. När ett sammanhang har hittats avslutas tolkningen. Därefter jämförs deltolkningarnas mening mot helheten. Att vara medveten om sin förförståelse och tydliggöra hur den påverkar tolkningarna måste vara en del av hela tolkningsarbetet (Nyström, 2008). Jag har varit medveten om min förförståelse som barnmorska och kvinna boende i Sverige



och har försökt titta objektivt på texten. I min förförståelse ingår 18 års erfarenhet av arbete med kvinnor från hela världen inom Mödrahälsovården i Sverige. Jag har också läst mycket om kvinnors situation i olika länder.

Intervjuerna analyseras på en manifest nivå för att få fram det deltagarna menar, inte vad de eventuellt i sitt undermedvetna tänker om forskningsfrågan. I analysen är strävan också att få fram den mest rimliga tolkningen utifrån information i materialet utan att utesluta något som kan vara motsägande (Nyström, 2008). Samtidigt har mina känslor inför ämnet och intervjuaren fått vara en viktig del i tolkningen något som Gadamer menar gör att förförståelsen kan granskas (Nyström, 2008). Efter intervjun var gjord återstod många timmar av analysarbete. Metodlitteraturen lästes ett flertal gånger under processen för att få hjälp i analys och tolkningsarbetet. Nya vetenskapliga artiklar lästes med utgångspunkt från resultatet i studien. Detta för att bredda tolkningen av intervjun.

När intervjuerna lästs och tolkats är det enligt Nyström (2008) viktigt att få en annan läsare för att få en ny bedömning av utförda tolkningar och teman. Detta gjordes vid ett flertal handledningstillfällen. Dataanalysen avslutades med att huvudtolkning som kom fram ur delarna presenterades och även de deltolkningar som ingår i helheten. Under tolkningsprocessen kan det enligt Nyström (2008) bli aktuellt att läsa mer forskningslitteratur för ökad förståelse. I resultatet presenteras tre deltolkningar och en huvudtolkning som analyseras med hjälp av Kari Martinsens vårdteorier (Martinsen, 2003). Att använda annan litteratur rekommenderas av Nyström (2008) som ett sätt att hitta nycklar till ny förståelse.

### **Forskningsetiska överväganden**

Etiska överväganden utfördes i linje med Helsingforsdeklarationen som sammanfattas i Vetenskapsrådets rapport (Gustafsson, Hermerén, & Petterson, 2011). De tillfrågade i föreliggande studie är en utsatt grupp i samhället och att vara gravid är också ett tillstånd då många existentiella frågor kan bli aktuella. Gravida som vårdats eller vårdas av intervjuaren ingick inte i studien. Däremot inkluderades kvinnorna i studien via Mödrahälsovården i Göteborg. Tillstånd att göra intervjuerna söktes från

enhetschefen på respektive Barnmorskemottagning, se bilaga. Därefter informerades barnmorskorna på de Barnmorskemottagningar som rekryterade kvinnor till fokusgrupperna genom att dela ut informationsbrev.

Allt deltagande i studien var frivilligt och kvinnorna informerades om att de kunde avbryta deltagandet när som helst. Deltagarna fick ett översatt brev för samtycke. Då somaliska är ett språk som inte alla kan läsa eftersom skriftspråket är från 1900-talet och skolgången i hemlandet kan ha varit bristfällig blev det viktigt med muntlig översättning i samband med godkännande av att delta i studien. Översättning skedde via en auktoriserad kvinnlig tolk. Deltagarnas integritet respekterades genom att de bemöttes respektfullt och möjligheten till att avbryta deltagandet i studien betonades. All möjlighet till identifikation av presenterade citat kommer att undvikas. Inom gruppen betonades att konfidentialitet skulle råda. De personuppgifter som samlades in kommer att förvaras säkert och endast i denna studie. De etiska principerna för information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande har genom ovanstående beaktats. Då detta är en magisteruppsats behöver inte ansökan skickas till etiska rådet (Codex, 2011).

Det finns en risk med studien eftersom det är en utsatt grupp i samhället som tillfrågas om tankar och känslor. Detta sker via tolk och kvinnorna kan känna sig ifrågasatta. Detta försökte intervjuaren minska genom att anlita en erfaren tolk som tydligt kan förmedla intentionen med intervjun, att sprida okänd information till medicinsk personal för att nå ett bättre bemötande. Nyttan med studien blir att sprida röster från kvinnor som sällan är tillfrågade i forskningssammanhang. Att få beskrivet hur kvinnorna ser på vård och det förebyggande arbetet kan ge nya idéer för en förbättrad vård och på sikt leda till bättre hälsa inom denna folkgrupp under graviditet.

### **Validitet och trovärdighet**

Kvalitativa studier kan aldrig utgå från generaliserbarhet. Däremot skall studiens metod beskrivas så tydligt att andra kan utvärdera om resultatet skulle kunna gälla i andra liknande sammanhang, detta kvalitetskriterie kallas överförbarhet (Polit, 2010). Överförbarhet skapas enligt Polit. (2010) med en rik miljöbeskrivning av deltagarnas

och intervjuarens verklighet. Ett vardagsspråk har använts så långt som möjligt för att underlätta för läsaren att kritiskt läsa och granska tolkningar utifrån objektivitet. Citat och beskrivning av Kari Martinsens omvårdnads teori som valdes till tolkningsarbetet har tagits med för att öka trovärdigheten (Nyström, 2008). Trovärdighet skapas genom att resultatet speglar innehållet i deltagarnas berättelser och att läsaren har möjlighet att förstå arbetets art genom en tydlig metodbeskrivning (Polit, 2010).

