



KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: HT 17

Cervical screening: Barriers Somali women face in Sweden

A Qualitative study

Cervix screening: Hinder somaliska kvinnor står inför i Sverige

En kvalitativ studie

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), år 2018

Författare:
Namn: Ayaan Hassan
Titel: Leg. sjuksköterska

Handledare:
Namn: Amani Eltayb
Titel: Med Vet. DrPhD.
Postdok

Författare
Namn: Iman Abdullahi
Titel: Leg. Sjuksköterska

Examinator:
Namn: Anna Wahlberg
Titel: PhD Postdok

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet internationella migranter över hela världen har fortsatt att växa under de senaste 17 åren. Det innebär nya utmaningar för den svenska sjukvården, både vad gäller språk, kultur och bemötande av sjukdomar.

Mödravård, cancerscreening och andra förebyggande hälso- och sjukvårdsinsatser har lägsta deltagande av patienter med somaliskt ursprung i förhållande till majoritetsbefolkningen.

Cervixcancer är den fjärde vanligaste cancerformen hos kvinnor i världen. Deltagande i screeningsprogrammet är en stor anledning till att cervixcancer upptäcks i tid och behandlas vilket innebär att de kvinnor som inte deltar i programmet en riskgrupp.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva somaliska kvinnors kunskap och faktorer som påverkar deltagandet av screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige.

Metod: Studien är kvalitativ och semistrukturerad individuella intervjuer av 11 kvinnor användes som datainsamlingsmetod.

Resultat: Under analysen framkom det två kategorier: *"Kunskap om förebyggandet av cervixcancer och dess screeningsprogrammet"* och *"Faktorer som hindrar deltagandet i cellprovtagning"* samt sex subkategorier: Medvetenhet om prevention för cervixcancer, önskan om mer information om screeningsprogrammet, omgivningens påverkan av deltagandet av cellprovtagning rädsla för deltagandet av cellprovtagning, känsla av friskhet samt kulturens betydelse för deltagandet av cellprovtagning.

Slutsats: Denna studie kan bidra med ökad kunskap för barnmorskan om att information till dessa kvinnor kan öka deltagandet i screeningsprogrammet av cervixcancer i Sverige.

Nyckelord: Cellprovtagning, Cervixcancer, Kunskap, Kvalitativ, Screeningsprogrammet, Somaliska kvinnor

Abstract:

Background: The globe has witnessed an increased in migration and displacement in recent years due to conflict, persecution and lack of human security and opportunity. Countries receiving migrants as Sweden face new challenges in relation to health, education, work, integration and living conditions of this group. Migrants in Sweden are often unfamiliar with Swedish health care system because of language and cultural barriers. Therefore, in comparison with Swedish national population migrants may not seek medical help or benefit from health services as recommended by Swedish health care. For example, maternity care, cancer screening and other preventive health care interventions have the lowest attendance of patients with Somali origin in contrast with the Swedish population.

Worldwide, cervical cancer is the fourth most common cancer form that occur in women. Regular screening for cervical cancer allows detection of the disease on an early stage when it can be treatable. Thus, participation in the screening program plays a key role in controlling the disease and therefore women who do not participate in the screening program are at risk to develop and might die of it.

Aim: To describe Somali women's knowledge and factors that affect their participation on the screening program for cervical cancer in Sweden.

Method: A qualitative approach was conducted in this study. Semi structured individual interviews were used for data collection.

Results: During analysis two categories were generated: "*Knowledge on cervical cancer prevention and its screening test program*" and "*Factors that hinder participation in a cervical screening test*" and six subcategories: "Awareness on prevention of cervical cancer", "Desire for more information about the screening test program", "Impact of participants' surroundings on their participation on the screening test program", "Fear of cervical screening test procedures", "Sense of feeling healthy" and "Cultural norms and believes affect participation on screening test program" .

Conclusion: This study can contribute to fulfil the knowledge-gaps in relation to cervical cancer screening test among Somali women in Sweden.

Keywords: Cervical Cancer, Knowledge, Screening test, Somali woman, Pap-smear, Qualitative



Innehåll

1	Inledning	7
2	Bakgrund	7
2.1	Migration	7
2.2	Somaliska immigranter i Sverige	8
2.3	Att immigrera till ett nytt land	8
2.4	Hälsa och sjukvård för immigranter i skandinavien	8
2.5	Cervixcancer	9
2.6	Prevention mot cervixcancer	11
2.7	Kulturkompetens hos vårdgivare	12
2.8	Lagar och barnmorskans ansvarsområde	12
3	Problemformulering	13
4	Syfte	14
5	Metod	14
5.1	Design	14
5.2	Urval	14
5.3	Datainsamling	15
5.4	Dataanalys	16
	<i>Tabell 1. Exempel på analysförfarandet</i>	17
5.5	Etiskt övervägande	17
6	Resultat	18
	<i>Tabell 2. Kategorier och Subkategorier</i>	18
6.1	Kunskap om förebyggandet av cervixcancer och dess screeningsprogram	19
6.1.1	Medvetenhet om prevention för cervixcancer	19
6.1.2	Önskan om mer information om screeningsprogrammet	20
6.2	Faktorer som hindrar deltagandet i cellprovtagning	22
6.2.1	Omgivningens påverkan för deltagandet i cellprovtagning	22
6.2.2	Rädsla för deltagandet i cellprovtagning	23
6.2.3	Känsla av friskhet	25
6.2.4	Kulturens betydelse för deltagandet i cellprovtagning	25
7	Diskussion	27
7.1	Metoddiskussion	27
7.2	Resultatdiskussion	30
7.2.1	Klinisk betydelse	37



7.2.2	Förslag till vidare forskning	37
8	Slutsats	37
	Referenslista	39
	Bilaga 1	47
	Bilaga 2	48



**Karolinska
Institutet**

Begreppet screeningsprogram för cervixcancer kommer att användas i denna studie och då syftar vi på: kunskap om cervixcancer och kallelse för cellprovtagningen.

