



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

SOMALISKA KVINNORS UPPLEVELSER AV FÖRLOSSNINGSVÅRDEN I SVERIGE

Mariann Kressin och Samira Osman

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Barnmorskeprogrammet 90hp/
Program och/eller kurs:	Examensarbete i Reproaktiv och Perinatal Hälsa, RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Lars-Olof Persson

Titel (svensk):	Somaliska kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Sverige.
Titel (engelsk):	Somali women's experiences of childbirth care in Sweden.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet 90hp/ Examensarbete i Reproduktiv och Perinatal Hälsa, RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Anna Dencker
Examinator:	Lars-Olof Persson
Nyckelord:	Somaliska kvinnor, förlossning, upplevelse, barnmorska, Sverige, kvalitativ innehållsanalys.

Sammanfattning:

Bakgrund: Somalier är en av de större folkgrupperna som invandrat till Sverige. Kommunikativa problem på grund av språkliga och kulturella skillnader mellan vårdpersonal och patienter samt en annan syn på hälsa och ohälsa försvårar vårdmötet. Det ställer också krav på vårdpersonalen att upprätthålla en god vård på lika villkor. Trots det finns det studier som visat på att somaliska kvinnor har en ökad risk för perinatal dödlighet. Andra studier har visat på att somaliska kvinnor inte söker till sjukvården i lika hög utsträckning som andra kvinnor på grund av bland annat språkbarriärer.

Syfte: Syftet är att beskriva somaliska kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Sverige.

Metod: Åtta somaliska kvinnor bosatta i Göteborgsområdet har intervjuats individuellt. Bristande svenskakunskaper var inget hinder för att delta i studien eftersom frågorna vid behov kunde ställas på somaliska och kvinnorna hade möjlighet att svara på somaliska. Samtliga intervjuer spelades in, översattes och analyserades sedan med kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats.

Resultat: Analysen av intervjumaterialet genererade tre kategorier: Kvinnans upplevelse av kommunikation med barnmorskan, Kulturella skillnader i samband med förlossning samt upplevelse av generalisering och fördomar. Utöver kategorierna identifierades sex underkategorier. Samtliga kvinnor såg kommunikation som värdefullt och viktigt. Kvinnorna hade varierande upplevelser av kommunikationen under sin förlossning. Det framkom att den språkliga kunskapen inte behövde vara god, ofta räckte det med att barnmorskan visade på ansträngning att förstå och göra sig förstådd för att kvinnorna skulle få en positiv upplevelse. Det kunde även förekomma kulturkrockar eftersom kvinnornas kunskap härstammade från somaliska vårdrutiner, men också från uppfattningar från den nära sociala kretsen som t.ex. vänner och grannar. Kvinnorna hade även upplevt generaliseringar och fördomar från barnmorskor om antal barn, preventivmedel och mannens roll i hemmet. De önskades istället att barnmorskan skulle se personen bakom patienten.

Konklusion: God kommunikation liksom kulturell förståelse har en stor betydelse för kvinnorna och även patientsäkerheten. För att underlätta kommunikationen mellan parterna

kan alternativa hjälpmedel tillämpas som språkapplikationer, symboler eller flitigt anlita kulturdouler.

Nyckelord: somaliska kvinnor, förlossning, upplevelse, barnmorska, Sverige, kvalitativ innehållsanalys.

Abstract

Background: Somalis are one of the larger groups that have immigrated to Sweden. Communicative problems due to language and cultural differences between healthcare professionals and patients as well as different view on health and ill health make the health meeting difficult and imposes demands on health professionals to maintain good care on equal terms. Despite that, there are studies showing that Somali women have an increased risk of perinatal mortality. Other studies have shown that some Somali women do not seek medical care as much as other women due to language barriers.

Purpose: The purpose of this study was to describe Somali women's experiences of childbirth care in Sweden.

Method: Eight Somali women living in the Gothenburg area have been interviewed individually. Lack of Swedish language skills was not an obstacle to participate in the study because the questions could be asked in Somali if needed and the women had the opportunity to answer in Somali. All interviews were recorded, translated and then analyzed by the method of qualitative content analysis with inductive approach.

Results: The analysis of the interview material generated three categories: Women's experience of communication with the midwife, Cultural differences in childbirth, and Experience of generalization and prejudice. In addition to the categories, six subcategories were identified. All women saw communication as valuable and important. The women had varied experiences of communication during their childbirth. It emerged that the linguistic knowledge did not have to be good; it was often enough that the midwife showed an effort to understand and to make herself understood for a positive experience. There could also be cultural clash because women's knowledge came from Somali care routines but also from perceptions from the close social circle, such as friends and neighbors. The women had also experienced generalizations and prejudices from midwives about the number of children, contraceptives and the role of the man in the home. Instead, they wanted the midwife to see the person behind the patient.

Conclusion: Good communication as well as cultural understanding is of great importance to the women and to the patient safety. In order to facilitate communication between the parties, alternative aids can be applied such as language applications, symbols or diligently engaging doulas.

Keywords: Somali women, childbirth, experience, midwife, Sweden, qualitative content analysis.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Barnmorskans kompetensområde.....	1
Somalisk migration.....	2
Syn på hälsa och sjukvård	3
Perinatal dödlighet	4
Mödradödlighet	4
Kulturell kompetens	5
Kommunikation	5
Kulturdoula.....	7
Problemformulering	7
Syfte	8
Metod	8
Metodval.....	8
Forskningspersonsinformation	8
Urval	8
Datainsamling.....	9
Dataanalys	9
Etiska överväganden.....	10
Resultat.....	11
Upplevelse av kommunikation med barnmorskan	12
Behov av information	12
Önskan att bli sedd och hörd.....	13
Kulturella skillnader i samband med förlossning	14
Stöd från andra personer	14
Upplevelse av kulturkrock inom förlossningen	15
Upplevelse av generalisering och fördomar.	16
Förväntningar av stöd från barnmorskan	17
Barnmorskans attityd påverkar upplevelsen	17
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Förförståelse.....	19
Urval	19
Snöbollsurval	19

Misstro	20
Resultatdiskussion	21
Upplevelse av kommunikation med barnmorskan.....	21
Kulturella skillnader i samband med förlossning	22
Upplevelse av generalisering och fördomar	23
Kliniska implikationer.....	25
Konklusion	25
Förslag för vidare forskning	25
Referenslista	27
Bilaga 1	32
Bilaga 2	34
Bilaga 3	35
Bilaga 4	36

Inledning

I Sverige eftersträvas likvärdiga rättigheter till alla medborgare oavsett tro, ålder, kön och etnicitet och detta gäller även hälso- och sjukvården, som arbetar för vård på lika villkor. Under de senaste decennierna har Sverige kommit att bli ett multikulturellt land där människor med olika bakgrund och härkomst har blivit en del av det svenska samhället. Det kan dock finnas skillnader i syn på hälsa, ohälsa, förväntningar på sjukvården och bristande språkkunskaper. Detta ställer krav på vårdgivare då hälso- och sjukvården ska kunna erbjuda en god vård på lika villkor. Under vår utbildning har vi författare stött på lärare som föreläst om sina studier och vi har uppmärksammat en gemensam faktor. Kravet var att deltagarna skulle behärska det svenska språket obehindrat.

Även i andra svenska studier om förlossningsupplevelser exkluderas ofta kvinnor som inte talar svenska. Eftersom författarna inte ser sådana studier som helt representativa för nuvarande befolkning har beslutet tagits att skriva om förlossningsupplevelser hos en utsatt grupp kvinnor i Sverige som inte behöver ha goda kunskaper i svenska. Tidigare globala och svenska studier har visat att somaliska kvinnor har en högre perinatal dödlighet än svenska kvinnor (Essén, Bödker, Sjöberg, Gudmundsson, Östergren & Langhoff-Roos, 2002; Malin & Gissler 2009; Vangen, Stoltenberg, Johansen, Sundby & Stray-Pedersen 2002; Gissler, Alexander, MacFarlane, Small, Stray-Pedersen, Zeitlin & Gagnon 2009). Perinatala dödligheten i Sverige är en av de lägsta i världen, drygt 4 per 1000 födslar (Socialstyrelsen, 2009). I en studie framtaget av Råssjö, Byrskog, Samir och Klingberg-Allvin, (2013) visar resultatet att utlandsfödda kvinnor fortfarande är en utsatt patientgrupp, trots att Birgitta Esséns observationsstudie under 1990–95 identifierade hög perinatal dödlighet bland somaliska kvinnor, fyra gånger högre än hos svenska kvinnor, har statistiken under två decennier inte förbättrats (Essén, 2001). Råssjö et al., (2013) menar att det tyder på brister i övervakningen av gravida utländska kvinnor, särskilt kvinnor från Somalia. Baserat på dessa fynd anser författarna att det är viktigt att belysa deras upplevelser eftersom de är en stor folkgrupp i Sverige.

Bakgrund

Barnmorskans kompetensområde

Barnmorskans kompetensområde är sexuell och reproduktiv hälsa, det är ett brett arbetsområde som innebär att möta kvinnor under hela deras livscykel. Det kan vara allt från ungdomsmottagning, gynekologisk vård, abortvård, mödrahälsovård, förlossningsvård och BB.

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (2006) beskriver att en legitimerad barnmorska bör arbeta utifrån en etisk och holistisk människosyn. Det innebär att oavsett verksamhetsområde ska barnmorskan bl.a kunna visa omsorg och respekt för patientens integritet och värdighet. Barnmorskan ska även visa öppenhet och respekt för olika värderingar och trosuppfattningar (Socialstyrelsen, 2006). Vid all typ av vårdande är människosynen en central del. Ett vårdande förhållningssätt är enligt Berg (2010) att ta avstånd från alla former av fördömande, maktutövning, kränkande bemötande, dålig eller utebliven vård. Barnmorskan ska istället vara bekräftande, stöttande till kvinnans

självbestämmande. Genom att göra det kan kvinnans integritet bevaras. Studien av Hunter (2006) bekräftar att ett empatiskt förhållningssätt är av vikt i vårdrelationen mellan barnmorskan och kvinnan för att kunna inge trygghet och minska oron. Barnmorskan kan genom en individanpassad vård bilda sig en uppfattning om den unika individen hon har framför sig, vad kvinnan har för specifika önskemål och vilka behov kvinnan har. Det här kommer att underlätta för kvinnan att våga öppna sig och kunna delge barnmorskans informationen.

I mötet med vårdtagaren ska barnmorskan vara en kunskapsöverförare och vara stödjande före, under och efter graviditeten (Olsson, 2000). Till den födande kvinnan och hennes partner ska barnmorskan tillhandahålla professionellt stöd. Att föda barn är inte bara en fysiologisk process men även en mental, som kan påverkas av olika faktorer som kan vara fysiska och psykosociala. Genom öppen dialog kan barnmorskan erbjuda individanpassade information, rådgivning och samtalsstöd. Lundgren (2010) skriver om vårdande och att lindra lidande som en del av barnmorskans stödjande arbete. Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedriver sin verksamhet på en värdegrund som ska tillgodose en säker vård av högsta kvalitet genom att utgå från vårdtagarens behov. Med kunskap som bygger på vetenskaplig grund och erfarenhet bildar vårdaren ett professionellt förhållningssätt där helheten i mötet med den enskilde betonas (Sahlgrenska, 2015). För att barnmorskan skall förstå patientens livsvärld behövs kunskap och självkänedom. Kunskap skapar förståelse och medlidande för vårdtagarens livsvärld.

För att kunna utveckla god relation med kvinnor som har en ökad risk för komplicerat barnafödande beskriver Berg (2010) en vårdmodell som barnmorskan kan använda sig av. Vårdmodellen belyser vårdrelationens betydelse och beskriver bevarande av värdighet i relationen som utvecklas mellan kvinna och barnmorska. I modellen beskrivs fem delar som ingår i vårdrelationen. Dessa fem är ömsesidighet, en interaktiv process där barnmorskan och vårdtagaren är öppna för varandra, tillit som innebär ömsesidig tilltro, genuint fortgående dialog, att hela tiden informera kvinnan och hennes partner om vårdsituationen, delat ansvar, kvinnan och hennes partner är delaktiga i vårdandet samt kontinuerlig närvaro, att vara närvarande skapar trygghet som i sin tur stärker vårdrelationen.

Somalisk migration

Somalia är beläget på den afrikanska kontinentens nordöstra hörn och det officiella språket är somaliska. Sedan början av 1990-talet har över två miljoner somalier flytt sitt land på grund av inre konflikter, krig och svält. Majoriteten av dessa flyktingar lever antingen som internt fördrivna eller i grannländer. Stora samhällen finns även i Europa, USA och Kanada. Jämfört med andra afrikanska länder är Somalia homogent med avseende på religion och språk (Svenberg, Mattsson & Skott, 2009). Sverige har tagit emot en stor grupp asylsökande somalier. SCB räknar med att det finns cirka 63,000 utrikesfödda somalier i Sverige år 2016. I Somalia har det sedan inbördeskrigets start lett till att landets hälso- och sjukvård försvagats och tillgången till hälso- och sjukvården begränsats, gjort att Läkare utan gränser blivit den största offentliga vårdgivaren med fokus på barn- och mödravård (Läkare utan gränser, 2013).

