



INSTITUTIONEN FÖR SOCIAL ARBETE

“VI SVENSKAR VI FÖDER NATURLIGT”

En kvalitativ studie om utrikes födda kvinnors
upplevelser av att föda barn i Sverige

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education
credits
Kandidatnivå
Termin 6
Författare Alice Faxerin och Stella Månevik
Handledare Lena Sawyer
Antal ord: 19 281

Abstract

Titel: Vi svenskar vi föder naturligt - En kvalitativ studie om utrikes födda kvinnors upplevelser av att föda barn i Sverige

Författare: Alice Faxerin och Stella Månevik

Syftet med studien var att få en ökad förståelse för utrikes födda kvinnors upplevelser av att föda barn i Sverige. Studien grundar sig i kvalitativa intervjuer med sex kvinnor från olika länder som fött barn i Sverige. Frågeställningarna rör hur kvinnorna upplevde interaktionen med vårdpersonal utifrån språk, kommunikation och bemötande samt huruvida kvinnorna upplevde att de fick det stöd de var i behov av. Det görs även en jämförelse mellan hur kvinnorna framställde den svenska förlossningsvården i relation till förlossningsvården i ursprungslandet. Studiens teoretiska ansats grundar sig i kultur- och erkännandebegreppen och dessa tillsammans med tidigare forskning utgör studiens resultat- och analysdel. Resultatet visar att majoriteten av kvinnorna var nöjda med bemötandet från vårdpersonalen men att vissa upplevde en del språkbarriärer. Kvinnorna beskrev även att de saknade närvaron av anhöriga som befann sig i ursprungslandet, vilket gjorde att de kände sig extra sårbara. Flera av kvinnorna nämnde dessutom att de hade önskat mer stöd kring valet av förlossningssätt. Vad gäller framställningen av den svenska förlossningsvården i relation till förlossningsvården i ursprungslandet framhävde kvinnorna flertalet skillnader, bland annat gällande vilka som tillåts närvara under en förlossning, olika förlossningssätt samt synen på en gravid kvinna.

Nyckelord: Förlossningsvård, bemötande, kultur, kommunikation, språk, interpersonell relation

Innehållsförteckning

Abstract

Innehållsförteckning

Förord

Kapitel 1 - Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte	7
1.3 Frågeställningar	7
1.4 Avgränsningar	8
1.5 Relevans	8
1.6 Arbetsdelning	8
Kapitel 2 - Bakgrund	10
2.1 Rättigheter inom svensk sjukvård	10
2.2 Sveriges mödravård	10
2.2.1 Förlossningssätt	11
2.2.2 Debatt om nedläggningar	12
2.3 Diskriminering och ojämlik vård	12
2.4 Doulor och kulturtolkar	13
Kapitel 3 - Tidigare forskning	15
3.1 Kommunikationsproblem och språkbarriärer	15
3.2 Känsla av kontroll och förståelse	16
3.3 Komplexitet	17
Kapitel 4 - Teorier och teoretiska begrepp	19
4.1 Kultur	19
4.1.1 Tre perspektiv	19
4.1.2 Kulturell identitet	20
4.1.3 Organisationskultur	21
4.2 Erkännande	22
4.2.1 Tre former av erkännande	23
4.2.2 Tillbörligt och för lite erkännande	24
Kapitel 5 - Metod	25
5.1 Litteratursökning	25
5.1.1 Sökord och plattformar	25
5.1.2 Värdering av källor	25
5.2 Kvalitativa intervjuer	38

5.2.1 Semistrukturerade intervjuer	26
5.3 Urval	38
5.3.1 Kontakt med fältet	38
5.3.2 Öppna förskolor	38
5.3.3 Snöbollsurval	38
5.4 Genomförande av intervjuer	29
5.5 Analysmetod	30
5.5.1 Transkribering	30
5.5.2 Tematisk analys	31
5.6 Språk	32
5.7 Etik	33
5.7.1 Reflektion kring syfte och metod	33
5.7.2 I mötet med intervjupersonerna	38
5.7.3 Etiska riktlinjer	38
5.7.4 Maktrelationer	36
5.8 Uppsatsens trovärdighet	37
5.9 Metodreflektion	38
Kapitel 6 – Resultat och analys.....	39
6.1 Ett personligt bemötande	40
6.1.1 Kroppsspråk	40
6.1.2 Det verbala språket	43
6.2 Betydelsen av anhöriga	45
6.2.1 Organisatoriska förutsättningar	45
6.2.2 Individuella förutsättningar	47
6.3 Betydelsen av en fungerande kommunikation	48
6.4 Att inte få välja förlossningssätt	54
6.5 Jämförelser med hemlandet	58
Kapitel 7 - Slutsats och diskussion.....	61
Referenslista	
1 - Informationsbrev	
2 - Temaguide	
3 - Intervjufrågor	
4 - Samtyckesformulär	

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till alla medverkande i vår studie, framförallt till de kvinnor som ville dela med sig av sina berättelser.

Stort tack till Aaida, Camila, Maryam, Natalia, Susan och Zahra som egentligen heter något annat.

Kapitel 1 - Inledning

1.1 Problemformulering

Att föda barn är för många en speciell upplevelse. Vissa skulle beskriva den som positiv medan andra skulle beskriva den som enbart traumatisk. Enligt en rapport från Sveriges kommuner och regioner (SKR 2016:6) tycks kvinnans förlossningsupplevelse i stor grad påverkas av vilken typ av vård och vilket bemötande hon blir erbjuden och kan därigenom antas avgörande för hennes upplevelse. Tidigare studier visar att i de fall då kvinnan fått ett positivt bemötande av vårdpersonal i form av närvaro, tydlig kommunikation och stöttning beskrivs förlossningsupplevelsen som mer positiv än bland de kvinnor som inte upplevt detta (Heli & Svensson 2017; JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014; Igarashi, Horiuchi & Porter 2013). Andra faktorer som kan påverka en föderskas upplevelse är exempelvis normer och attityder kring förlossningssätt och smärtlindring (Bengtsson 2019; Socialstyrelsen 2019, Wessberg, Lundgren, Elden 2019). De olika förhållningssätten varierar över tid, plats och från individ till individ (JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014:1) och kan kopplas till strukturella villkor, personliga upplevelser och kulturella aspekter. Normerna och värderingarna synliggörs framförallt i mötet mellan enskild individ och etablerade samhällsinstitutioner men även människor emellan. Då dessa synliggörs kan situationer uppkomma där föderska och personal inte har samma värderingar och synsätt, vilket enligt tidigare studier kan leda till kommunikationsproblem (ibid).

Ny et al. (2007:8) beskriver barnafödande som en ytterst sårbar process och menar att det under graviditet och förlossning är av stor betydelse att kvinnan kan göra sig förstådd och få tillräcklig information. En kvinna som under förlossningsprocessen stöter på kommunikationssvårigheter kan enligt Ny et al. (ibid) uppleva kontrollförlust och inte känna sig som en del av den pågående situationen. Författaren (ibid:8) beskriver dessutom att utrikes födda kvinnor i många fall inte får samma kvalitet på sin vård som inrikes födda kvinnor, vilket benämns som diskriminering. En dimension av detta är att utrikes födda kvinnor i Sverige i högre utsträckning drabbas av komplikationer under förlossningen,

exempelvis akut kejsarsnitt och barnsängsdöd (ibid). Akhavan (2009:3) menar att diskrimineringen förekommer likväl i Sverige som i andra länder och att det beror på språkbarriärer och kommunikationsproblem. Då migrationen enligt statistiska centralbyrån (2020) under de senaste åren ökat föder allt fler utrikes födda kvinnor barn i Sverige. Därmed kan det antas vara av betydelse att undersöka deras upplevelser av den svenska förlossningsvården.

Diskussionerna kring sveriges förlossningsvård är många och motsägelsefulla. Utöver diskriminering och ojämlika villkor skriver Stephansson et al (2017) i en artikel i *Svenska dagbladet* att svensk förlossningsvård haft problem med nedläggningar av förlossningsavdelningar samt brist på barnmorskor. Samtidigt beskriver SKR (2016:6) Sveriges förlossningsvård som en av de bästa i världen, med låg mödradödlighet och hög överlevnad bland nyfödda. De som hörs i debatten är framförallt politiker, skribenter, forskare, opinionsbildare och vårdpersonal. Några som inte hörs lika ofta är föderskorna själva (Stephansson et al 2017) och därför vill vi genom den här studien lyfta fram även deras röster. Vi anser att alla kvinnors röster är viktiga vad gäller upplevelsen av att föda barn men allra viktigast är att belysa de kvinnor som enligt forskning i högre utsträckning utsätts för diskriminering och sämre vårdkvalitet. Vi har därför valt att undersöka utrikes födda kvinnors upplevelser av att föda barn i Sverige utifrån följande syfte och frågeställningar:

1.2 Syfte

Syftet med studien är att få en ökad förståelse för utrikes födda kvinnors upplevelser av att föda barn i Sverige.

1.3 Frågeställningar

- Hur upplevde kvinnorna interaktionen med vårdpersonal utifrån språk, kommunikation och bemötande?
- Vilket stöd blev kvinnorna erbjudna i relation till vad de själva upplevde att de var i behov av?
- På vilket sätt framställde kvinnorna den svenska förlossningsvården i relation till förlossningsvården i hemlandet?

1.4 Avgränsningar

Studien är avgränsad till en svensk kontext. Vi undersöker alltså endast upplevelsen av att föda barn i Sverige och inte upplevelsen av att föda barn i något annat land. Det hade varit intressant att jämföra olika kontexter och upplevelser av att föda barn i olika länder men på grund av den tidsmässiga ramen för arbetet var detta inte möjligt. Fördelen med att endast utgå från en svensk kontext är att det blir lättare att hitta gemensamma nämnare. Även om varje förlossning är unik så möjliggör en samlad kontext till att det kan komma att finnas vissa likheter. Det finns även andra intressanta aspekter av området exempelvis den kliniska biten av en förlossning, hur den går till, upplevelsen av smärta, inställningen till sjukvården och förlossningsapparaten. Då vi inte heller här hade tid eller utrymme att undersöka detta har vi avgränsat oss till att undersöka mötet mellan vårdpersonal och föderska. Vi har även valt att avgränsa oss till föderskornas subjektiva upplevelser och därmed tas inte hänsyn till anhörigas, vårdpersonals eller andra inblandades upplevelser och perspektiv.

1.5 Relevans

Vår studie är relevant utifrån fler olika aspekter. Dels utifrån att migrationen till Sverige har ökat och att det därmed bland befolkningen finns många olika språkkunskaper och värderingar. En annan aspekt är att många utrikes födda kvinnor föder barn i Sverige och därmed blir det viktigt att undersöka hur både sjukvård och föderska förhåller sig till olika kulturella aspekter och sammanhang. Sjukvården är dessutom en institution som i princip alla människor någon gång kommer i kontakt med och därmed kan det antas relevant att undersöka hur just denna institution förhåller till kulturbegreppet. Tidigare studier visar på att utrikes födda kvinnor inom förlossningsvården generellt sätt är en extra utsatt grupp. Därmed blir detta relevant att undersöka utifrån socialt arbete då det kan bidra till en ökad förståelse för utrikes födda kvinnors situation och förutsättningar.

1.6 Arbetsdelning

Vi har delat upp arbetet mellan oss på så sätt att vi kommunicerat med varandra samtidigt som vi skrivit och redigerat i ett gemensamt dokument. Vissa delar

ansåg vi var bättre att skriva var för sig, medan andra delar som exempelvis analysdelen var bättre att skriva ihop. Då vi båda bor i olika städer samt att coronakrisen härjade under den perioden då uppsatsen skrevs hade vi få möjligheter att träffas för att skriva och diskutera tillsammans. Vi löste detta genom att prata med varandra genom videosamtal samtidigt som vi båda skrev och redigerade i ett gemensamt dokument. Vi båda anser att vi har varit lika delaktiga i undersökandet och skrivandet av denna uppsats.

Kapitel 2 - Bakgrund

Nedan beskrivs ämnets förhistoria och bakgrund. De områden som tas upp är: *Rättigheter inom svensk förlossningsvård, Sveriges mödravård, Förlossningsätt, Diskriminering samt Doulor och kulturtolkar*. Vi har valt att belysa just dessa ämnen för att ringa in området och synliggöra förutsättningar för förlossningsvården i Sverige.

2.1 Rättigheter inom svensk sjukvård

Sveriges förlossningsvård regleras inom patientlagen (2014:821) och hälso-och sjukvårdslagen (2017:30). Enligt dessa ska Sveriges sjukvård sträva efter att vara jämlik för alla och inte behandla någon annorlunda. Alla oavsett ålder, kön, etnicitet, klass eller kulturell bakgrund har rätt till likvärdig vård och sjukvården ska sträva efter att stärka patientens ställning samt främja självbestämmande, integritet och delaktighet (HSL 2017:30). Patienten har dessutom rätt till tolk, att bli informerad om sin situation och för att den eventuella vården ska bli aktuell krävs patientens samtycke. Om situationen skulle vara så pass akut att den allvarligt hotar patientens liv och hälsa kan dock beslut tas utan att patienten samtycker (Patientlagen 2014:821).

2.2 Sveriges mödravård

Mödravården för gravida i Sverige är frivillig, i de flesta fall gratis och erbjuds under hela graviditeten, både under och efter förlossningen (Heli & Svensson 2017:26). Blivande föräldrar kan genom mödravården få hjälp i form av rådgivning, regelbundna kontroller av fostrets utveckling och vid komplikationer kan även stöd i form av läkar- eller psykologkontakt erbjudas (Olsson 2010:46). Vissa stödinsatser är dock till enbart för föderskan. Vårdguidens redaktör Kristin Bengtsson (2019) skriver på deras hemsida att föderskan har möjlighet att lämna önskemål gällande smärtlindring och förlossningsställning. Hon kan även bli erbjuden stödinsatser i form av enskilda samtal eller avslappningsövningar. I slutet av graviditeten skrivs kvinnan in på en förlossningsavdelning där hon får stanna tills det att barnet är fött (ibid). På avdelningen arbetar vanligtvis

barnmorskor, undersköterskor och det finns även tillgång till förlossningsläkare. Hur länge föräldrarna stannar på sjukhuset efter förlossningen varierar, vissa åker hem efter ett par timmar medan andra stannar en längre tid. De som åker hem tidigt får vanligen efter några dagar komma på återbesök (ibid).

2.2.1 Förlossningssätt

I Sverige finns framförallt tre sätt att föda barn på; vaginal förlossning, akut kejsarsnitt och planerat kejsarsnitt (Bengtsson 2019; Socialstyrelsen 2019). Vaginal förlossning är den vanligaste metoden och Wessberg, Lundgren och Eiden (2019:8) menar att sjukvården beskriver det som ett förstahandsalternativ som anses bäst både för mamma och barn. Den vaginala förlossningen kan anses "romantiserad" och Socialstyrelsen skriver i sin rapport (2019:12) att andra förlossningsalternativ inte lyfts fram och hyllas på samma sätt. Trots sjukvårdens tydliga linje om vaginal förlossning är det ändå många kvinnor som i dagsläget känner stor oro inför förlossningen och istället önskar föda genom kejsarsnitt (ibid). Att föda genom kejsarsnitt i Sverige är dock ingen självklarhet. En föderska som vill utföra kejsarsnitt med motivet att hon är rädd för smärtan eller har dåliga erfarenheter av att föda vaginalt brukar inte vara tillräckligt för att få genomföra kejsarsnitt. Det bör istället vara medicinskt motiverat genom att en vaginal förlossning kan anses utgöra en risk för mamman eller barnet (ibid:13). I andra fall finns vissa riktlinjer för sjukvården att förhålla sig till. Svenska Läkaresällskapet et al. (2011:1) skriver att kvinnans anledning till att vilja genomföra kejsarsnitt måste väga tillräckligt tungt och sjukvården måste tillsammans med kvinnan diskutera för- och nackdelar med ingreppet. Sjukvården måste även erbjuda någon typ av samtalsstöd till kvinnan kring eventuell rädsla eller oro. Om kvinnan efter detta fortfarande önskar genomföra kejsarsnitt kan beslut om detta fattas trots att det inte är medicinskt motiverat (ibid). I andra länder, såsom Italien, Spanien och Tyskland, är kejsarsnitt betydligt vanligare och där kan tvärtom vaginal förlossning ses ett andrahandsalternativ. Sverige har med andra ord en annan inställning till vaginal förlossning än flertalet andra länder (Wessberg, Lundgren, Elden 2019:8).

Sammanfattningsvis finns det meningsskiljaktigheter kring kejsarsnitt, dels mellan vårdpersonal och föderskor men även mellan vårdgivare i olika länder.

Socialstyrelsen beskriver i en rapport (2019:23) att det i Sverige även finns olika regionala skillnader vad gäller kejsarsnitt. Det som avgör huruvida ett kejsarsnitt blir av eller inte beror oftast inte enbart på de rekommendationer och riktlinjer som finns utan snarare på regioners invanda rutiner och praxis. Olika regioner och kommuner tolkar vårdens riktlinjer olika och därmed varierar även vilka beslut som fattas (ibid). Groth och Bjurwald beskriver i en debattartikel i *svenska dagbladet* (2019) att dessa skillnader är ett bevis på att Sveriges förlossningsvård inte är jämlik. Genom att yttre omständigheter kan avgöra vilken typ av vård en person får, kan det beskrivas som strukturell diskriminering (ibid).