1 Inledning

Det finns idag inte tillräckligt med kunskap om vilken inställning somaliska kvinnor har till screeningsprogrammet för cervixcancer. Därför väcktes ett intresse för hur somaliska kvinnor ser på screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige. Under vår verksamhetsförlagda utbildning på mödravården stötte vi inte på lika många somaliska kvinnor under cellprovtagningen i andra kvinnor. Då båda författarna av den här uppsatsen är från Somalia blev detta ämne intressant för oss och därav valde vi att studera vilken kunskap och faktorer som påverkar somaliska kvinnors deltagande i screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige.

2 Bakgrund

I bakgrunden lyfts migration i världen, somaliska immigranter i Sverige, att immigrera till ett nytt land samt hälso- och sjukvården för immigranter i Skandinavien. Beskrivning om cervixcancer, prevention mot cervixcancer globalt och i Sverige, kulturkompetens hos vårdgivaren samt lagar och barnmorskans ansvarsområden. Dessa olika ämnen bidrar till en bättre förståelse för denna studie och dess syfte.

2.1 Migration

I alla tider har människan folkvandrat på jakt efter ett bättre liv. Migration är resultatet av många faktorer; krig, konflikter, miljöförstöring, trafficking med mera (International Organization for Migration, [IOM], 2013). Antalet internationella migranter över hela världen har fortsatt att växa under de senaste sjutton åren och uppgick till 258 miljoner år 2017, en ökning från 248 miljoner år 2015, 220 miljoner under 2010, 191 miljoner år 2005 och 173 miljoner år 2000. Mellan 2000 och 2005 ökade den internationella invandringen med genomsnitt 2 procent per år. Under perioden 2005–2010 växte den årliga tillväxttakten och gick upp till 2,9 procent. Sedan dess har det saktat och fallit till cirka 2,4 procent per år under perioden 2010 (United Nations, 2017).

För Sveriges del innebär det att 144 489 människor invandrade till Sverige 2017. De länder de flesta människor invandrar från är Afghanistan, Syrien, Somalia, Irak och Eritrea. Detta innebär nya utmaningar för den svenska sjukvården, både vad gäller språk, kultur och bemötandet till sjukdomar (Statistiska centralbyrån, [SCB], 2017a).

2.2 Somaliska immigranter i Sverige

Somaliska immigranter började anlända till Sverige sedan början av 1990-talet i samband med inbördeskriget i Somalia. Kriget ledde till att ca 2 miljoner somalier flydde landet. Trots många år i Sverige ser sig många somalier som flyktingar (Svanberg, Skott & Lepp, 2011). År 2017 bodde 66 369 somaliskfödda invandrare i Sverige samt 25 454 somalier som var födda i Sverige till somalisk födda föräldrar. Somalier utgör den största gruppen utrikesfödda afrikaner i Sverige (SCB, 2017b).

2.3 Att immigrera till ett nytt land

Socialstyrelsen (2009) nämner i sin folkhälsorapport att migrera till ett nytt land kan leda till en social utsatthet, där risk för diskriminering finns. Svenskar med invandrarbakgrund har större arbetslöshet eller arbeten med sämre arbetsmiljö och utsätts ofta för diskriminering. Vidare nämns det även att immigranter från ett icke-europeiskt land riskerar i högre grad att diskrimineras än immigranter från Europa, vilket är en bidragande faktor till ohälsa (Socialstyrelsen, 2009). Socioekonomiska förhållande, sociala nätverk samt livsstils och arbetsvillkor är faktorer som påverkar hälsan. Är dessa faktorer ojämmt fördelade mellan olika grupper i samhälle skapas det ojämlikheter i hälsan (Hollander, 2013).

2.4 Hälso- och sjukvård för immigranter i skandinavien.

Tidigare forskning visar att kvinnliga immigranter upplever en sämre fysisk och psykisk hälsa i förhållande till infödda svenskar (Akhavan, 2006). Invandrarkvinnor söker inte sjukvård trots att upplevt vårdbehov finns. Dödliga sjukdomar som med hjälp av sjukvårdens förebyggande insatser kan förebyggas är högre bland utlandsfödda kvinnor än kvinnor med svenskt ursprung (SCB, 2006). Akhavan (2012) nämner att kvinnor med utländskt ursprung oftast uppsöker sjukvården försent. Detta på grund av den bristfällig kunskap om det svenska sjukvårds systemet som skiljer sig i jämförelse med deras respektive hemland.

En dansk studie nämner det att låginkomstländer oftast inte har primärvård. Vilket kan vara en anledning till att migranter från dessa länder söker sig direkt till akuten. Då tillräcklig kunskap om primärvården inte finns letar man sig fram till det man känner igen, det vill säga akut sjukvård. Somaliska patienter söker akutsjukvården i större uträkning än majoritetsbefolkningen. Detta hade sin orsak till det nya sjuksystemet och ett sämre hälsotillstånd. Vidare nämns det även att somaliska kvinnor har lägre kunskap om smittvägar och könssjukdomar jämfört med somaliska män (Norredam et al, 2014).

Somaliska kvinnor deltar i screeningsprogrammet för cervixcancer samt andra screeningsprogram såsom cervixcancer i lägre utsträckning än majoritetsbefolkningen. Bristfällig språkkunskap kan vara en av orsakerna och därav ökar behovet av en tolk (Morrison, Wieland, Cha, Rahman & Chauhdry, 2012). I en studie av Svanberg et al (2011) lyfts det fram att en faktor till att somaliska patienter inte söker sig till sjukvården i lika hög grad kan bero på svårigheter med kommunikation på svenska. Vidare nämns det att fokus på lätt tillgänglig information blir viktigt. En studie av Gerritsen et al (2006) nämner att somalier använder sig av förebyggande hälso -och sjukvårdsinsatser bland annat mödravård och cancerscreening i lägre utsträckning jämfört med majoritetsbefolkningen.