Intervjuaren strävade efter att inte ställa ledande frågor och inte vinkla resultatet utifrån egna förutfattade föreställningar om resultatet. Språket i citaten har bevarats så som de intervjuade svarade, inte förändrats till korrekt svenska eller tillrättalagts. I och med att språket speglar det de intervjuade hade har intervjuaren inte lagt på ett konstnärligt perspektiv för att undvika att påverka läsaren. Detta kan ibland ske om forskaren vill ge texten en mer känslolagad form (Thorne & in Morse, 1997). Validitet i hermeneutisk tradition innebär att delar och helhet hänger ihop, den hermeneutiska cirkelns kriterium. I Gadamers anda bör känslor inför materialet släppas in så att förförståelsen kan granskas. I tolkningen skall den studerade frågan få en mening (Nyström, 2008).

## **RESULTAT**

En pilotintervju genomfördes med en gravid förstföderska i januari 2012 för att träna intervjuteknik och finslipa frågorna till fokusgruppen. Då de övergripande frågorna var identiska i pilotintervju och fokusgrupp har även svaren från pilotintervjun använts i resultatet. I februari 2012 samlades fyra kvinnor på en barnmorskemottagning i Göteborg, två var omföderskor och två förstföderskor. De hade fått skriftlig och muntlig inbjudan av sin barnmorska. Tre kvinnor var gravida och en hade fött barn under föregående år. De var födda på 1980-1990-talet. Med i gruppen var en kvinnlig kulturtolk som var informerad om att utöka tolkandet vid behov till att förklara kulturella skillnader som kunde leda till missförstånd både i frågor från intervjuaren och i svaren från kvinnorna. Tolken ingrep vid tre tillfällen med att förtydliga frågor och förklara kulturella skillnader i matvanor. Intervjun inleddes med förtydligande av informerat samtycke och påskrift. Intervjun introducerades två gånger då två kvinnor

kom försent. Det ställdes inga frågor från kvinnorna kring studien eller dess genomförande.

Tre deltolkningar som kom fram är tystnad, ömsesidig kunskapsbrist och otillräckligt nätverk. Övergripande tolkning är kommunikationssvårigheter.

### **Tystnad**

Ingen spontan diskussion uppstod mellan kvinnorna. De hade ögonkontakt med varandra och skrattade gemensamt inför vissa frågor eller uttalanden. Det upplevdes att frågorna behövde klargöras av tolken men att varje fråga besvarades av en av kvinnorna. Om frågan ställdes till var och en så blev det korta, fåordiga svar. Ofta vände sig kvinnan till tolken med sitt svar trots att intervjuaren satt med ögonkontakt med varje deltagare. Varje övergripande fråga följdes av ett flertal följdfrågor som besvarades med enstaviga svar. Intervjuaren lade till berättelser om vitaminer och graviditet för att starta diskussion men resultatet blev enstaka nickningar samt inga kommentarer. Kvinnorna i gruppen var okända för varandra och en av dem formulerade följande svar på försöken till att få dem att instämma eller motargumentera kring en fråga; *"Alla kvinnor är inte samma."*

Tolken informerades före intervjun om syftet med fokusgruppen. Hon berättade då att kvinnorna från Somalia inte har någon vana vid det svenska sättet att delta i gruppdiskussioner och framföra åsikter. Om de hade gått i skola i sitt hemland så är den uppbyggd på ett auktoritärt sätt med liten möjlighet till att träna sitt kritiska tänkande. En kvinna som hade bott i flera länder beskrev sin kunskap så här; *"Jag har fått lite information om graviditet från skolan."*

Frågan om synpunkter på vården besvarades med att kvinnorna inte hade några sådana. En av kvinnorna berättade om något på somaliska om förlossningsvården, tolken förtydligade frågan till att det gällde under graviditeten. Då hade hon inga förslag till förbättringar av vården.

I sammanfattningen inför intervjuns avslutande sade en kvinna *"Det är normalt att vara gravid"*. Men hon utvecklade inte svaret till vad hennes innebörd var med detta. Traditionen att hålla graviditeten hemlig de första fem månaderna som flera kvinnor

kände till kan göra att tystnaden också mellan kvinnor är stor. *"Min mamma berättade inte innan barnet rörde sig att hon var gravid"* En kvinna berättade att hon väntade tills magen visade sig innan hon ville berätta om sin graviditet för någon annan. *"Tidig graviditet är det inte bra att berätta."* Innan dess visste hon inte om det utvecklade sig till ett barn.

De accepterade att må illa i flera månader. Här följer två kvinnors beskrivning av den första tiden som gravid. *"De första 4 månaderna jag äter absolut ingenting. Sedan är det [äter jag] normalt."* *"Det enda jag kunde äta var pizza"*

### **Ömsesidig kunskapsbrist**

Kunskapsbrist både hos kvinnorna och hos barnmorskan de möter framstod som en andra tolkning. Att sköta sin hälsa innebar för dessa kvinnor svårigheter då mycket av information som erbjöds inte förklarades så att de förstod eller inte fanns översatt till somaliska. En av kvinnorna läste inte somaliska och en annan föredrog skriftlig information på arabiska. Kvinnorna berättade om hur de följde sin barnmorskas kostråd och åt de mediciner som hon rekommenderat, men de visste inte varför de skulle äta till exempel järn. Det fanns en stor osäkerhet runt hur näringsämnen verkade och vilka maträtter som är viktiga under graviditeten. Matvanor som kvinnorna är uppfödda med blandades med kunskap från barnmorskan. *"Jag äter lever med injeera för att det är bra för blodet."* Tolken förklarar; *"injeera är något man gör av deg, en sorts pannkaka, jäst, salt, socker, vetemjöl och vatten."*

Kvinnorna utvecklade nya matvanor i Sverige. De berättade att vissa varor inte fanns exempelvis en stor sur frukt som alla visste var viktig i början av graviditeten. Viktiga vitaminer försvann, och ofta blev enbart kolhydrater kvar. *"Jag äter den vanliga somaliska mat, ris och pasta och injeera. Till äts en soppa med potatis grönsaker, kött, tomat. All slags grönsaker."* Att få i sig järntabletter och andra vitaminer var svårt speciellt de första fem månaderna då flera av kvinnorna haft ett starkt illamående och

bara kunde dricka vatten eller äta några få maträtter. *"Jag brukade dricka vatten och äta en gång om hela dagen."*

En kvinna som var omföderska hade blivit rekommenderad järn. *"Vad är järn? Min barnmorska har sagt flera gånger att jag har järnbrist men jag förstod inte vad järn var. Vad kan det orsaka om man har järnbrist?"* I fokusgruppen uttryckte kvinnorna behov av mer information och möjlighet till motion exempelvis i gemensam grupp i simhall efterfrågades också.