2.2.2 Debatt om nedläggningar

Ett annat omtalat ämne gällande Sveriges mödravård är debatten kring besparingar och nedskärningar. Vårdpersonal har under årens lopp uttryckt missnöje gällande arbetsvillkor och menar att de på grund av brist på tid, plats och personal inte klarat av att tillgodose patienter den vård de varit i behov av (Stephansson et al. 2017; Groth & Bjurwald 2019; RFSU 2019). Det har även skett en utveckling av att barnmorskor får allt fler födande kvinnor att ta hand om vilket begränsar möjligheten till att ge en god och säker vård (Groth & Bjurwald 2019). Detta är något som många vill se en förändring på och ställer krav på att en barnmorska bara borde ha hand om en kvinna i aktiv förlossning i taget (RFSU 2019). Dock tycks det inte se ut så i dagsläget och det är därmed viktigt att ha i åtanke under resten av studien.

2.3 Diskriminering och ojämlik vård

Ett annat framträdande ämne inom debatten kring förlossningsvård är diskriminering. Esscher (2014:49) beskriver i sin studie att diskriminering inom förlossningsvården framförallt förekommer på strukturell nivå och att den likväl florerar nationellt som internationellt. I Sverige handlar diskrimineringen främst om att kvinnor får olika typer av vård. I en rapport från diskrimineringsombudsmannen (DO 2012:49) samt i en utvärdering av Akhavan (2009:4) framkommer att utrikes födda kvinnor inte får samma kvalitet på förlossningsvården som kvinnor födda i Sverige. Esscher (2014:49) skriver att risken att dö i reproduktiv ålder är högre bland utrikes födda kvinnor som är födda

i både låg- och höginkomstländer och värst drabbade är kvinnor födda i Afrika, söder om Sahara. Detta menar Esscher (ibid:2) kan ses som ett bevis på att socioekonomisk bakgrund inte är avgörande utan att diskrimineringen beror på andra faktorer såsom språkbarriärer och kommunikationsproblem.

Diskriminering förekommer inom förlossningsvården även på global nivå. Wint et al (2019:113) beskriver i en studie hur flertalet svarta kvinnor i USA känner en stark misstro till det amerikanska mödravårdssystemet. Författarna menar att misstron främst grundar sig i bakomliggande historiska förtryck men att en del även har personliga erfarenheter (ibid:114). I studien framkommer att kvinnor med annan hudfärg än vit samt migrerande kvinnor inte får samma goda behandling inom förlossningsvården som vita kvinnor. Några exempel som tas upp är att vårdpersonal talat illa om svarta föderskor, inte behandlat dem med respekt och under förlossningen genomfört vissa undersökningar utan att informera kvinnorna om vilken typ av undersökning som utförs (ibid:113).

2.4 Doulor och kulturtolkar

Något som blivit allt vanligare inom förlossningsvården är närvaron av en doula, vilket kan beskrivas som en stödperson som föderskan lärt känna på förhand (Akhavan 2009:9). Doulan har inga medicinsk utbildning utan har istället mycket kunskaper och erfarenheter av förlossningar och kan därigenom bidra med både fysiskt och psykiskt stöd (Akhavan 2009 ;Wikberg: 2014; Wint et al: 2019). Ett annat typ av stöd är i form av en kulturtolk, vilken har en snarlik funktion som en doula. En kulturtolk har förutom erfarenhet av förlossningar även kunskap om olika språk och kulturer (Wikberg 2014; Akhavan: 2009:5). Syftet med den här typen av stöd är att överbrygga språkliga- och kulturella svårigheter och kunna ge möjligheter till en jämlik vård för alla kvinnor (ibid).

Akhavan (2009:5) menar att det vid förlossningar finns flera positiva effekter av närvaron av en doula eller kulturtolk. Hon beskriver att ett kontinuerligt stöd under en förlossning minskar andelen instrumentella vaginala förlossningar, kejsarsnitt, behovet av ryggbedövningar samt minskar risken för en långdragen förlossning (ibid:5). Andra studier belyser att genom både fysiskt och

känslomässigt stöd av en doula och kulturtolk kan stress, oro och rädslor hos föderskan minska (Wint et al. 2019:114). Dessa positiva konsekvenser tyder på att det hos många kvinnor finns ett behov som annars inte tillgodoses. Därav är vi intresserade av att undersöka hur kvinnor upplever stödet från vårdpersonalen under sin förlossning och om det eventuellt kan vara något de saknar.

Kapitel 3 - Tidigare forskning

Nedan presenteras tidigare forskning på området och de är indelade i tre kategorier; *Kommunikationsproblem och språkbarriärer*, *Känsla av kontroll och förståelse* samt *Komplexitet*. Vi har valt just dessa kategorier då de enligt oss kan anses representativa för den forskning vi under studiens gång kommit i kontakt med.

3.1 Kommunikationsproblem och språkbarriärer

Kommunikation kan handla om allt från verbalt språk, kroppsspråk och gester till röstläge och beröring. Flertalet tidigare studier tyder på att god kommunikation och gott bemötande inom förlossningsvården är betydelsefull för den aktuella föderskan (Heli & Svensson 2017; JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014; Igarashi, Horiuchi & Porter 2013). Studier visar på att bemötandet har stor inverkan på kvinnans upplevelse av förlossningen och att det även kan påverka tiden efter förlossningen, i form av anknytning till barnet samt föderskans psykiska och fysiska hälsa (ibid).

Inom olika kulturer och språk kan ord och begrepp ha varierande betydelser. Detta kan få konsekvenser då känslouttryck såsom ilska, nedstämdhet och oro kan kräva långa förklaringar och inte endast översättas ordagrant (Bäärnhielm 2016:368). Forskning belyser hur detta kan begränsa patientens möjlighet att uttrycka sig och riskerar att leda till missuppfattningar. Vidare menar Bäärnhielm (ibid) att ett vanligt missförstånd är att vårdpersonal tolkar vissa emotionella besvär som kroppsliga. Annan forskning (JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014:310) tyder på att språkbarriärer inte endast behöver handla om vilket språk personen talar utan kan istället bero på svårigheter att förstå det medicinska språket som i många fall används av vårdpersonal. Det kan därigenom vara tal om att föderska och personal kan kommunicera på samma språk men att vårdpersonalen använder ett språk som är alldeles för avancerat (ibid).

Ovan har kommunikation beskrivits utifrån det verbala språket men en Japansk studie (Igarashi, Horiuchi & Porter 2013:786) pekar på att kommunikationen även

kan ta sig i uttryck genom invanda kommunikationsmönster såsom beröring och ögonkontakt. Författarna förklarar att kommunikationsmönster kan variera mellan olika länder och att det på vissa platser exempelvis kan ses som naturligt med ögonkontakt och närhet medan det på andra platser undviks. I mötet mellan personer med olika kommunikationsmönster kan det uppstå vissa missförstånd och känslor av att bli illa bemött (ibid). Flertalet studier pekar på att vårdpersonal behöver bli medvetna om sitt sätt att kommunicera och vad olika kommunikationsmönster kan få för konsekvenser för patienten (Igarashi, Horiuchi & Porter 2013; JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014; Bäärnhielm 2016). Exempelvis bör vårdpersonal sträva efter att förstå den andres perspektiv samt att uppmärksamma kulturell, social och etnisk mångfald (Bäärnhielm 2016:366). Igarashi, Horiuchi och Porter (2013:788) menar att vårdpersonal behöver utbildas i kulturkompetens samt att de även behöver anpassa sitt sätt att kommunicera utefter patientens kultur.

Vissa forskare argumenterar dock för att kulturella och språkliga skillnader inte behöver leda till missförstånd utan att det endast kan innebära en förhöjd risk (Bäärnhielm 2016:366). Exempelvis menar Grogolopo och Ahlberg (2006:4) att kulturbegreppet istället för att bidra till ökad förståelse och inkludering kan förstärka eventuella stereotyper och fördomar. Ett exempel på detta är att vita Européer tenderar att avskriva sig själva kultur och etnicitet genom att se sin egen kultur som universell norm (Wikström 2013:324). Alla som inte är vita Européer ses därigenom som avvikande och bärare av kultur och etnicitet, vilket tenderar att förknippa kultur med primitiva och outvecklade vanor (ibid).

3.2 Känsla av kontroll och förståelse

Flertalet studier (JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014; Heli och Svensson 2017) tyder på att det under en förlossning är av stor betydelse att föderskan känner att hon har kontroll över situationen. Kvinnor som under en förlossning stött på kommunikationsproblem kan däremot uppleva att de inte haft kontroll över sin kropp vilket kan uppfattas som känslomässigt påfrestande (ibid). Andra känslor som är förknippade med negativa förlossningsupplevelser beskriver Heli och Svensson (2017:31) är förlossningsrädsla, brist på delaktighet, kontrollförlust,

ensamhet och en vilja att ”ge upp”. Författarna menar därmed att kommunikationen kan antas vara avgörande för huruvida kvinnan känner att hon haft kontroll över situationen eller inte. Kärleksfulla och stöttande personer omkring föderskan, vare sig det är vårdpersonal eller eventuell partner, är därför av stor betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse (ibid). Vidare menar Heli och Svensson (ibid:31) att en positiv förlossningsupplevelse ofta grundar sig i känslor av att bli sedd, hörd och fullt ut accepterad i sina känslor och beteenden samt att stödet är individanpassat. Bristfälligt stöd och bemötande kan därigenom leda till att en på pappret vanlig förlossning kan upplevas som en traumatisk händelse (ibid:32).

3.3 Komplexitet

Resultat från tidigare forskning visar även på en stor komplexitet vad gäller upplevelsen av en förlossning. I en amerikansk studie (JiYoung Seo, Wooksoo och Dickerson 2014:311) framkommer att det är många olika aspekter som samverkar och påverkar en föderskas förlossningsupplevelse. Det kan exempelvis handla om att tillgång till läkare som talar samma språk som föderskan kan hänga samman med var kvinnan bor. JiYoung Seo, Wooksoo och Dickerson (ibid) argumenterar dock för att språket inte alltid är det viktigaste i kontakt med förlossningsvården, utan att det snarare är möjligheten att bygga en bra relation till personalen. Detta kan påverkas av bland annat arbetsbelastning hos vårdpersonal samt personlig lämplighet för yrket (ibid). Författarna skriver att det kan vara svårare att bygga en god relation till personalen om arbetsbelastningen är hög eller då personalen är stressad. De tar även upp att vissa av vårdpersonalen är bättre på att skapa kontakt med föderskor än andra (ibid:314). En annan aspekt av komplexiteten beskrivs i en studie av Wint et al. (2019:122) och i den framkommer vikten av att kunna identifiera sig med vårdpersonalen. Författarna har intervjuat doulor som beskriver att kvinnor i många fall uppskattar att ha en doula med liknande upplevelser som kvinnan själv. Det kan röra sig om allt från att ha en liknande kultur eller etnicitet till att ha samma socioekonomiska bakgrund eller att vara ensamstående mamma (ibid). Doulorna beskriver även att många svarta kvinnor också vill ha en doula som är svart, eftersom det kan göra att doulorna lättare kan sätta sig in i och förstå kvinnornas situation (ibid).

Ytterligare en del av komplexiteten kan vara att föda barn i ett annat land än där familj och anhöriga befinner sig. Många av de som föder barn i ett annat land ingår i en transnationell familjekonstellation, vilket Righard (2015:40) beskriver som nära relationer som sträcker sig över nationsgränser. Johnsdotter (2007:68) menar att en familjetillhörighet inte nödvändigtvis behöver ha med geografisk placering att göra utan att många familjer känner en sammanhållning trots att de större delen av livet befinner sig på olika platser. I jämförelse med den dominerande västerländska familjekonstellationen, beskriver Johnsdotter att transnationella familjer kan ses som utmanande och Righard (2015:41) menar att de är stigmatiserade.

Ovanstående resonemang tyder på att en kvinnas förlossningsupplevelse påverkas av en rad olika aspekter både på individ- och samhällsnivå.

Kapitel 4 - Teorier och teoretiska begrepp

Vi har valt att använda oss av de teoretiska begreppen *kultur* och *erkännande*. Begreppen kan komma i uttryck på både individ- och organisationsnivå, vilket är i linje med vår studie då vi undersöker just mötet mellan dessa. Dessutom tycks villkor, övertygelser och åsikter kring förlossning variera mellan olika platser vilket gör att kultur blir ännu mer intressant då dessa faktorer kan relateras till begreppet. Kulturbegreppet brukar även innefatta språk och likväl detta är något som finns med i våra frågeställningar. Vad gäller erkännandebegreppen blir det relevant då vi i studien undersöker olika typer av möten och det är främst i interaktionen mellan människor som erkännande kommer till uttryck.

4.1 Kultur

Kultur är ett mångfacetterat och vittomfattande begrepp. Begreppet kan innefatta allt ifrån bakteriekultur inom naturvetenskapen och estetiska uttryck i form av musik och teater till att ta sig uttryck inom samhällsvetenskapen i form av undersökandet av mänskligt beteende (Barth 1998:14). Fokuset för denna uppsats kommer att ligga på det senare. Vi undersöker därmed endast kultur i form av mänskligt beteende och lägger inte fokus på varken de naturvetenskapliga eller estetiska aspekterna.

4.1.1 Tre perspektiv

Enligt Wikström (2009:32) kan kulturbegreppet delas in i tre övergripande kategorier; essentialism, socialkonstruktivism och postkolonialism. Inom det essentialistiska synsättet ses kultur som inneboende och oföränderligt. Essentialister menar att människan föds in i en viss kultur och att det är något som hon har med sig hela livet. Kulturen kan därmed aldrig komma att ändras utan förblir densamma oavsett den aktuella kontexten (ibid:33). Till skillnad från ett essentialistiskt perspektiv ser det socialkonstruktivistiska perspektivet kultur som något föränderligt och kontextbundet (ibid:34). Dominelli (2018:20) beskriver att en socialkonstruktivist ser kultur som ständigt skiftande och som förändras beroende på vilken kontext personen befinner sig i samt vilka personer hon möter. Inom detta perspektiv är kultur inget inneboende utan kommer i uttryck genom språk, symboler och ritualer (Wikström 2009:36). Till sist har vi det postkoloniala

perspektivet där kultur antas hänga samman med kontext, omgivning samt hur en person uttrycker och identifierar sig (ibid:37). I likhet med det socialkonstruktivistiska perspektivet ses kultur här som något föränderligt och Hall (1999:233) beskriver att både historien, nutiden och hur man ser på framtiden påverkar utvecklandet av en viss kultur. Inom detta perspektiv är det människor själva som bestämmer vad deras kultur ska innefatta och därmed är kultur inget man föds in i (Barth 1998:14).

De olika perspektiven på kultur får, både generellt och i studiens resultat, olika konsekvenser och följder. Wikström (2009:34) menar att det essentialistiska perspektivet riskerar att låsa in människor i en kultur de själva inte skulle identifiera sig med, vilket kan riskera att skada självbilden och självkänslan. Kulturbegreppet kan också riskera att bidra till kategoriseringar, stereotypiseringar samt fördomar om människor från andra länder (Grogolopo & Ahlberg 2006:4). Det kan exempelvis leda till föreställningar om att vissa kulturer är överordnade andra (Wikberg 2014:2). Dominelli (2018:20) menar dessutom att kulturbegreppet kan bidra till en uppdelning av "vi" och "dem", där de inom samma kultur får en gemenskap medan utomstående distanseras. Andra argumenterar för att kultur riskerar att linda in ordet diskriminering genom förklaringar som "kulturkrockar" eller "kulturella skillnader", när det i själva verket handlar om diskriminering i form av rasism (Grogolopo & Ahlberg 2006:4).

Nedan följer en redogörelse för begreppet "kulturell identitet". Vi har valt att utgå från det postkoloniala perspektivet där kultur ses som föränderligt och socialt konstruerat:

4.1.2 Kulturell identitet

Enligt Hall (1999:231) kan kulturell identitet beskrivas som olika sätt att definiera och positionera sig själv utifrån kultur och kulturella skillnader. Hall menar att alla människor bär på en kulturell identitet och att denna utvecklas och förändras beroende på hur individen identifierar sig med olika tillhörigheter. En persons kulturella identitet kan uttrycka sig på olika sätt, bland annat genom materiella ting i form av kläder, accessoarer och mat eller genom symboliska handlingar

såsom traditioner, ritualer eller språk (ibid). Righard (2015:36) beskriver dessutom att den kulturella identiteten även innefattar hur en person värdesätter olika platser och händelser. Med andra ord kan den kulturella identiteten beskrivas som något konkret som är här och nu, men samtidigt påverkas av det förflutna samt tankar om framtiden (Hall 1999:231). Ett exempel är hur en person förhåller sig till sina förfäders traditioner och levnadssätt. Den kulturella identiteten påverkas därigenom av huruvida personen identifierar sig och tillämpar förfädernas traditionerna eller inte (ibid:242). Även om senare generationer inte vuxit upp på samma plats kan traditionerna finnas dolda i olika vanor, språk eller sagor. Om personen tvärtom inte alls identifierar sig med förfädernas levnadssätt och kultur kan även detta ha påverkan på personens utvecklande av den kulturella identiteten (ibid).