I Sverige bor folkgrupper som invandrat från olika delar av världen. 1960–70 talets arbetskraftsinvandring från Europa har minskat och flyktinginvandring från låginkomstländer ökat. Enligt statistiska centralbyrån, SCB (2017) var nästan 1,7 miljoner i Sverige födda utomlands och under januari 2017 översteg befolkningen 10 miljoner invånare.

Socialstyrelsen publicerade år 2009 en statistisk rapport gjord av SCB som undersökte hur svenskar med utländsk bakgrund mår. Resultatet visade att utlandsfödda skattade sin hälsa sämre än dem med svensk bakgrund. Trots detta visar även studier på att utrikesfödda i större utsträckning än inrikesfödda avstår från att söka vård fastän behov av vård finns. Kvinnor, med ett icke-svenskt ursprungsland och dem med låg utbildningsnivå avstod mest från att söka sjukvård i högre utsträckning än män, infödda medborgare och de med högre utbildning. Uppgivna skäl till varför respondenterna avstod från sjukvården var saknad förtroende, begränsad tillgänglighet och ekonomi (Westin, Åhs, Persson & Westerling, 2004).

Syn på hälsa och sjukvård

Det tycks finnas ett samband med ökad perinatal dödlighet hos somaliska kvinnor och det faktum att det finns skillnader i synen på hälsa, ohälsa och vård (Hill, Hunt & Hyrkäs, 2012; Råssjö et al., 2013). I studien av Hill et al. (2012) beskriver somaliska kvinnor att kulturen i deras hemland ser annorlunda ut mot den västerländska vården. I Somalia bedrivs t.ex. ingen mödravård eller preventiv vård vilket gjorde att kvinnorna i studien inte kunde se något syfte med att gå på regelbundna besök till mödravården när de inte kände sig sjuka. De var istället vana att få stöd av familj och vänner och hade en större tilltro till Gud än sjukvården. Dessa faktorer kan ses som en förklaring till varför vissa somaliska kvinnor ibland söker till mödravården senare i graviditeten, går på färre besök och sällan söker för graviditetsrelaterade problem tidigt i graviditeten. Råssjö et al. (2013) har beskrivit detta som ett annorlunda sökbeteende till sjukvården jämfört med svenska kvinnor och har visat på ökade risker att få ett barn med låg födelsevikt, ökad förekomst av kejsarsnitt och en ökad perinatal dödlighet. I studien framkom att kvinnorna sökte sjukvård när graviditetskomplikationer som hyperemesis uppstod. Studien beskriver även förekomst av andra sjukdomstillstånd hos dessa kvinnor som upptäcks först i samband med graviditeten. Det kan handla om allvarliga sjukdomar som aortastenosis, njursvikt, tuberkulos och hepatit B. De somaliska kvinnorna i studien tenderade dröja med sitt första antenatala besök. Följaktligen gör de färre besök och barnmorskan har mindre tid att lära känna kvinnan. Sen kontakt med sjukvården gör det också svårare att beräkna förväntat förlossningsdatum och behandla redan befintligt hälsoproblem. Råssjö et al. (2013) refererar också till andra studier som visar att alla icke-västerländska grupper sökte antenatalvård betydligt senare i graviditeten. Detta korrelerade också med dåliga språkkunskaper, lägre utbildning och tonårsgravitet. En registerbaserad kohortstudie gjord i Finland visade att sen kontakt med sjukvården och färre besök är förknippad med en ökad risk för negativa graviditetsresultat, till exempel signifikant mer låg födelsevikt och perinatala dödsfall (Raatikainen, Heiskanen & Heinonen, 2007).

Frekvensen av kejsarsnitt är högre hos somaliska kvinnor. Det har uttryckts en rädsla att dö under operationen eller att få svåra komplikationer orsakade av operationen. Många somaliska kvinnor kan uppge sig känna eller ha hört om någon som dött till följd av kejsarsnitt. Detta kan leda till att kvinnorna inte söker sig till sjukvården i tid i rädsla att det ska leda till ett kejsarsnitt. Rädslan som kvinnorna känner kan grunda sig i att Afrika har en av världens högsta siffror på mödradödlighet (Essén, Johnsdotter, Hovelius, Gudmundsson, Sjöberg, Friedman & Östergren, 2000). Men det bör understrykas att mödradödligheten i Somalia har haft en nedåtgående trend de senaste 25 åren. Sedan 1990 till 2015 har mödradödligheten gått ner med 39 procent (WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, 2015).

I Somalia utövas könsstympning, en mycket gammal sedvänja som innebär att delar av kvinnans yttre genitalia avlägsnas. Female genital mutilation är den internationella benämningen (FGM) och WHO beräknar att två miljoner flickor riskerar utsättas för könsstympning varje år (WHO, 2017).

Perinatal dödlighet

Barn som föds döda efter den 22: a graviditetsveckan kallas enligt Nationalencyklopedin (NE, 2017) för dödfödda. Perinatal dödlighet innefattar både dödföddhet och död som sker under förlossningen eller under den första levnadsveckan (Essén, 2001). Sverige har en av de lägsta förekomsterna av perinatal död i världen (4/1000 levande födda) vilket gör landet till en av de säkraste platserna på jorden att föda barn. Goda sociala och ekonomiska förhållanden, gratis sjukvård för alla medborgare och ständig förbättring inom perinatal hälsa bidrar till säkrare vård med goda utfall (Essén et al., 2000). I sin avhandling beskriver Essén (2001) att barn till kvinnor från Afrikas horn (Somalia och Etiopien), har högre perinatal dödlighet jämfört med andra svenska kvinnor eller annan invandrargrupp i Sverige. Studier gjorda i Storbritannien, Norge och i USA visar på att kvinnor från Somalia får i större utsträckning negativ utfall i jämförelse med kvinnor från mottagande länder (Vangen et al., 2002; Johnson, Reed, Hitti & Batra, 2005). I studierna har man identifierat flera faktorer som kan påverka graviditeten negativt. Somaliska kvinnor förknippades i större utsträckning med anemi, graviditetsdiabetes och akut kejsarsnitt. I den norska studien Vangen et al. (2002) var negativa utfall som postpartumblödning vanligare medan den amerikanska studien Johnson, et al., (2005) visade högre antal dödfödda bland somaliska kvinnor, gemensamt för båda studierna var fetal stress hos nyfödda barnet och låg ”apgar” (mindre än 7 vid 5 minuter). Johnsdotter och Essén (2007) skriver att epidemiologiska studier visar att afrikanska invandrarkvinnor löper större risk att genomgå kejsarsnitt än andra grupper. Med tanke på att somaliska kvinnor är starkt emot kejsarsnitt finner man detta förvånande.

I Esséns studie mellan 1990–1995 undersöktes olika faktorer betydelse för utfallet. Studien omfattade 62 fall av perinatal dödlighet hos somaliska kvinnor och 113 fall bland svenska kvinnor. I sex fall dog barnet för att modern, alla med somaliskt ursprung, vägrade kejsarsnitt. Hos svenska kvinnor låg siffran på noll trots fall av rökning, moderkaksavlossning, vilket låg noll hos somaliska kvinnor (Johnsdotter et al., 2007).

Mödradödlighet

Enligt WHO definieras mödradödlighet vara ett mått på hur många kvinnor som dör under graviditeten eller upp till 42 dagar efter förlossning (Pålsson, 2015).

Trots att Sverige generellt har en av världens lägsta siffror på mödradödlighet har det kommit nya studier som menar på att utlandsfödda kvinnor med låg inkomst har en ökad risk att dö i Sverige jämfört med infödda svenskar (Esscher, Haglund, Högberg och Essén, 2012). Man har även kommit fram till samma slutsats i Nederländerna vid jämförelsen av invandrade kvinnor med låg inkomst och den infödda befolkningen (Zwart, Richters, Ory, de Vries, Bloemenkamp & van Roosmalen, 2008; Schutte, Steegers, Schuitemaker, Santema, de Boer, Pel, 2010),

I studien av (Elebro, Rööst, Moussa, Johnsdotter och Essén 2007) har man undersökt om det mellan 1968–2003 kan ha funnits fler utlandsfödda kvinnor från Somalia som hade behövt

registreras som döda av maternell orsak, dvs inom 42 dagar efter förlossning. Mellan de åren registrerades två dödsfall av maternell orsak hos somaliska kvinnor men vid undersökning av ytterligare fem dödsfall framkommit som med stor sannolikhet hade maternell orsak. Detta visar på att det kan finnas ett mörkertal på hur många utlandsfödda kvinnor som faktiskt dör av maternell orsak i Sverige.

Kulturell kompetens

Ordet kultur är svårdefinierat men kan förklaras bland annat som bakgrund, tro, beteende, seder och identitet. Fokus läggs på det synliga uttrycket av kultur vilket kan förklara varför det finns förvirring kring hur begreppet kultur ska användas. Den enskilde personen ska enligt Hickling (2012) själv benämna sin identitet och kulturella bakgrund än sättas i olika fack av andra människor som styrs av fördomar och stereotyper. Ekblad, Jansson och Svensson (1996) skriver att kultur kan förklaras som en gemensam livsform av idéer och värderingar som finns i ett samhälle.

Antropologen och omvårdnadsteoretikern Madeleine Leininger, har i början av 1950-talet studerat sambandet mellan kultur och vård. Leininger presenterade Culture Care Theory för att upptäcka skillnader och likheter i omvårdnaden i olika kulturer i syfte att studera hur det påverkade vårdtagarens hälsa. Teorin skulle utveckla det transkulturella mötet inom sjukvården. För vårdgivaren har Leininger skapat en modell som kallas "sunrise modell" (soluppgångsmodellen). Eftersom en människa formas av flera faktorer, som religion, ekonomi, kultur och socialt liv, kan modellen användas för att förstå vårdtagarens livsvärld. Sunrise-modellen hjälper vårdgivaren ha ett holistiskt synsätt där vårdtagarens fysiska, psykologiska, sociala, emotionella och själsliga egenskaper omhändertas. I mötet med vårdtagaren med utländsk bakgrund hjälper modellen till vårdtagaren tillhandahålla ett öppet förhållningssätt. Etnocentrism eller kulturechauvinism innebär att man sätter sin egen tro i centrum och ser sitt synsätt och handlande som det mest överlägsna och vid en överdrivet egocentrisk attityd har man svårigheter att bemöta andra människors levnadssätt (Leininger, 2002). I mötet med vårdtagaren är ett holistiskt synsätt viktigt. En holistisk vård innebär att man tar hänsyn till vårdgivarens kropp, känsla, tanke och själ samt miljö.

Kulturkompetens är läran om andra kulturer, dess seder och bruk som kan användas i vården för att förstå och se världen ur vårdtagarens synvinkel (Jirwe, Gerrish, Keeney & Emami, 2009). I vården av personer med annan kulturell bakgrund ska vårdaren kunna erkänna och uppmärksamma kulturella behov och väva in det i vårdandet. Kulturkompetens riktar sig inte enbart på att kunna behandla människor som tillhör ett annat land utan alla oavsett härkomst. Forskning visar att vårdpersonal som genomgått en utbildning i kulturkompetens ger bättre vård åt patienter från annan kultur. En utbildning får vårdgivaren en större medvetenhet om sina fördomar och attityder och kan lättare öppna upp för att förstå sig på andra (Jirwe et al., 2009).

Kommunikation

Akhavan och Lundgren (2012) skriver kommunikation som en viktig del i informationsbytet mellan individer/partner. För att kommunikation ska vara av god karaktär behövs mer än det verbala språket. Enligt författarna krävs även förståelse för den värld vi lever i och hur den uppfattas av andra. I det kliniska mötet beskrivs språkliga kommunikationen som en central aspekt. Vid bristande språkkunskaper och behov av god språklig kommunikation bör en

auktoriserad tolk anlitas (Förvaltningslagen, 1986:223). Studier har dock visat att tolk i praktiken innebär svårighet eftersom det är tidskrävande och att en auktoriserad tolk kan vara svår att få tag på och detta kan i sin tur leda till att man tar till andra metoder för att kommunicera (Akhavan et al., 2012). God kommunikation är mycket viktigt och kan vara särskilt viktig i mötet med somaliska kvinnor med rädsla för akuta kejsarsnitt härstammar från erfarenheter i hemlandet, där ett sådant ingrepp innebär högre risk för att dö än i länder som England eller Sverige (Johnsdotter & Essén, 2007).