Akhavan (2012) nämner att faktorer som påverkade uppsökning av sjukvård var relaterat till utbildningsnivå, ursprungsland samt hur länge man bott i Sverige. Studien nämner även att de utländska kvinnors sökande till sjukhus var relaterat till bemötandet från svensk sjukvård. En bidragande faktor för det kan vara att utländska kvinnor oftast inte känner till sina rättigheter inom sjukvården

2.5 Cervixcancer

Cervixcancer är den fjärde vanligaste cancerformen hos kvinnor i världen. Uppskattningsvis 530 000 nya fall under 2012 och det motsvarar 7,5 % av alla dödsfall i cancer hos kvinnor. Av dessa dödsfall från cervixcancer varje år förekommer mer än 85 % i låginkomstländer (World Health Organization [WHO], 2018).

Enligt WHO (2018) är humant papillomvirus (HPV) den mest vanliga virala infektion av det reproduktiva systemet. De flesta kvinnor och män som är sexuellt aktiva kommer någon gång

i livet att bli infekterade av HPV och vissa kan bli infekterade upprepande gånger. Toppunkten att få infektionen för både kvinnor och män är kort efter att de blir sexuellt aktiva. Enligt WHO (2018) finns det många HPV typer och många av dem orsakar inga problem, men HPV typerna 16 och 18 orsakar 70 % av cervixcancer. HPV-infektionen brukar i vanliga fall självläka inom några månader efter infektionen debuterad och cirka 90 % blir helt utläkta inom 2 år. En del infektioner med viss typ av HPV kan fortsätta att utvecklas till cancer och cervixcancer är den vanligaste dominerande HPV-relaterade sjukdomen.

Enligt Broberg et al (2018) är deltagande i screeningsprogrammet en stor anledning till minskningen av cervixcancer och därför utgör de kvinnor som inte deltar i programmet en riskgrupp. Kvinnor inom riskgruppen har en större dödlighet av cervixcancer och gruppen utgörs i högre grad av kvinnor med låg socioekonomisk bakgrund. Evidensen visar att många av kvinnorna i riskgruppen har låg utbildningsnivå, hög ålder och är ensamstående, med eller utan barn. Generellt så har immigranter en låg deltagandesiffra i screeningsprogrammet för cervixcancer. Andra studier nämner även att ensamstående kvinnor och kvinnor som inte söker sjukvård ofta tillhör riskgruppen (Broberg et al, 2018).

Anaman-Torgborg, King och Correa- Velez, (2017) beskriver risken att drabbas av cervixcancer minskar i höginkomstländerna men inte i låginkomstländerna och att screening för cervixcancer inte är lika vanligt i Afrika och Asien. Det låga användandet av screeningen beror dels på individuella och dels på strukturella barriärer. De individuella barriärerna kan vara att man inte har tillräckligt med kunskap om cervixcancer och screeningen, det vill säga hur den utförs samt attityder relaterat till religion och kultur. Strukturella barriärer kan vara brist på screeningsprogram, material, kostnad, dålig sjukvård, kompetensen hos sjukvårdspersonal och infrastruktur (Anaman-Torgborg, King & Correa- Velez, 2017).

Som tidigare nämnt är cervixcancer ett globalt hälsoproblem och enligt Abdullahi, Copping, Kessel, Luck och Bonell, (2009) är cervixcancer den vanligaste orsaken till cancer död hos kvinnor Somalia. Cervixcancer screening sker inte i Somalia och det finns inget ord för cellprovtagning eller cancer på somaliska. Vidare nämner Abdullahi et al (2009) att okunskap

är en stor faktor till att dessa kvinnor inte deltar. Rädsla, pinsamhet samt tidsbrist är andra faktorer. Vidare nämns det även att kultur och att många somaliska kvinnor är könsstympade är faktorer som kan bidra till minskad delaktigande i cellprovtagning (Abdullahi et al, 2009). Enligt Socialstyrelsen (2016) är könsstympning ett kirurgiskt ingrepp där en eller flera delar av externa genitalierna tas bort och ibland sys igen. Det är ett sätt kontrollera sexualiteten och heder hos flickor och kvinnor. Det omfattas som att flickan blir ren och vid giftermål oskuld. Könsstympning är en tradition som utförs Afrika och i vissa länder i Asien samt Mellanöstern. Ett av de vanligaste länder där könsstympning utförs är bland annat Somalia. Kvinnor som genomgått detta ingrepp kan ha med traumatiska minnen från händelsen och i samband med gynekologisk undersökning, samlag samt förlossning återuppliva minnen (Socialstyrelsen 2016).

2.6 Prevention mot cervixcancer

Cervixcancer är en sjukdom som kan förebyggas genom tidig upptäckt av cellförändringar. WHO (2018) rekommenderar en generell strategi för förebyggande och kontroll av cervixcancer. De rekommenderade åtgärderna består av vidtagande åtgärder över hela livskursen. Åtgärderna ska vara tvärvetenskapliga, inklusive komponenter från samhällsutbildning, social mobilisering, vaccination, screening, behandling och palliativ vård.

Socialstyrelsen (2018) rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder screening för cervixcancer och cellprovtagning med analys för cytologi av kvinnor i 23–29 års ålder vart tredje år. Enligt Rylander och Andersson (2015) är vaginalcytologisk screening ett effektivt sätt att förebygga utvecklingen av cervixcancer. Vidare beskriver författarna att kvinnor kallas till cellprovtagning hos barnmorskan med tre års intervall, från 23 års ålder och att cellprovet tas från cervixkanalen och området runt dess öppning. Enligt Broberg, Wang, Östberg,

I en studie gjord av Tavasoli, Kane, Chiarelli och Kupets (2018) beskrivs att fördelen med screening av cervixcancer har varit obestridlig med avseende på dess nyckelroll för att förebygga cervixcancer. Trots fördelarna med screening, möter screeningsprogrammet stora utmaningar för att uppnå önskat andel deltagande.

Enligt Regionala Cancercentrum i Samverkan (2018) är det bara en tredjedel av kvinnorna som inte deltagit i screeningen som får cervixcancer i Sverige. Den gynekologiska cellprovtagningen är ett effektivt sätt att förebygga cervixcancer och incidensen för cervixcancer minskar jämfört med om screeningen inte hade förekommit. Sjukdomen upptäcks också i tidigare stadier, vilket gör att fler blir friska.