Hall (1999:231) belyser dessutom att den kulturella identiteten påverkas av den rådande kontexten då både tid och plats har inverkan på människans levnadssätt. En människa som flyttar från en plats till en annan kommer därmed, i förhållande till den nya kontexten, behöva omvandla sin kulturella identitet (Righard 2015:36). Kontexten kan därigenom påverka personens syn på ursprungsplatsen och hur hon identifierar sig med denna. Det kan ta sig i uttryck genom att förändra vissa traditioner eller värderingar i livet vilket i sin tur kan inverka på hur personen beskriver sig själv, sitt förflutna och hur hon ser på framtiden (ibid).

4.1.3 Organisationskultur

Likt enskilda individer har även organisationer en viss kultur vilken kan bestå i normer, strukturer och regler (Schein 2004:14). Kulturen skapas och utvecklas genom att individer inom organisationen interagerar med varandra och omgivningen (ibid).

Organisationskultur är ett sätt för medlemmar att förklara och förstå olika fenomen och utifrån detta utvecklas vissa grundläggande strategier och antaganden för att kunna hantera fenomenen (Schein 2004:10). När strategierna använts under en längre tid kan de tillslut bli normaliserade och förstås som det "riktiga sättet" att förstå omgivningen. Strategierna lärs sedan ut till nya

medlemmar och på så sätt kan den rådande kulturen ses som självklar. Det är på detta sätt som normer, värderingar och antaganden inom organisationer växer fram och kan i vissa fall ses som svårföränderliga och orubbara (ibid). För att ge exempel på hur detta kan komma i uttryck inom förlossningsvården kan vi se till de regionala skillnaderna vad gäller synen på kejsarsnitt (Socialstyrelsen 2019; Groth & Bjurwald 2019). Socialstyrelsen (2019:23) förklarar i en rapport att det är regionernas praxis och rutiner som styr besluten gällande kejsarsnitt. Det kan röra sig om etablerade normer, exempelvis att regionen sedan en längre tid varit restriktiv kring kejsarsnitt och därmed fortsätter att vara det trots att omständigheter förändras (ibid). Det är just dessa mönster som så småningom kan komma att kallas för en kultur och kan vara ett sätt att förstå hur skillnader mellan organisationer kan uppkomma och bestå (Schein 2004:17). Hur stark en kultur är kan bland annat bero på hur länge organisationen funnits, hur stabiliteten i medlemskapet ser ut samt vad organisationen utsatts för och genomgått (ibid:11).

4.2 Erkännande

Vårt andra teoretiska begrepp är erkännande som även det innefattar olika definitioner och perspektiv. Den definition vi har valt att utgå från är Axel Honneths teori, där fokus ligger på människors subjektiva upplevelser och grundar sig i ett socialt handlande (Heidegren 2009:3). Honneth beskriver att erkännande kan vara allt från visandet av uppskattning, bekräftandet av en annan människa, stöttandet av en god vän till att ge en omsorgsfull barnuppfostran (ibid:7). Genom att bekräfta, acceptera och bejaka en annan människas sätt att vara, agera eller handla, erkänns personen som fullvärdig samhällsmedborgare vilket kan bidra till en positiv självuppfattning och självbild (Heidegren 2009:3). Erkännande kan ses som ett grundläggande mänskligt behov och kan antas avgörande för hur en person ser på sig själv och även sin omgivning (ibid:10).

En grundtanke inom Honneths (2003:93-94) erkännandeteori är att människor för att kunna utveckla en personlig identitet och positiv relation till sig själva är i behov av ett flerdimensionellt erkännande från andra. Motsatsen till erkännande kallas missaktning, vilket kan innebära allt från att bli förbisedd och utesluten till att bli utstött eller stigmatiserad (ibid:8). Till skillnad från erkännande riskerar

missaktning att få en negativ påverkan på den personliga identiteten och självbilden såsom psykiskt eller fysiskt lidande eller känslor av vrede, frustration och skam (Heidegren 2009:32).

Erkännande existerar på flera olika nivåer och två av dessa kallar Heidegren (2009:64) för mikro- och makronivå. Inom mikronivån ses erkännande som något interpersonellt och fokus ligger här på gester, handlingar och attityder (ibid:65).

Erkännandets makronivå innefattar istället institutionaliserade erkännandeordningar. Det kan exempelvis handla om allas rätt till sjukvård, skolgång, rösträtt och yttrandefrihet. Heidegren (ibid:116) menar att dessa ordningar är inte statiska utan förändras över tid, främst genom social kamp mellan samhällsgrupper, exempelvis kvinnors historiska kamp för rösträtt eller papperslösas rätt till sjukvård (ibid:116).

Erkännande kan antas viktigt för människors välbefinnande på både individ- och samhällsnivå och Honneth (2003:96) delar in dessa i tre olika former. Nedan följer en redogörelse över formerna:

4.2.1 Tre former av erkännande

Den första formen av erkännande kallas *kärlek* och handlar främst om omsorg inom primärrelationerna (föräldrar, familj, vänskap, partnerskap). Kärlek kan beskrivas som en människas grundläggande trygghet och det är här som tilltron till omgivningen byggs upp (Honneth 2003:96). Honneth beskriver att det är genom kärlek som det basala självförtroendet hos en människa utvecklas och likaså förmågan av att kunna vara ensam. Kärlek är grundförutsättningen för självförverkligande och det är den som ger möjligheten att kunna ta kontroll över sitt eget liv (ibid:108).

Den andra formen av erkännande kallar Honneth för *rättsligt erkännande*. Här ligger individens rättigheter och värde i fokus och det handlar främst om att kunna bemötas med grundläggande respekt och erkännas som fullvärdig rättsperson (Heidegren 2009:30). Det rättsliga erkännandet har stor påverkan på en människas syn på sig själv och sin egen värdighet i förhållande till omgivningen.

Den tredje formen av erkännande beskriver Honneth (Heidegren 2009:31) som *social uppskattning* eller *solidaritet*. Här erkänns personen i sin personlighet och blir därigenom medveten om sina positiva egenskaper och att de ses som värdefulla och givande för andra (ibid). Denna erkännandeform handlar inte bara om att vara tolerant och accepterande mot andra utan att även uppmuntra och värdesätta andra personer och deras sätt att vara. Genom att bli erkänd menar Honneth att personen får en högre självuppskattning och kan utveckla en större självförståelse (ibid).

4.2.2 Tillbörligt och för lite erkännande

Det finns olika grader av erkännande och två av dessa är *tillbörligt erkännande* och *för lite erkännande*. Honneth (Heidegren 2009:99) beskriver tillbörligt erkännande som eftersträvansvärd då det här råder balans mellan bejakandet från andra och den egna självbilden. Personen får varken för mycket eller för lite erkännande utan får det erkännande hon anses vara i behov av. Inom denna nivå är det enkelt för personen att utveckla en positiv självrelation och därmed också en god självbild (ibid). För lite erkännande innebär att personen inte får ett tillräckligt erkännande. Personen får erkännande ibland i vissa situationer men vet aldrig i vilka situationer det kommer att vara. Det kan handla om att hon inte blir bekräftad i sina känslor, vilket kan leda till en osäkerhet och rädsla. Att inte veta när erkännandet kommer kan leda till känslor av frustration och irritation (Heidegren 2009:99).

Kapitel 5 - Metod

I det här kapitlet kommer vi redogöra för hur vi gått tillväga med vår studie och vilka överväganden vi gjort. Nedan redogörs våra tillvägagångssätt för att hitta relevant litteratur och sedan presenteras insamlingen av empirin och hur den analyserats.

5.1 Litteratursökning

5.1.1 Sökord och plattformar

För att hitta relevant litteratur och tidigare forskning inom ämnet använde vi framförallt hemsidorna; *Google Scholar*, *Scopus* och *Supersök på Göteborgs universitetsbibliotek*. Vi sökte även information från olika debattartiklar, hemsidor samt utredningar från socialtjänsten och andra myndigheter. De sökord vi använde var främst: *föda barn utomlands*, *giving birth abroad*, *föda barn i annat land*, *föda barn*, *kultur*, *childbirth*, *midwifery care*, *doula*, *pregnancy*, *social support*, *childbirth*, *interpersonal relations*, *interpersonal communications* och *interprofessional relation*. Ytterligare en metod för att komma i kontakt med relevanta källor var att läsa referenslistor från tidigare studier och böcker som universitetet under andra kurser rekommenderat. Detta gjorde vi framförallt för att hitta litteratur kring teorierna och för att kunna läsa de primärkällor som författarna refererat till.

5.1.2 Värdering av källor

I valet av källor utgick vi från Alexanderssons (2016:9) fyra kriterier; äkthet, tid, beroende och tendens. För att kunna avgöra huruvida en källa i form av forskning var äkta eller inte kollade vi upp om den hade ett metodavsnitt, var studien var publicerad samt vem som skrivit den. Vi avgränsade oss till att inte använda för gamla artiklar utan strävade efter att hitta så nya och aktuella publikationer som möjligt. Vi försökte även hitta spridning i den tidigare forskningen, både gällande vilket land de var skrivna i samt ur vilkas perspektiv. Då vi i bakgrundskapitlet använde oss av flertalet debattartiklar och hemsidor tog vi även extra hänsyn till Alexanderssons (2016:9) beroendekriterium. Vi har därigenom strävat efter att

välja ut så oberoende hemsidor som möjligt, exempelvis etablerade tidningar som Svenska dagbladet eller från den etablerade organisationen RFSU. Dock kan dessa ha varit beroende av exempelvis politisk åskådning vilket gör att källorna inte kan ses som helt fristående och värderingsfria. För att kompensera detta har vi försökt belysa olika åsikter och perspektiv.

5.2 Kvalitativa intervjuer

För att uppnå syftet med studien, att få en ökad förståelse för utrikes födda kvinnors upplevelser av att föda barn i Sverige, använde vi en öppen forskningsmetod. Studien grundar sig därmed inte i någon hypotes utan är ett försök att utforska ett, för oss, nytt ämne (Bryman 2018:460). Eftersom det är just upplevelser vi är intresserade av ansåg vi att kvalitativa intervjuer var lämpligt. Detta grundar vi i Kvale & Brinkmans (2009:15) uttalande kring att kvalitativa intervjuer lämpar sig bäst om syftet är att komma ett fenomen in på djupet och ta del av subjektiva upplevelser. Då barnafödande och graviditet kan upplevas som ett känsligt och personligt ämne valde vi utifrån Kvale & Brinkmans (ibid) resonemang att genomföra intervjuerna enskilt och inte i grupp.

5.2.1 Semistrukturerade intervjuer

Inom kvalitativa intervjuer finns olika typer av intervjumetoder såsom strukturerade, semistrukturerade och ostrukturerade intervjuer. Vi har valt att använda oss av semistrukturerade intervjuer utifrån att de har en preliminär struktur vad gäller förutbestämda intervjufrågor, ämnen och teman men att dessa under intervjuens gång kan komma att ändras (Bryman 2018:563). Semistrukturerade intervjuer ger plats för nya ämnen att träda fram vilket medför stor frihet för intervjupersonen att utforma svaren på sitt eget sätt (ibid). Då vårt syfte var brett och vår kunskap endast var baserad på tidigare forskning ville vi inte styra in intervjupersonerna på förutbestämda spår utan ge utrymme för att ta upp även annat än det vi frågade om. Genom detta kunde intervjupersonerna utforma svaren fritt vilket passade bra eftersom vi ville höra deras personliga och subjektiva upplevelser.

5.3 Urval

Utifrån syftet och frågeställningarna var det utrikes födda kvinnor vi ville komma i kontakt med. Då det uppenbarligen var omöjligt för oss att undersöka alla utrikes födda kvinnors upplevelser behövde vi göra ett visst urval. Det finns olika vägar för att göra ett urval och vi började med att specificera vår population. Från alla utrikes födda kvinnor i Sverige gick vi till kvinnor som flyttat till Sverige i vuxen ålder. Detta för att vi tänkte att det kunde ha betydelse om personen vuxit upp i ett annat land jämfört med att födas i ett land och flytta till Sverige som liten. Eftersom vi ville undersöka kommunikationen valde vi också att begränsa populationen till kvinnor som inte har svenska som modersmål eftersom vi tror att detta kan haft påverkan. Ett annat kriterium var att kvinnan skulle ha fött barn i Sverige. Vi valde att inte begränsa urvalet till varken kvinnan eller barnets ålder eftersom vi ansåg att det skulle bli enklare att hitta intervjupersoner samt att vi inte bedömde att faktorerna var relevanta för frågeställningarna.

Enligt Bryman (2018:277) finns två metoder som är vanligast vad gäller urval; sannolikhetsurval och icke-sannolikhetsurval. Sannolikhetsurval innebär att personer slumpmässigt väljs ut medan icke-sannolikhetsurval inte är slumpmässigt (ibid). Skillnaden är att ett slumpmässigt urval i högre utsträckning kan generaliseras samt anses mer representativt till populationen (ibid:254). Vi har inte haft möjlighet att göra ett slumpmässigt urval, och vår studie gör heller inte anspråk på generaliserbarhet, däremot belyser den ett antal utrikes födda kvinnors upplevelser.

5.3.1 Kontakt med fältet

För att nå ut till potentiella intervjupersoner utformade vi ett informationsbrev där studiens syfte framgick samt våra förväntningar och krav på intervjuerna (se bilaga 1). Till en början avgränsade vi oss till Göteborgsområdet då det är staden vi studerar i och med tanke på tidsbrist och ekonomiska resurser var det inte möjligt att resa till andra städer för intervjuer.

5.3.2 Öppna förskolor

Vår första metod för att komma i kontakt med intervjupersoner var att vända oss till öppna förskolor i Göteborg, då vi tänkte att det kunde finnas föräldralediga mammor som hade tid och lust att medverka. Utifrån en lista över samtliga öppna förskolor i Göteborg valde vi ut sju stycken som vi sedan kontaktade via mejl. Vi beskrev vårt syfte, bifogade informationsbrevet och sa att vi gärna kom och presenterade oss. Totalt var det tre öppna förskolor som svarade, två skulle hänga upp informationsbrevet på förskolan och en svarade att vi gärna fick komma och presentera studien. Vi åkte till den öppna förskolan och möttes av förskolans föreståndare som berättade att det finns föräldrar från många delar av världen där. Föreståndaren gick fram till mammorna som hon trodde var i rätt målgrupp och sa att vi kunde fråga om de ville delta. Vi berättade om studien och gav ut informationsbrevet (se bilaga 1) och tryckte på att deltagandet var helt frivilligt och att de inte behövde bestämma sig på plats. De flesta av mammorna upplevdes tveksamma men tog ändå emot informationsbrevet. Ingen förälder från den öppna förskolan hörde av sig.

5.3.3 Snöbollsurval

Eftersom vi inte kom i kontakt med intervjupersoner genom öppna förskolor tillämpades istället ett snöbollsurval. Bryman (2018:222) menar att snöbollsurval är ett vanligt andrahandsval då forskare inte lyckats rekrytera intervjupersoner på andra sätt. Den här typen av urval innebär att forskaren använder sitt kontaktnät för att komma i kontakt med intervjupersoner (ibid:245). Vi kontaktade personer vi kände och bad dem fråga personer som eventuellt kunde vara intresserade att delta. För att göra detta använde vi sociala medier så som Messenger, Instagram och Snapchat samt hörde av oss via telefon. Vi var noga med att inte fråga folk vi hade en nära relation till privat då vi tänkte att de kunde påverka personens möjlighet att säga nej. Totalt kom vi i kontakt med sju personer som var intresserade av att delta och vi intervjuade samtliga. Dock valde vi att inte ha med en av intervjuerna i resultatet då kvinnans barn var med och tolkade vilket vi upplevde problematiskt och i efterhand har vi insett att intervjun borde avbrutits. Intervjupersonerna kom från olika länder vilka var: Bulgarien, England, Iran, Kongo, Spanien och Syrien. Vi tyckte det var positivt att intervjupersoner var från

olika länder då det skulle kunna leda till ett bredare perspektiv eftersom personer från samma land potentiellt kan ha liknande upplevelser av förlossningsvården. Dock bodde samtliga av de kvinnor vi intervjuat i Västsverige och flera bodde dessutom i samma stad. Vi har reflekterat kring hur detta kan ha påverkat studiens resultat och kommit fram till att det hade varit bättre om kvinnorna bott i olika delar av Sverige då resultatet nu kan riskera att vara vinklat.