Flera kvinnor hade fått information om att det var farligt för förlossningen med järnbrist men hade inte förstått varför. En av kvinnorna hade uppfattat kostråden på följande sätt. *"Jag äter inte fett och dricker bara vatten. Jag äter fisk som jag kokar utan fett"*

En kvinna berättade att hon inväntat nästa besök för att få hjälp med en besvärande halsbränna. Att ringa eller söka tidigare hade hon inte behov av. *"Till exempel när jag hade halsbränna då visste jag inte vad jag skulle göra så jag kom till henne [barnmorskan]. Så hon förklarade att det fanns en medicin jag kunde ta"*.

### **Otillräckligt nätverk**

En tredje deltolkning utifrån intervjuerna blir otillräckligt nätverk. Somalia är ett land som slagits sönder under trettio års tid. Kvinnorna talade inte mycket om detta men en kvinna som fött barn i Somalia berättade att där inte fanns någon ambulans och ingen möjlighet att få sjukvård när hon skulle föda barn. En kvinna uttryckte svårigheten att ha kontakt med närstående och få information under graviditeten på följande sätt; *"Det finns tips man kan få men tyvärr vi är inte där, med mamma"*.

Kvinnorna hade ingen annan att fråga, de hade ingen eller liten kontakt med den äldre generationen. En kvinna sade; *"Det är jag som inte frågar."*

Hon hade någon äldre kvinna att fråga om graviditetsbesvär men uttryckte inget behov av att göra detta. En annan kvinna hade kontakt med sin mamma via mail. *"Ja min mamma berättar mycket om att föda barn och vara gravid. Samma som jag min mamma, mycket illamående, hon äter inte mat"*. På frågan om kvinnor som träffades

brukade ge varandra råd blev svaret; *”Att äta sura saker i början av graviditeten och ge varandra tips när någon mår dåligt, det är bra.”*

Ofta har kvinnorna en annorlunda familjesituation än vad barnmorskan kan vara van vid. Mannen kan vara kvar i hemlandet eller ha en egen lägenhet i en annan del av Göteborg. Detta kan förklara att de inte uppgav honom som stödjande person. Frågan om de hade någon nära som stöd under graviditeten besvarades med nej från alla kvinnorna. Grannar och släktingar som hon inte vuxit upp med eller känner speciellt bra får stor betydelse för kvinnan under graviditet och föräldraskap. Alla kvinnorna uppgav barnmorskan som en viktig kunskapskälla för förebyggande hälsa under graviditeten. *” Jag tror att barnmorskan sa att jag skulle äta mycket grönsaker som innehåller järn. Eller ta järntabletter”. ”Min barnmorska sa; Om ditt järn inte stiger upp eller blir bättre så blir det lite jobbigt under förlossningen”.*

En kvinna berättade om betydelsen av kontinuitet. *”Ja all slags stöttning vi behöver får vi via henne. Om vi behöver hjälp så förklarar hon och hänvisar hon oss dit. Jag hade samma barnmorska bägge graviditeterna. Det var hon som ringde och bad att jag skulle komma idag”.*

### **Kommunikationssvårigheter**

Den övergripande tolkningen kommunikationssvårigheter genomsyrade både pilotintervju och fokusgrupp. Kommunikationssvårigheter innebär att vara beroende av tolk vilket gav en barriär som kvinnorna löste på olika sätt. Det kunde vara att prata svenska och byta till somaliska mitt i en mening eller berättelse när orden inte räckte till. Kommunikationssvårigheter kunde också leda till att svara kortfattat och undvika ögonkontakt med intervjuaren. Kvinnorna vände sig till tolken med sina svar. Via tolken kunde budskap om viktiga saker bli otillräckligt förklarade, när kvinnan inte hade möjlighet att visa genom direktkontakt om hon förstod eller inte.

Kommunikationssvårigheter gör att information ges men inte på ett tillfredställande sätt kan förstås.

Enligt Martinsens omvårdnadsteori (2003) är det omsorg som omvårdnad skall utgå ifrån. Omsorg innebär att ta ansvar för de svaga och att använda ett enkelt språk i

omvårdnad är betydelsefullt. Enligt Martinsen har språket företräde i västerländsk kultur. God vård innebär att förstå genom närvaro och praktiska kunskaper. Då måste både sinnen och känslor användas för att förstå patienten (Martinsen, 2003). I föreliggande studie visar resultatet att språkliga hinder försvårar kontakten mellan barnmorska och patient. Även intervjun blir försvårad då kommunikationssvårigheter uppstår på grund av tystnad och kommunikation via tolk. Möjligheten att kommunicera via sinnen och känslor (Martinsen, 2003) var därmed begränsad vilket kan vara en förklaring till kommunikationssvårigheterna.

Kommunikationssvårigheter beroende på ömsesidig kunskapsbrist kan få en förklaring med Martinsens (2003) syn på autonomi. Martinsen menar att en erfaren vårdperson kan leda en patient till rätt beslut. Det innebär att barnmorskan inte bör lämna patienten ensam med svåra beslut av rädsla att ta över/ bryta autonomi. Resultatet från föreliggande studie visar på svårigheter för kvinnorna i att fatta beslut om sin hälsa. De efterfrågar tydliga råd om kost och hälsa och har svårigheter att göra egna medvetna val då deras kunskapsnivå är låg när det gäller graviditet och förebyggande hälsa. I denna studie framkommer vidare att kvinnorna fått en del information om järn och vitaminer men de har inte kunnat överföra råden till sin egen matlagning. De har inte fått tillräcklig information för att välja lämpliga matvaror eller äta sina järntabletter regelbundet. Barnmorskan kan då ha lämnat över besluten till kvinnan av rädsla för att ta över/bryta autonomi (Martinsen, 2003).