2.7 Kulturkompetens hos vårdgivare

Kultur är en komplex helhet som består av kunskap, tro, konst, moral, lag och många andra möjligheter och vanor som man förvärvat som medlem i samhället. Människans sätt att tolka och uppleva världen bestäms till stor del av de kulturella sammanhang som de lever i (Schim, Doorenbos, Benkert & Miller, 2007).

Invandringen i dagens samhälle innebär att medvetenhet och intresse för kultur har uppstått. Det innebär att hälso- och sjukvården i Sverige kan ha kulturell mångfald uppstå.

Kulturkompetens innebär kunskap och förmågor hos vårdpersonal som behövs för att kunna vårda en patient från en annan kultur (Jirwe, 2008). Kulturkompetens är en individs förmåga att anpassa sig själv och sitt beteende i mötet med olika människor (Schim et al., 2007).

Vården ska bedrivas oberoende av patientens härkomst. Invandrare från låginkomstländer är den grupp som oftast visar tecken på ohälsa. Kvinnor med invandrarbakgrund känner oftast inte till hur systemen är utformade i Sverige. Därför fokuserar dessa kvinnor mer på behandlande vård än förebyggande insatser. De förutsättningar som krävs för förebyggande åtgärder är att kvinnan har kunskap om de rekommendationer och råd som finns, vilket kräver läs och skrivkunskaper (Ny, 2016).

2.8 Lagar och barnmorskans ansvarsområde

Alla människor har rätt till vård på lika villkor och en god hälsa. Alla människors lika värde ska respekteras och den enskildes värdighet. Hälso- och sjukvården ska förebygga ohälsa. Kontakten mellan patient och vårdpersonal ska vara god samt lätt tillgänglig (Hälso- och sjukvårdslag [HSL] SFS 1982:763). Diskrimineringslagen (SFS 2008:567) lyfter fram att en patient inte får diskrimineras på grund av kön, religion, etnisk tillhörighet eller ålder.

En legitimerad barnmorska arbetar inom kompetensområdet reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa. Kompetensområdet består av etiskt förhållningssätt, organisation och ledning, forskning, utveckling och utbildning, hälsofrämjande och förebyggande insatser samt handläggning av olika tillstånd. Barnmorskan utgår från professionens etiska kod som bygger på ömsesidig respekt och tillit samt att respektera varje människas eget värde. Svenska Barnmorskeförbundet (2018) beskriver vidare att barnmorskan arbetar utifrån människans rätt till autonomi och rättvisa, samt barnmorskan ska respektera de mänskliga rättigheterna i alla lägen. Barnmorskan bör också ha kulturell kompetens och ett normmedvetet förhållningssätt. När det gäller hälsofrämjande och förebyggande arbetar barnmorskan såväl på individ –som på grupp och samhällsnivå genom att stärka patientens egen förmåga att öka kontrollen över sin hälsa och behålla psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. Exempel på hälsofrämjande åtgärder som barnmorskan arbetar med är att informera om förebyggande åtgärder gällande sexuellt överförbara infektioner samt informera om och utföra cervixcancerscreening (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

3 Problemformulering

Tidigare forskning visar att kvinnor som immigrerat till ett nytt land kan uppleva ett missnöje med deras hälsa. Detta på grund av att det saknas kunskap om det nya landets sjukhus system. Bristande kunskap till sjukvårdssystem kan leda till ohälsa då kunskap inte finns till när och vart vård kan sökas när behovet finns. Dessa kvinnor har oftast inte tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster eller förebyggande insatser såsom screeningsprogrammet för cervixcancer. Det nämns även i tidigare forskning att okunskap kan vara en faktor till att dessa kvinnor inte deltar i screeningsprogrammet för cervixcancer. Andra faktorer såsom rädsla eller kulturella skillnader kan även ha en påverkan på om dessa kvinnor deltar i screeningsprogrammet. Det är känt att somaliska kvinnor deltar i screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige i lägre utsträckning. Trots screeningsprogrammet som finns i Sverige ökar cervixcancerincidensen i Sverige. Studier gällande detta har förbisetts i Sverige och därför vill vi ta reda på mer om somaliska kvinnors kunskap och faktorer som kan påverka deltagande i screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige.

4 Syfte

Syftet med studien är att beskriva kunskap och faktorer som påverkar somaliska kvinnors deltagande i screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige.

5 Metod

En kvalitativ ansats med en innehållsanalys används i examensarbetet. Malterud, (2014) menar att kvalitativa metoder möjliggöra forskning inom områden där kunskapsgrunden i utgångspunkten är tunn, där den problemställningen som ska forskas är komplex och sammansatt och där man är öppen för alla möjliga svar. Vidare beskriver författaren att målet med kvalitativa metoder är att bättre förstå än att förklara.

5.1 Design

Examensarbetet utgörs av en empirisk studie med kvalitativ ansats där semistrukturerad individuell intervju används som datainsamlingsmetod (se bilaga 1). Semistrukturerad studie innebär att en intervjuguide skapas på förhand och består av frågor som bör täckas under intervjun (Wibeck, 2012). För att analysera data använde vi oss av innehållsanalys.

5.2 Urval

Båda författarna är från Somalia och vi kontaktade deltagarna via vårt somaliska sociala nätverk med hjälp av snöbollsurval, eftersom målgruppen är en minoritet som ibland kan vara svår att nå fram till. Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) går metoden snöbollsurval ut på att personer i studien rekommenderar nya personer som skulle vara lämpliga att ingå i studien. Då får man en snöbollseffekt där hela tiden nya personer inkluderas, tills urvalet anses vara tillräckligt stort av forskarna beskriver författarna. Fördelen med snöbollseffekten är att det går snabbt att hitta nya personer till studien dessutom blir det lättare att övertyga de nya personerna att ingå i studien när en bekant har rekommenderat detta (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015).