5.4 Genomförande av intervjuer

Intervjupersonerna fick själva välja tid och plats för intervjun. Vi berättade att vi i första hand ville träffa intervjupersonen ansikte mot ansikte för att på så sätt inte missa viktiga kroppsspråk och ansiktsuttryck som eventuellt skulle kunna tyda på att personen kände sig obekvämt. Vi beskrev dock att det var upp till intervjupersonen hur hon ville att intervjun skulle gå till och att den även kunde hållas via telefon eller Skype. På grund av den rådande corona-krisen samt att en del intervjupersoner bodde långt bort lämpade sig telefonintervjuer i vissa fall bättre. Totalt intervjuades sju personer varav tre vi fick komma hem till, en ägde rum på personens arbetsplats och tre genomfördes via telefon.

I de fall vi träffade intervjupersonen ansikte mot ansikte hade vi med oss ett A4 med olika teman att utgå ifrån (se bilaga 2). Detta för att ge intervjuerna sammanhang och viss struktur samt att det eventuellt kunde underlätta för intervjupersonen att ha något att fästa blicken vid. De olika temana var; *Språk*, *Graviditet och förlossning*, *Kommunikation* samt *Stöd*. Anledningen att vi valde dessa teman var för att de låg i linje med vårt syfte och frågeställningar och temat *Graviditet och förlossning* gav intervjupersonen frihet att berätta fritt om det hon förknippar med ämnet. Temapappret låg på bordet mellan oss och intervjupersonen under hela intervju-sessionen och vid telefonintervjuerna beskrev vi temana muntligt.

För att göra intervjuerna så standardiserade och lika som möjligt använde vi oss av en intervjuguide med olika frågor (se bilaga 3). Majoriteten av frågorna var öppna vilket Kvale och Brinkman (2009:149) menar främst bör användas inom kvalitativa intervjuer då de blir mer djupgående och omfattande. De öppna

frågorna började med meningar som: ”Skulle du kunna berätta om...”, ”Hur upplevde du...” eller ”Hur var det för dig att...”. Vi ville därigenom inte styra in intervjupersonen på något särskilt spår eller riskera att leda in intervjupersonen på något förutbestämt ämne. Kvale och Brinkman (ibid) beskriver dock att det kan vara behövt att använda mer riktade och stängda frågor för att intervjun inte ska ”sväva iväg”. Det kan även vara bra då intervjuaren är intresserad av något mer specifikt (ibid). Exempel på stängda frågor vi använde oss av var: ”Vilka språk pratar du?”, ”Vilket är ditt modersmål?”, ”Hur många barn har du?” och ”Var befann du dig när du födde barn?”. De flesta riktade frågorna var i början av intervjun och fungerade som uppvärmningsfrågor. Efter varje tema frågade vi intervjupersonen om det var något mer hon ville tillägga innan vi gick vidare. Vår förhoppning var därigenom att ge intervjupersonen en chans att kunna berätta sådant som vi inte frågat om.

Under samtliga intervjuer var vi två intervjuare och en intervjuperson. Anledningen att vi båda var med under intervjuerna var för vi båda önskade vara ansvariga och delaktiga i samtliga moment under studien. Vi ansåg att det kunde vara bra att båda var med då man uppfattar saker på olika sätt och därigenom kanske ställer olika typer av följdfrågor. I slutet av varje intervju var vi även noga med att fråga hur intervjupersonen upplevt intervjun, vad hon tyckte om frågorna, om det var något vi skulle tänka på i framtiden och om det var något vi kunde gjort annorlunda. Innan intervjun avslutades berättade vi även att intervjupersonen kunde höra av sig om hon kom på något i efterhand eller tyckte att något inte hade känts bra. Avslutningsvis frågade vi även om hon ville ta del av uppsatsen när den var färdig. Detta är viktigt att fråga menar Kvale och Brinkmann (2009:145) då det kan inge en känsla hos intervjupersonen av betydelse och även kontinuitet. Vi hade en positiv känsla när intervjuerna avslutades, stämningen var god och det kändes som att kvinnorna upplevt intervjun som givande.

5.5 Analyismetod

5.5.1 Transkribering

Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades. Intervjuerna delades upp mellan oss och vi transkriberade tre var. I huvudsak transkriberades intervjuerna

ordagrant med undantag för vissa vardagsuttryck som ”eeh”, ”ööh” och ”hmm”. Vi bedömde att dessa inte tillförde något till kvinnornas berättelser. Samtidigt menar Kvale och Brinkman (2009:149) att pauser, suckar och dylikt kan vara ett tecken på att ett ämne är känsligt eller viktigt och kan därför behövs tas hänsyn till. Detta var något vi märkte i vissa intervjuer och i dessa fall kändes det mer relevant att ha med långa pauser, suckar och dylikt. Efter överväganden har vi även valt att i intervjuerna rätta till en del grammatiska fel. Vår slutsats blev att det kändes mer respektfullt mot intervjupersonerna att göra vissa småjusteringar då talspråk i många fall skiljer sig från skriven text (ibid). Dessutom var det vissa intervjupersoner som uttryckte att de tyckte det var jobbigt att de inte kunde så mycket svenska vilket gjorde vårt beslut mer befogat.

5.5.2 Tematisk analys

För att analysera den insamlade empirin använde vi oss av tematisk analysmetod. Bryman (2018:702) menar att tematisk analys är att föredra vid kvalitativa intervjuer och att det ger en övergripande och samtidigt djup förståelse för intervjupersonernas uttalanden. Vid tematisk analysmetod läses intervjuerna ordagrant för att sedan delas upp i övergripande teman och kategorier. Dessa teman kan vara sådant som i intervjuerna var återkommande eller tvärtom något avvikande och som kan antas väcka intresse (ibid). Kvale och Brinkmann (2009:217) beskriver denna process som kodning och menar att det är en användbar metod då intervjumaterial till en början kan kännas övermäktigt och rörig. Detta var något vi upplevde i början av processen men att det efter hand blev lättare då materialet kodades i form av olika teman. Vi valde att dela upp intervjuerna mellan oss och koda på varsitt håll för att sedan byta intervjuer och jämföra de olika teman vi kommit fram till. Under kodningsprocessen strävade vi efter att ha ett öppet och objektiva perspektiv på temana som kunde tänkas komma fram. Samtidigt var våra teoretiska begrepp ständigt närvarande och kan antas format vilka teman vi kom fram till. Enligt Bryman (2018:478) kan detta beskrivas som en abduktiv analysmetod. Han menar att då forskaren strävar efter att förstå den aktuella verkligheten samtidigt som hon har vissa teoretiska referensramar att förhålla sig till är metoden varken induktiv, då intervjumaterialet formar de teoretiska perspektiven eller deduktiv, då de teoretiska perspektiven

formar intervjumaterialet. Abduktiv analysmetod kan beskrivas som en blandning mellan dessa och det ger enligt Bryman forskaren stor frihet att kunna variera sig mellan metoderna (ibid).

De ämnen och kategorier vi valde ut från intervjuerna var sådant som var återkommande och som låg i linje med vårt syfte och våra frågeställningar. Totalt utformades fem olika teman med tillhörande underteman. Dessa presenteras i form av ordagranna citat och vi har försökt få med citatens helhet och kontext för att minska risken att ta citaten ur sitt sammanhang. Slutligen är kvinnornas riktiga namn i resultatet dolda och ersatt med fiktiva namn. Detta på grund av att vi kommit överens med kvinnorna om att de i studien skulle förbli anonyma samt att vi upplevde det som mer personligt att benämna kvinnorna vid namn istället för exempelvis Intervjuperson 1, 2 eller 3. De fiktiva namn som vi valt ut är namn som är vanligt förekommande i de länder kvinnorna kom ifrån. Detta för att kunna skapa trovärdighet och inte riskera att använda namn som kvinnorna inte kunde ha någon sorts relation till.

5.6 Språk

En annan aspekt vi reflekterade kring under hela forskningsprocessen var språk. Vi ställde oss frågor som: ”Vilka språk kan intervjuerna genomföras på?”, ”Vill vi använda oss av tolk?”, ”Ska intervjuerna översättas i resultaten och vad kan det i så fall få för konsekvenser?”. Vi beslutade att hålla intervjuerna på svenska eller engelska då det är språk vi båda behärskar. Frågan kring tolk upplevde vi som problematisk då vi gärna även velat komma i kontakt med personer som inte behärskar svenska eller engelska. Då vi inte hade tillgång till utbildad tolk gjordes bedömningen att vi inte kunde fråga andra personer än de som pratar svenska eller engelska, vilket vi ser som en stor brist.

En av intervjuerna hölls på engelska och vår tanke var till en början att översätta den till svenska för att öka anonymiteten. Med tanke på att vissa citat och ord som kvinnan uttryckte inte detsamma på svenska valde vi att behålla intervjun på engelska för att inte komma för långt ifrån kvinnans berättelse. Bryman (2018:454) menar att då en intervju översätts riskerar intervjupersonens bakomliggande mening och historia att inte komma fram och detta var ännu en

anledning till att behålla intervjun på engelska.

Vi har i studien valt att kalla länderna kvinnorna är födda och uppvuxna i för "hemland". Ett alternativ hade kunnat vara att istället använda begreppet "ursprungsland" eftersom "hemland" riskerar att frånta erkännandet av ett hem samt ibland förekommer i rasistiska diskurser. Dock var det "hemland" som kvinnorna själva använde för att beskriva landet de kom ifrån och det kan därmed antas som det bästa sättet för att kunna tolka och beskriva kvinnornas upplevelser.

5.7 Etik

Inom all forskning krävs reflektion kring etik och utifrån Vetenskapsrådets nationella riktlinjer (2002:5) bör kunskapsbidrag vägas mot risken för negativa konsekvenser för deltagarna. Konsekvenser ska övervägas både på lång och kort sikt och de positiva konsekvenserna bör överväga de negativa (ibid:89). Nedan presenteras våra överväganden och dilemman vi stött på samt en diskussion kring förbättringsområden.

5.7.1 Reflektion kring syfte och metod

Då vi i vår studie vägt för- och nackdelar mot varandra har vi framförallt sett till hur intervjupersonerna påverkats men även vad studien kan bidra till generellt. Både tidigare forskning och olika rapporter visar att det finns brist på studier ur föderskors perspektiv (Akhavan 2009; Stephansson et al 2017). Detta talar för att vår forskning skulle kunna ha en positiv inverkan och bidra till en större förståelse och medvetenhet kring kvinnornas upplevelser och känslor. Även de facto att bland annat Akhavan (2009:4) belyser att det förekommer diskriminering inom förlossningsvården men att det även här främst är andras röster som hörs är ett tecken på att vår studie skulle kunna bidra till samhällsdebatten.

Vår studie innebär flertalet risker. Vi författare är båda födda och uppvuxna i Sverige, har inga egna erfarenheter av att föda barn och därigenom kan man fråga sig om vi är rätt personer att genomföra denna studie. Genom att vi inte har förförståelse kring ämnet kan vi dessutom riskera att missa eller inte förstå en del viktiga aspekter. Däremot ger det större möjlighet att vara öppna för materialet

och inte gå in på förutfattade meningar vilket kan ses som positivt. Vi kan ses som rätt långt ifrån de personer vi intervjuat vilket skulle kunna bidra till en uppdelning av “vi” och “dem”. Där “vi” som är födda i Sverige undersöker “de” som inte är födda i Sverige. Utan att reflektera kring detta och göra medvetna val skulle studien kunna riskera att bidra till ytterligare diskriminering och förstärkning av fördomar. I problemformuleringen lyfter vi fram antagandet om att utrikes födda kvinnor har andra upplevelser av att föda barn i Sverige än kvinnor som är födda inrikes. Likväl här riskerar vi att bidra till en förstärkt uppdelning och kategorisering av människor från olika länder. De negativa konsekvenserna måste vägas mot de facto att flertalet studier tyder på att utrikes och inrikes födda kvinnor har olika upplevelser av bemötandet inom förlossningsvården. Genom att inte undersöka detta och istället negligera faktumet att vissa kvinnor får ett bättre bemötande än andra riskerar diskrimineringen att förminska och osynliggöras. Därmed anser vi att vår studie är av större nytta än skada och kan lyfta fram och synliggöra kvinnornas olika tankar, känslor och upplevelser.

5.7.2 I mötet med intervjupersonerna

En målsättning, särskilt inom kvalitativ forskning då det främst är människors privatliv som undersöks, är att intervjupersonerna ska ta så liten skada som möjligt (Kvale & Brinkmann 2009:90). Vi som forskare ansvarar för situationen och för att den ska bli så bra som möjligt så gäller det bland annat att hitta balansen mellan en terapeutisk roll och samtidigt inte framstå som kylig och ointresserad (ibid). Hur situationen hanteras kan påverka om studien blir etiskt försvarbar, bland annat då forskaren har ett maktövertag som inte får missbrukas (ibid:19).

Ett dilemma vi stötte på i vissa intervjuer var kring vilka följdfrågor vi borde ställa samt hur vi bemötte kvinnornas känslor. Då en förlossning kan vara ett känslofyllt minne var vi beredda på att möta starka känslor. Dock skedde detta endast i ett fåtal intervjuer, exempelvis då kvinnorna beskrev att det var länge sedan de tänkt på dessa upplevelser och att det gjorde dem ledsna att tänka tillbaka på. Huvudsakligen valde vi att inte ställa så många följdfrågor i dessa situationer för att inte riskera att kvinnan skulle må sämre. Därigenom lämnade vi

på ett sätt kvinnan ensam i sina känslor vilket kan ses som negativt. Kanske var detta första gången hon öppnade sig om upplevelserna kring graviditet och förlossning och hon kanske hade behövt stöd i det. Dock är inte vi personer som kan erbjuda det stödet och det skulle därför bli problematiskt om vi var allt för uppmuntrande till att hon skulle berätta mer. I efterhand tänker vi att vi kunde hanterat situationen bättre genom att exempelvis vara transparenta med att vi inte kunde erbjuda något stöd men att hänvisa till var man kan vända sig om man är i behov av stöd.

En sista etisk aspekt vi reflekterat över i mötet med intervjupersonerna var hur kvinnorna såg på oss som forskare. Flera av kvinnorna frågade om vi hade egna barn, vilket vi inte har, och vissa uttryckte även att de inte ville skrämma oss med vissa negativa förlossningsupplevelser. Vi var tydliga med att kvinnorna bara skulle berätta det de själva ville och inte tänka på oss som privatpersoner. Dock kan detta mycket väl ha påverkat intervjupersonernas berättelser, och kanske valde kvinnorna att inte berätta vissa saker just eftersom vi forskare inte har egna erfarenheter. Det går även att reflektera kring hur kvinnorna förhöll sig i relation till vårt hemland. Under intervjuerna var vårt hemland inget vi pratade om men skulle kunna ha påverkat vad kvinnorna valde att berätta och inte. Det kan eventuellt varit så att kvinnorna undvek att berätta vissa saker på grund av att vi kommer från Sverige och att vi därmed kanske inte kunde ha full förståelse för kvinnornas situation. Det är inte säkert att kvinnorna reducerade sina berättelser men det är viktigt att ta i beaktande att det skulle kunna vara så.

5.7.3 Etiska riktlinjer

Vi har utgått från Vetenskapsrådets etiska riktlinjer (2002), vilka är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Nedan följer en reflektion över hur vi förhållit oss till dessa:

Informationskravet innefattar att intervjupersonen får relevant information om studiens bakomliggande syfte, förstår innebörden av sitt deltagande samt vilka konsekvenser det kan få (Vetenskapsrådet 2002:7). Samtyckeskravet innebär att intervjupersonen dessutom har rätt att själv bestämma över sin medverkan (ibid:9). Vi förhöll oss till kraven genom att skicka ut ett informationsbrev (se

bilaga 1) innan intervjuerna samt bad kvinnorna skriva på ett samtyckesformulär (se bilaga 4). Vid telefonintervjuerna gavs samtycket muntligt. Av samtycket framgick att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbrytas när som helst utan anledning samt att de inte behövde svara på alla frågor. Det framgick även att intervjun skulle komma att spelas in men att personen i resultatet skulle förbli anonym. Vi gick igenom detta grundligt innan intervjun startade samt berättade om intervjuens upplägg. Både informationsbrevet och samtyckesformuläret var på svenska och i efterhand inser vi att det borde funnits en engelsk version för att kunna nå ut till fler personer. Det finns även en risk att intervjupersonerna inte helt och hållet förstod innebörden av deltagandet genom att det stod på svenska. Detta är något vi tar med oss till kommande forskningsprojekt och studier.

Den tredje principen är konfidentialitetskravet vilket innebär att intervjupersonen är anonym i resultatet samt att uppgifter behandlas på ett konfidentiellt sätt (Vetenskapsrådet 2002:12). Även om vi i studien inte har med intervjupersonernas namn, vilka språk de talade samt var de bodde kan det vara svårt att garantera fullständig konfidentialitet i resultatet. Då vi använt ett snöbollsurval vet vissa personer i de medverkandes närhet att de deltar i studien och kanske kan dessa personer även tyda vilka citat som kommer från den medverkande. Detta är en brist eftersom vi inte vill riskera att intervjupersonerna tar skada av att någon kan identifiera dem. Vi har dock gjort vårt bästa för att i så stor utsträckning som möjligt behålla studiens konfidentialitet. Slutligen innebär nyttjandekravet att de uppgifter som samlas in endast användas i forskningsändamål (ibid:14). Då vi inte kommer att använda informationen på något annat sätt än i vår kandidatuppsats antas nyttjandekravet vara uppfyllt. Vi har dessutom hanterat de inspelade intervjuerna varsamt och de kommer att tas bort när studien är slutförd. Samtliga intervjupersoner kommer även att få varsin kopia av vår färdiga studie.