Att kunna använda det svenska språket är av stor vikt för en människa som lever i Sverige och för dennes identitet. Genom språket kan vårdtagaren förmedla sina känslor, tankar till sin omgivning och vid språkliga hinder begränsas dessa möjligheter (Hanssen, 2007). Somaliska vårdtagare har upplevt sig bli avvisade från svensk sjukvårdspersonal och tror att språkbarriären är en bidragande faktor. Essén et al., (2000) skriver att språkliga barriärer även visat sig orsaka att somaliska vårdtagare upplever att de inte ges tillfredsställande information eller att viktig information uteblir. Ren verbal kommunikation utgör grunden men det är vårdgivarens förmåga att se helheten som är avgörande (Johnsdotter & Essén, 2007; Akhavan et al., 2012). Vidare skriver Johnsdotter et al. (2007) att konstruktiv lösning i mötet med dessa kvinnor som riskerar akuta kejsarsnitt är att arbeta utifrån konsultation för att undvika kaotiska situationer. Kvinnor som har dålig erfarenhet av vad ett kejsarsnitt innebär bör få tid avsatt som utgår från hennes speciella livssituation, där hänsyn tas till att förstå vårdtagarens speciella livserfarenhet, förväntningar och oro. Konsultation innebär enligt Johnsdotter et al. (2007) att vårdtagarens röst blir hörd och på lång sikt även kunna påverka statistiken som finns idag gällande somaliska kvinnor som genomgår akut kejsarsnitt och den risk det medför mor och barn.

Det finns beskrivet i tidigare studier att det kan finnas svårigheter vid möten mellan människor med olika etniska och kulturella bakgrund (Ting-Toomey och Chung, 2005). Vid kommunikation mellan människor från olika kulturer kan det finnas risker att personernas ordval och beteende grundar sig på stereotypiska antaganden om den andre (Hughes & Baldwin, 2002). Kommunikationssvårigheter kan leda till att det uppstår barriärer mellan vårdpersonal och vårdtagare som kan leda till att det påverkar möjligheten att ge en lika bra vård till alla (Ulrey & Amason, 2001).

I studien av Degni, Suominen, Essén, El Ansari och Vehviläinen-Julkunen, (2011) och Shelp, (2004) framkommer det att vårdgivare känner frustration av olika orsaker när de möter somaliska kvinnor. I studien Degni et al. (2011) berättar barnmorskor att det faktum att varken den somaliska kvinnan eller barnmorskan förstod varandras språk försvårade möjligheten att bygga upp en relation. Det sågs också som ett störande moment att aldrig kunna prata direkt till kvinnan utan man var beroende av en tredje person. Trots att det anlätades tolkar misstänkte personalen att tolken inte alltid översatte allt som sades. Barnmorskor som jobbar med förlossning har uppgett att när de vårdar somaliska kvinnor har de i högre grad upplevt det som svårt att förstå den somaliska kvinnans önskemål.

Även de somaliska kvinnorna kan känna frustration och oro inför mötet med sjukvården. Det kan finnas oro över att sjukvårdspersonalen inte ska kunna hantera somaliska kvinnor som blivit omskurna och att det skulle bli för många medicinska interventioner under förlossningen (Shelp, 2004).

Kulturdoula

En hjälp för att skapa en språklig och kulturell bro mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen kan vara att använda sig av en kulturdoula (Doula & kulturtolk, 2017). En doula är en kvinna som har tidigare erfarenhet av barnafödande och som är tränad i att ge omvårdnad och information till den gravida kvinnan och hennes partner både före, under och efter förlossningen. En doula har inget medicinskt ansvar utan finns där som ett emotionellt stöd. (Doula, 2017).

Vid undersökning av effekten av en doulas kontinuerliga stöd har det framkommit att det var en signifikant kortare förlossningstid för de som valde att använda sig av en doula. Det var även ett snabbare öppningsskede och öppningsgraden var även större när beslut för EDA önskades jämfört med de som inte hade stöd av en doula. Det var även vanligare att utfallet blev en vaginal förlossning (Campbell, Lake, Falk och Backstrand, 2006).

Betydelsen av kontinuerligt stöd bekräftas även i studierna av Hodnett, Gates, Hofmeyr och Sakala, (2007); Shelp, (2004), där resultatet visat på att ett kontinuerligt stöd leder till ett mindre behov av smärtlindring. Antalet instrumentella förlossningar var färre och kejsarsnittsfrekvensen lägre. Negativa förlossningsupplevelser var färre samtidigt som fler kvinnor kunde uppleva en känsla av bibehållen kontroll över situationen.

År 2007 startades Sveriges första verksamhet för kulturdoulor: Födelsehusets Doula & kulturtolk i Göteborg. Den startades med bakgrund till studier som visat på doulans positiva effekter vid förlossning och studier som visat på att utlandsfödda kvinnor riskerar att få ett sämre förlossningsutfall jämfört med infödda kvinnor. Tjänsten erbjuds kostnadsfritt för nyanlända kvinnor och finns i Göteborg, Stockholm och Halland (Doula & kulturtolk, 2017)

Kulturdoulan har en kulturell kompetens från både kvinnans hemland, Sverige och svensk förlossningsvård och kan prata med kvinnan på hennes modersmål. Kulturdoulan ger kvinnan trygghet genom att förklara, hjälpa till med kommunikationen mellan kvinnan och sjukhuspersonalen. Utöver språkliga svårigheter kan det finnas kulturella skillnader inom vården som kan leda till missförstånd, sämre förtroende och otrygghet. Då är kulturdoulans kulturella kompetens en bra bro mellan kvinnan och vårdpersonalen. En kulturdoula kan genom hennes språk och kulturkompetens inbringa trygghet och stöd för kvinnan och därmed få vården att bli mer jämlik samt att kvinnan får en chans att få en mer positiv förlossningsupplevelse (Doula & kulturtolk, 2017).

Problemformulering

För en säker vård och god upplevelse av förlossningsvården är det barnmorskans uppgift att stödja och stärka den födande kvinnan. Dock har det visat sig i flera studier att somaliska kvinnor har en ökad risk för sämre utfall vid förlossning som perinatal dödlighet, tillväxthämmande barn och fler akuta kejsarsnitt

Det finns för få studier om förlossningsupplevelser av kvinnor som kommer från annorlunda kulturer och har bristande språkkunskaper. Detta gäller för många somaliska kvinnor som dessutom är en stor invandrargrupp i Sverige. Studier har avisat att denna grupp har vid förlossningen ökade risker för diverse komplikationer jämfört med svenskfödda och andra invandrade mödrar (Essén, 2001).

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva somaliska kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Sverige.

Metod

Metodval

Då studiens syfte är att ta reda på upplevelser har metodvalet blivit en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Lundman och Hällgren Granheim (2017) menar att metoden avser att granska och tolka texter och ljudinspelade intervjuer och är en vanlig metod inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Vidare innebär en induktiv ansats att göra en opartisk och neutral undersökning av materialet för att kunna få en förståelse över deltagarnas berättelser och upplevelser. Det finns olika intervjumetoder som kan användas t.ex. fokusgrupper och enskilda intervjuer. När metodvalet kvalitativ innehållsanalys används växlar intervjuaren mellan närhet och distans vilket gör att intervjuaren blir delaktig i skapandet av forskningsprocessen. För att författaren ska kunna distansera sig kan förutbestämda frågor användas under intervjun så att samma frågor ställs på samma sätt till olika deltagare. Ett annat alternativ var att låta deltagarna tala fritt, så kallad narrativ intervju.

Forskningspersonsinformation

Inför intervjuerna skrevs en Forskningspersonsinformation (FPI), (Bilaga 1), som skrevs enligt Centrala Etikprövningsnämndens riktlinjer för att den tillfrågade personen skulle kunna ta ställning till deltagande i studien (Centrala Etikprövningsnämnden, 2017). FPI:n beskrev kortfattat problemområdet och studiens syfte. Där stod även inklusionskriterier, fördelar och risker med studien. Vidare stod det även om sekretess och personuppgifter, d.v.s. att inget av det kvinnan sagt kommer att kunna kopplas till henne samt att det finns möjlighet att ta del av studien när den skrivits klart. Det skrevs även ett samtyckesformulär (Bilaga 2) där varje kvinna fick skriva under på att hon fått information om studien och att hon när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande. En sammanställning av innehållet i bilaga ett och två skrevs på somaliska (bilaga 3) av den ena författaren för att förtydliga och kunna inkludera deltagare som hade bristande svenskakunskaper. Bilaga ett, två och tre skickades till barnmorskemottagningar, barnvårdscentraler och öppna förskolor där författarna förväntade sig hitta flera deltagare. Rekryteringsförsök gjordes även på somaliska föreningar i Göteborg och Facebookgrupper.

Urval

Inklusionskriterier för att delta i studien är att den somaliska kvinnan fött ett eller flera barn mellan 2012–2017 i Sverige. Kvinnan ska ha invandrat till Sverige, vara bosatt i Göteborg/Göteborgsområdet och vara minst 18 år gammal.

Deltagarna till studien är delvis utvalda genom snöbollsurval. Det beskrivs enligt (Atkinson och Flint, 2001) vara en metod som främst lämpar sig för kvalitativa studier och är ett hjälpmedel för forskaren att hitta informanter på. En informant ger forskaren information om

en annan möjlig informant och den i sin tur ger information om en annan som kan tänkas vara lämplig informant osv. Metoden är framför allt bra vid sökandet av informanter som tillhör en utsatt eller stigmatiserad folkgrupp som kan vara svåra att få tag på via metoder som skriftliga inbjudningar.

Författarna kontaktades via sociala media, som Facebook men även via mail, sms och telefon av totalt nio kvinnor. Samtliga kvinnor stämde överens med inklusionskriterierna, dock fick en kvinna exkluderas då hon vårdats av en av författarna.

Datansamling

Samtliga intervjuer har gjorts enskilt med varje kvinna och varit mellan 45–60 minuter. I de fall den intervjuade kvinnan önskat prata somaliska har direkt översättning gjorts, mening för mening, för den författaren som inte talar somaliska och för en så korrekt tolkning som möjligt av kvinnans berättelse. Intervjuerna har ljudinspelats samtidigt som anteckningar förts på deltagarnas svar. Varje ljudinspelning har sparats med en beteckning utifrån vilken deltagare det var t.ex. IP1 (intervjuperson 1) samt datum och klockslag. Inspelningsmaterialet har förts över i en dator för att inte riskera att originalinspelningen av någon anledning skulle gå förlorad.

Frågorna till denna studie är semistrukturerade öppna intervjufrågor som tagits fram av författarna och är utformade för att svara på studiens syfte (Bilaga 4). Att frågor är semistrukturerade innebär att det i förväg finns tydliga teman som författarna ska hålla sig inom under intervjun. Frågorna behöver inte ställas i den ordning som det var tänkt från början (Lundman et al., 2017).

Dataanalys

Analys har gjorts utifrån beskrivningen av Lundman et al. (2017) om kvalitativ innehållsanalys. Det lyssnades först på all ljudinspelad data, därefter överfördes all ljudinspelad data till text och sedan lästes all data igenom. För en djupare förståelse lästes all data igenom flera gånger enskilt och sedan tillsammans för att identifiera meningsenheter. Meningsenheterna kondenserades (minskades ned), abstraherades och benämndes med koder. Att abstrahera en text innebär att lyfta innehållet till en högre nivå, genom att belysa det som är relevant. Författarna kondenserade och kodade samtliga intervjuer enskilt och diskuterade sedan hur de tolkat innehållet tillsammans. Det kontrollerades sedan gemensamt att kodningen stämde överens med meningsenheternas kontext och texten i helhet. Författarna jämförde kodernas likheter och skillnader och fann tre kategorier och sex underkategorier. Kategorier och underkategorier som skapades är grundat på textens helhet. Alla åtta deltagare oidentifierades genom kodnamn och benämns i studien som IP1, IP2, IP3 och så vidare till IP8. Exempel på analysprocess visas i tabell 1.

Tabell 1. Analysprocess.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
IP5 ” det blev så dramatiskt i onödan. Hade hon bara lyssnat på mig, ”de fokuserade på vaginal förlossning, .. de glömde att se mig, en människa som föder, som har känslor och erfarenhet.	dramatiskt i onödan. Hade hon bara lyssnat. Se mig, en människa med känslor och erfarenhet	Hade hon bara lyssnat.	Kvinnans önskan att bli sedd och hörd.	Kvinnans upplevelse av kommunikation med barnmorskan.
IP7 ”Doulan värmdde värmedynor, höll en hand på mitt huvud, la en kall handduk på min panna. Det kändes som att ha sin mamma med sig. Doula är jättebra”	Det kändes som att ha sin mamma med sig	Doula är stöttande.	Stöd från andra personer.	Kulturella skillnader i samband med förlossning.
IP2 ”Inför min andra förlossning bad jag barnmorskan på mottagningen skriva ’talar svenska flytande och lägg gärna till att jag arbetar som lärare. Kanske skulle jag bryta några stereotyper.	Bad barnmorskan på mottagningen skriva ’talar svenska’, arbetar som lärare. Bryta några stereotyper.	Bryta stereotyper.	Barnmorskans attityd påverkar kvinnans upplevelse	Kvinnans upplevelse av generalisering och fördomar.

Etiska överväganden

För att kunskap ska utvecklas, fördjupas och metoder förbättras är forskning viktig för individen och för samhällets utveckling. Forskningskravet ska dock inte innebära att samhällets medlemmar utsätts för förödmjukelse, kränkning, psykisk eller fysisk skada. Individskyddskravet är utgångspunkten för forskningsetiska överväganden. För att individskyddskravet ska konkretiseras har fyra grundkrav ålagts forskaren. Dessa krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Forskaren

ska informera undersökningsdeltagare om studiens syfte och villkoren som gäller för deltagarna.