Kommunikationssvårigheter mellan barnmorska och gravid kvinna, beroende på kulturskillnader och språksvårigheter, har i studien hindrat kvinnorna från att ta till sig kunskap om lämplig kost och hur de kan sköta sin hälsa under graviditeten. Enligt Martinsen (2003) blir det nödvändigt att i svåra omvårdnadssituationer utveckla en omfattande förståelse för den andre. Ett vardagsspråk och känslor bör användas för att kunna växla perspektiv och närma sig patientens verklighet (Martinsen, 2003).

Enligt Martinsen (2003) är en patientgrupp utan ett fungerande nätverk i extra stort behov av professionellt bemötande. Vårdarens professionalism blir ett sätt att vara nära samtidigt som avstånd hålls (Martinsen, 2003). I föreliggande studie saknar kvinnorna kunskapsstöd och känslomässigt stöd i närmiljön. De kommunicerar med



sin barnmorska på de planerade besöken men söker sällan extra trots behov av detta. I studien berättar kvinnorna om att de mått fysiskt dåligt i flera månader utan att söka vård. De berättar även att de inte har någon annan att fråga om sina graviditetsbesvär. Detta skapar känslor av ensamhet och små problem kan få stora dimensioner hos kvinnorna.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

För att få reda på hur människor upplever sin unika situation är hermeneutiken en utmärkt metod. Insikt i hur det är för en människa kan hjälpa oss i vården att skapa fruktbara möten (Starrin & Svensson, 1994). Trovärdigheten i studien styrks med att tolkningarna av intervjumaterialet känns meningsfulla och riktiga (Nyström, 2008). Det är dock första gången intervjuaren arbetar med hermeneutisk tolkning och för nybörjaren är det en svår metod. Att delar och helhet skall hänga ihop är enligt Nyström (2008) ett grundläggande validitetskriterie. I arbetet med studien har detta varit ett mål. Om så är fallet lämnar jag till läsaren att avgöra.

Det kan diskuteras om syftet svarar mot resultatet men i tolkningen har "the good-reason-essay" varit en ledstjärna. Det innebär som Nyström (2008) beskriver att förstå kvinnornas bakomliggande motiv och deras orsak till tystnad eller till de svar de gav. Detta för att kunna öka intervjuarens förståelse för det ibland irrationella i svaren. I intervjuerna framstår möjligheten till andra tolkningar av en intervjuare med annan kunskapsbakgrund som tydlig. Varje tolkning är personlig och allt material ger ett oändligt antal tolkningsmöjligheter (Nyström, 2008).

För att få fler kvinnors utsagor kunde också kulturtolkare intervjuats men i litteraturen varnas för risken att komma för långt från källan och då få en förvrängd eller mindre värd information i resultatet (Alvesson, 1994). I en kommande studie skulle det vara av stort värde att intervjua andra grupper av somaliska kvinnor som har varit längre tid i Sverige och kan se tillbaka på sina erfarenheter. Denna grupp trodde kulturtolken som var med vid intervjuerna skulle ge rikare och mer reflektiva svar.

Somaliska kvinnor i Sverige lever i ett familjecentrerat socialt sammanhang med stor kontroll inom gruppen, därför var det viktigt med en tolk som kvinnorna hade förtroende för (Svenberg, et al., 2009). Intervjuaren var intresserad av upplevelsen ur ett somaliskt perspektiv och ville inte att tiden i Sverige skulle vara alltför lång före intervjun. Att vara nära upplevelsen genom sitt eget liv och i tid ökar trovärdigheten (Alvesson, 1994).

Kan den gravida känna sig hindrad i att uttrycka sina tankar inför barnmorskan? Det blev viktigt att tillsammans med handledaren analysera en provintervju och få hjälp att se hur barnmorskans förförståelse kan ställa sig framför resultatet. Efter lång tids arbete med gravida i förort har intervjuaren stor kunskap om graviditet och den känslomässiga utveckling som sker men det kan bli ett hinder i att fånga in informanternas upplevelser. Det blev viktigt under arbetets gång att synliggöra detta. Objektiviteten har varit ett mål då intervjuaren har försökt medvetandegöra sina fördomar efter många års möten med dessa kvinnor så att resultatet inte tolkats utifrån dessa.

Fokusgruppens fördelar kom inte fram i så stor omfattning, kvinnorna hade lite dialog mellan varandra och intervjuaren fick föra samtalet framåt med följdfrågor under varje tema. Gruppsamtal kan enligt Wibeck (2010) stötta i att börja ställa frågor och få förklaringar till sådant som är okänt, förhoppningsvis skedde en del kunskapsutbyte under intervjun som kvinnorna kan ha nytta av under sina graviditeter. Nackdelar som beskrivits med fokusgrupp upplevdes inte då ingen av deltagarna tog kommandot över gruppen och tystnaden mellan svaren gjorde att materialet kunde analyseras tydligt. I ett flertal av artiklarna, som är bakgrund i studien, är fokusgrupp använt med gott resultat (Herrel et al., 2004; Hesselink & Harting, 2011; Pavlish, et al., 2010; Upvall, et al., 2009). Kanske är det en metod som lämpar sig mindre bra i en grupp med liten erfarenhet av gruppsamtal.

Att använda denna studies frågor kan fungera bra även i en större studie. Det skulle vara bra att under en längre tid, exempelvis en hel mammagrupp på fem till åtta gånger följa somaliska kvinnor och kunna återkomma till frågorna vid ett flertal tillfällen. Då lär kvinnorna känna varandra och forskaren och möjlighet finns till mer

utförliga och tillitsfulla svar. Förhoppningen är att då fånga berättelser samtidigt som observationer under alla grupptillfällen skulle ge viktig information.