5.7.4 Maktrelationer

I alla intervjuer finns alltid en maktrelation mellan forskare och intervjuperson och de kan aldrig ses som helt likställda parter under intervjun (Kvale & Brinkman 2009:48). Forskaren har från början ett maktövertag då hon är den som definierar situationen och ställer frågor (ibid). Vi har i högsta möjliga mån försökt

anpassa oss efter intervjupersonerna, exempelvis genom att låta dem bestämma plats för intervjun. Därigenom upplevde vi att maktövertaget minskade något eftersom vi i de flesta fall var på främmande mark medan intervjupersonen var på en plats hon var van vid. Dessutom försökte vi vara transparenta och berätta att detta även för oss är en ny situation samt betona hur tacksamma vi var för att vi fick intervju henne. Detta i hopp om att skapa en bekväm känsla för intervjupersonen och trycka på att det är hon som är expert på ämnet. Dock var vi två intervjuare under samtliga intervjuer vilket kan förstärka maktövertaget (ibid). I efterhand har vi insett att vi borde frågat intervjupersonen om det var okej eller om hon föredrog att endast träffa en av oss. Därmed borde vi inte tagit något för givet. Detta väcker frågan om huruvida människointresset eller forskarintresset går först (Bryman 2018:479). Just här gick forskarintresset först då valet baserades på vad som var bäst för oss forskare.

Ytterligare ett tillfälle då vi särskilt reflekterade kring makt var besöket på öppna förskolan. Situationen kändes problematisk både utifrån makt och etik då vi som forskare från universitetet tillsammans med föreståndaren gick fram till kvinnor som antogs ha annan bakgrund än svensk. Händelsen var både utpekande och fördomsfull då vissa av personer till och med var födda eller uppvuxna i Sverige. Även att fråga någon ansikte mot ansikte om deltagande kan bidra till att personen känner sig tvingad att delta. I efterhand har vi kommit fram till att vi borde sagt ifrån och istället samlat alla föräldrar och presenterat studien för alla samtidigt.

5.8 Uppsatsens trovärdighet

Det finns flertalet meningsskiljaktigheter kring hur kvalitativ forskning bör bedömas. Guba och Lincon (Bryman 2018:467) använder sig av begreppet tillförlitlighet och är det begrepp som även vi valt att använda oss av.

Tillförlitlighetsbegreppet är indelat i olika områden och vi kommer här är att diskutera dessa i förhållande till vår studie.

De två första områdena av Gubas och Lincons tillförlitlighetsbegrepp är trovärdighet och pålitlighet. Dessa pekar på att det i studien tydligt ska framgå hur forskningen har gått till samt att det ska finnas en fullständig redogörelse för processens alla delar (Bryman 2018:467). Vi har genomgående strävat efter detta

då vi försökt vara så transparenta som möjligt genom att redovisa för såväl studiens styrkor som brister. Enligt Bryman (2018:467) är det önskvärt att intervjupersonerna innan resultatet publiceras får ta del av och bekräfta studiens citat. Detta har på grund av tidsramen inte varit möjligt utan är något vi tar med oss inför andra kommande studier. Bryman (ibid:468) menar även att det är av betydelse att forskaren inte låtit personliga värderingar påverka utförandet och slutsatsen för undersökningen. Vi har under studiens gång försökt vara så objektiva och öppna som möjligt inför ämnet och har själva ingen särskild vinning på att utgå från vissa perspektiv. Dock bär alla med sig tidigare erfarenheter och tolkar situationer olika, vilket gör att olika forskare troligtvis inte skulle göra samma val under forskningens gång. Genom att vi grundat och motiverat våra beslut med trovärdig litteratur har vi försökt undvika egna värderingar i så stor utsträckning som möjligt.

5.9 Metodreflektion

Vår metod har en hel del brister och därmed en rad olika förbättringsområden. När det gäller själva urvalet och mängden intervjupersoner hade vi, om tidsramen för studien varit längre, kunnat utforma den på ett annat sätt, exempelvis genom att intervjua ett större antal kvinnor från flera olika länder. Alternativt hade vi kunnat koncentrera oss på kvinnor från enbart ett eller två länder, för att på så sätt kunna ge en fördjupad förståelse. Dessutom är utrikes födda kvinnor långt ifrån en homogen grupp. För det första består gruppen av kvinnor från i stort sett alla världens länder och för det andra så finns det även inom länderna stora skillnader vad gäller exempelvis socioekonomiska livsvillkor. Inom tidsramen för vår studie hade vi varken möjlighet att intervjua ett stort antal kvinnor, eller rekrytera många kvinnor från samma land. Därmed kan slutsatserna i vår studie inte anses representativa för utrikes födda kvinnors upplevelser av förlossningsvården.

Utöver de brister vi redan nämnt kunde dessutom syftet varit tydligare formulerat. Genom att vi även ställde så pass många öppna frågor under intervjuerna skapade det ibland en viss förvirring hos kvinnorna. Några trodde exempelvis att syftet med studien endast var att jämföra Sverige med hemlandet medan andra undrade varför intervjuerna genomfördes och vad vi egentligen ville ha reda på. I efterhand

har vi reflekterat över hur detta skulle kunnat förhindras. För det första borde vi haft ett syfte som inte kunde tolkas på så många olika sätt och för det andra kunde vi varit tydligare i informationsbrevet om varför studien genomfördes. Vi borde dessutom varit mer återhållsamma med de öppna frågorna och på ett tydligare sätt guidat kvinnorna genom intervjun. Vi hade exempelvis kunnat ställa fler riktade frågor vad gäller språk, kultur och kommunikation för att på så sätt hjälpa intervjupersonerna att få en ökad förståelse för studiens egentliga syfte.

Kapitel 6 – Resultat och analys

I detta kapitel introduceras intervjumaterialet med studiens syfte i åtanke, och resultatet analyseras med utgångspunkt i tidigare forskning och teori. Kapitlet är uppdelat i fem teman vilka är; *Ett personligt bemötande*, *Stöd av anhöriga*, *Betydelsen av en fungerande kommunikation*, *Att inte få välja förlossningssätt* samt *Jämförelser med hemlandet*. Anledningen till att vi valde dessa teman var för att de i intervjuerna var återkommande samt att de låg i linje med vårt syfte och våra frågeställningar.

6.1 Ett personligt bemötande

Ett tema som återkommer bland majoriteten av intervjuerna är vikten av det personliga mötet med personalen. Kvinnorna nämner olika aspekter av personalens bemötande som gjorde att det kändes unik och personligt. Bland annat rör det sig om bemötande i form av både kroppsspråk och verbalt språk och därför har vi utformat två underteman efter dessa:

6.1.1 Kroppsspråk

Då kvinnorna berättar om vårdpersonalens bemötande nämner de olika typer av kroppsspråk. Det handlar om allt från att bli bemött med ett leende, behålla ögonkontakt till att någon håller kvinnan i handen. Susan beskriver det såhär:

Att bli bemött med handskakning och det muntliga välkommandet... De tog även min man i hand och välkomnade han. [...] Så jag tycker det muntliga är, hur man tar emot, ett leende, man upplevde att man var det första förlösande paret de hade sett på dagen. Kanske de hade 10 stycken i förlossningsrum, men jag upplevde att det var väldigt personligt och trevligt.

Susan beskriver att bemötandet från vårdpersonalen upplevdes personligt på grund av att hon möttes med leenden och handskakning och att hon och hennes man därmed kände sig som det första förlösande paret för dagen. Upplevelsen går att

förstå utifrån att flertalet tidigare studier visar på att det i kontakt med vårdpersonal är av betydelse med kroppsspråk såsom beröring och närvaro (Heli & Svensson 2017; JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014; Igarashi, Horiuchi & Porter 2013). Susan ger ännu ett exempel på betydelsen av personalens kroppsspråk:

När man talar med en människa, och det är ansikte till ansikte och man inte bara kommer in i ett rum med vänd rygg. De är alltid väldigt måna om att ha ögonkontakt och närhet, fast inte att man satt i knät på varandra men att man verkligen talade med mig. Inte om jag låg i sängen och dom var 10 meter därifrån utan det var väldigt; vi är här och nu för din skull. Så närhet betyder mycket.

I citatet framkommer att ögonkontakt och fysisk närvaro är viktiga faktorer i ett gott bemötande. Personalens bemötande kan förstås som erkännande på mikronivå vilket Honneth (Heidegren 2009:7) beskriver som gester och attityder. Erkännande kan dock variera mellan olika kontexter och kulturer, där vissa typer av erkännande kan anses mer lämpliga än andra (Igarashi, Horiuchi & Porter 2013:786). Maryam berättar om ett tillfälle då hennes uppfattning om vad ett trevligt bemötande var, inte stämde överens med vårdpersonalens uppfattning:

She didn't smile, she didn't say hello, she was like... I said can I have painkillers and she said OK and she gave me painkillers and she went away without saying Hi, [...]
Every single nurse, she asked questions and she said nice things. But she was so mean! She just wanted to go home haha. So that's the only, the only nurse but she did her job.
It wasn't like... she didn't say anything bad or something but because you are SO used to being like spoiled and so used to smiling faces and that people are happy, she was like the out one out.

Maryams citat kan tolkas som att hon och vårdpersonalen hade olika uppfattningar om vad i situationen som skulle kunna antas som ett lämpligt bemötande. Citatet

kan vara ett exempel på ett möte mellan personer med olika kommunikationsmönster då Maryam och vårdpersonalen tycktes ha olika sätt att tolka kroppsspråk och attityder. Citatet kan även förstås utifrån Scheins (2004:14) perspektiv på organisationskultur. Maryam beskriver att vårdpersonalen utförde sitt jobb men inget mer vilket kan tolkas som ett antagande om att vårdpersonalens ansvar inte endast ligger i att utföra sitt jobb utan att de även har fler outtalade uppgifter. Maryams perspektiv på hur en person inom sjukvården bör vara och handla kanske inte stämde överens med den aktuella vårdpersonalens perspektiv.

Utöver vårdpersonalens närvaro i kommunikationen form av handlingar och gester tog majoriteten av kvinnorna även upp betydelsen av att kunna ha personalen nära rent fysiskt. Susan beskriver det såhär: "Dom närvarade, att jag inte blev ensam till mig själv... Samtidigt så gav dom möjlighet att; vill du att vi lämnar dig ifred ett tag nu och vi finns här precis utanför, ring om det är något". Susan beskriver en balans i att ha personalen tillgänglig men att hon själv kunde bestämma när hon ville ha dem nära eller inte. Citatet kan ses som ett tillbörligt erkännande, vilket Honneth (Heidegren 2009:99) beskriver som en eftersträvansvärd balans mellan olika erkännandenivåer. Honneth menar att tillbörligt erkännande är den nivå då erkännandet varken blir för mycket eller för litet, utan ses som balanserat och utjämnat. I och med det tillbörliga erkännandet får personen så mycket erkännande som hon antas vara i behov av och i de flesta fall stämmer det även överens med personens egna självbild (ibid). Personalen bekräftade Susan genom att vara noga med att finnas där när det behövdes, men gav henne samtidigt utrymme för att tolka sin situation själv. Den här typen av erkännande är på mikronivå och rör därmed interaktionen mellan två individer (ibid: 65). Även om vi hittills enbart berört erkännande utifrån handlingar och gester så kan det även handla om vad som sägs i möten mellan olika individer. Följande exempel från Aaida belyser vikten av likväl erkännande i form av tal som handlingar:

När jag var i det rummet där kejsarsnittet gjordes var jag så rädd [...] Men det var en sköterska som kom och höll mig på armarna. Jag skakade ganska mycket, folk trodde jag

var kall men jag var rädd. Så sköterskan sa till mig, är du kall eller är du rädd? Jag är rädd, jag orkar inte, jag är rädd, jag vet inte vad som ska hända. Hon tittade på mig och sa allt kommer gå bra, hon höll mig på armarna och sa allt kommer gå bra [...] Och hon sa det gör inte ont, det är lite smått, bara titta på mig, andas, det kommer bli bra. Hon blev som mamma, hon tröstade mig som min mamma. Det kommer bli bra, bara andas. Och det var rätt, det gjorde inte så ont.

Aaida berättar om hur vårdpersonalen, i en situation då hon kände sig rädd, hjälpte henne på olika sätt. Personalen höll henne på armen, tittade på henne och lugnade henne genom att säga att allt kommer att gå bra. Aaidas citat är även det ett exempel på tillbörligt erkännande (Heidegren 2009:99). Personalen bekräftade Aaida i hennes känslor och hon beskriver till och med hur personalen tillfälligt blev som hennes mamma, vilket kan tyda på att stödet haft stor inverkan på Aaida. Känslorna som Aaida beskriver i form av lugn och trygghet är enligt Honneth (ibid) vanliga vid ett tillbörligt erkännande. Han menar att då en person känner sig rädd och osäker kan erkännande från andra bidra till att personen känner sig lugn och mer bekväm i sig själv (ibid).

6.1.2 Det verbala språket

Många av kvinnorna beskriver även betydelsen av det verbala språket. En av intervjupersonerna, Zahra, beskriver hur bekräftandet i form av beröm gav henne styrka att klara av situationen: "Dom lyfte en att man är duktig och sådär haha och man behöver ju det även när man är vuxen... Och man är så utsatt där så det var väldigt bra". Zahras citat är ett exempel på socialt uppskattande, vilket Honneth (Heidegren 2009:31) beskriver som uppmuntrandet av en persons sätt att vara. Det socialt uppskattandet kan bidra till att personen i fråga får en högre självuppskattning, och det kanske är därför som Zarah beskriver att det var särskilt betydelsefullt i en så utsatt situation. Ytterligare en aspekt av personalens bemötande som fick kvinnorna att känna sig betydelsefulla var då de frågade om kvinnornas mående. Maryam beskriver det såhär:

They asked a lot of questions about how do I feel, are you OK? And don't be scared...Its OK! And... She said it's gonna be fine and she talked... she like...talked to me so I can get calm, yeah so she talked to me alot like its OK, it's gonna be fine! And... yeah she calmed me down... I wasn't scared at all...before... but if I was scared, I think I was gonna get calmer.

Genom att vårdpersonalen ställde frågor kring kvinnans mående samt stöttade henne i svåra känslor upplevde Maryam ett visst lugn. Hon beskriver att hon från början inte var speciellt rädd men vetskapen om att det fanns stöd att få gjorde henne lugn. Maryams citat kan även det ses som en form av tillbörligt erkännande (Heidegren 2009:7). Vårdpersonalen bejakade Maryam i hennes känslor och bekräftade henne genom att säga att allt kommer bli bra och att de fanns där om hon skulle behöva. Personalen gav Maryam varken för mycket eller för lite erkännande då hon beskriver att hon blev trygg av personalens bemötande. Att bli sedd, hörd och accepterad i sina känslor av vårdpersonalen är något som tidigare studier (Heli & Svensson 2017:31) pekar på som väldigt viktigt under förlossningsprocessen och är något som föregående citat tyder på. Ytterligare ett exempel på hur vårdpersonalen bekräftar och erkänner kvinnornas känslor berättar Camila om:

Och så ringde de några dagar efter [...] för att dubbelkolla hur man mådde... det tyckte jag faktiskt var väldigt bra! [...] att barnmorskan ringer upp dig och frågar hur det var, hur du kände och att man har en feedback och en bekräftelse på att vi upplevde samma sak typ. Så att man rundar av den här kommunikationen, det var faktiskt väldigt fint tyckte jag!

Camila beskriver vårdpersonalens handlande som en bekräftelse och belyser vikten av att veta att hon och vårdpersonalen hade samma uppfattning av vårdprocessen. Även hennes citat belyser uppskattning kring att personalen frågar kring måendet. Maryam ger ett tydligt exempel på hur personalens bekräftelse och

engagemang fick henne att känna “you feel happy, you feel secure like yeah you feel like oh ok someone is taking care of me!”. Hon beskriver glädje och trygghet vilket enligt Honneth (Heidegren 2009:99) är konsekvenser av tillbörligt erkännande.

6.2 Betydelsen av anhöriga

I samtliga intervjuer framkommer betydelsen av att under förlossningen ha med sina anhöriga då de fyller en viktig funktion i form av stöttning och trygghet. Kvinnorna berättar även om olika tankar och traditioner kring vilka som kan och bör närvara under en förlossning. Vilka personer som närvarar kan antas ha både med organisatoriska och individuella förutsättningar att göra. Därmed är våra underteman uppdelade i organisatoriska villkor och individuella förutsättningar i form av transnationella familjer.