Informationskravet ska också tydliggöra att deltagandet är frivilligt och deltagarna kan avbryta sin medverkan utan motivering. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor skriver att forskning bara får utföras om forskningspersonen har samtyckt till den forskning som avser henne eller honom. Samtyckeskravet är en grundregel för etikprövning och gäller endast om deltagaren dessförinnan fått information om forskningen. Samtycket skall vara frivilligt samt skall dokumenteras och kan närsomhelst dras tillbaka av deltagaren. Konfidentialitetskravet syftar till att all insamlad information skyddas från obehöriga och att personuppgifter behandlas på säkert sätt. Alla uppgifter som skrivs ska av utomstående personer inte kunna vara identifierbara i synnerhet uppgifter som anses vara etisk känsliga. Nyttjandekravet innebär att uppgifter om enskilda personer som samlats in för forskningsändamål inte får användas i kommersiellt bruk eller icke-vetenskapligt syfte (Vetenskapsrådet, 2016). Ett etiskt tillstånd är inte nödvändig för denna studie då den bedrivs inom ramen för en högskoleutbildning på avancerad nivå (SFS 2003:460)

För att uppfylla konfidentialitetskravet har författarna under transkription tilldelat deltagarna kodnamn för att hålla materialet konfidentiellt. Eftersom studien beskriver förlossningsupplevelser finns det en risk att negativa tankar/känslor kan återkomma om man genomgått en traumatisk förlossning. På grund av detta finns risk för att kvinnor väljer att avstå från att delta i studien. Författarna har ställt öppna frågor och låtit kvinnan tala fritt utan att avbryta för att inte påverka eller leda kvinnans svar. Nyttan med studien är att uppmärksamma en grupp som är stor inom förlossningsvården och föra ljus om deras upplevelser. Det finns väldigt få svenska studier kring ämnet och målet är att bidra till ökad kunskap och förståelse.

Resultat

Samtliga deltagare var kvinnor, födda i Somalia som fått barn i Sverige. Alla deltagare var flerfödorskor, merparten hade mellan tre och fem barn, en hade åtta barn och en två barn. Två deltagare hade fött barn både i Somalia och i Sverige, resterande hade endast fött barn i Sverige. Sex av åtta kvinnor hade genomgått minst ett akut kejsarsnitt. Negativa utfall för deltagarna förutom akut kejsarsnitt har varit sfinkterruptur och stora postpartumblödningar som krävt blodtransfusion. För en deltagare var stora blödningen livshotande som orsakades efter ett akut kejsarsnitt.

Studiens syfte var att beskriva somaliska kvinnors upplevelse av förlossningsvården i Sverige, och efter analys av data framkom tre huvudkategorier och sex underkategorier. De tre huvudkategorierna var: Kvinnans upplevelse av kommunikation med barnmorskan, Kulturella skillnader i samband med förlossning, samt Upplevelse av generalisering och fördomar. I tabell 2 presenteras kategorier och underkategorier.

Tabell 2. Kategorier och underkategorier.

Kategorier	Underkategorier
Upplevelse av kommunikation med barnmorskan	Behov av information Önskan att bli sedd och hörd.
Kulturella skillnader i samband med förlossning	Stöd från andra personer Upplevelse av kulturkrock inom förlossningen
Upplevelse av generalisering och fördomar.	Förväntningar av stöd från barnmorskan Barnmorskans attityd påverkar upplevelsen

Upplevelse av kommunikation med barnmorskan

Kommunikationen med barnmorskan upplevdes av kvinnorna i denna studie vara blandad, många gånger av samma kvinna vid olika besök inom förlossningen. Upplevelse av kommunikation med barnmorskan beskrevs som både bra och dålig. Gemensamt för alla var önskan om att bli informerad om det som händer. Den språkliga kunskapen behövde inte vara god för positiva upplevelser. En för kvinnan, tillfredsställande kommunikation med barnmorskan byggde på andra faktorer. Många gånger var det barnmorskans försök att kommunicera, antingen med kroppsspråk, bilder eller via tolk som kvinnan fick en positiv upplevelse av. Att barnmorskan ansträngde sig för att förstå och göra sig förstådd upplevdes som viktigast. Några deltagare som kunde flytande svenska beskrev dålig kommunikation med barnmorskan när hon inte var tillgänglig eller när de inte fick gehör för sina känslor eller önskemål.

Behov av information

Deltagarna tog upp vikten med att bli informerad om det som händer, bli respekterad för den man är. Utebliven eller otillräcklig information gav en känsla av otrygghet och känsla av att barnmorskan var oengagerad. Information given av barnmorskorna var enligt kvinnorna tillfredsställande när hänsyn till individen togs och kvinnan fick vara delaktig i sin vård.

”Informera mig om det som händer mig, precis som vilken annan svensk födande kvinna, det är trots allt min rättighet, att få veta” (IP3).

Kvinnorna som inte bott i Sverige länge och hade erfarenhet av att föda antingen själva i Somalia eller stötta anhöriga i hemlandet beskrev ett behov av att barnmorskan förklarade den information hon gav. Att enbart informera var inte tillräcklig när informationen går att missuppfatta. Om männen tolkade om sammandragningar eller annan tolk som inte hade kunskap om vad en aktiv förlossning innebar fanns det utrymme för missförståelse. Kvinnorna uttryckte önskan att barnmorskan tar hänsyn till att inte alla förstår hur rutinerna inom förlossningen ser ut i Sverige och respekt för att alla inte vet vart man vänder sig.

”Ta hänsyn till att det är folk som inte förstår det hela med hur man ska svara när man ringer till koordinatören. De frågar hur mycket värkar jag har och om tider” (IP8)

Kvinnorna beskriver även en önskan av förståelse av barnmorskan gällande okunskap kring svenska förlossningsvården eftersom missuppfattningar om hur och när man söker till förlossningen kunde uppstå.

”Jag tror väl att barnmorskan tänkte att jag har gjort det innan, men det kändes som allra första gången med tanke på att jag var helt ny i ett främmande land” (IP1).

Önskan att bli sedd och hörd

Barnmorskan beskrevs av deltagarna som en person vars bekräftelse och närvaro var högst värderat. En av deltagarna som hade en student vid en av sina förlossningar upplevde en otillräcklig kunskapsnivå hos studenten och kände sig därför otrygg. Känsla av trygghet beskrevs oftast av kvinnorna som beroende av om hon fick gehör för sina önskemål hos barnmorskan och/eller bekräftade om barnmorskan bekräftade kvinnans upplevelser, som tidigare erfarenheter som födande kvinna. Relationen mellan kvinnan och barnmorskan baserades på tillit, trygghet och förståelse för varandra.

”Hon lyssnade på mig när jag sa att inte ville ha snitt igen. Det blev sugklocka, men jag kände mig delaktig, bekräftad” (IP6).

Deltagarna beskrev även situationer där barnmorskan inte bekräftat kvinnan, inte lyssnat eller tagit hänsyn till hennes tidigare erfarenheter som födande kvinna. Barnmorskans förmåga att lyssna var central för kvinnorna, och hade en betydelse för utfallet samt kvinnans uppfattning om förlossningsvården.

En kvinna fick genomgå ett akut kejsarsnitt efter att hon flera gånger larmat om sina täta värkar. För henne, liksom för merparten av kvinnorna i studien, var det viktigt att barnmorskan inte viftade bort det hon ville förmedla. Önskan om att bli sedda och hörda innebar bekräftelse och att man togs på allvar.

”..det blev så dramatiskt i onödan. Hade hon bara lyssnat på mig hade jag kanske sluppit allt som hände, de fokuserade på en vaginal förlossning att de glömde att se helheten, se mig, en människa som föder, som har känslor och erfarenhet” (IP5)

”Den sista upplevelsen har gjort att jag inte vågar få fler barn. Det är nu 5 år sedan sist. 2: a gick exemplariskt. 3:e blev inte alls som jag tänkt mig. [...] jag tänkte att barnmorskan måste vara ny, det kanske är därför hon är kall” (IP7)

Kvinnorna som upplevde att barnmorskan gav bristfällig information och/eller saknade bekräftelse fick ofta förlita sig på sina egna kunskaper eller på anhöriga. En kvinna beskrev att hennes man uppmanade henne att inte vara ”bråkig”, när hon funderade på att byta barnmorska. Eftersom kvinnans närmaste stöd också misslyckades med att se hennes behov upplevdes förlossningen fruktansvärd.

Kulturella skillnader i samband med förlossning

Många av kvinnorna som deltog i studien berättade att männen inte var ett lika önskvärt stöd som en kvinnlig anhörig eller doula. Merparten av deltagarna hade vid ett eller flera av sina förlossningar använt sig av doula som ansågs vara kunnig person och gav ökad känsla av trygghet. Samtliga erfarenheter med doulan hade varit positiv. Det framkom även betydelse för dygnets tid som kvinnan föder som av betydelse för det stöd som fanns tillgängligt. Det var inte helt främmande för de kvinnorna i studien att föda ensamma när mannen var tvungen att stanna hemma med de andra barnen eftersom stöd från annat håll inte gick att få när kvinnan skulle föda mitt i natten.

Kulturella skillnader inom förlossningen beskrevs oftast som okunskap hos personalen, i hur man bemöter somaliska kvinnor eller vid utdrivningsskedet.

“Någon gång sa barnmorskan att jag inte skulle krysta, jag har tidigare hört att man i Europa ber kvinnorna att inte krysta. När min syster tolkade och sa att barnmorskan säger att jag inte skulle krysta så sket jag i det. Jag skulle annars få en stor bristning. Det har jag hört från andra kvinnor. Att jag skulle passa mig för det” (IP5)

Stöd från andra personer

För deltagarna i studien var en doula ett mycket uppskattat stöd. Några hade haft doula vid varje förlossning och andra vid minst ett tillfälle. Två av åtta deltagare som inte hade haft doula var inte erbjudna det. Gemensamt för de två deltagare som inte erbjöds doula, var att båda kom till Sverige som barn och hade en högskoleutbildning. Båda beskrev dock under intervjun önskan om att få haft stöd av en doula.

”Doulan värmdde värmedynor, höll en hand på mitt huvud, la en kall handduk på min panna. Det kändes som att ha sin mamma med sig, hon var så stöttande, så en doula är jättebra” (IP7)

”jag behövde varken tolk eller doula, eller jo en doula kanske hade varit bra. En extra kunnig person hade inte varit fel. Alltså jag hade ju inga problem att göra mig förstådd men stöd från doula kan alla behöva tror jag” (IP3)

Medverkan av doulorna planerades i god tid på barnmorskemottagningen och kvinnan fick själv välja vem hon ville ha som stöd. Kvinnan och doulan samtalande och träffades ett par gånger innan det var dags för förlossningen. Kvinnorna litade på doulan och accepterade medicinsk intervention på förlossningen när doulan förklarade innebörden.

”... jag var rädd, tänk om hon skulle ge mig fel medicin, med tanke på att jag inte exakt visste vad som var bestämt om mig och barnmorskan kan ju ta fel på folk, vi är ju inte mer än människor, så för min egen säkerhet ville jag vänta på doulan” (IP1)

Gemensamt för samtliga deltagare var stöd från kvinnliga familjemedlemmar. Systrar, kusiner, mammor, svärmor och mostrar framkommer som andra personer kvinnorna hade som stöd. För kvinnorna som inte kunde tala god svenska var medföljare oftast någon som behärskade språket. Inga av deltagarna hade tolk under förlossningen. Anhöriga fick agera som tolkar. Anhöriga som stöd beskrevs som både bra och dåligt, beroende på vad kvinnans

behov var. Männen var oftast med vid första förlossningen, orsaken till det var bl.a. saknad barnvakt för barnen som var hemma när paret väntade barn igen eller kulturell orsak, det sistnämnda var dock ovanligt bland deltagarna.

”jag hade min syster med mig, hon tolkade allt personalen sa och informerade dem om det jag ville förmedla. Jag hade till exempel mycket fostervatten och personalen verkade oroliga över det. De sa att jag skulle snittas om det fortsatte, men jag kunde via min syster meddela att det såg ut så med mina andra förlossningar också. Tur var det för hon (barnet) kom ut 15 minuter senare” (IP4)

”Min man var med mig och han var inte till hjälp. Hade jag haft en doula hade hon hjälpt mig byta barnmorska, eller kräva en annan bedömning iallafall” (IP5)

En kvinna beskrev att stöd från man eller mor upplevdes som besvärligt eftersom hon många gånger fick oroa sig för deras välbefinnande och vågade inte visa att hon hade ont för att inte oroa dem. Med kvinnliga kusiner gick det bättre och hon fick tillfredställande stöd.

”Andra och tredje barnet var mina kusiner med. Kvinnliga kusiner, De var ett bra stöd. Precis den typ av stöd jag behövde, någon som lyssnade på mig, stöttade mig” (IP2).