Inklusionskriterier i denna studie är att deltagarna ska vara kvinnor från Somalia i åldern mellan 23–67 år. Kvinnorna ska vara bosatta i Sverige och behärska somaliska eller svenska språket. Exklusionskriterier i studien är att deltagarna inte är kvinnor från Somalia och att de

är yngre än 23 år eller äldre än 67 år samt att de inte är bosatta i Sverige eller inte behärskar somaliska eller svenska språket.

5.3 Datainsamling

Innan intervjuerna genomfördes studerades ämnet noggrant av båda författare.

Författarna skapade och förhandsgranskade en semistrukturerad intervjuguide som användes i studien. Innan val av intervjumetod är det viktigt att ha studiens syfte i fokus, vilket ligger till grund för val av metod (Danielson, 2012). Fokus låg på det aktuella ämnet med öppna frågor och följdfrågor. När intervjuguiden är färdig testas den i en provintervju. Detta för att både testa materialet, den tekniska utrustningen men även ett sätt för författarna att testa på att vara intervjuare. Provintervjun ger även en bild över om intervjutiden är hållbar. Detta sätt ger även författarna en möjlighet att revidera innehållet innan intervjuerna startas (Danielson, 2012). Författarna testade intervjuguiden och inspelningsmaterialet genom att en av kvinnorna fick utgöra ett pilotfall, vilket inte ledde till någon förändring av intervjuguiden.

En kort introduktion görs innan intervjun där författaren presenterar sig själv och studien.

Genomgång av upplägget presenteras med informationsbrevet inkluderat, detta för att undvika

oklarheter. Även här ges deltagarna återigen information om rättigheten att avbryta intervjun när som helst.

De anonyma och individuella intervjuerna ägde rum i juli 2018. Deltagarna avgjorde själva vilket språk de ville utföra intervjun på (svenska eller somaliska). 8 av intervjuerna skedde på svenska och 3 på somaliska. Vi intervjuade 11 somaliska kvinnor, mellan 23 och 67 års ålder tills vi uppnådde acceptabel mättnad för studiens syfte. Efter att vi intervjuat 8 kvinnor insåg vi att det inte tillkom någon ny information utifrån intervjuguiden för studiens syfte. Vi intervjuade de resterande 3 kvinnorna eftersom de visade intresse att delta studien och vi hade redan kommit överens om tid och plats. Intervjuerna ägde rum i en miljö där kvinnorna kände sig bekväma och de tog ca 20–40 minuter. Henricson och Billhult (2012) menar att som forskare bör man vara flexibel och följsam gällande miljön. Danielson (2012) instämmer i detta och tillägger att moderatorerna bör ha fokus på intervjun och anpassa sig efter situation. Intervjuerna spelades in och transkriberas.

5.4 Dataanalys

Det finns inga utformade regler för hur en kvalitativ analys ska genomföras utan det finns generellt tillvägagångssätt att analysera datamaterialet (Bryman, 2011). I analys av den

transkriberande intervjutexten i denna studie användes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats med inspiration av Lundman och Graneheim, analysen utgår från tolkning av texten menar (Lundman & Graneheim, 2004).

Intervjuerna utfördes både på somaliska och svenska. Författarna transkriberade direkt till svenska vilket innebär att intervjuerna som utfördes på somaliska översattes direkt till svenska vid transkriberingen. Under analysprocessen genomfördes diskussion mellan författarna då och då. Båda författarna läste sedan igenom alla intervjuer för att se till att intervjuerna stämde överens med transkriberingen. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska intervjutexterna läsas igenom upprepade gånger för att en känsla av enhet ska uppnås.

Författarna skrev ut de transkriberade intervjuerna med olika bokstäver för att avidentifiera kvinnorna. Sedan läste vi igenom materialet för att hitta meningsbärandeenheter som svarade på studiens syfte och frågeställning. Enligt Lundman och Graneheim (2017) är meningsenhet en meningsbärande del av texten som bildar ord, meningar samt stycken av text som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. Vi plockade ut 130 meningsbärande enheter, därefter

läste vi igenom de ytterligare en gång för att kunna reducera texten till kondenserade meningsenheter för att ytterligare identifiera svar på för studiens syfte. Syftet med kondensering är att göra texten kortare och mer lätthanterligt samtidigt som innehållet bevaras (se tabell 1). Detta tillvägagångssätt är en process som används för att utgöra det manifesta innehållet i texterna. (Lundman & Graneheim, 2017). Därefter kodades dessa till ett övergripande ord som beskrev innehållet, subkategorier och kategorier.

Efter att ha ändrats ett antal gånger arbetades kategorierna fram och diskuterats med utomstående akademiker för att se om de kom fram till samma kategorier. Vikten av att få uttömmande och ömsesidigt uteslutande kategorier beskrivs av Graneheim och Lundman (2017), vilket inte alltid är tänkbart när en text behandlar en upplevelse. En kategori ska svara på frågan ”vad” (Graneheim och Lundman, 2017).

Tabell 1. Exempel på analysförfarandet

Meningsbärande nhet	Kondenserad meningsbärande nhet	Kod	Subkatego ri	Kategori
Jag vet att man gör det på alla kvinnor efter en viss ålder, man gör det för att se ifall deras celler börjar förändras för att upptäcka i god tid livmoderhalscancer	Vetskap om att det görs på kvinnor från viss ålder för att upptäcka cellförändring i god tid	Vetskap om prevention mot cervixcancer	Medvetenhet om prevention för cervixcancer.	Kunskap om förebyggandet av cervixcancer och dess screeningsprogram.
Jo men de säger allt, även om jag vet allt så är jag ändå rädd så vill jag inte. Det handlar inte om tiden, jag kan få tid om jag vill men jag vill inte pga. Rädsla	Även om kunskap finns så tar rädslan över.	Att förvärva kunskap förbättrar inte deltagandet i screeningsprogrammet på grund av rädsla.	Rädsla för deltagande	Faktorer som hindrar deltagandet i screeningsprogrammet

5.5 Etiskt övervägande

Enligt Kjellström (2012) krävs det tre etiska principer för att skydda respondenternas autonomi och frihet. Det första är att de får information om studien, det andra är att de har förmågan att förstå informationen och att de kan fatta beslut, det tredje är att de inte känner sig tvingade till att medverka utan att det är frivilligt.