6.2.1 Organisatoriska förutsättningar

Det finns olika faktorer som kan påverka vilka personer som kan närvara under en förlossning. Det kan både handla om vilka personer som förlossningsvården tillåter att vara med men även hur familjen bedömer vilka som får närvara. Nedan följer ett citat från Natalia som beskriver hur hon och hennes man reagerade när de fick veta att även mannen kunde delta under förlossningen:

Pappan kunde vara med, min man, min sambo... Det var fantastiskt! Ett fantastiskt stöd! Och han kunde uppleva allt med mig. Så är det inte i mitt hemland! [...] I början han sa nej nej nej jag kommer inte, det är inte mitt jobb, vad ska jag göra och så sa jag vi ska skrika tillsammans AAAAH! haha men nej nej nej nej det är eh... När den dagen kom så sade han hmm varför inte! Jag vill göra det! Jag ska vara med! Jag ska komma! Faktiskt jag kände så (visar hur glad hon blev). Så ja han var med!

Natalia beskriver hur glad hon blev när hon fick reda på att hennes man skulle vara med henne under förlossningen. Citatet kan förstås utifrån Heli & Svenssons (2017:31) argument om att kvinnor som haft med sig kärleksfulla och stöttande

personer under förlossningen upplevt värden och bemötandet mer positivt än kvinnor som inte haft med sig stöttande personer. Därmed kan närvaron av betydelsefulla personer och anhöriga anses avgörande för hur förlossningsupplevelsen kommer att upplevas. Honneth (2003:96) menar att våra närmaste relationer i form av familj, släktingar och vänner är de mest betydelsefulla relationerna och är de som i högst grad påverkar och formar vår självbild och självkänsla. Natalias citat tyder även på att hon och hennes man inte är vana vid att mannen kunde närvara under förlossningen och Natalia berättar att det inte är så det går till i hennes hemland. Därmed kan det tolkas som kulturella skillnaderna mellan Natalias hemland och Sverige på en organisatorisk nivå. Schein (2004:14) menar att de flesta organisationer medvetet eller omedvetet har invanda kulturella normer, värderingar och attityder och Natalias citat tyder på att vårdapparaten både i Sverige och i hennes hemland har invanda normer och principer i form av vilka som tillåts närvara i ett förlossningsrum. Här följer ännu ett exempel på hur organisationskulturen möjliggör för vilka som kan närvara under en förlossning. Zahra beskriver hur vårdpersonal på grund av föreställningar om Zahras kulturella identitet gör ett undantag vad gäller vilka som får närvara under förlossningen:

...för jag ville ha min syster hos mig, inte på rummet men att hon var med på sjukhuset.. det kändes som en trygghet för mig. Och så var jag ju med min man. Men svärmor stannade kvar också, av nyfikenhet tyvärr [...] Och det är ju också dom (vårdpersonalen) visade väldigt mycket förståelse med där... att aahh egentligen så är det max en person med men i och med att ni kommer från ett annat land, så kunde dom direkt lösa det, så det är okej att ni är flera. Och jag bara; det har inte att göra med att vi kommer från (hemlandet) haha det har med personliga skäl att göra... det är väldigt individuellt det här.. snälla säg nej haha.

Personalens antagande om att Zahra på grund av hennes kultur ville ha med fler personer under förlossningen kan tyda på att personalen utgick från ett

essentialistiskt perspektiv på kultur. Wikström (2009:32) beskriver det essentialistiska perspektivet som något förutbestämt och som den enskilda individen inte kan påverka. Personalen antog att Zahra, på grund av hennes bakgrund, bar på vissa värderingar och att detta var anledningen till att hon ville ha med fler personer i förlossningsrummet. Zahra själv berättar istället att det snarare handlade om personliga skäl istället för kulturella, vilket kan ses som en konsekvens av kulturbegreppet och hur det enligt Grogolopo & Ahlberg (2006:4) kan bidra till kategoriseringar och fördomar. I Zahras fall kan de negativa konsekvenserna ha varit att hon identifierades med en kultur hon annars inte förknippar sig med.

6.2.2 Individuella förutsättningar

En annan aspekt gällande vilka som kan närvara under en förlossning kan ha att göra med hur den aktuella familjekonstellationen ser ut. Många av intervjupersonerna berättar att deras nära och kära, på grund av att de befann sig i ett annat land, inte kunde närvara under förlossningen. Maryam beskriver det såhär: “The only thing I missed was my family being here, which is my mother and my aunt. They still live in back home so I just missed my family...”. Maryam beskriver att hon under förlossningen saknade sin familj i form av mamma och moster. Genom att familjen på grund av avståndet inte kunde närvara beskriver Maryam hur personalen tillfälligt fick ta deras platser:

Even though my mother is not here but if she was here she would come in and like... teach me how to breastfeed or say its OK and oh that's normal, so because there is no parents or someone older eh... I have to ask them [vårdpersonalen] if this is normal, how to do that, and they were very supportive

Då Maryams mamma inte kunde närvara under förlossningen beskriver hon hur personalen tillfälligt fick ta mammans plats. Personalen hjälpte Maryam med amningen samt stöttade henne när det behövdes. Då Maryam och hennes familjemedlemmar inte befann sig i samma land kan hennes familjekonstellation, enligt Johnsdotters (2007:68) definition, anses transnationell. Genom att Maryam,

då hennes mamma inte kunde närvara, fick stöd av vårdpersonalen erkändes hon genom primärrelationer på en individnivå (Heidegren 2009:96). Vårdpersonalen fick tillfälligt finnas med i rollen som anhörig och kan därmed antas ha haft stor betydelse för Maryams upplevelse av förlossningen. Även Aida beskriver att hon under förlossningen saknade sina anhöriga men att personalen fick henne att känna sig trygg:

För i början... jag var orolig, hur kan man klara sig utan föräldrar och systrar och jag mest... jag var ensam med min man på sjukhuset. Men efter det, det var okej, jag kände inte att man var ensam, på grund av stödet.

Aida beskriver hur hon till en början kände sig rädd för att vara utan föräldrar och systrar men att vårdpersonalen fick henne att känna sig mindre ensam. Hon berättar om att stödet hon fick av personalen hjälpte henne och att hon därmed kunde känna sig lugn: "Så även om det är mitt första barn och jag bor inte med mina släktingar, men det är okej, det är okej för att det finns stöd". Vårdpersonalen kan för de flesta av intervjupersonerna förmodligen inte anses ingå i primärrelationerna men på sjukhuset, i avsaknad av anhöriga, kunde personalen tillfälligt bli en del av kvinnornas primärrelationer och ta de anhörigas platser. Honneth (Heidegren 2009:96) menar att primärrelationerna är av stor betydelse i situationer vi känner oss rädda och osäkra.

6.3 Betydelsen av en fungerande kommunikation

Samtliga intervjupersoner beskriver olika upplevelser relaterat till språk och modersmål. Kvinnorna berättar att de under förlossningsperioden hade varierande språkkunskaper då vissa besatt goda kunskaper i svenska medan andra inte gjorde det. Variationen kring upplevelserna verkar främst ha att göra med vilket språk som talades under förlossningen samt i vilken utsträckning kvinnorna hade önskat att kommunicera på sitt modersmål. Natalia beskriver att hon under förlossningen hade önskat kommunicera på något annat språk och förklarar att det sällan finns tillgång till information på de språk hon behärskar:

Åh det skulle vara roligt om dom kunde mitt modersmål men det är omöjligt så [ett annat språk] hade varit okej för

att... det finns nästan aldrig alltså varje administration eller vad heter sån som till exempel Migrationsverket eller Arbetsförmedlingen eller så, det första är svenska och den andra är arabiska. Så... Det är lite... ja... Det är lite diskriminering. Så... [...] man känner att varför finns det inte på mitt språk så... men... det kommer svenska för mig så det är inte så farligt.

Natalia beskriver att hon under förlossningen helst hade kommunicerat på sitt modersmål men att det istället fick gå bra med svenska. Hon beskriver hur det sällan finns tillgång till information på något av de språk hon behärskar, vilket hon benämner som diskriminering. Honneth (Heidegren 2009:30) menar att då en person inte får tillgång till den information som hon antas vara i behov av erkänns inte personen och bejakas heller inte som likvärdig medborgare. Genom att Natalia inte fick tillgång till den information hon hade behövt blev erkännandet inte tillräckligt och är vad Honneth (2003:8) kallar för en nivå av ”för lite erkännande”. Ett annat sätt att ta sig an Natalias citat är utifrån Scheins (2004:14) perspektiv på organisationskultur. Natalia beskriver att organisationer generellt inte översätter information till hennes språk, vilket skulle kunna tyda på att det inom organisationerna finns vissa inneboende normer kring vilka språk som anses betydelsefulla att översätta. Det skulle kunna vara så att normerna inom organisationerna är så pass starka så att även om allt fler personer skulle tala ett visst språk kanske organisationskulturen håller fast vid föreställningen om att det inte behövs. Även Aida berättar att hon under förlossningen helst hade kommunicerat på sitt modersmål men att detta inte var möjligt. Aida beskriver att det fick hennes att känna sig begränsad:

Jag hade lite svårt med språket...För det var ibland, jag förstod inte förklaring när det var tekniska ord [...] Men det känns som jag var begränsad litegrann på grund av språket för jag kunde inte säga allt hur jag kände, med min kropp eller ahh [...] Men för mig, det var lite problem det var det...

Aaida beskriver att de svårigheter hon upplevde framförallt hade med tekniska ord att göra. Hon förklarar att hon inte förstod allt som läkarna sa och att det gjorde att hon kände sig begränsad. Tidigare studier pekar på att kommunikationssvårigheter inom förlossningsvården inte alltid behöver ha att göra med vilket språk som talas. JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson (2014:310) beskriver i sin studie att då personer från olika länder kommunicerar med varandra inom organisationer behöver kommunikationssvårigheterna inte ha med den språkliga dimensionen att göra utan kan istället handla om att vårdpersonal inte anpassar sitt verbala språk efter situationen eller att de använder alldeles för avancerade termer. Aaida beskriver även en svårighet kring att under förlossningen uttrycka känslor. Hon menar att då hon hade svårt att göra sig förstådd inte lyckades uttrycka de känslor hon var i behov av, vilket gjorde att hon kände sig begränsad. Enligt Bäärnhielm (2016:368) kan just den känslomässiga aspekten vara svåra att översätta. Bäärnhielm menar att då känslor ofta är mer komplicerade och svåröversatta än logiska termer kan vissa kommunikationsproblem och språkbarriärer uppkomma då personer som talar olika språk försöker förstå varandra inom olika känslaspekter (ibid). En eventuell konsekvens av att kommunikationen med personalen inte fungerar kan vara att kvinnan får en känsla av att inte ha kontroll över sin kropp (JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014:310). Aaida beskriver att hon kände sig begränsad vilket kan vara ett tecken på att språkbarriären fick henne att inte känna att hon hade kontroll över situationen. Aaida fortsätter sitt resonemang med att säga såhär: "Jag tror att min behandling gjorde att begränsningen med språket..., det var ändå inte så jättestort problem för att behandlingen var väldigt... (bra)". Aaida beskriver att den språkliga begränsningen inte var så problematisk på grund av att personalens goda behandling. Aaida fortsätter:

Så det känns som att man kunde säga allt. All oro, så jag kände inte som... du vet, att dom tänkte inte att jag var dum. Jag kunde säga, förklara, och ställa alla frågor. Jag kände mig bekväm. Det är bara att med språk, jag hade svårt att hitta rätt ord att säga till men jag kände att jag kunde säga allting.

Aida berättar att hon under förlossningen kände sig bekväm och att hon kunde säga och fråga i princip allt. Då hon beskriver att hon kunde berätta om jobbiga känslor såsom oro kan det tolkas som att hon upplevde sig trygg och hade tilltro till omgivningen. Honneth (2003:96) menar att en konsekvens av erkännande på mikronivå kan bidra till en känsla av trygghet. Aidas citat kan därigenom förstås som att språkbarriärerna minskade genom att personalen erkände henne. Omgivningen tycktes alltså möjliggöra för Aida att kunna ställa frågor och känna sig bekväm och därmed blev begränsningarna inte lika stora som de kunde ha blivit. En annan av kvinnorna, Maryam, ger ytterligare ett exempel på hur kontexten påverkade hennes sätt att kommunicera.

Yeah! During the förlossning I was speaking every language I know. Because I wasn't on my right mind, I was speaking in english and in swedish and sometimes in my motherlangue. So I was switching on and off every few minutes I spoke to them in swedish, they spoke with me in swedish, I could understand them and then I switch to english, they spoke to me in english and I understand them and I would speak with my husband in my motherlangue and he would translate so it was, ..I don't think I was in my right mind so I don't know yeah....

Maryam beskriver hur hon under förlossningen pratade flera olika språk. Hon berättar hur både personal och hennes man anpassade språket efter henne och att det hjälpte henne att göra sig förstådd. Även detta visar på vikten av bemötande när det kommer till den språkliga aspekten. Förutom att Maryams citat kan förstås som erkännande i form av kärlek inom primärrelationerna kan det även tolkas utifrån Honneths teori om tillbörligt erkännande (Heidegren 2009:99) från personalen. Personalen anpassade språket efter Maryam och hon fick därmed stöd på det språk hon talade för stunden. Till skillnad från Maryam beskriver Susan hur det istället var hon som anpassade sig till situationen och inte tvärtom:

Och sen jag tänkte och uttryckte mig på svenska, jag hade inte behov av att gå tillbaka till mitt modersmål eller uttryck, nää. Kanske för att jag var omringad av svenskar

och min svenska man och förlöste i ett samhälle som var svenskt så det kändes som att jag, jag riktade mitt språk och tankar just på svenska.

Susans citat tyder på att hon, beroende av den svenska kontexten, riktade sitt språk och sina tankar till svenska. Hon beskriver att hon inte kände något behov av att gå tillbaka till sitt modersmål, utan att omgivningen formade språket. Susans citat är ett tydligt exempel på hur den kulturella identiteten kan påverkas av den aktuella omgivningen. Righard (2015:36) menar att den kulturella identiteten påverkas av hur personen ser på sig själv i förhållande till sitt modersmål samt hur personen värdesätter sitt födelseland. Susan beskriver att hon tyckte det kändes enklare att prata svenska då personerna runt henne var svenskar och sjukhuset hon befann sig på var svenskt. Därmed anpassade Susan sig till den rådande situationen. Susan och Maryam hanterade situationen utifrån språk på olika sätt, vilket kan tyda på olika förutsättningar och möjligheter kring att anpassa sig. Exempelvis kan Maryams citat tyda på att hon inte kunde välja språk då hon beskriver att "I wasn't on my right mind". Susan tycks däremot aktivt ha valt att prata svenska, då hon beskriver att hon "riktade sitt språk". Kvinnornas tillvägagångssätt skulle även kunna förstås som att de hade olika förhållningssätt till sitt modersmål. Maryam kan ha känt sig mer trygg i sitt modersmål och kände att det var en del av hennes kulturella identitet medan Susan kände att det inte var det. Detta kan förstås utifrån att personer kan uttrycka sin kulturella identitet på många olika sätt, med allt från materiella saker till symboliska handlingar eller endast i form av värderingar (Hall 1999:23). Susans kulturella identitet tycktes därmed inte hänga ihop med hennes modersmål. Susan förklarar det såhär:

Jag kände mig väldigt trygg med svenska. Och sen det var mina arbetskollegor. Jag förlöste på samma ställe som jag jobbade på BB så det var bara kollegorna på förlossningen så det kändes väldigt tryggt. Jag kände inget hinder språkligt när jag skulle förlösa. Allt skedde på svenska. [...] det kändes som att jag ägde språket, jag kände mig väldigt avslappnad i Sverige.

En kombination av att Susan kände sig trygg med det svenska språket, i den svenska kontexten samt att hon kände personalen bidrog till att hon inte upplevde några språkliga hinder. Även detta kan ses som ett erkännande från personalen, då de bidrog till en trygghet vilket kan vara en konsekvens av erkännande (Honneth 2003:96). Dock skulle Susan citat även kunna tolkas som att hon kände press på sig att anpassa sig efter sina kollegor. Kanske påverkades hon av vissa normer och förväntningar utifrån att hon själv brukar vara en del av kulturen bland personalen. Hon är samtidigt en kollega och en föderska och dessa roller har troligtvis olika förväntningar på sig inom vårdkulturen. Ett annat exempel kring relationen till språket under förlossningen är Natalias citat:

Det som var mest intressant var att språket försvann! Sista timmen, språket försvann, då kunde jag inte säga någonting på svenska och knappt mitt modersmål heller, bara AAAH! [...] De (vårdpersonalen) lät bara som ljud, jag fattade inte vad de pratade om [...] jag... lyssnade inte för informationen behövdes inte, bara koncentration på smärtan. Så det är vanligt tror jag.