En studie med en annan grupp av kvinnor skulle vara värdefull. Somaliska kvinnor är en grupp som sällan deltar i forskning och deras uppfattningar om vård är delvis okända för oss. Att intervjua kvinnor som bott längre tid i Sverige och kan jämföra sitt liv i Somalia med livet här i perspektiv av graviditet och hälsa skulle vara intressant. Att använda kulturtolk som förmedlare av inbjudan till samtal och under intervjuerna skulle kunna ge en djupare förståelse och ett mer informationsrik material.

### **Resultatdiskussion**

Resultatets huvudtolkning kommunikationssvårigheter och deltolkningarna tystnad, ömsesidig kunskapsbrist och otillräckligt nätverk diskuteras nedan i förhållande till annan forskning.

I resultatet bekräftades en erfarenhet som intervjuaren har med sig från patientmöten inom Mödrahälsovården under arton år. Unga kvinnor är ofta fåordiga och svåra att få en dialog med. Det var inga frågor från kvinnorna kring hur studien skulle genomföras och det var svårt för intervjuaren att veta om kvinnorna helt uppfattat syftet.

Tystnaden som deltolkning baseras både på de fåordiga svaren och på känslan i rummet som var att det fanns mycket att prata om som inte blev sagt. Enligt en studie från Kalifornien finns det i somalisk kultur hinder för att prata om sjukdom, sexualitet och reproduktion som beror på tabun och skam inför andra (Pavlish, et al., 2010).

Kvinnorna i fokusgruppen var troligen okända för varandra men de kunde anta att någon kände någon inom den somaliska gruppen i bostadsområdet och att sekretessen inte var fullständig inom fokusgruppen. Det sociala nätverket för flyktingar är osäkert och rykten sprids snabbt i en ny miljö (Guerin, et al., 2003). Somaliska kvinnor i Sverige lever i ett familjecentrerat socialt sammanhang med stor kontroll inom gruppen, därför är det viktigt med en tolk som kvinnorna har förtroende för. Att välja formell tolk före anhörigtolk blir en säkerhet för vårdsökanden (Carroll, et al., 2007).

Tystnaden kan ha andra orsaker som har med respekt för barnmorskan att göra eller helt andra orsaker som inte är kända. Kanske är kvinnorna fostrade i att man inte pratar om sina problem med äldre kvinnor Citatet ” *Det är normalt att vara gravid*” visar på kvinnans självklarhet inför graviditet och födande. Där kan det västerländska samhället med oändliga informationsmöjligheter kanske skapa oro hos gravida kvinnor som inte står i proportion till graviditetens reella problem. Kan vi se en fördel med att ha mindre kunskap här?

Att möta en patient som inte uttrycker sig språkligt kräver ett känslomässigt möte med öppna sinnen för att skapa god vård (Martinsen, 2003). Då minskar kommunikationssvårigheterna och vi använder hela vår professionalism. Kvinnorna i intervjun uttryckte samhörighet med sin barnmorska och refererade till henne som kunskapsförmedlare. I andra studier har kontinuitet saknats i vården av gravida och de har saknats översatt material och tolk (Reitmanova & Gustafson, 2008; Straus, et al., 2009). Till skillnad från ovanstående uttrycker kvinnorna i min studie tilltro till sin barnmorska och kontinuiteten är god inom Mödrahälsovård i Sverige. Tillgången till kvinnlig somalisk tolk är god och i Sverige har vi ett upparbetat system med rätt till tolk i kontakter med sjukvården. Dock fallerar detta när kvinnan söker akut, eller inte kommer på rätt tid.

Kommunikationssvårigheter är barnmorskans verklighet i många patientmöten, detta är min erfarenhet. I mötet med en ung kvinna från Afrika blir det extra tydligt. Det kan börja redan i väntrummet med att hon kommer på fel tid, inte hittar mottagningens adress eller att tolken inte blivit beställd. Så var också starten på fokusgruppen då två kvinnor kom försent och intervjuens introduktion fick tas om en gång till. En kvinna uteblev helt då hon inte hade någon barnvakt. Möjligheten till god vård minskar i dessa sammanhang av frustration och missförstånd något som också diskuterats i andra studier (Pavlish, et al., 2010; Wiklund, et al., 2000).

Kvinnorna i intervjun beskrev att barnmorskan gett dem information om kost och näringsämnen men de hade inte alltid kunnat ta till sig informationen. Det framkom i frågor om varför järn var viktigt och att matvanorna som beskrevs inte var så

näringsrika. I en studie från England uttrycker somaliska kvinnor att de vill ha muntlig information med ett lätt språk utan medicinska termer (Straus, et al., 2009). I en studie från USA betonar forskarna vikten av att information sprids till invandrare då deras hälsa ofta är sämre än hos amerikanen i allmänhet. Kommunikation om hälsa är en utmaning för samhället och i studien föreslås evidensbaserade interventioner som låter hälsoutbildare arbeta med kulturkänsliga redskap (Kreps & Sparks, 2008).

Ovanstående studie visar på svårigheter i att informera invandrare om hälsa som stämmer med resultatet i denna uppsats. Det ställer krav på fantasi i val av informationskanaler och metoder som kanske inte använts tidigare i arbetet med gravida.

Begreppet hälsoförståelse diskuteras i en artikel från Australien (Nutbeam, 2008). Det förklaras som i vilken grad individer har förmågan att inhämta, bearbeta och förstå grundläggande hälsoinformation och tjänster som behövs för att göra lämpliga hälsobeslut. Hälsoförståelse har utvecklats ur två olika utgångspunkter från vårdssituationer och folkhälsöarbete. Där beskrivs att undervisning av vuxna och personer med annan språklig och kulturell bakgrund behöver anpassas för att personerna skall kunna få kontroll över sin hälsa och de faktorer som påverkar den (Nutbeam, 2008). Det finns enligt forskaren en stor grupp i västvärlden som har svårt att ta till sig medicinska råd beroende på dåliga läskunskaper, det hänger ofta ihop med socioekonomiska svårigheter (Nutbeam, 2008). I denna studie berättade kvinnorna om språksvårigheter i form av bristande läsförståelse på både svenska och somaliska. Ett bildmaterial med foton på nyttiga frukter och grönsaker skulle kunna vara till stor hjälp för en mer tydlig och begriplig hälsoinformation till denna grupp .