Alla kvinnor som kontaktades erhöll både skriftlig och muntlig information om att studien och deras deltagande är frivilligt samt att de kan avbryta sitt deltagande när som helst (se bilaga 2). Ett skriftligt samtycke samlades in från alla kvinnor. Kvinnorna kommer inte heller att kunna identifieras i resultatet utan varje enskild informant kodas med en bokstav. Alla insamlade data kommer att förvaras på en säker plats inom avdelningen för Institutionen för kvinnor och barns hälsa, enheten för reproduktiv hälsa.

6 Resultat

Kvinnorna i denna studie är bosatta i Sverige och är både somalisk- och svensktalande. De är i åldrar mellan 28–67 år, har olika utbildningsnivåer från undersköterska till ingenjör, olika sociala förhållande samt olika antal barn. Vi har i vår analys hittat två huvudkategorier *“Kunskap om förebyggande av cervixcancer och dess screeningsprogram”* och *”Faktorer som hindrar deltagandet i cellprovtagning* samt sex subkategorier som presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och Subkategorier

Kategori	Subkategori
Kunskap om förebyggandet av cervixcancer och dess screeningsprogram.	Medvetenhet om prevention för cervixcancer
	Önskan om mer information för screeningsprogrammet
Faktorer som hindrar deltagandet i cellprovtagning	Omgivningens påverkan för deltagandet i cellprovtagning
	Rädsla för deltagandet i cellprovtagning
	Känsla av friskhet
	Kulturens betydelse för deltagandet i cellprovtagning

6.1 Kunskap om förebyggandet av cervixcancer och dess screeningsprogram

Under denna kategori framkommer det i analysen att respondenterna hade en viss kännedom om cervixcancer och screeningsprogrammet. Vidare kom det även fram i analysen att deltagarna önskade mer information gällande det för att de flesta av kvinnorna upplevade ett behov av mer information för att kunna delta i screeningsprogrammet.

6.1.1 Medvetenhet om prevention för cervixcancer

I analysen framkommer det att de flesta kvinnorna känner till kallelsen för cellprovtagning är från 23 års ålder och att det är i den åldern som deltagandet av screeningsprogrammet börjar.

Vidare nämner även kvinnorna att de förstår informationen på kallelsen för cellprovtagning samt varför undersökningen utfördes.

Respondent D: *"Att man får kallelse var tredje år och går till barnmorskemottagningen och tar cellprov. Jag har läst informationen om det. Ja, man får kallelsebrev och så, det är viktigt att delta för vår hälsa och så".*

Många av respondenterna har även kunskap om att en kallelse skickas innan cellprovtagning. Osäkerhet rådde dock kring om det var varje år eller vart tredje år.

Respondent G: *"Eh är det inte från när man fyller 23 eller 24 som man går och får sin första kallelse och sen så skickar de väl var, inte är det väl varje år men var tredje år".*

De flesta respondenter hade kunskap om att cellprovtagningen görs för att upptäcka eventuella cellförändringar i god tid samt att deltagandet av screeningsprogrammet är för prevention mot cervixcancer.

Respondent A: *"Asså jag vet ju att det är en undersökning som görs för att man eh ska kunna hitta förändringar i livmodern, eh och kan egentligen drabba vem som helst".*

Alla kvinnor kände till utförandet av cellprovtagning till en viss del och de redskap som användes. En av respondenterna upplevde obehag vid första cellprovtagningen men andra gången kändes det lättare att utföra undersökningen. Kvinnan kunde även påminna barnmorska när en kallelse för cellprovtagning inte hade skickats hem.

Respondent I:

Från början kanske jag tyckte att det kändes otäckt men nu jag är van, jag har gjort det flera gånger. Ja varje gång dom skickade. Till och med jag brukar påminna dom om adressen och sånt om jag inte fått kallelse. Det vet jag för att minska cervix, förebyggande någon cancer hals.

Ett motiv till att göra cellprovtagning var även att respondenterna kände till vikten av undersökningen. Känslor som obehag och rädsla blev då sekundärt. De kunde stå ut med själva undersökningen då målet var bra för ens hälsa.

Respondent D:

Och att jag utan att känna mig sjuk frivilligt lägger mig för att någon ska undersöka mig, vilket var väldigt pinsamt och jag var blyg för det. Men nu det är helt ok. För nu vet jag vikten av det och det överväger allt annat, min hälsa är viktig.

Vidare nämner kvinnorna att undersökningen görs i syfte för att upptäcka ett förstadium av cervixcancer innan det utvecklats och det längre inte räcker bara med cellprovtagning.

Respondent D *"Förr visste jag inget om det men nu vet jag rätt mycket om det. Jag vet att det är viktigt att ta cellprovtagningen, att det är för prevention av cervixcancer"*

6.1.2 Önskan om mer information om screeningsprogrammet

En gemensam nämnare för respondenterna var att mer information kring cervixcancer behövdes och för att kunskapen skulle nå fram önskades en kulturellt insatt barnmorska. Respondenterna menar att en rädsla för att bli "öppnad" och förlora oskulden men om

kunskapen fanns om vad som gjordes vid undersökningen och man inte blev ”öppnad” menade vissa respondenter skulle underlätta för att delta i cellprovtagning.

Respondent F:

”Om det är garanti på att man inte blir öppnad och att man bara rör på ytan, tar det blöta och utreder så är det okey. En omskuren flicka ska inte bli rörd. Men säger man att perfekt man gör inget, man rör inte, man tar bara där sår är det okey”.

Det framkom även i analysen att respondenterna önskade föreläsningar om cervixcancer och dess uppkomst samt symtom för ett ökat deltagande i cellprovtagningen. Trots att lite kunskap finns kring ämnet behövs utförandet av cellprovtagning tydliggöras enligt kvinnorna.