Natalia beskriver att hennes språk försvann precis innan förlossningen men att det inte gjorde så mycket då hon endast hade smärtan i fokus. Det är osäkert om Natalias citat går att förstå utifrån kultur, då det kanske snarare hänger samman med en kroppslig reaktion på smärtan än ett sätt att uttrycka sin kultur. Detta speciellt med tanke på att både svenskan och hennes modersmål försvann och hon inte kunde prata alls. Däremot berättar Natalia om hur personalen bemötte henne när språket försvann: "de visade med händerna, de pratade sakta och aa... jättebra, perfekt, perfekt [...] De förklarade och visade för mig". I likhet med tidigare citat så går det även här att se betydelsen av personalens bemötande när det kommer till kvinnans upplevelse av kommunikation. Natalia berättar också att "dom som var på min förlossning var kvinnor som... som är födda till att vara sjuksköterskor [...] de hade lätta händer, det betyder duktiga... De kunde... Ja dom gjorde exakt det som måste göras". Det här kan förstås utifrån att kommunikation består av så mycket mer än endast språk samt att personalens individuella förutsättningar har betydelse (Igarashi, Horiuchi & Porter 2013:311). En god relation till personalen

samt vårdpersonalens förmåga att kommunicera på alternativa sätt kan ha lika stor betydelse som att kunna kommunicera på samma språk (ibid). I samhällsdebatten framkommer att det ofta är stressfyllda situationer inom förlossningsvården (Stephansson et al. 2017; Groth & Bjurwald 2019) och Igarashi Horiuchi & Porter (2013:311) menar att det kan påverka möjligheten att bygga en god relation till personalen. Dock är detta inget som framkommer i vår studie, då i princip ingen av kvinnorna nämnde att vårdpersonalen var stressad eller inte hade tid. Detta behöver inte betyda att så var fallet men det finns inget som pekar på att det skulle förekommit stor stress eller hög arbetsbelastning. Natalias citat kan även tolkas utifrån organisatoriska faktorer, då det hos personalen tycks finnas en värdering att anpassa sitt kommunikationssätt efter kvinnan. Detta kan ses som en del av den rådande kulturen bland personalen, en gemensam norm som styr deras bemötande (Schein 2004:14).

6.4 Att inte få välja förlossningssätt

De flesta av kvinnorna beskriver att de överlag var nöjda med sina förlossningsupplevelser men att vissa uttrycker besvikelse över att inte själva fått välja förlossningssätt. Kvinnorna beskriver att det bland annat rör sig om önskningar kring att föda vaginalt, genomföra kejsarsnitt samt önskemål kring att föda i hemmet. Orsakerna till att kvinnorna inte fått föda på det sätt de hade önskat kan dels bero på sjukvårdens kulturella normer men även vissa medicinska omständigheter. Zahra berättar om hennes önskemål om att genomföra planerat kejsarsnitt men att vårdpersonalen förklarade att detta inte var möjligt:

Jag var ju jätterädd för att föda det första barnet! Och jag ville göra kejsarsnitt, men det var totalt nej... Man måste ha särskilda skäl och sådär...och det kändes som att dom försökte övertyga mig, och det var väldigt mycket. [...]
Dom hade sådana här förutfattade meningar, att aah men hon kommer från ett annat land och det har med kulturen att göra... Vi svenskar vi föder naturligt och dom försökte övertyga mig att det finns så många fördelar med att föda naturligt... Som inte riktigt gick in för mig för jag var ju bara skiträdd [...] Dom lyssnade på vad man ville men inte

det här med kejsarsnittsdelen... Det var riktigt nej direkt...
Jag hade önskat att man kunde välja eller få riktig
information, man är liksom så utsatt när man är där... Och
behöver verkligen få välja eller får lite vägledning [...] Det
blir lite propaganda...

Zahras citat kan tolkas utifrån flera perspektiv. Dels kan det ses som att vårdpersonalen i sitt antagande om att Zahra ville genomföra kejsarsnitt på grund av hennes kulturella bakgrund, utgick ifrån ett essentialistiskt perspektiv på kultur (Wikström 2009:34). Vårdpersonalen antog att Zahras bakgrund var anledningen till att hon inte ville föda vaginalt och därmed kopplades Zahra ihop med en kulturell identitet som hon annars inte skulle identifiera sig med. Zahras kulturella bakgrund sågs därigenom som något inneboende och oföränderligt som var kopplat till hennes födelseland. Zahra beskriver själv att anledningen till att hon ville utföra kejsarsnitt inte hade med hennes kulturella bakgrund att göra utan att det var för att hon kände sig rädd. Tidigare studier pekar på att användandet av kulturbegreppet kan medföra vissa risker såsom kategorisering och stigmatisering av människor (Grogolopo & Ahlberg 2006:4). Uttrycket "vi svenskar vi föder naturligt" riskera att skapa ett "vi" och "dem", där svenska personer ställs mot personer från andra länder. Uttalandet tyder på att den som uttalar sig inte anser att personen det riktas mot är en del av kategorin svenskar, vilket enligt Dominelli (2018:20) kan riskera att bidra till en känsla av utanförskap och diskriminering. Ytterligare ett perspektiv att ta hänsyn till gällande citatet är kulturen inom själva förlossningsvården. Citatet tyder på en stark kultur inom svensk förlossningsvård då kejsarsnitt ses som ett andrahandsalternativ. Detta är något som förstärks av tidigare studier som tyder på att kejsarsnitt ofta beskrivs som något avvikande och som endast bör tillämpas i nödfall (Socialstyrelsen 2019; Groth & Bjurwald 2019). Zahra berättar om hur personalen försökte avråda henne från att utföra kejsarsnitt genom att delge henne information om fördelarna med vaginal förlossning, något som Zarah själv beskriver som propaganda. Förlossningsvårdens agerande kan tolkas som att kulturen gällande förlossningssätt är så pass stark att andras perspektiv inte får utrymme. Förlossningsvården tycks ha etablerat starka normer och antaganden om att vaginal förlossning är det rätta sättet att föda på och Schein (2004:11) menar att

dessa typer av organisationsformer är starka och även svårföränderliga. Något som ytterligare pekar på att normerna gällande förlossningssätt är starka är att kvinnorna själva benämner vaginal förlossning som “att föda naturligt”. Detta kan underförstått innebära att kejsarsnitt ses som något onaturligt och därigenom utanför normen. En annan aspekt av vad som kan antas ingå inom förlossningskulturen är normen kring förlossningsplats. Camila ger ett exempel på när hennes önskan om att föda i hemmet inte gick ihop med vårdpersonalens krav och resonemang:

Jag ville gärna ha mina barn hemma... men eh... det var inte jättelätt för jag hittade ingen som ville göra det i min stad, det var för långt in till sjukhuset så dom [...] det var lite frustrerande kan man säga eller det... jag ville verkligen det men eh... men samtidigt så förstod jag deras resonemang.

Camila berättar att hon ville föda sina barn i hemmet och beskriver det som frustrerande att hon inte fick sin vilja igenom men att hon samtidigt förstod vårdpersonalens resonemang. Även Camilas citat kan förstås utifrån organisationskultur (Schein 2004:11) och kan eventuellt vara en förklaring till varför hon inte fick föda i hemmet. Det skulle kunna vara så att det inom förlossningsvården finns särskilda normer och traditioner kring att förlossningar bör ske på sjukhus. Därmed kanske förlossningsvården inte utvecklat tillräckligt med rutiner för att kvinnor som bor långt ifrån sjukhuset ska kunna föda i hemmet. Det kan även förstås utifrån att det råder nedskärningar och personalbrist inom förlossningsvården och att de därför inte har tillräckligt med resurser för att kunna erbjuda hemförlossningar (Stephansson et al. 2017; Groth & Bjurwald 2019). Camila beskriver dock hur vårdpersonalen försökte få hennes förlossning så lik en hemförlossning som möjligt:

Som tur var så fick jag under en av mina förlossningar en barnmorska som jobbade med hemförlossningar fast hon jobbade också på sjukhuset så jag fick närmare... till en hemförlossning fast på sjukhuset [...] Och dom försöker verkligen att det ska vara så likt hemmet som möjligt. Det

var ganska relaxat, det är inte alls den känslan av sjukhus som man får när man är sjuk eller man blir inlagd eller något sånt... Det var inte hemma men det kändes lite som det...

Camila beskriver hur vårdpersonalen, då hon inte fick möjlighet att föda i hemmet, ändå gjorde förlossningen så lik en hemförlossning som möjligt. Camila förklarar att en barnmorska som annars arbetade med hemförlossningar var den som hjälpte henne, samt hur personalen ansträngde sig för att göra sjukhusmiljön så lik en hemmiljö som möjligt. Personalens agerande och Camilas sätt att berätta om det är ett exempel på ett bejakande av Camilas specifika önskemål och krav. Personalen ansträngde sig för att Camila skulle känna sig nöjd och därmed kan deras agerande ses som ett typ av rättsligt erkännande. Honneth (Heidegren 2009:30) beskriver rättsligt erkännande som att en person erkänns som likvärdig samhällsmedborgare och att anpassning sker utifrån personens önskemål och krav. Ett annat exempel på då förlossningen inte gått som det var tänkt är i form av Aidas citat då hon blev tvungen att göra akut kejsarsnitt:

Sanningen är att jag ville föda på naturligt sätt. Det var min önskan. Men det gick inte som jag ville och bebisen mådde inte bra så jag fick göra akut kejsarsnitt [...] Jag lyckades inte föda på normalt sätt. Jag fick inte känna de smärtor folk pratar om, jag hade inte det som jag hört att dom beskrivit i föräldragruppen. Jag hade inte det. Jag ville inte lida men jag ville känna, uppleva det som dom pratade om. Det är det som gjorde att jag var lite... missnöjd. Men det är inte vårdpersonalens fel...

Aaida beskriver att hennes önskan var att föda på naturligt sätt men att hon blev tvungen att göra akut kejsarsnitt. Detta såg hon som ett misslyckande och berättar att hon gärna hade velat uppleva det som andra pratar om i form av vaginal förlossning. Aaida menar att hon till viss del känner sig missnöjd men att det inte var vårdpersonalens fel. Hon förklarar att det var hon som inte lyckades och att det därmed var utanför personalen kontroll. Genom att Aaida beskriver kejsarsnittet i form av att ”hon inte lyckades” och att ”hon inte fick uppleva det

som beskrivs om i föräldragruppen” kan det tolkas som att Aaida och även föräldragruppen har vissa föreställningar om hur en förlossning ska gå till. Aaida beskriver att hon inte fick uppleva det som de i föräldragruppen pratar om, vilket kan ses som att Aaida inte känner sig som en del inom föräldragruppens kultur. Aaida beskriver dock att hon är nöjd med hur vårdpersonalen hanterade de facto att hon inte kunde föda vaginalt:

Vad jag gillade mest, det var i slutet när dom kom, för dom visste att jag ville ha bebisen på normalt sätt, men att jag inte fick som jag ville. Det var samma läkare som gjorde kejsarsnittet och försökte trösta mig och säga att det händer många kvinnor och nästa gång vi önskar att nästa gång du kan föda på normalt sätt [...] Det kändes jättebra. För jag tyckte... jag lyckades inte att föda... Men den läkaren tröstade mig och sa att nästa gång kanske...

Aaida beskriver att läkaren som utfört kejsarsnittet tröstade henne och förklarade att det här kejsarsnittet inte behövde betyda att hon inte kan föda vaginalt i framtiden. Aaida förklarar att det kändes jättebra att läkaren bemötte henne i hennes känslor och att det fick henne att känna sig bättre till mods. Aaidas citat går att förstå utifrån Honneths teori om erkännande på mikronivå (Heidegren 2009:64). Genom att läkaren som utfört kejsarsnittet bemötte Aaida i hennes känslor av sorg och misslyckande erkändes Aaida i form av ett socialt handlande. Honneth (ibid) menar att det är av stor vikt att bejaka en annan människas känslor då detta är avgörande för hur personens självbild och självuppfattning kommer att utvecklas.

6.5 Jämförelser med hemlandet

Hur intervjupersonerna jämför förlossningsvården i Sverige i relation till förlossningsvården i hemlandet varierar. Kvinnorna tar upp olika aspekter av skillnader och nedan beskriver Camila hur hon upplevde den svenska förlossningsvården i relation till förlossningsvården i hemlandet:

Alltså för mig passade Sverige mycket bättre än om jag hade varit gravid i mitt hemland [...] I hemlandet så har

man en helt annan syn, alltså när man är gravid så är man sjuk på något sätt, så man är jättemycket hos läkaren och jättemycket hos barnmorskan och man gör jättemånga ultraljud och kontroller och grejer och aa... man är nästan sjuk haha man måste kolla allting hela tiden! Och här kände jag att det var mycket mer fritt, det var för det första så har man ingen syn på en gravid kvinna som sjuk utan att... allting ska gå bra! [...] (I hemlandet) hade jag behövt kämpa emot hela systemet och familjen och alla som skulle vilja tvinga mig att göra en massa kontroller och grejer och det fick jag inte uppleva här... det var skönt på det sättet att jag kunde välja!

Camila beskriver att hon i Sverige inte behövde genomgå en massa kontroller, vilket hon hade behövt göra i sitt hemland. Hon förklarar att hon i hemlandet hade blivit tvungen att gå emot hela systemet och familjen, vilket hon inte behövde göra i Sverige. Camilas citat kan förstås som ett rättsligt erkännande, vilket innebär en grundläggande respekt för människors sätt att vara och tänka (Heidegren 2009:30). Camila beskriver att hon uppskattar att hon fick välja själv hur hon ville göra och blev därigenom respekterad utifrån sina åsikter. Camila berättar även hur synen på gravida kvinnor skiljer sig mellan länderna på flera olika sätt: "jag är ganska liten i storlek och jag gick upp 30 kilo under båda graviditeterna [...] hade jag bott (i hemlandet) så hade jag absolut inte fått gått upp 30 kilo utan att de hade satt mig på kost, på bantning liksom...". Camila beskriver här ländernas olika tankar och normer gällande gravida kvinnors viktuppgång. Hon förklarar att om hon hade gått upp 30 kilo i hemlandet hade detta inte setts som naturligt och hon hade mest sannolikt behövt gå ner i vikt. Citatet kan förstås utifrån en stark kultur både inom sjukvården men även inom Camilas familj. Utifrån att hon berättar hur hon hade varit tvungen att gå emot både systemet och familjen kan det ses som att det råder starka normer kring hur en graviditet och förlossning bör gå till. Ett annat exempel på kulturella skillnader är i form av Aaidas citat. Hon berättar om hur vårdpersonalen på ett respektfullt sätt bemötte henne utifrån hennes religiösa tro, något som hon beskriver inte hade varit möjligt i hemlandet:

[...] Så jag berättade det, till barnmorskan och till läkaren innan. Så jag kom med papper där det stod att även om jag är under bedövning, även om jag inte kan prata så vill jag inte ha blod... Jag hade ett sånt papper som jag gav till läkaren. Och dom försökte förklara till mig vad som kan hända om jag säger nej till blod. Så det var läkare som kom och förklarade vad det innebar... men dom var också, dom respekterade min, opinion (åsikt). Dom tvingade mig inte. För jag trodde kanske att dom skulle tvinga mig, att du måste acceptera ... men det gjorde dom inte och det är något jag uppskattar jättemycket. För jag vill inte ha blod på grund av mina beliefs, (tro). Så dom respekterade det [...] Jag tror inte att om det var i mitt hemland att jag kunde få sån respekt. Det är inte säkert men här fick jag det.

Aaida uttrycker uppskattning och tacksamhet över att personalen respekterade hennes vilja om att inte ta emot blod. Hon förklarar att utifrån hennes religiösa tro var detta något hon inte ville göra och beskriver att om det hade varit i hennes hemland hade hon förmodligen blivit tvingad till att ta emot blod ändå. Genom att Aaida inte tvingades ta emot blod respekterades hennes religiösa tro och hon erkändes därmed som en fullvärdig samhällsmedborgare. Detta ligger i linje med vad Honneth (Heidegren 2009:30) beskriver som rättsligt erkännande då en person bejakas utifrån hennes unika sätt att vara och respekteras utifrån attityder, normer och värderingar. Aaida beskriver att hon är tacksam över hur personalen hanterade situationen och att det kändes respektfullt. En annan jämförelse som framkommer bland intervjuerna är den kring kejsarsnitt. Camila beskriver det såhär:

(I hemlandet) så vet jag om jag hade haft en förlossning som var så pass lång som jag hade så hade de satt igång mig och förmodligen försökt att göra kejsarsnitt och sådär... eh för det är mycket mer, högre andel (i hemlandet) som gör kejsarsnitt och mycket mer planerade

kejsarsnitt alltså det minsta lilla gör att man bestämmer i förväg om man ska göra det.

Camila beskriver att hennes förlossning troligtvis hade blivit annorlunda om hon istället hade fött sitt barn i hemlandet då vårdpersonalen förmodligen skulle genomfört kejsarsnitt eftersom förlossningen var långdragen. Camilas citat tyder på att det mellan länderna finns vissa skillnader, vilket kan förstås som kulturella skillnader inom organisationer. Även Natalia beskriver skillnader gällande beslut om kejsarsnitt: “Den största skillnaden mellan mitt land och i Sverige är att en kvinna kan välja, jag ville inte föda naturligt, jag ville göra kejsarsnitt men i Sverige kan man inte det... Jag bad om kejsarsnitt men läkaren sa nej”. Här framkommer att det finns en skillnad mellan Sverige och andra länder vad gäller möjligheten till kejsarsnitt. Även detta kan förstås som organisationskultur och hur man ser på vem som bör fatta det slutgiltiga beslutet. Just den här diskussionen är också något som ofta framkommer i debatter där synen på kejsarsnitt ser olika ut från land till land, mellan olika platser men även från individ till individ (socialstyrelsen 2019; Groth & Bjurwald 2019).