Ur deltemat ömsesidig kunskapsbrist framstår ett behov av att tydliggöra information. Barnmorskan måste bli mer tydlig utan att kränka någon som kan känna sig behandlad som ointelligent eller diskriminerad. Att behålla sin närhet till kvinnan och eftersträva kontinuitet underlättar för kunskapsöverföring (Straus, et al., 2009; Svenberg, et al., 2009). En tydlig kunskapsöverföring från en erfaren barnmorska kan förenkla för kvinnan och få henne att känna sig trygg och på det sättet öppna för dialog, detta är ofta möjligt i svensk mödrahälsovård. Att vara lyhörd och fråga öppet om patientens bakgrund kan göra att patient och barnmorska närmar sig varandra och ge möjlighet

till kommunikation. Detta nämns som en del av patientcentrerad kommunikation i syfte att få en positiv upplevelse av vården. Det ger patienten ickeverbala signaler som tillsammans med en vänlig och tålmodig vårdare skapat möjlighet att tala tryggt berätta om sina problem (Carroll, et al., 2007).

I en debatt artikel skriver Högberg (2004) om utvecklingen från ett Sverige med jämlik förlossningsvård på 1970-talet där socioekonomiska faktorer inte hade någon betydelse till 2000-talets skillnad i förlossningsutfall för somaliska kvinnor. Han menar att vi glömmer flyktingens stora problem utifrån krigsupplevelser och sociala förluster. Detta leder till ohälsa för mor och barn som delvis kan härledas till kommunikationssvårigheter (Hogberg, 2004). Många nykomna flyktingar har dålig ekonomi och de matvaror kvinnorna i min studie ville ha eller var vana att tillaga finns inte. För att möta vårdbehovet hos dessa kvinnor behöver resurser omfördelas (Hogberg, 2004). C-vitaminkällor som vissa citrusfrukter var något som kvinnorna letat aktivt efter i svenska mataffärer, de hade inte hittat något som ersatte en speciell frukt som de ville äta i tidig graviditet.

Att leva i ett nytt land med bristande nätverk var något som kvinnorna i fokusgruppen tog upp som ett problem. En artikel diskuterar frågan utifrån psykisk hälsa efter graviditeten. Författarna ställer frågan om varför invandrare från icke engelskspråkiga länder oftare diagnostiseras med depression efter förlossning (Barclay & Kent, 1998). Enligt författarna har det kulturella och sociala sammanhang som kvinnorna lever i stor betydelse. Otillräckligt stöd från andra kvinnor, brister i nätverk och kulturell oförståelse ger känslor av sårbarhet och ensamhet hos de nyförlösta (Barclay & Kent, 1998). Bristande nätverk kan orsaka psykisk sjukdom. Känslor av sårbarhet och oro ökar med den isolering som blir i ett nytt land med svag familjesammanhållning (Svenberg, et al., 2009). Gruppaktiviteter kan stötta nyanlända flyktingar till ett större socialt nätverk om aktiviteterna sker i kommunikation med deltagarna för att förändras med behoven (Guerin, et al., 2003). Detta efterfrågades av en av kvinnorna. De som var i början av sin graviditet hade ingen att fråga och hade inte hunnit knyta an till barnmorskan. De var ensamma och uttryckte detta under intervjun. Patientens

brist på kommunikation i vardagen om för henne viktiga ämnen ger barnmorskan extra ansvar för att underlätta kommunikation.

### **Barnmorskans roll**

Behovet av stöd under graviditeten är stort och barnmorskans uppgift blir att förmedla de kontakter som passar varje kvinna. I detta sammanhang blev barnmorskan en viktig person som några av kvinnorna i fokusgruppen kände stor tilltro till. Hon blir också en länk till andra verksamheter som Barnavårdcentral och som den som kan motivera till att delta i motion eller söka upp somaliska mammagrupper där detta finns.

Vårdpersonal är fostrad att behandla alla lika utifrån generella vårdprogram, se Mattsson (2008), kanske är det dags för barnmorskor i Sverige att utveckla sin känslighet för vem som behöver mer och ta den känslan på allvar. I en australisk studie beskrivs arbetet med att barnmorskor utvecklas från att vara kulturmedvetna till att ha en känslighet för kulturella skillnader där även de egna fördomarna lyfts upp. I en framtid talar forskarna om att alla som arbetar behöver tillämpa kultursäker vård för en säker mödrahälsovård (Phiri, et al., 2010). I studien framhålls vikten av att barnmorskan analyserar sitt förhållningssätt gentemot andra kulturer och erkänner att kulturella skillnader finns. Forskarna menar att en kultursäker vårdmodell för barnmorskor behövs i dagens mångkulturella samhällen (Phiri, et al., 2010).

Det pågår studier i Sverige som intervjuar barnmorskor som arbetar med flyktingar, resultatet från dessa kanske kan ge förslag på arbetsmodeller som passar för svensk mödravård. En studie från år 2000 talar om vikten av kulturanpassad vård för somaliska gravida i Sverige (Essén, Johnsdotter, et al., 2000). Mödrahälsovården har inte fokuserat på denna fråga och behovet är enligt resultatet av denna intervju fortfarande stort.

Barnmorskans teoretiska bakgrund kan ibland ställa sig i vägen för förståelse av informationsbehov hos någon med betydligt kortare skolgång, eller ingen skolgång alls. Föreliggande studie visar att detta är mycket aktuellt även i Sverige. När barnmorskan inte anpassar information hon ger eller skaffar sig kunskap om de

speciella behov som den somaliska kvinnan har så uppstår brister i kommunikation och deras hälsa blir lidande i exempelvis järnbrist. Studiens resultat visar på brister i kunskap som kommunikationssvårigheterna skapat.