Upplevelse av kulturkrock inom förlossningen

Kulturella skillnader kom upp under studiens gång med samtliga deltagare. Barnmorskan upplevdes i vissa fall inte förstå kvinnans beteende som många gånger beror på kulturella skillnader. Likaså upplevde kvinnan att hon inte förstod den svenska sjukhuskulturen då hennes kunskap härstammar från hemlandet men många gånger från rykten bland grannkvinnorna. I invandrartäta förorter i Göteborg framkom det av kvinnorna i denna studie att deras bild av svensk förlossningsvård färgas av vad andra grannkvinnor berättat. Om något negativt händer en kvinna i förlossningsvården sprider sig den informationen snabbt, man varnar varandra för diverse mediciner och alla varningar baseras oftast på någon annans erfarenhet. Det spelade ingen roll om man kände den ”drabbade” personligen. Epiduralbedövning hade merparten av våra deltagare i studien negativ inställning till.

”Jag har inte vågat ge mig på ryggbedövning. Det har man bara hört negativt om. [...] .. jag skulle aldrig våga ge mig på en sådan, och ingen jag känner heller” (IP1).

”Man gick inte in i detalj, men jag kunde iallafall säga att jag till exempel inte vill ha ryggbedövning. Jag pekade på ryggen och sa inte spruta här tex, de nickade och log för att bekräfta att de förstår” (IP5)

Förutom smärtlindring var medicinska interventioner ett problem för kvinnorna med erfarenhet av att föda i Somalia eller i samband med sin första förlossning i Sverige. Huvudparten av våra deltagare har vid deras första förlossning i Sverige eller i väntan på deras första barn blivit igångsatta.

”Det där med förlossningsdatum är ett annat stressmoment här. I Somalia känner kvinnan när det är dags att föda. Här tänker man när man passerar eller närmar sig beräknat datum. Då tänker man att man ska åka in hela tiden, men då leder det till att man sätts igång och det är inte bra” (IP8).

”I Somalia brukar man säga att i Europa snittas man och blir av med livmodern och att den säljs. [...] Men inte i Sverige, jag har aldrig hört somalier i Sverige säga det ” (IP1).

Några deltagare beskrev att de väntade med att kontakta barnmorskemottagningen för inskrivning. Orsakerna kunde variera bland deltagarna, t.ex. saknad förståelse för alla undersökningar, upplevelse av diskriminering eller saknat förtroende för sjukvården pga tidigare negativa erfarenheter.

”Jag kontaktade inte barnmorskan förrän det var dags för ultraljudet, i v.18 tror jag. Hon sa att jag var sent ute” (IP3).

Två deltagare beskrev skillnaden med hanteringen i utdrivningsskedet i Sverige i jämförelse med hemlandet. Tre deltagare beskrev önskan om tidig perineotomi och en god perinealskydd. Deltagarna upplevde otillräckligt stöd i utdrivningsskedet, två kvinnor berättar att rykten om stora skador är vanliga bland somaliska kvinnor för att man i Sverige väntar med att genomföra perineotomi.

”En del kvinnor jag pratat med har inte klippts, man har väntat med det tills det blev försent. I Somalia är det rutin, smärtlindring och sen klipper man och har kvinnan ingen kraft att krysta så får hon en spruta som hjälper till att trycka ut ungen. [...] .. jag förstår inte varför man bara inte klipper alla ” (IP1).

”Vi pratade mycket om det och på förlossningen bekräftade både läkaren och barnmorskan om min oro. De klippte mig tidigt, det var nog bra.” (IP2).

En annan viktig aspekt gemensam för alla deltagare, var deras religiösa övertygelse, tron på att man inte kan styra framtiden och ödet är förutbestämt. Deltagarna berättade mycket om andra kvinnors upplevelser och erfarenheter med svensk förlossningsvård och var en faktor som kunde påverka deras syn på sjukvården.

”Jag var tacksam över alla undersökningar barnmorskan gjorde, jag litade på Gud och accepterade ödet jag skulle tillmötesgå ” (IP1).

”Trots komplikationer har jag faktiskt inga negativa upplevelser. Jag är ganska realistisk och förstår att man inte kan förutse framtiden ” (IP3).

Upplevelse av generalisering och fördomar.

Deltagarna i denna studie beskrev upplevelse av generaliseringar och fördomar när barnmorskan misslyckades fokusera på individen och dennes behov av vård. Positiv upplevelse var för merparten när barnmorskan visade intresse till personen bakom patienten. Deltagarna beskrev att barnmorskan i många fall gör antaganden och de kände ansvar att tillrättavisa barnmorskan när felaktiga antaganden gjordes. Exempel på antaganden eller påstående barnmorskan gjorde, var frågan om antal barn och mannens roll i hemmet. För kvinnorna som talade flytande svenska var upplevelsen att barnmorskan i första mötet var fåordig eller använde övertydligt kroppsspråk för att kompensera en obefintlig språkbarriär.

För dem som inte talade svenska ansågs inte den verbala kommunikationen vara ett hinder för god upplevelse, tolkande anhöriga samt doula verkade tillfredställande för att kvinnan kunde göra sig förstådd.

Att barnmorskan ställde frågor ansågs för det mesta positivt, om frågorna som ställdes var genuina. Deltagarna upplevde vissa frågor laddade av barnmorskans fördomar och ansågs vara irrelevanta inom förlossningen.

Förväntningar av stöd från barnmorskan

Kvinnorna beskrev känsla av besvikelse när förväntningar av stöd från barnmorska var bristfällig. Merparten beskrev förväntningarna av vården skulle spegla samhällets struktur, dvs lika rättigheter för alla. I vissa fall kvinnan när uttryckte sina behov och barnmorskan inte bemötte behoven, upplevde kvinnorna att barnmorskan avfärdade hennes behov pga fördomar eller ägnade för lite tid hos kvinnan för att skapa vårdrelation. Barnmorskan kunde tala för kvinnan och veta vad som var bäst för henne. En kvinna upplevde barnmorskans bemötande som hårt när hon nekades vaginal smärtlindring och barnmorskan istället föreslog förlossning med enbart lustgas.

”Hon var hård den barnmorskan. Jag hade en trevligare upplevelse med mitt andra barn och förväntade liknande med tredje. Jag tror den 2: a barnmorskan hade mer erfarenhet med somaliska kvinnor” (IP7).

Bristande stöd från barnmorskan beskrev deltagarna vara värre än svårigheter att kommunicera eller när kulturkrock uppstod. Deltagarna förstod att skillnader i hantering i exempelvis utdrivningsskedet kunde förekomma, inte bara mellan olika länder men även mellan olika barnmorskor. Att barnmorskan inte gav förväntat stöd var för kvinnorna svårare att hantera. En kvinna beskrev hur hon ändrade strategi för att få barnmorskans stöd. Kvinnan beskrev att hon gick från att berätta hur hon mådde och när en rak kommunikation inte ledde till att barnmorskan bekräftade kvinnans behov började hon böna/vädja för att barnmorskan skulle konsultera med en läkare.

En kvinna berättade om sin förlossning där barnmorskan varken lyssnade eller såg hennes behov eller tog hänsyn till hennes tidigare erfarenheter som födande kvinna. Kvinnan som hade fött vaginalt tidigare förstod att allt inte stod helt rätt till men upplevde att barnmorskan tyckte att hon kunde eftersom hon hade gjort det förr. Andra beskrev barnmorskan som empatilös och ointresserad och gav bristfällig individanpassad vård.

”Jag bönade och bad tillslut, när jag förstod att barnmorskan inte lyssnade. Jag bönade om att iallafall konsultera med en läkare. Jag hade varit helt öppen i två timmar” (IP5).

”Personalen kunde vara mer barmhärtiga, vara lugnande, säga: oroa dig inte, du kommer inte att brista” (IP6).

Barnmorskans attityd påverkar upplevelsen

Deltagarna beskrev att en god upplevelse innebar att barnmorskan hade en positiv attityd gentemot sina patienter. En del beskrev vikten med att se individen och inte behandla kvinnor från Somalia som en homogen grupp där alla har samma önskemål eller livsstil. En kvinna beskrev att barnmorskans attityd gentemot henne även syntes på kroppsspråket. Deltagarna

nämnde bland annat att barnmorskors syn om dem manifesterades i vilka frågor som ställdes till kvinnan, hur hon valde att informera kvinnan och framförallt vilka antaganden hon gjorde om kvinnan.

”Inför mina andra förlossningar bad jag min barnmorska på mottagningen att skriva, ‘talar svenska flytande’ och lägg gärna till att jag arbetar som lärare. Kanske skulle jag bryta några stereotyper. [...] För det första är de så fåordiga och om inte jag pratar ordentligt, alltså inte bara svarar på deras frågor så tror de per automatik att jag inte kan svenska” (IP2).

Deltagarna som beskrev barnmorskors antaganden om språkförbistring kände att de ofta behövde bevisa sina språkkunskaper, ställa frågor eller anstränga sig mer för att bevisa att de inte passade in i typiska stereotyper andra kunde ha om somaliska kvinnor. Deltagarna beskrev vissa av dessa stereotyper som trångboddhet, arbetslöshet och frånvarande män.

”Kan man inte språket så verkar de nästan elaka, de bryr sig inte om en. På förlossningen är de duktiga på att fråga hur många barn man har trots att man vet att de vet, allt står ju i journalen. [...] Det här med att ställa frågor om man bor trångt eller om maken hjälper till hör inte hemma på en förlossningsavdelning. Fokusera på hur jag mår och det som är aktuellt istället” (IP3).

Första mötet med barnmorskan kunde ha stor betydelse för deltagarna då de beskrev att det var viktigt att barnmorskan får dem känna sig välkomna. Deltagarna som var nyare i landet och som inte kunde språket väl berättade att om barnmorskan bemötte dem på rätt sätt, hade det en stor inverkan på om kvinnan upplevde positiva känslor.

”Bemötandet är viktigt. Det är avgörande för hur du kommer att må senare. Inte bara ett ansikte som visar sig och som bara vill göra sitt jobb, men att hon ser mig som en människa” (IP6).

Diskussion

Metoddiskussion

Då syftet med studien var att ta reda på somaliska kvinnors upplevelser av förlossningsvården valdes metoden kvalitativ innehållsanalys. Metoden bedömdes som lämplig för studien eftersom den enligt Lundman et al. (2017) fokuserar på tolkning av texter vid t.ex. intervjuer. En fördel med att använda metoden kvalitativ innehållsanalys är att det möjliggör studier för författare med olika grad av tidigare erfarenhet inom metoden genom att det tas fram underkategorier och huvudkategorier vilket ger struktur vid bearbetning av texten. Men det finns även nackdelar med metoden som beskrivs av Lundman et al. (2017) med att det kan finnas risker om materialet kodas allt för noggrant vilket kan göra att helheten går förlorad. Denna risk har undvikits i denna studie eftersom intervjumaterialet blev genomläst flera gånger, diskuterades och reflekterades gemensamt samt att författarna har analyserat texterna var för sig och kommit fram till liknande underkategorier och kategorier. Det menar Lundman et al. (2017) ökar tillförlitligheten på studiens resultat.

Förförståelse

Inför starten av studien diskuterade författarna gemensamt om deras förförståelse kunde påverka studiens innehåll. Förförståelse beskrivs av Forssén och Carlstedt (2017) vara att författaren innan starten på studien redan har en teori om vad som kommer att framkomma. Genom att reflektera och göra sig medveten om sin egen förförståelse menar Lundman et al. (2017) att det ökar trovärdigheten på studien eftersom det går att göra flera alternativa tolkningar och har författarna en oreflekterad förkunskap kan det sätta sin prägel på studiens innehåll.

Frågorna till intervjuerna (Bilaga 4) är skrivna av båda författarna och har diskuterats i syfte att minimera risken för ledande frågor. Till en början diskuterades det fram 16 frågor som sedan bearbetades och formulerades om så att det till slut blev åtta frågor. Syftet med frågorna var att hålla sig inom ramen av ämnet och för att samtliga deltagare skulle få samma frågor att svara på.

Urval

Urvalet av somaliska kvinnor gjordes genom inklusionskriterier vilket skapades för att hitta bäst lämpade deltagare för studiens syfte. Det skulle vara somaliska kvinnor som invandrat till Sverige och fött minst ett barn i Sverige de senaste fem åren. Inklusionskriteriernas för och nackdelar diskuterades mellan författarna. En nackdel med att intervjua kvinnor som fött barn för fem år sedan kunde vara att detaljer över förlossningsförloppet kunde ha börjat glömmas bort eller att kvinnan kanske främst kom ihåg det som var positivt eller negativt. Men det som talade för att intervjua kvinnor med upp till fem år gamla förlossningsupplevelser var att det hon mindes och kunde berätta om troligen var det viktigaste och det som gjort störst intryck på kvinnan, vilket var just vad författarna önskade för resultatet. Genom denna rekryteringsmetod lyckades författarna endast hitta två deltagare. Ytterligare en kvinna önskade att vara med i studien men exkluderades eftersom hon vårdats av den ena författaren. Förlossningen ledde till en svår förlossningskomplikation och den ena författaren hade varit personligt och emotionellt inblandad. För att inte riskera att resultatet skulle bli färgat av författarens upplevelser samt för att det är förstäligt att den kvinnan kunde ha frågor om händelseförloppet som skulle bli svåra för författaren att besvara, beslutades det att exkludera kvinnan från studien.