Kapitel 7 - Slutsats och diskussion

Här följer studiens slutsats- och diskussionsavsnitt. Inledningsvis presenteras en sammanfattning av studiens resultat följt av en diskussion kring ämnet.

Avsikten med vår studie var att få en ökad förståelse för utrikes födda kvinnors upplevelser av att föda barn i Sverige. Detta med fokus på kvinnornas upplevelser av interaktionen med vårdpersonal utifrån språk, kommunikation och bemötande samt huruvida kvinnorna upplevde att de fick det stöd de var i behov av. En jämförelse gjordes även mellan hur kvinnorna framställde den svenska förlossningsvården i relation till förlossningsvården i hemlandet.

Resultatet visar att majoriteten av kvinnorna var nöjda med bemötandet från vårdpersonalen och att de överlag fick det stöd de var i behov av. Vissa av kvinnorna beskrev dock att det förekom kommunikationsproblem, speciellt vad gällde förmågan att uttrycka känslor samt förståelsen av vissa medicinska termer. Kvinnorna beskrev även att de saknade närvaron av anhöriga som befann sig i hemlandet, vilket gjorde att de kände sig extra sårbara. Flera av kvinnorna nämnde dessutom att de hade önskat mer stöd kring valet av förlossningssätt. Vad gäller framställningen av den svenska förlossningsvården i relation till förlossningsvården i hemlandet framhävde kvinnorna flertalet skillnader, bland annat gällande vilka personer som tillåts närvara under en förlossning, olika förlossningssätt samt synen på en gravid kvinna.

Ovanstående slutsatser och resonemang tillsammans med resultat från tidigare studier (Heli & Svensson 2017; JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014; Igarashi, Horiuchi & Porter 2013) tyder på att det för föderskor är av stor vikt att få ett personligt och individanpassat stöd, bli bemött i sina känslor samt få möjlighet att uttrycka sig och göra sig förstådd. Trots detta framkommer det både i vår studie samt i tidigare forskning (ibid) att det inom förlossningsvården förekommer vissa kommunikationssvårigheter och språkbarriärer. Enligt svensk lag (HSL 2017:30) har alla människor rätt till fullvärdig information, tillgång till tolk samt jämlik vård, men eftersom kommunikationssvårigheter ändå förekommer inom sjukvården kan det tyda på att den inte alltid är jämlik för alla.

Detta skulle kunna betyda att det inom förlossningsvården finns vissa brister kring den information som föderskor ges gällande rättigheter och möjligheter till stöd. En förklaring skulle potentiellt kunna vara vårdpersonalens höga arbetsbelastning som tidigare tagits upp av flertalet debattörer (Stephansson et al. 2017; Groth & Bjurwald 2019; RFSU 2019). Ytterligare en faktor som tyder på brister i kommunikationen är att ingen av kvinnorna i vår studie hade en doula eller kulturtolk närvarande under förlossningen. Detta kan mycket väl vara en slump då vi endast intervjuat sju personer, men kan även belysa ovetskap om att den här typen av stöd finns. En doula eller kulturtolk kan anses vara i linje med det individanpassade stöd som kvinnorna efterfrågar, vilket ytterligare framhäver vikten av att vara medveten om vilken typ av stöd som finns att tillgå.

Sammantaget tyder vårt resultat i kombination med tidigare studier (JiYoung Seo, Wooksoo & Dickerson 2014; Igarashi, Horiuchi & Porter 2013; Bäärnhielm 2016) på att föderskors förlossningsupplevelser påverkas av likväl individuella som organisatoriska förutsättningar. Kvinnorna i vår studie beskrev att de var nöjda med personalen som individer och menade att de var lämpade för yrket. De negativa upplevelser som kvinnorna beskrev handlade istället om organisatoriska förutsättningar som exempelvis att inte få välja förlossningssätt. Kvinnorna beskrev att det fanns en tydlig norm om vad som ansågs som en normal förlossning, vilket inte alltid låg i linje med deras önskemål. Uttalandena tyder på att det inom förlossningsvården råder en stark organisationskultur som utformar och reproducerar normer och förhållningssätt kring exempelvis kejsarsnitt, vaginal förlossning samt hemförlossning. Tidigare studier (Igarashi, Horiuchi & Porter 2013; Bäärnhielm 2016) tyder däremot på att problemen som framkommer inom förlossningsvården framförallt handlar om patienterna på individnivå och därmed hamnar de organisatoriska förutsättningarna i skymundan. Igarashi, Horiuchi och Porter (2013:788) belyser exempelvis att det är av betydelse att vårdpersonal för att kunna kommunicera med personer från olika kulturer får en ökad kulturell medvetenhet. Vår studie tyder däremot på att fokus istället behöver riktas mot organisationens, ibland självklara, egna kulturella normer och principer. Ingen av kvinnorna i vår studie uttryckte en önskan om högre kulturell medvetenhet hos personalen utan betonade snarare vikten av bli mött i sin unika situation. Av detta i kombination med den omtalade kritiken gällande kulturbegreppet (Grogolopo &

Ahlberg 2006:4) kan det tyda på att fokuset gällande kultur bör flyttas från föderskorna till kulturen inom sjukvården.

Efter att ha genomfört denna studie har flera tankar vuxit fram kring vad som vore intressant och betydelsefullt att forska vidare om. Vår studie bygger på intervjuer med kvinnor som besitter goda kunskaper i svenska eller engelska vilket kan ha haft betydelse för studiens resultat. Vi hade tyckt det varit intressant att få ett större varierat urval rent språkmässigt då kvinnor som inte behärskar svenska eller engelska i den grad våra intervjupersoner gjorde eventuellt kan ha andra upplevelser kring förlossningsvården. Därmed vore det intressant för vidare forskning att utföra en liknande studie men med möjligheten att använda tolk för att på så sätt komma i kontakt med fler kvinnor med eventuellt andra förlossningsupplevelser. Ytterligare ett förslag på vidare forskning är hur förlossningsvården kan utveckla sitt arbete vad gäller olika familjekonstellationer exempelvis transnationella familjer. Intervjupersonerna i vår studie beskrev att de saknade sina anhöriga som var kvar i hemlandet och önskade att de kunde närvara under förlossningen. Vi tycker därmed att det är av betydelse att undersöka huruvida även transnationella familjer kan närvara och stötta under förlossningsprocessen. Righard (2015:40) beskriver att det bland annat inom socialt arbete utvecklats metoder för att inkludera familjemedlemmar som bor i olika länder. Metoderna som utvecklats är exempelvis möjliggörandet för personer att åka till varandra eller att kommunicera via telefon- eller videosamtal. Den svenska förlossningsvården kan uppenbarligen inte åka till ett annat land för att förlösa en kvinna men metoder i form av telefon- eller videosamtal skulle eventuellt kunna vara möjliga. Detta är något vi hoppas på kommer att forskas kring i framtiden.

Slutligen vill vi lyfta ett förslag på vidare forskning som flera av kvinnorna vi intervjuat framförde, nämligen hur en kvinnas förlossningsupplevelse påverkas av i vilket land förlossningen äger rum. Flera av intervjupersonerna beskrev att det vore intressant att jämföra olika länders påverkan på hur en kvinna upplever en förlossning. Kommande forskningsprojekt skulle därigenom kunna undersöka hur kvinnor beskriver upplevelsen av att föda barn i olika länder och inte bara i Sverige. Detta är något vi tror och hoppas ytterligare kan öka förståelsen för

upplevelsen av att föda barn i ett annat land och därmed bidra till förbättringsmöjligheter vad gäller de brister som finns i dagsläget.

Referenslista

- Akhavan, Sharareh (2009) *Utvärdering av projektet: Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar*. Västra Götalandsregionen: Folkhälsokommittén
- Alexanderson, Kristina (2016) *Källkritik på internet*. Stockholm: Internetstiftelsen i Sverige
- Barth, Fredrik (1998) *Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization of Culture Difference*. Prospect Heights: Waveland Press
- Bengtsson, Kristin (2019) *Så går det till på BB och förlossningsavdelningen* [<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/barn--gravid/forlossning/pa-forlossningen-och-bb/pa-forlossningsavdelningen/>]. Hämtat: 2020-03-12]
- Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje upplagan. Stockholm: Liber
- Bäärnhielm, Sofie (2019) *Möten i den mångkulturella vården I: Björn Fossum (red.) Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Diskrimineringsombudsmannen (2012) *Rätten till sjukvård på lika villkor*. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen (DO)
- Dominelli, Lena (2018) *Anti-racist social work*. Fjärde upplagan. London: Palgrave
- Esscher, Annika (2014) *Maternal Mortality in Sweden: Classification, Country of Birth, and Quality of Care*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis
- Grogolopo, Adrian & Ahlberg, Marina Beth (2006) *Hälsa, vård och strukturell diskriminering*. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering Stockholm: Fritze
- Groth Malpuri, Bjurwald Lisa (2019) *Ministern, ta tag i förlossningsvården* [<https://www.svd.se/ministern-ta-tag-iforlossningsvarden>]. Hämtat: 2020-04-17]
- Hall, Stuart (1999) *Kulturell identitet och diaspora*. I: Håkan Thörn, Catharina Eriksson, & Maria Eriksson Baaz (red.) *Globaliseringens kulturer: Den postkoloniala paradoxen, rasismen och det mångkulturella samhället*. Nora: Nya Doxa
- Heidegren, Carl-Göran (2009) *Erkännande*. Första upplagan. Malmö: Liber
- Heli, Susanne & Svensson, Liisa (2017) *Trygg förlossning: en omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla*. Första upplagan. Stockholm: Gothia Fortbildning
- Honneth, Axel (2003) *Erkännande: praktisk-filosofiska studier*. Göteborg: Daidalos
- Igarashi, Yukari, Horiuchi, Shigeko och E. Porter, Sarah (2013) *Immigrants' Experiences of Maternity Care in Japan*. *J Community Health*, 38 (4): 781–790
- JiYoung Seo, Wooksoo Kim, and Suzanne S. Dickerson (2014) *Korean Immigrant Women's Lived Experience of Childbirth in the United States*. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(3): 305-317

- Johnsdotter, Sara (2007) Dumpning av svensksomaliska barn. I: Marita Eastmond & Lisa Åkesson (red.) *Globala familjer: transnationell migration och släktskap*. Hedemora: Gidlund.
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur
- Ny, Pernilla, Dykes, Anna-karin, Molin, Johan & Dejin-Karlsson, Elisabeth (2007) Utilisation of antenatal care by country of birth in a multi-ethnic population: a four-year community-based study in Malmö, Sweden. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 86(7): 805-813
- Olsson, Pia (2010) Vårdande under graviditeten. I: Marie Berg & Ingela Lundgren (red.) *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. Andra upplagan Lund: Studentlitteratur.
- RFSU (2019) *Mödravård, förlossningsvård och eftervård*
[\[https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-sverige/fragor-vi-jobbar-med/forlossningsvard/\]](https://www.rfsu.se/vad-vi-gor/i-sverige/fragor-vi-jobbar-med/forlossningsvard/)
 Hämtad:2020-03-12]
- Righard, Erica (2015) Internationell migration som perspektiv i socialt arbete. I: Norma Montesino & Erica Righard (red) *Socialt arbete och migration*. Första upplagan. Malmö: Gleerup
- Statistiska centralbyrån (2020) *Utrikes födda i Sverige*
[\[https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utrikes-fodda/\]](https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utrikes-fodda/). Hämtat: 2020-03-12]
- SFS 2014:82. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- Schein, Edgar H (2004) *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass
- Socialstyrelsen (2019) *Kejsarsnitt i Sverige 2008–2017*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Stephansson Olof, Gustafson Pelle, Rutberg Hans, Herbst Andreas, Ahlberg Mia (2017) *Förlossningsvård i kris – men resultat i världsklass*.
[\[https://www.svd.se/forlossningsvard-i-kris-ger-resultat-i-varldsklass\]](https://www.svd.se/forlossningsvard-i-kris-ger-resultat-i-varldsklass). Hämtat: 2020-04-17]
- Svenska läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen & Statens beredning för medicinsk utvärdering (2011) *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*. Nationella medicinska indikationer.
- Sveriges kommuner och regioner (2016) *Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus: kartläggning av nuläget och förbättringsområden*. Stockholm: Sveriges kommuner och regioner (SKR)

- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet
- Wessberg Anna, Lundgren Ingela, Elden Helen (2019) Cultural perspectives on vaginal birth after previous caesarean section in countries with high and low rates - A hermeneutic study. *Women and Birth*
- Wikström, Hanna (2009). *Etnicitet*. Första upplagan. Malmö: Liber.
- Wikström Hanna (2013) Ett postkolonialt perspektiv på sociala problem. I: Anna Meeuwisse & Hans Swärd (red) *Perspektiv på sociala problem*. Andra upplagan. Stockholm: Natur & Kultur
- Wikberg, Anita (2014) *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur*. Åbo: Socialvetenskapliga institutionen Åbo Akademi
- Wint, Kristina , Elias Thistle I, Mendez Gabriella, Mendez Dara D, Garry-Webb, Tiffany L (2019) Experiences of community doulas working with low income, African American Mothers. *Health Equity* 3 (1): 109–116

1 - Informationsbrev

UPPLEVELSER AV ATT FÖDA BARN I ETT ANNAT LAND



Till dig som fött barn i ett annat land än där du är född eller uppvuxen

Det finns olika normer, övertygelser och traditioner kring att föda barn. Dessa kan variera mellan olika kulturer och länder men även från individ till individ. Vi vill därför genomföra en intervjustudie som undersöker **kvinnors upplevelser av att föda barn i ett annat land än hemlandet**. Fokus är på **bemötandet från vårdpersonalen** utifrån språk, kommunikation och kultur.

Vill du vara med? Vi söker dig som:

Fött barn i ett annat land än där du är född eller uppvuxen

Har ett annat modersmål än det officiella språket i landet du födde barn i

Deltagandet är helt **frivilligt, du är anonym och du kan när som helst**, utan förklaring, avbryta din medverkan. Intervjun kommer spelas in och skrivs ut. I den slutgiltiga uppsatsen kommer varken enskilda personer, verksamheter, kommuner eller stadsdelar kunna identifieras. **Allt material tas bort efter att uppsatsen är färdig.**

BRA ATT VETA:

- Intervjuerna genomförs under vecka 11 (9 - 15 mars)
- Plats väljs utifrån ditt önskemål, exempelvis i våra lokaler eller i din bostad
- Intervjuerna kan hållas på svenska eller engelska och de tar cirka 60 minuter
- Det är möjligt med telefonintervju

Vi som utför studien heter Alice Faxerin och Stella Månevik och läser till socionomer på Göteborgs universitet.

Är du intresserad av att delta?

Hör av dig senast **måndag 9/3**
via mejl, telefon eller sms

Vid frågor går det även bra att kontakta
vår handledare **Lena Sawyer**

Alice Faxerin

Stella Månevik

lena.sawyer@socwork.gu.se

alice.faxerin@gmail.com manevikstella@gmail.com

2 - Temaguide

Språk



Graviditet förlossningen



Kommunikation



Stöd



3 - Intervjufrågor

Intervjufrågor

Uppvärmningsfrågor

- Vilka språk kan du och vilket är ditt modersmål?
- Var är du född?
- Var är du uppvuxen?
- Var bor du idag?
- Hur många barn har du?
- Hur gamla är dom?
- I vilket land är barnet/barnen födda?
- Hur länge hade du bott i landet när du födde barnet/barnen?

Graviditet och förlossningen

- (Kan du berätta om din förlossning?)
- Kan du berätta om hur det var för dig att föda barn i ett annat land?
- Skulle du kunna beskriva vad du hade för tankar och känslor under förlossningen?
- Var befann du dig, t.ex. hemma eller på sjukhus?
- Vilka fanns hos dig?

Kommunikation

- Hur upplevde du bemötandet från vårdpersonalen?
- Hur upplevde du kommunikationen med vårdpersonalen?
- Hur fungerade kommunikationen?
- Vad var bra/inte bra?
- På vilket språk kommunicerade ni?
- På vilket språk skulle du velat kommunicera?
- Hur upplevde du relationen med vårdpersonalen?

Stöd

- Kan du berätta om det stöd du fick av personalen under förlossningen?
- Vad var bra/ inte bra?
- Hade du önskat att något var annorlunda?
- Är det något annat du vill berätta som vi inte har frågat om i relation till att föda barn i ett annat land?
- Hur var det för dig att bli intervjuad?

Tack för din tid!

4 - Samtyckesformulär

Skriftligt, informerat samtycke...



... till medverkan i intervjustudien kring; **upplevelsen av att föda barn i ett annat land.**

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in, bearbetas och hanteras. Jag har även informerats om att mitt deltagande är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie som handlar om upplevelser av att föda barn i ett annat land.

Ort/Datum/År

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Forskares underskrift

Namnförtydligande

Forskares underskrift

Namnförtydligande