Respondenterna menade att syftet för cellprovtagning behövdes lyfta fram. Det vill säga att cellprovtagning utförs i förebyggande syfte och därav viktigt att göra undersökningen i tid.

Några av respondenterna menade genom att ha en kulturell insatt barnmorska kan respondenterna få en detaljerad förklaring kring anatomin och hur cellprovtagningen går till och samtidigt klargöra att deras oskuld inte försvinner och att man inte blir ”öppnad.

Kvinnorna menade att en känsla av trygghet då skulle upplevas med den kunskapen och rädsla samt osäkerhet kring undersökningen skulle minska.

Respondent F:

”Därför att det bra att ha en insatt somalisk barnmorska med kunskap om kulturen och hälsoriskerna. Visst man undersöker för att förebygga sjukdom men om denna tjej gifter sig imorgon tänker inte folk så utan att hon är öppen och inte längre en flicka. Men förklara man allt och visar vad man använder och informera tydligt om att inget öppnas så är det okey och att inget förändras och att det görs i förebyggande syfte så okey. Men att öppna upp en tjej med en metall, nej nej.”.

Tidsbrist kunde bli ett problem för vissa respondenter och därav fanns det en önskan om att barnmorskan åkte runt och föreläste. Det vill säga tar sig till de områden där dessa kvinnor

finns. Respondenterna hade även förslag på broschyrer på många språk för att involvera de kvinnor som inte behärskade det svenska språket.

Respondent H *"Även om jag faktiskt ville göra det flera gånger så var det ju det här med tiden som gjorde att jag inte gick eller det känns som att det finns roligare saker att göra"*

Respondenterna menar även att barnmorskans förhållningssätt har betydelse. Rädsla för cellprovtagning fanns hos de flesta respondenter och därav fanns en önskan om lugn barnmorskan. Kvinnorna menade att det var viktigt att barnmorska är lugn i sitt sätt att arbeta samt förklarar att patienten ska vara avslappnad och att smärtan delvis är psykologiskt. Vidare kom det fram att barnmorskan hela tiden ska involvera patienten så att denne inte känner sig utelämnad då patienten befinner sig i en redan utsatt situation. Vidare nämnes det även att det föredras en kvinnlig barnmorska framför en manlig barnmorska.

Respondent B:

"Och för mig som aldrig har gjort det skulle jag uppskatta om barnmorskan var lugn, förklarade vad som kommer att hända, att det inte kommer göra ont och hur det kommer gå till och hellre en kvinnlig barnmorska, jag vet inte om det finns någon manlig barnmorska men heller en kvinnlig gynekolog än manlig".

6.2 Faktorer som hindrar deltagandet i cellprovtagning

Denna kategori handlar om de barriär respondenterna upplevde som hinder för deltagandet av cellprovtagning. Det visade sig att vissa kvinnor hade olika föreställningar om utförandet av cellprovtagning och dessa kunde påverkas av omgivningen men även kulturen.

6.2.1 Omgivningens påverkan för deltagandet i cellprovtagning

I analysen framkom det även att påverkan från omgivningen kunde ha betydelse för deltagandet. Det vill säga att omgivningen kunde uppmuntra varandra om att utföra cellprovtagning. Hur undersökningen upplevdes kunde också påverka deltagandet i positiv eller negativ riktning. Dock menar de flesta kvinnor att det i slutändan är upp till individen själv att fatta beslut om ett deltagande.

Respondent H

"Asså jag har hört att lite olika åsikter eh min mamma är jätteduktig på det, hon går på varje gång på dom varje tredje år. Men eh hon är också en sån som är rädd för sjukdomar så hon vill gärna veta i förtid om det är någonting som inte stämmer" Ja min mamma är jättepositiv till det här och säger att det inte gör ont alls, hon säger att det känns konstigt men det är smärtfritt. Eh men jag tänker det här variera ju också från person till person"

Vidare nämner kvinnorna att samhörighet kunde vara en bidragande faktor till deltagande i cellprovtagning eller inte. Faktorer som ålder spelade roll, gick kvinnor som var i samma ålder på cellprovtagning kunde man relatera det till sig själv och därav hitta motivation till att själv gå.

Respondent H:

"jag tror att jag hade gått om någon jag kände som var ungefär i min egen ålder som hade gjort det då tror jag att jag hade gjort det också men nu är det bara liksom eh personer som är äldre än mig som har gjort det eh och då jag inte vet på något sätt så blir det jättekonstigt i mitt huvud att jag behöver göra det innan jag fyller 50".

6.2.2 Rädsla för deltagandet i cellprovtagning

Respondenterna hade delvis kunskap om screeningsprogrammet. Kunskap om vikten av att göra cellprovtagning fanns hos vissa respondenter men osäkerhet rådde kring varför. De flesta var medvetna om att kallelser brukar skickas hem men osäkerhet fanns kring när kallelsen skickas. Det fanns även ovisshet kring tillvägagångssättet gällande cellprovtagningen och analysen.

Respondent H: *"Eh jag vet inte om man alltid tar biopsi eller om man bara tittar eller eh men man tar väl någonting som skickas till labb eller?"*.

Informationen om cervixcancer var inte alltid korrekt utan vissa respondenter hade fått annan felaktig information från hemlandet. Den kunskapen stämde inte alltid överens med symtomen eller behandlingen för cervixcancer i Sverige.

Respondent F:

Jag vet inget om cervixcancer, men när jag var i mitt hemland så var det att om något växer på livmodern så brände man bort det med laser (gör laser ljud) det var köttliknande sak, är det de som menas med cancer?

Respondenterna hade kunskap om cellprovtagningen men hade olika typer av föreställningar kring ämnet. Rädsla för cellprovtagning och dess utförande var en gemensam nämnare. Media kunde även skrämma en del respondenter till att inte utföra cellprovtagning dock fanns en medvetenhet om vikten att delta. Alla respondenter har deltagit i screeningsprogrammet men i olika omfattning.