Snöbollsurval

Något som överraskade författarna var att det skulle vara så mödosamt att rekrytera deltagare. Förväntningarna hade snarare varit motsatsen, författarna trodde att det skulle vara enkelt och en fördel att den ena författaren talar somaliska som modersmål och hoppades att det skulle inge förtroende för potentiella deltagare. När det konstaterades att rekryteringen inte skulle bli så lätt som förväntat fick författarna tänka om och istället komplettera rekryteringen genom ett snöbollsurval. Urvalsmetoden är enligt Atkinson et al. (2001) och Sadler, Lee, Lim och Fullerton (2010) lämpad för utsatta eller stigmatiserade folkgrupper som kan vara svåra att få tag på via traditionella skriftliga inbjudningar.

Sadler et al. (2010) menar att fördelarna med ett snöbollsurval är att det är en snabb och kostnadseffektiv metod och att det går att rekrytera deltagare som kanske inte fått information om studien via de platser och hemsidor som information om studien lämnats på. Vidare beskriver de att snöbollsurval har goda förutsättningar att finna nya deltagare i och med det inneboende förtroendet som finns mellan personerna. Det ökar sannolikheten för att den nyfunna personen också ska delta i studien.

Men det finns även nackdelar med ett snöbollsurval. Sadler et al. (2010) menar att det finns risk att rekryteringen inte blir lika slumpmässig som när enskilda personer självmant väljer att delta i studien. En annan risk är att det blir en överrepresentation av deltagare med samma sociala sammanhang som kan ha liknande karakteristiska drag. Författarna var medvetna om dessa risker men fördelarna, fler deltagare till studien, vägde tyngre än de nackdelar som riskerade att uppkomma. Nästa steg blev att hitta en person med ett stort kontaktnät till somaliska kvinnor, vilket blev en somalisk kvinna som arbetar som tolk. Författarna berättade för henne om studiens syfte och att de haft svårt att rekrytera kvinnor till studien. Tolken berättade att hon hade träffat många somaliska kvinnor som stämde in med inklusionskriterierna och hon trodde att flera skulle kunna vara intresserade att delta i studien.

Hon berättade också att hon hört talas om studien och att det tycktes finnas en misstänksamhet mot författarna och intentionerna med studien. Det hade spridits rykten bland somaliska grupper att det kunde finnas en dold avsikt med studien, tex att det gjordes en ekonomisk vinning på studien och att deltagare på så sätt skulle bli utnyttjade. De sade också till varandra att inte låta sig intervjuas eftersom författarna kunde se till att deras barn togs ifrån dem.

Misstro

Det var förvånande att det var så svårt att rekrytera deltagare och att det fanns en sådan misstänksamhet, vilket ledde till en diskussion om möjliga bidragande orsaker. En möjlig orsak kunde vara om kvinnorna haft dåliga erfarenheter från myndigheter i Somalia som maktutövning och korruption, erfarenheter att bli dåligt bemötta av myndigheter i Somalia och kanske även i Sverige eller tidigare erfarit en rädsla att bli fråntagna deras barn. Det är svårt att komma fram till den faktiska orsaken till oviljan att delta men det går inte att blunda över är det faktum att det faktiskt fanns en misstänksamhet och kanske till och med oro att prata med oss. Kanske kan det förklara varför de båda kvinnorna som rekryterades genom den första urvalsmetoden önskade bli intervjuade via telefon. Det gjordes en kortare sökning på internet om det fanns något skrivet om somaliska grupper och misstänksamhet. Det ledde till två artiklar som bekräftade författarnas teori till misstänksamheten. Den ena bekräftade att somalier känner en stor misstänksamhet mot myndigheter och är något som Somali dialogue center har börjat ta itu med (Pettersson, 2016). Den myndighet som refereras till i artikeln är polisen men författarna kan dra paralleller med att det är en myndighet med maktposition, något som kanske även skulle kunna uppfattas av ett examensarbete som vill undersöka privata detaljer hos kvinnorna. Den andra artikeln som hittades handlade bland annat om att somaliska grupper känner oro för hur svenska myndigheter fungerar vilket lett till en rädsla att socialtjänsten ska ta deras barn ifrån dem (Wiklund, 2015). Det var just denna rädsla som hade uttryckts vid rekryteringsförsöken vilket bekräftar att det krävs ytterligare informationsinsatser till grupper, som lever i ett utanförskap i vårt samhälle och som har andra erfarenheter av myndigheter från sina hemländer. Den självkritik författarna kan ge sig själva är att det hade kunnat förtydligas i FPI:n att inget kvinnorna säger kan leda några konsekvenser för dem. Det hade också kunnat förtydligas att ingen gör en ekonomisk vinning på studien.

Genom tolkens hjälp och genom fortsatt snöbollsurval hittades ytterligare sex kvinnor att intervjuas. Författarna hade önskat fler deltagare till studien för att få fler perspektiv till resultatet men pga svårigheter att rekrytera deltagare blev antalet intervjuer åtta. Den begränsade tiden för examensarbetet begränsade möjligheten att inkludera fler kvinnor i studien.

Resultatdiskussion

Somaliska kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Sverige beskrivs i resultatet uppdelat i tre huvudkategorier; Upplevelse av kommunikation med barnmorskan, Kulturella skillnader i samband med förlossning, samt Upplevelse av generalisering och fördomar. Diskussionen utgår från dessa tre teman och i relation med tidigare forskning.

Upplevelse av kommunikation med barnmorskan

I resultatet om somaliska kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Sverige har en framträdande kategori varit kvinnans upplevelse av kommunikation med barnmorskan. Att kunna kommunicera är något väsentligt för en människa och är något som gör personen del av ett sammanhang i dess omgivning. Som det framkom i resultatet genererar god kommunikation en känsla av förståelse och trygghet. Det alla födande kvinnor har gemensamt är behovet av trygghet eftersom en förlossning är något omvälvande, smärtsamt och leder till ett paradigmskifte i kvinnans och partners liv. Lundgren (2010) menar att det är av stor vikt att kvinnan får en vård som leder till en god förlossningsupplevelse och tidigare forskning har visat att det har en stor betydelse för familjens framtida välbefinnande, för relationen mellan mor och barn och för parrelationen. Vidare beskrivs det att det finns flera faktorer som kan påverka förlossningsupplevelsen men att den allra viktigaste är stöd. Ett sätt att ge stöd kan vara genom verbalt men även icke-verbalt stöd, så kallat kroppsspråk, något som kvinnorna i studien uppfattade och påverkades av. Genom att ge ett bra stöd kunde kvinnan uppnå en känsla av trygghet, vilket författarna, genom studiens resultat, kommit fram till är genom god kommunikation.

Sambandet mellan kommunikation och förlossningsupplevelse tas upp i metoden *En fortgående dialog* som är till för att kunna ge kvinnan en värdighetsbevarande vårdrelation (Berg, 2010). Med det menas att kvinnan ska förse med kontinuerlig information om vad som händer även när kvinnan inte har förmåga att fråga på egen hand. Om kommunikationen inte fungerar uppstår känslor av bristande respekt och kränkande av kvinnans värdighet.

Studiens resultat visar att kvinnans möjlighet att bli sedd och lyssnad på kan vara avgörande för att förbättra upplevelsen av förlossningsvården. Kvinnor i studien hade försökt förmedla till barnmorskan att något inte stod rätt men inte blivit lyssnad på. Det är tidigare visat att det är en risk att ha bristande språkkunskaper vid förlossning i det kliniska arbetet på många förlossningsavdelningar i Sverige. Därför har det tagits fram ett projekt kallat Säker förlossning av Svenska Barnmorskeförbundet (SBF), Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska Barnläkarföreningens neonatalsektion (Vladic Stjernholm, Weichselbraun & Amer-Wåhlin, 2015). Syftet med projektet är att minska förlossningsskador på barn orsakade av asfyxi (syrebrist) i samband med förlossning, något de tror skulle gå att undvika genom framtagandet av detta dokument för riskbedömning. En identifierad riskfaktor i dokumentet är kommunikations/språksvårigheter vilket bekräftar att brist på kommunikation är allvarligt och kan gå så långt att det leder till asfyxi.

Något som kan minska risken för en allvarlig komplikation relaterat till kommunikationssvårigheter är att använt sig av alternativ kommunikation som kroppsspråk, hjälp av anhöriga och tolk. Men det som var mest framträdande och upplevdes som mest positivt var att använda sig av en doula. En doula, som det skrivits om tidigare, är en kulturell och språklig bro mellan kvinnan och personalen och kan ses som ett hjälpmedel i kvinnosjukvården. Kommunikationshjälpmedel borde tillämpas oftare eftersom det visat på så goda resultat. Författarna vill därför medvetandegöra barnmorskor och övrig personal att det

finns alternativa möjligheter till kommunikation än bara den verbala och att det är av stor vikt att utnyttja de hjälpmedel som finns tillgängliga. Det kan också göras genom att vara öppen för nya eller okända metoder för att förbättra kommunikationen mellan kvinnorna och barnmorskorna. Ett sådant exempel är applikationen Språk i vården, som har inriktat sig på att översätta medicinska termer på 13 språk och är bland annat inriktad på förlossningsvård. De menar också på att en bristande kommunikation kan leda till att patientsäkerheten riskeras och genom att använda sig av ett sådant hjälpmedel kan integriteten hos patienten stärkas (Språk i vården, 2017).

Kulturella skillnader i samband med förlossning

Deltagarna i studien beskrev att respektera kulturella eller etniska skillnader som viktig inom sjukvården men att förstå meningsskiljaktigheter är också av stor vikt. Essén et al. (2000) beskriver att somaliska kvinnors religiösa tro ofta kan spela in i syn på graviditet och om något skulle gå fel, skulle vården inte kunna påverka det som är förutbestämt. Merparten av deltagarna uttryckte inte sin religiösa tro, men det framkom att några kvinnor uppsökte mödravården senare i graviditeten trots vetskap om rutiner. Andra kulturella skillnader som framkom under studien och som var överraskande var att flera kvinnor specifikt beskrev hur de önskade att utdrivningsskedet skulle bedrivas. De gjorde jämförelser med Somalia och Sverige och största skillnaden var önskan om tidig perineotomi och bättre perinealskydd.

I resultatet framkom även att bristande kulturell kompetens kunde leda till missförstånd mellan kvinnan och barnmorskan och med somaliska kvinnor som redan är en utsatt folkgrupp med sämre förlossningsutfall är vikten med kulturell kompetens oerhört viktig. Omvårdnadsteoretikern Madeleine Leiningers soluppgångsmodell kan användas för att förstå kvinnans kulturella övertygelse och hur det påverkar hennes hälsa eller syn på vården (Leininger, 2002). Kulturell kompetens hjälper barnmorskan att tillhandahålla ett öppet förhållningssätt för att förstå kvinnans livsvärld och ett sådant förhållningssätt kan vara avgörande för kvinnans upplevelse.

Hodnett, Gates, Hofmeyr och Sakala (2007) har analyserat stödet betydelse för kvinnan under förlossningen. Kvinnor som fått kontinuerligt stöd under förlossningen hade mindre behov av smärtlindring och färre instrumentella interventioner. Hodnett et al. (2007) skriver att stöd kan vara stöd från olika professioner liksom doula. Somaliska kvinnorna som deltog i studien förklarade att männen oftast var med på första förlossningen men förblev hemma med barnen när paret väntade fler barn. Merparten önskade kvinnligt stöd, anhörig eller doula eftersom mannens stöd inte ansågs vara lika tillfredsställande. Två av deltagarna hade sett sina män som hinder för deras möjligheter att uttrycka sina behov. Lundgren (2010) skriver att kvinnan upplever stöd från partnern som allra viktigast men jämför också doulans närvaro med att kvinnan har sin syster hos sig.

Något som inte undersöktes var erfarenheter om könsstympning, däremot om utdrivningsskedet och önskan om tidig perineotomi. I sin avhandling har Essén (2001) förkastat hypotesen att utdrivningsskedet var förlängt hos könsstympade kvinnor. Dock kan det tilläggas att deltagarna upplevde handläggningen i utdrivningsskedet som bristande hos barnmorskorna vilket kan tolkas vara pga. könsstympning. Deltagarna önskade att vård erbjuds med hänsyn till kulturella skillnader och respekt för patientens integritet och värdighet. Barnmorskans egna tankar och åsikter om andra kulturer önskade deltagarna kunde hållas undan eftersom risk fanns att kvinnan kunde uppleva barnmorskan som nedlåtande och

negativ. Vårdrelationen påverkas av viljan att vårda, men även kvinnans vilja att bli vårdad Berg (2010). Tidigare erfarenhet inom vården, eller berättelser från vänner, grannar eller anhöriga hade påverkat kvinnornas vilja att bli vårdade. Fysisk och psykisk närvaro var en stor grund för en positiv upplevelse och förenklar bemötandet i alla förlossningssituationer, om det exempelvis förekommer förlossningsrädsla eller stora kulturella skillnader. Deltagarnas berättelser visar att de hade en känsla av att bevisa för barnmorskorna att de inte ingår i en schablonmässig ram. Detta kan tolkas som att vårdpersonal kan tyckas ha kulturell kunskap om en folkgrupp utan att vara självkritisk.