Barmorskan behöver få redskap för att vidga sitt seende och kunna överbrygga kommunikationssvårigheter med flyktingkvinnor. Att använda sin fantasi för att kunna hjälpa även dem som har en verklighet långt från vår egen (Martinsen, 2003). Att hitta den kulturella påverkan som vissa sårbara grupper tar emot hälsoinformation med blir viktigt (Kreps & Sparks, 2008).

Kvinnorna i studien levde med ett utarmat nätverk och var hänvisade till släktingar, som de många gånger inte kände så väl, för hjälp in i det svenska samhället. Hur kan vården bli bättre på att förmedla viktig hälsoinformation? Vi kan hämta goda exempel och influenser från befintlig forskning.

En multicenterstudie gjord i Holland visar på att kulturkompetenta hälsoarbetare i samverkan med barnmorskor kan nå utsatta grupper. Ett arbete har utförts med att utarbeta föräldrautbildning för en utsatt kvinnogrupp. Vårdprogrammet implementerades och det fick turkiska kvinnor att delta i föräldraundervisning. Det blev ett stort deltagande från nyanlända förstföderskor. I studien beskrivs i detalj vad de åtta gruppstillfällena kan innehålla (Hesselink & Harting, 2011). Detta kan överföras till andra utsatta grupper med fortgående utvärdering och anpassning till gruppen.

I föreliggande studie hade kvinnorna fått information av sin barnmorska men enbart muntligt eller enstaka blad översatta till somaliska. I USA har somaliska kvinnor tillfrågats om vad de föredrar för informationsvägar och vad de vill ha information om inför förlossningen. De vill ha informationen på film eller skriftligt och efterfrågade visning på förlossningen (Herrel, et al., 2004). Att få information om matvaror och näringsinnehåll av någon med insyn i somalisk matlagning skulle ge goda resultat även i Sverige, här kan inbjudna kulturtolkare ha en viktig roll.

I Göteborg har jag deltagit i arbetet med att ta fram ett utökat vårdprogram för kvinnor från låginkomstländer och andra utsatta grupper. Andra grupper som ingår är unga mammor, kvinnor med tidigare övergrepp eller förståndshandikappade. Det skall underlätta och fördjupa arbetet inom mödrahälsovården med dessa kvinnor under



graviditeten. Att erbjuda vård utifrån kunskap om skillnader i medicinskt hälsotillstånd och med hjälp av kunskap om kulturella och traditionella skillnader kan förhoppningsvis ge fler gravida den vård de behöver. Ett fördjupat hälsosamtal med fokus på den gravida kvinnans hälsoförståelse i början av graviditeten skulle kunna ge en bra start.

### **Slutsats och förslag till forskning**

Resultatet från studien utifrån syftet att beskriva och analysera somaliska kvinnors uppfattningar om vård och förebyggande hälsa under graviditet, presenteras i tre tolkningar tystnad, ömsesidig kunskapsbrist och otillräckligt nätverk med huvudtolkning kommunikationssvårigheter.

Huvudtemat kommunikationssvårigheter lyfter problemet med att få reda på dessa kvinnors uppfattningar. Slutsatsen blir att kommunikationssvårigheter finns i mötet mellan barnmorska och somalisk flyktingkvinna. När det gäller gravida har barnmorskan möjligheter att påverka dessa möten. Dessa svårigheter behöver lyftas då målet med mödrahälsovård i Sverige är en jämlik vård, där alla får en möjlighet till bättre hälsa för mor och barn. Kanske kan resultatet hjälpa till i framtida vårdmöten mellan barnmorskor och gravida somaliska kvinnor. Utvecklingsarbeten som kan startas inom befintlig mödrahälsovård kan använda andra länders erfarenheter av att sprida information om graviditet och hälsa. Att fortsätta studera flyktingar i mödrahälsovården genom fördjupade intervjuer eller praktiska interventioner som följs av forskare är mitt förslag till några steg mot en mer jämställd vård i Sverige.

## REFERENSER

Alvesson, M. S., K. (Ed.). (1994). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.

Barclay, L., & Kent, D. (1998). Recent immigration and the misery of motherhood: a discussion of pertinent issues. *Midwifery*, 14(1), 4-9.

Berg, M., & Lundgren, I. (2004). *Att stödja och stärka : vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

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

Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E., & Jean-Pierre, P. (2007). Caring for Somali women: Implications for clinician–patient communication. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 337-345.

Cluett, E. R., & Bluff, R. (2006). *Principles and practice of research in midwifery*. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier.

Codex. (2011). Codex,regler och riktlinjer för forskning. from Centrum för forskning och bioteknik.

: <http://www.codex.uu.se/forskningmanniska.shtml>

Dejin-Karlsson, E., & Östergren, P.-O. (2004). Country of origin, social support and the risk of small for gestational age birth. [Article]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 442-449.

Diaz, A. (2009). *Vård på (o)-lika vilkor* (No. ISBN 978-91-7164-4374): Sveriges kommuner och landsting.

Ek, S., & Järv, H. (Producer). (2012, hämtad 2012-05-30.) Kultur. . retrieved from <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/kultur/233228>

Essén. (2008). Obstetrik i ett internationellt och i ett migrationsrelaterat perspektiv. In H. Hagberg, Marsal.K,Westgren,M. (Ed.), *Obstetrik* (Vol. 1, pp. 733-). Lund: Studentlitteratur.

Essén, Hanson, B. S., Östergren, P.-O., Lindquist, P. G., & Gudmundsson, S. (2000). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(9), 737-743.