Upplevelse av generalisering och fördomar

Upplevelse av fördomar eller förutfattade meningar kan härstamma i bristande kulturell kompetens. Det viktiga med kulturell kompetens enligt Leininger (2002) är att vara öppen och självkritisk. Självmedvetenhet i hur en ser på kvinnor med andra kulturer och hur det påverkar sättet man talar till kvinnan. Deltagarna i studien gjorde jämförelser i vad de ansåg gav dem goda respektive dåliga upplevelser. Majoriteten av deltagarna berättade vikten med bemötande och barnmorskans attityd vilket kan tolkas påverkas av vilka fördomar barnmorskan har.

Vid frågan om kvinnorna kunde uttrycka sina behov under förlossningen uppmärksammades en tydlig skillnad. Kvinnorna med språkförbistringar svarade nästan samtliga ja, men vid vidare följdfrågor framkom att de förmedlade enbart de absolut viktigaste behoven. Akhvan (2012) skriver att öppenhet och lyhördhet krävs i mötet med icke-svensk talande kvinnor eftersom språkbarriärer kan leda till missförstånd. Kvinnorna i den aktuella studien kände att de fick sälla bort mindre viktiga önskemål och fokusera på det som de ansåg vara mest betydelsefullt. Språkbarriären tycks vara orsak till varför kvinnan på förhand strategiskt planerar det hon oroar sig över eller vill att barnmorskan ska ta hänsyn till. Skillnaden mellan deltagarna som talade god svenska och de som använde anhöriga som tolk var att de svensktalande exempelvis tog upp rädsla under förlossningen. Deltagarna som inte hindrades av språkbarriär hade utrymme att prata om förlossningsrädsla med sin barnmorska eftersom kommunikationen inte förmedlades via någon annan.

Berg (2010) beskriver *delaktighet* som en viktig faktor för en värdighetsbevarande relation mellan barnmorska och födande kvinna samt partner. För deltagarna har önskan om delaktighet visat sig vara betydande för upplevelsen av förlossningen. Känsla av delaktighet beskrivs av deltagarna omfatta information, bemötande och visat intresse för kvinnan. Deltagarna ville bli inkluderade i vården och känna sig uppmärksammade. Genom att tillgodose kvinnans behov kan det underlätta förlossningen vilket i sin tur kan gynna förlossningsförloppet. Att vara med om en förlossning och inte känna sig delaktig beskrivs av deltagarna leda till oro och en känsla av att man inte vet vad som komma skall. Eftersom samtliga deltagare är flerföderskor kan de ha upplevt att varje förlossningsupplevelse inte var den andra lik. Många deltagare beskrev att barnmorskan genom sitt förhållningssätt kunde uppfattas som uppriktig och informativ vilket gav en känsla av delaktighet och kontroll.

Barnmorskans attityd gentemot deltagarna i studien upplevdes av kvinnorna präglas av fördomar eller ointresse. För en av deltagarna väcktes starka känslor under intervjun, när hon beskrev barnmorskans attityd gentemot henne och bristande möjlighet till delaktighet. Detta specifika fall ledde till ett sämre förlossningsutfall och en traumatiserande upplevelse för

kvinnan som år efter förlossningen blev tårögd när hon återberättade händelsen. Trots ett akut kejsarsnitt och andra komplikationer låg största missnöjet i upplevelsen av barnmorskans negativa attityd. Detta kan tolkas som att barnmorskans bemötande hade en avgörande roll i kvinnans förlossningsupplevelse trots negativt utfall i förlossningsförloppet. En individ får enligt (SFS 2008:567) inte diskrimineras på grund av kön, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religiös tillhörighet eller annan trosuppfattning. Diskrimineringsombudsmannen (DO) skriver 2012 i en rapport om rätten till sjukvård på lika villkor inte är så rättvis. Uppfattningen är att sjukvården behandlar alla patienter lika och vårdpersonal är neutrala och opartiska. I rapporten beskrivs forskning som gjorts om hur utlandsfödda kvinnor upplever mötet med svenska vården. Vidare beskrivs att den forskning som gjorts dessvärre visar att det finns sjukhuskulturer uppbyggda av regler, värderingar och förhållningssätt som anses vara rätta och normala. Människor som hamnar utanför den "normala" ramen riskerar diskriminering. Forskning har återigen identifierat afrikanska kvinnors högre risk för negativa utfall. Vårdandet styrs av maktförhållanden och patienter med utländsk bakgrund upplever att vården erbjuder dem behandling utan att deras livsvärld beaktas (Diskrimineringsombudsmannen, 2012).

Anhörigas roll framkom också i deltagarnas berättelser. Om patientansvarig barnmorska på mottagningen inte föreslog en doula inför förlossningen, ordnade den gravida kvinnan själv egen tolk, oftast en nära kvinnlig anhörig. Några deltagare beskrev att de kände sig ansvariga att sköta egen tolk/annat stöd under förlossningen. Enligt Socialstyrelsen (2016) är Hälso- och sjukvården skyldig att ge patienten information om hälsotillstånd och behandling (3 kap. 1 § patientlagen). Dock skriver Socialstyrelsen också att lagen inte uttrycker skyldighet gentemot vårdgivaren att ordna tolk men att lagen stödjer användandet av tolk.

Ett annat intressant fenomen var hur deltagarnas beskrev hur förlossningsvården diskuterades i vänskapskretsen/grannskapet. Under intervjuerna kunde deltagarna informera om andra kvinnors upplevelser, oftast negativa berättelser om komplikationer orsakade av medicinska interventioner. Råssjö et al. (2013) skriver att somaliska kvinnor ofta uteblir från sjukvårds besök. Baserad på aktuella insamlade data kan en möjlig förklaring till varför somaliska kvinnor ibland medvetet uteblir från planerade besök hos barnmorskan är rädsla för interventioner. Flera deltagare upprepade flera gånger att igångsättning av förlossningen hade lett till akuta kejsarsnitt. En del ifrågasatte hur pålitlig datumen för beräknad förlossning var och kunde förklara att det inte stämde med senaste menstruationen. Essén (2000) skriver att somaliska kvinnor anser graviditet vara normalt och undersökningar tycks därför vara överflödiga och onödiga, vilket är i överensstämmelse med resultatet.

Deltagarna i studien hade genomgått/ riskerat att genomgå kejsarsnitt. Så många som sex av åtta genomgick ett kejsarsnitt vilket stämmer överrens med tidigare studier av Essén et al. (2000) och Råssjö et al. (2013) som visat på att somaliska kvinnor i större utsträckning, jämfört med svenska kvinnor eller kvinnor med annan utländsk bakgrund, riskerar att genomgå akuta kejsarsnitt.

Resultatet överensstämmer med flera studier som visar att somaliska kvinnor uteblir eller gör få sjukvårdsbesök (Råssjö et al., 2013; Essén et al, 2000), där kvinnorna beskrivs ha ett annat risktänk som kan förklara detta beteende. Leininger (2002) skriver vikten med kulturell kompetens inom sjukvården för att vårdtagare och vårdgivare ska förstå varandra. Johnsdotter och Essén (2007) ställer den viktiga frågan om den höga förekomsten av kejsarsnitt är vårdtagarens eller vårdens ansvar. För att det transkulturella mötet ska fungera, behöver

kommunikation mellan barnmorska och födande kvinna behöver förbättras varför kunskapsutveckling hos båda parter är viktig.

Kliniska implikationer

Eftersom riskbedömningsdokumentet Säker förlossning av Vladic et al. (2015) menar på att det är en risk för t.ex. fosterasfyxi att ha bristande språkkunskaper vid förlossning menar författarna att kommunikationshjälpmedel borde tillämpas oftare eftersom det mottagits väldigt positivt av kvinnorna i denna studie. Eftersom förmågan att förmedla sig är av stor vikt för människor enligt Hansen (2007), bör majoriteten av kvinnor med språksvårigheter uppleva kommunikationshjälpmedel som positivt. Författarna vill därför medvetandegöra barnmorskor och övrig personal att det även finns alternativa möjligheter till kommunikation än bara den verbala och att det är av stor vikt att använda sig av de hjälpmedel som finns tillgängliga, både för kvinnans upplevelse av förlossningen och för patientsäkerheten. Det som föreslås är att använda sig mer av kroppsspråk men även nyare metoder såsom språkapplikationer som är anpassade för förlossningsvården.

Kulturell kompetens för barnmorskorna är viktig eftersom det behandlar det transkulturella mötet, men fördelaktig är även att kvinnor med annan kulturell bakgrund går på någon form av utbildning. Författarna föreslår därför att föräldrautbildningarna anpassas bättre till grupper med bristande kunskaper i svenska för att uppnå en mer hållbar utveckling. Råssjö et al., (2013) skriver att somaliska kvinnor söker sig till barnmorskemottagningen senare i graviditet och gör färre besök. Detta kan leda till att uppföljningar samt viktiga undersökningar uteblir. Kunskapsutveckling är viktig och kommunikationen mellan barnmorska och födande kvinna behöver förbättras.

Konklusion

Slutsatserna till studien är att kommunikation har en stor betydelse för kvinnan och hennes upplevelse av förlossningen och att om det inte blir tillgodosett kan det påverka förlossningen så som tidigare studier visat om vikten med delaktighet. Denna studie önskar medvetandegöra personal inom förlossningsvården om detta samt att ta tillvara på alternativa hjälpmedel för kommunikation som språkapplikationer, symboler eller flitigt anlita kulturdouler. Detta är ett område som är aktuellt idag och kommer fortsätta att vara aktuellt i framtiden bland annat genom den stora invandringen som skett i Sverige de senaste åren. I det transkulturella mötet är det viktigt att vårdtagaren tillhandahåller ett öppet förhållningssätt, för att förstå vårdgivarens livsvärld men också erkänna och uppmärksamma kulturella behov samt försöka väva in det i vårdandet.

Förslag för vidare forskning

Ämnet i studien är mycket relevant för vidare forskning inom olika områden. Ett område som hade varit värdefullt att studera är om den ökade perinatale dödligheten hos somaliska barn kan ha ett samband med att barn till somaliska flyktingar har en 3–4 gånger ökad risk för autism jämfört med svenska barn (Barnevik-Olsson, Gillberg & Fernell, 2008). Somalier i Nordamerika kallar autism för den västerländska sjukdomen eftersom den sjukdomen inte tros existera i Somalia (Decoteau, 2017). Det leder till funderingar om det kan finnas ett samband

med den norska studiens resultat av Vangen et al. (2002), där det framkommer att somaliska barn har en nästan tre gånger ökad risk jämfört med norska barn för att Apgar- poängen är lägre än sju vid fem minuter. Eftersom autism kan orsakas av asfyxi frågar sig författarna om språksvårigheter kan vara en bidragande orsak. Den reflektionen baseras på projektet Säker förlossning av Vladic et al. (2015) som menar att kommunikations-/ språksvårigheter under graviditet och förlossning är en riskfaktor för asfyxi.

Referenslista

- Akhavan, S., & Lundgren, I. (2012). Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden- A qualitative study. *Midwifery*, 28(1), 80-85.
- Atkinson, R., & Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social research update*, 33(1), 1-4.
- Barnevik-Olsson, M., Gillberg, C., & Fernell, E. (2008). Prevalence of autism in children born to Somali parents living in Sweden: a brief report. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(8), 598-601.
- Berg, M. (2010). Vårdande vid barnafödande med ökade risker. I M Berg, M. & Lundgren, I. (Red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande* (s.152). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M Berg, . & Lundgren, I. (Red.), *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande* (s.31). Lund: Studentlitteratur.
- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M., & Backstrand, J. R. (2006). A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(4), 456-464.
- Centrala Etikprövningsnämnden, 2017. Vägledning till forskningspersonsinformation. Hämtad 2017-11-06 från <https://www.epn.se/start/>
- Centralbyrå (2017) *Framtidens befolkning. Hur stor är Sveriges folkmängd 2060*. Hämtad 2017-11-08 från <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/framtidens-befolkning/>
- Decoteau, C. L. (2017). The "Western disease": Autism and Somali parents' embodied health movements. *Social Science & Medicine*, 177, 169-176.
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting Somali women living in Finland. *Journal of immigrant and minority health*, 14(2), 330-343.
- DO 2012: R4. *Rätten till sjukvård på lika villkor*. Ödeshög. Diskrimineringsombudsmannen. Hämtad 2017-12-21 från <http://www.do.se/globalassets/publikationer/rapport-ratten-till-sjukvard-lika-villkor2.pdf>
- Doula. (2017) Välkommen till ODIS: vanliga frågor om doulor. Hämtad den 14 november 2017 från <http://www.doula.nu/>
- Doula & kulturtolk. (2017) Doula & kulturtolkStöd till icke-svensktalande kvinnor under graviditet och förlossning. Hämtad den 14 november, 2017 från <https://www.doulakulturtolk.se/>
- Ekblad, S., Janson, S. & Svensson, P. (1996). *Möten i vården: transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. (1. uppl.) Stockholm: Liber utbildning.

Elebro, K., Rööst, M., Moussa, K., Johnsdotter, S., & Essén, B. (2007). Misclassified maternal deaths among East African immigrants in Sweden. *Reproductive health matters*, 15(30), 153-162.

Essén, B. (2001). *Perinatal mortality among immigrants from Africa s Horn: the importance of experience, rationality, and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth*. Department of Obstetrics and Gynecology, Lund University.

Essén, B., Bödker, B., Sjöberg, N. O., Gudmundsson, S., Östergren, P. O., & Langhoff-Roos, J. (2002). Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8), 629-632.

Essén, B., 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, B., Johnsdotter, S., Hoveliuss, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N. O., Friedman, J., & Östergren, P. O. (2000). Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(12), 1507-1512.

Esscher, A., Haglund, B., Högberg, U., & Essén, B. (2012). Excess mortality in women of reproductive age from low-income countries: a Swedish national register study. *The European Journal of Public Health*, 23(2), 274-279.

Forssén, A., & Carlstedt, G. (2017) Genusperspektiv. I M, Granskär & B, Höglund-Nielsen (Red.) *I Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.64) Lund: Studentlitteratur.

SFS 1986:223. *Förvaltningslag*. Stockholm: Justitiedepartementet L6

Gissler, M., Alexander, S., MacFarlane, A., Small, R., Stray-Pedersen, B. A. B. I. L. L., Zeitlin, J., & Gagnon, A. (2009). Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88(2), 134-148.

Hickling, F. W. (2012). Understanding patients in multicultural settings: a personal reflection on ethnicity and culture in clinical practice. *Ethnicity & health*, 17(1-2), 203-216.

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

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(CD003766)

Hughes, P. C., & Baldwin, J. R. (2002). Communication and stereotypical impressions. *Howard Journal of Communication*, 13(2), 113-128.

Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery*, 22(4), 308-322.

- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: Findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2622-2634. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02734.
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2007). Förhöjd förekomst av akuta kejsarsnitt bland kvinnor med ursprung i Somalia: Patientens eller vårdens ansvar? *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 4(7).
- Johnson, E. B., Reed, S. D., Hitti, J., & Batra, M. (2005). Increased risk of adverse pregnancy outcome among Somali immigrants in Washington state. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(2), 475-482.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 189–192.
- Lundgren, I. (2010) Vård vid normalt barnafödande. I Berg, M. & Lundgren, I. (Red.), Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande (s.105–128). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Granheim, U (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (s.159–172) Lund: Studentlitteratur.
- Läkare utan gränser. *Konflikten i Somalia*. Hämtad 2017-11-10 från <https://lakareutangranser.se/vart-arbete/har-arbetar-vi/somalia>
- Malin, M., & Gissler, M. (2009). Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*, 9(1), 84.
- Nationalencyklopedin, dödfödd. Hämtad 2017-11-08 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/dödfödd>
- Olsson, P. (2000). *Antenatal midwifery consultations: a qualitative study* (Doctoral dissertation, Umeå universitet)
- Pettersson, M. (2016, 11 december) Ser de en polisbil här blir de rädda. *GöteborgDirekt*. Tillgänglig: <http://www.goteborgdirekt.se/nyheter/ser-de-en-polisbil-har-blir-de-radda/lgcypdr!yfO17YH@H8fAy4fJzbGeZg/>
- Pålsson, A-S. (2015) *Mödradödlighetsträttsmedicinsk utredning, SFOG-veckan 2015*. Hämtad 2017-11-10 från https://www.sfog.se/media/259771/14.30_p_olsson_m_drad_dlighetsfog2015.pdf
- Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health* 2007; 7:268.
- Råssjö, E. B., Byrskog, U., Samir, R., & Klingberg-Allvin, M. (2013). Somali women's use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: a descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), 99-106.
- Sadler, G. R., Lee, H. C., Lim, R. S. H., & Fullerton, J. (2010). Recruitment of hard-to-reach population subgroups via adaptations of the snowball sampling strategy. *Nursing & health sciences*, 12(3), 369–374.

- Sahlgrenska (2015) *Uppdrag och vision*. Hämtad 2017-11-09 från <https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Om-sjukhuset/Uppdrag-och-vision/>
- Schutte, J. M., Steegers, E. A. P., Schuitemaker, N. W. E., Santema, J. G., de Boer, K., Pel, M., ... & van Roosmalen, J. (2010). Rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(4), 399-406.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Shelp, A. (2004). Women helping women: the Somali Doula Initiative. *International Journal Of Childbirth Education*, 19(4), 4–7.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2017-11-08 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>
- Socialstyrelsen. (2009). *Barns hälsa*. Hämtad den 10 januari, 2018 från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/2_Barns.pdf
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtad den 20 november, 2017 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>
- Socialstyrelsen. (2016) *Tolkar för hälso-och sjukvården och tandvården*. Kartläggning våren 2016. Hämtad 2017-12-21 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20184/2016-5-7.pdf>
- Språk i vården, (2017) Språk i vården- startsida. Hämtad 13 december, 2017 från <https://sites.google.com/sprakivarden.com/sprakivarden/startside>
- 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.
- Ting-Toomey, S., & Chung, L. C. (2005). *Understanding intercultural communication*. New York: Oxford University Press.
- Ulrey, K. L., & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress, and anxiety. *Journal of Health Communication*, 13(4), 449-463.
- Van Roosmalen J, Schuitemaker NW, Brand R, van Dongen PW, Bennebroek Gravenhorst. (2002) Substandard care in immigrant versus indigenous maternal deaths in The Netherlands. *BJOG* 2002;109(2):212–3.
- Vangen, S., Stoltenberg, C., Johansen, R. E. B., Sundby, J., & Stray-Pedersen, B. (2002). Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(4), 317–322.
- Vetenskapsrådet. (2016). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2017-11-21 <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vladic Stjernholm, Y., Weichselbraun, M. & Amer-Wåhlin, I. Riskbedömning ankomst förlossningsenhet. Hämtad 13 december, 2017 från <https://lof.se/wp-content/uploads/Riskbed%C3%B6mning-ankomst-f%C3%B6rlossningsenhet.pdf>

Wiklund, L. (2015). *Oroliga somalier möter polisen*. Hämtad 2016-12-11 från <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vast/oroliga-somalier-moter-polisen>

Westin, M., Åhs, A., Persson, K. B., & Westerling, R. (2004). A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care—lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy*, 68(3), 333-344.

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Hämtad 2017-11-10 från <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/trends-in-maternal-mortality-1990-to-2015.pdf>

WHO. *Female genital mutilation*. Hämtad 2018-01-10 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Zwart, J. J., Richters, J. M., Öry, F., De Vries, J. I. P., Bloemenkamp, K. W. M., & Van Roosmalen, J. (2008). Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371 000 pregnancies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(7), 842–850.

Bilaga 1

Forskningspersonsinformation, (FPI)



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Inbjudan till studie om somaliska kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Sverige

Bakgrund och syfte

Somalier är en av de större folkgrupperna som invandrat till Sverige. Kommunikativa problem på grund av språkliga och kulturella skillnader mellan vårdpersonal och patienter samt en annan syn på hälsa och ohälsa försvårar vårdmötet och ställer krav på vårdpersonalen att upprätthålla en god vård på lika villkor.

Baseras på dessa fynd vill vi beskriva somaliska kvinnors upplevelser eftersom de är en stor folkgrupp i Sverige.

Vilka vill vi fråga om deltagande?

Du är en somalisk kvinna som har invandrat till Sverige, fått barn mellan 2012 och 2017 i Sverige. Vi vill veta hur du upplever förlossningsvården i Sverige.

Hur går studien till?

Du kommer att tillfrågas om Dina upplevelser av förlossningsvården i Sverige. Deltagandet innebär att Du intervjuas på en plats Du själv väljer. Intervjun beräknas ta 40–60 minuter.

Finns det några fördelar?

Om Du väljer att delta i studien kommer Du att få möjlighet att tala om Dina upplevelser av förlossningsvården. Att delge sina erfarenheter kan upplevas positivt (och sjukvården kan i framtiden få nytta av de kunskaper vi får genom studien). Du kan hjälpa att få fram förslag som kan förbättra förlossningsvården.

Vilka är riskerna?

I intervjuerna kan man komma nära känsliga situationer men vi bedömer inte att samtalet vid intervjun är integritetskränkande.

Hantering av data och sekretess

Intervjuerna kommer att ljudinspelas. Forskningsmaterialet kommer att hanteras så att ingen obehörig kommer att få tillgång till det. Då data från studien kommer att publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Personuppgiftsansvar

Ansvarig för behandling av dina personuppgifter är *Utförrarstyrelsen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset*. Du kan vända dig till sjukhusets personuppgiftsombud, (tfn: 031-343 27 15), om du önskar utdrag om de personuppgifter som finns registrerade på dig. (Adress: Torggatan 1, plan 3, 413 35 Mölndal tfn. 031-343 10 00)

Hur får jag information om studiens resultat?

Om Du vill ta del av studiens resultat, är Du välkommen att kontakta huvudkoordinator Anna Wessberg. Forskargruppen har för avsikt att publicera resultaten i vetenskaplig tidskrift.

Frivillighet

Ditt deltagande är frivilligt och du har full rätt att när helst du önskar, dra dig ur undersökningen utan att ange något skäl. Om du väljer att avbryta medverkan i studien så kommer det inte att påverka Din, respektive Din partners behandling.

Ansvariga:

Mariann Kressin, leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil:0765677720 e-post: gusmariali@student.gu.se

Samira Osman leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent vid institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborgs Universitet. Mobil: 0739155609 e-post: gussamiros@student.gu.se

Handledare

Anna Dencker, Universitetslektor, Sjuksköterska, Barnmorska, Fil. Dr., Docent i Reproduktiv och perinatal hälsa. Akademisk grad: Doktor.

Telefon: 031-786 6099, e-post: anna.dencker@gu.se

Bilaga 2

Samtyckesformulär till forskningsstudien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Somaliska kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Sverige

Jag har läst informationen och jag har fått tillfälle att ställa kompletterande frågor angående min medverkan i denna studie. Jag samtycker till att medverka i denna forskningsstudie som handlar om somaliska kvinnors upplevelser av förlossningsvården i Sverige. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det får några konsekvenser.

Kvinnan:

Göteborg den _____ Namn: _____

Namnförtydligande _____

Telefonnr: _____

Mobilnr: _____

E-post: _____

Undertecknad har gått igenom och förklarat studiens syfte för ovanstående forskningsperson samt erhållit forskningspersonens samtycke. Forskningspersonen har fått en kopia av deltagarinformationen.

Göteborg den _____ Namn: _____

Namnförtydligande _____

Bilaga 3

Ka soo qayb gal cilmi baaris ku saabsan khibrada umul dhaqaalaynta dumarka soomaaliyeed ee ku nool Iswiidhan.

Ujeedada cilmi baaristaan.

Cilmi baaritaano horay loogu sammeeyay Iswiidhan ee ku saabsanaa khibrada umul dhaqaalaynta inta badan waxay ka reebaan dumarka aan luuqada iswiidhiska ku hadlin. Baariitaamo badan lagu sammeeyay waddamada galbeedka wuxuu na tusayaa in caruurta haweenka soomaaliyeed in ay dhimashada cunuga inta uu uurka ku jiro ama foosha gudaheeda amaba isbuuca cunuga aduunka ugu horeeysa ka badan yihiin hadii loo barbar dhigo caruurta iswiidhiska iyo dumarka iswiidhiska ama haweenka ajnabiga kale.

Baaritaankaan wuxuu cadeeynayaa in loo baahanyahay cilmi baaris ku saabsan dumarka soomaaliyeed khibradooda ee umul dhaqaalaynta iswiidhan.

Cilmi baaristaan hadii aad ka qaybgashaan waxaad caawinaysaan hormarka xanaanada hooyada iyo caruurta soomaaliyeed ee ku nool Iswiidhan.

Haddaad go'aansataan in aad ka soo qayb gashaan, wareeysi ayaa la idin la yeelanayaa kaasoo maqalka kaliya la duubi doono oo jawaabaha aad bixisaan loo badali doono qoraal oona laga reebi doono akhbaar shaqsiyeed. Goobta wareeysiga la idin kula yeelan doona waa meeshii aad doorataan.

Magacaaga iyo taariikhda maanta:

Nambarka telefoonkaaga: _____

E-mailkaaga: _____

Bilaga 4

Frågor till intervjun:

1. Hur många barn har du fått i Somalia respektive Sverige och hur är dem förlösta?
2. Har du använt dig av något hjälpmedel för att göra dig bättre förstådd? (tex tolk/doula)
Och kan du berätta om hur du upplevde det.
3. Vad hade du för tankar och känslor inför din vistelse på förlossningsavdelningen? och har du kunnat prata med någon om det?
4. Kan du berätta om dina möjligheter att uttrycka dina önskemål när du var på förlossningsavdelningen? (Vad underlättade/försvårade för dig att uttrycka dina önskemål?)
5. Kan du berätta om positiva och/eller negativa händelser på förlossningsavdelningen?
6. Hade du önskat att något hade gjorts annorlunda? Vad då i så fall?
7. Hur kan personalen i svensk sjukvård i framtiden hjälpa DIG att få en bra upplevelse av förlossningsvården?
8. Något annat du önskar tillägga?