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

- Frid, I., Öhlén, J., & Bergbom, I. (2000). On the use of narratives in nursing research. [Article]. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 695-703.
- Gadamer, H.-G. (1998). *Förnuftet i vetenskapens tidsålder*. (T. Olsson, Trans.). Göteborg: Daidalos.
- Gadamer, H.-G. (2003). *Den gåtfulla hälsan* (J. Jakobsson, Trans.). Ludvika: Dualis Förlag AB.
- Guerin, P. B., Diiriye, R. O., Corrigan, C., & Guerin, B. (2003). Physical Activity Programs for Refugee Somali Women: Working Out in a New Country. *Women & Health*, 38(1), 83-99.
- Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petterson, B. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Herrel, N., Olevitch, L., DuBois, D. K., Terry, P., Thorp, D., Kind, E., et al. (2004). Somali refugee women speak out about their needs for care during pregnancy and delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 345-349.
- Hesselink, A. E., & Harting, J. (2011). Process evaluation of a multiple risk factor perinatal programme for a hard-to-reach minority group. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 2026-2037.
- Hildingsson, I., & Thomas, J. E. (2007). Women's Perspectives on Maternity Services in Sweden: Processes, Problems, and Solutions. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 126-133.
- Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., Ahn, S. Y., Wang, M., Makela, S. M., et al. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*, 375(9726), 1609-1623.
- Hogberg, U. (2004). An "American dilemma" in Scandinavian childbirth: unmet needs in healthcare? *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(1), 75-77.
- Jonsson, P. M., Schmidt, I., Sparring, V., & Tomson, G. (2006). Gender equity in health care in Sweden -- minor improvements since the 1990s. *Health Policy*, 77(1), 24-36.
- Kaplan, A., (ed) , Hildingsson, I., Hogg, B., & Lundgren, I. (Eds.). (2009). *Lärobok för barnmorskor* (Vol. 3). Lund: Studentlitteratur.
- Kreps, G. L., & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 328-332.
- Kvale, S. B., Svend. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (Vol. 2). Lund: Studentlitteratur.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Lögstrup, om etikk og sanselighet i sykepleien* (3 ed.). Otta: Universitetsforlaget.

Mattsson, L.-Å., (red), Banke, G., Berglund, A., Collberg, P. & Idestrom, M. (2008). *Mödrhälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa* (No. 59). Stockholm.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

Ny, P., Dykes, A., Molin, J., & Dejin-Karlsson, E. (2007a). Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community-based study in Malmö, Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(7), 805-813.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och internet*. (Vol. 1). Lund: Studentlitteratur.

Nyström, M. i. G., M & Höglund-Nielsen, B. (Ed.). (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* Lund: Studentlitteratur.

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

Phiri, J., Dietsch, E., & Bonner, A. (2010). Cultural safety and its importance for Australian midwifery practice. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 17(3), 105-111.

Polit, D. F. B., C.T. (Ed.). (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7 ed.). Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2008). "They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal & Child Health Journal*, 12(1), 101-111.

Retsö, J., Hansson, A., & Krokfors, C. (2011, 2012-04-15). Somalia. *Nationalencyklopedin*, from <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/lang/somalia,Somalia>.

Riksdag, S. (1982). *Hälso- och sjukvårdslag*.

Robertson, E., Malmström, M., & Johansson, S.-E. (2005). Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(9), 825-832.

Rondinelli, A., Morris, M., Rodwell, T., Moser, K., Paida, P., Popper, S., et al. (2011). Under- and over-nutrition among refugees in san diego county, california. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 13(1), 161-168.

Rosling. (2011). Gapminder for a fact-based world. from [www.gapminder.org](http://www.gapminder.org)

SCB. (2011, 2011-05-09). Asylsökande under 2010 och 2009.

Shams, M. (2002). Cultural issues in prenatal care and midwifery practice. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 30(6), 567-570.

Simonsson, J. (2011). Kunskapscentrum för jämställd vård. from <http://jamstalldvard.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Kunskapscentrum-for-Jamstalld-varld/>

Sjögren, B. (2005). *Psykosocial obstetrik : kropp och själ och barnafödande*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2009). Hälsa och sjukvårdsrapportpp. 450). Available from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>

Starrin, B., & Svensson, P.-G. (Eds.). (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

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

Svenberg, K., Mattsson, B., & Skott, C. (2009). 'A person of two countries'. Life and health in exile: Somali refugees in Sweden. *Anthropology & Medicine*, 16(3), 279-291.

Thorne, S., & in Morse, J. M. (1997). *Completing a qualitative project : details and dialogue*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

UNFPA. (2008). Somalia. from [www.stateoftheworldsmidwifery.com](http://www.stateoftheworldsmidwifery.com)

Upvall, M. J., Mohammed, K., & Dodge, P. D. (2009). Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 360-368.

WHO. (2010). Reproductive health. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health>

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper : om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

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

## Bilaga 1

### Till enhetschef på Barnmorskemottagning

Jag heter Åse Jagner och arbetar på Barnmorskemottagningen Angered. Jag skall skriva en magisteruppsats och är student på Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien. Studietiden är planerad till HT2011- VT 2012.

Ämnet för uppsatsen är att ta reda på somaliska kvinnors uppfattningar om vård och hälsa under graviditet.

Det finns lite forskning där man frågat kvinnor med invandrarbakgrund och vi vet att somaliska kvinnor är en grupp som har sämre hälsa och mer komplikationer under graviditet och förlossning än andra kvinnor som är gravida i Sverige. Hur kan barnmorskan på Mödrahälsovården bli bättre på att möta dessa kvinnors behov? Jag planerar att genomföra en intervjustudie med somaliska kvinnor i fokusgrupp med 4-6 kvinnor i två grupper.

Om du godkänner att studien genomförs på Barnmorskemottagningen så är jag tacksam om du undertecknar detta brev och skickar i bifogat kuvert.

Ansvarig för studien eller handledaren svarar gärna på frågor.

Forskningspersonsinformation bifogas

Åse Jagner  
Legitimerad barnmorska  
handledare Student vid Göteborgs Universitet  
vårdvetenskap och hälsa 0733-716010,  
Göteborgs Universitet 031-[786052](tel:031-786052)

Ingela Lundgren  
leg barnmorska, docent,  
Institutionen för

[ase.jagner@vgregion.se](mailto:ase.jagner@vgregion.se)

Jag godkänner att Åse Jagner får utföra studien om somaliska kvinnors uppfattning om vård och hälsa under graviditet.

---

Ort och datum \_\_\_\_\_

Namnteckning enhetschef \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_