Respondent C:

Jag vill helt ärligt inte gå då jag är rädd för utförandet, att de öppnar mig där nere och rör och tittar, jag tycker inte om sånt. Jo men de säger allt, även om jag vet allt så är jag ändå rädd så vill jag inte. Det handlar inte om tiden, jag kan få tid om jag vill men jag vill inte pga. Rädsla.

Vidare nämner de även att tankarna skenar iväg med fantasin redan innan utförandet skett. Tanken på att ligga i undersöknings stolen ensam och övergiven resulterade i att det blev svårt att slappna av.

Respondent C ”men jag tror också att vi inbillar oss ännu värre egentligen än det”

De flesta respondenter nämner att den tid som står på kallelsen oftast inte är passande och att ändra den kändes tidskrävande. Dock var de flesta medvetna om vikten av att delta, men upplevde att fanns roligare saker att göra. Det hade inte en skyldighet att genomföra cellprovtagningen men att de har eget ansvar för sin hälsa och att det är bra att möjligheten

finns. Vidare nämner respondenterna att viljan att delta finns, men distraktion från annat tar överhanden och kvinnorna glömde kallelse som då oftast bara hängde på kylskåpet.

Respondent H:

Även om jag faktiskt ville göra det flera gånger så var det ju det här med tiden som gjorde att jag inte gick eh aa, dumt men aaa. Eh aa eller det känns som att det finns roligare saker att göra.

6.2.3 Känsla av friskhet

De flesta kvinnor associerade kontakt med sjukvårdspersonal som ett tecken på sjukdom. Det upplevdes konstigt att man som frisk frivilligt tar sig till barnmorskan för att leta efter något som inte fanns. De menade att kontakt med sjukvården tas när sjukdomstecken finns i form av fysiska förändringar exempelvis ett konstigt utslag. Kontakt togs då med läkaren för en utredning och få eventuellt en behandling.

Respondent H:

Jag skulle känna igen om jag fick utslag som kliar, eller konstiga utslag man vet bara när något inte stämmer där nere som sjukdomstecken. Då hade jag sökt läkaren för att utreda, ex att det svider när man kissar, när man får utslag då går man till läkaren och får medicin och jag vet inte jag känner mig för frisk för det. Och dessutom så ja, jag vet inte jag personligen associerar all vårdpersonalkontakt med och vara sjuk så är jag frisk så går jag gärna inte till eh sjukvården.

6.2.4 Kulturens betydelse för deltagandet i cellprovtagning

Vissa respondenter menade att de lade sitt öde i Guds händer. Händer det något så kommer de flesta ändå att dö och därav fanns inge oro menade kvinnorna.

Respondent B: ”*det är viktigt men jag tänker att om jag får problem ska jag ändå dö någon gång, det är inget problem, jag dör helst, jag gillar inte undersökningar. Jag ska inte få något inshallah (om gud vill)*”.

Några av respondenterna relaterade även cellprovtagningen till kultur. I den somaliska kulturen är de flesta flickor omskurna och att då göra cellprovtagning anses som att man öppnar upp dem och deras "flickhet" försvinner. Det vill säga att man för in metallföremål och kvinnan längre inte är oskuld menade respondenterna.

Respondent F" I den somaliska kulturen är det vanligt med att man är omskuren så om en omskuren ogift tjej gör cellprovtagning tror hon att hon blir upp öppnad".

I analysen framkom det att rädsla för sjukvården fanns om man var omskuren. Respondenterna menade att det kan vara ett av skälen till varför somaliska kvinnor inte deltar i cellprovtagningen i så hög utsträckning. Ytterligare faktorer är skam och bristen på kunskap gällande undersökningen då det enligt somalisk tradition inte finns något liknande undersökning. De associerade cellprovtagning med en undersökning där man blir öppnad då det "stoppas in saker". Därav hade vissa respondenter en tanke om att bara utföra cellprovtagning på äldre gifta kvinnor som är "öppnade" och inte på unga tjejer. En respondent menade att unga somaliska tjejer oftast var oskuld och rädsla för att bli dömd från den somaliska kulturen rådde då hon längre inte är "en flicka" vid giftermål.

Respondent F:

Vi går till kulturen, när en flicka blir öppnad tror hon att hennes "flickhet" försvinner och därefter när hon gifter sig säger de att hon inte är en flicka. Det är därför man inte vill göra det. Men är hon däremot gift så går det bra, och man kan öppna henne där nere. Men en ogift tjej ska inte göra sånt. Man är alltså rädd för att det ska hända".

Syftet med cellprovtagningen kändes inte rimligt då dessa flickor "öppnades upp" utan att misstanke om cervixcancer förelåg. Det vill säga att alla screenas i förebyggande syfte. Det kändes mer acceptabelt att utreda när symtom fanns såsom ex blödning. Den kunskap som råder kommer inte från en källa utan kvinnorna menar att det är ett tankesätt som funnits sedan lång tillbaka i kulturen.

Respondent F:

”Bra cellprovtagning för mammor. För att tjejerna inte är gifta. Jag personligen tror inte att en liten flicka får sånt. Hon är ju liten så varför ska man titta därnere, vad är det som orsakar det. Om man blöder för mycket ex då förstår jag och infektion, okey men att gå in och leta efter saker, utan att veta om något händer då ja man för öppna men att bara utreda får man inte öppna”.

7 Diskussion

I diskussionen presteras en diskussion om studiens metod samt ett resultat diskussion om somaliska kvinnors kunskap och faktorer som påverkar deltagandet av screeningsprogrammet för cervixcancer. Denna del avslutas med denna studies kliniska betydelse.

7.1 Metoddiskussion

En empirisk kvalitativ studie med en induktiv ansats har använts i denna studie då syftet var att beskriva kunskap och faktorer som påverkar somaliska kvinnors deltagande i screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige. En empirisk studie är information om verkligheten som samlas in för exempelvis ett examensarbete. Induktiv ansats innebär att slutsatser dras efter intervjuer. Syftet med vetenskap är att beskriva och förklara fenomen. En risk med induktiv ansats är att slutsatserna blir beskrivande, upprepningar av det empiriska materialet (Pribe & Landström, 2012).

I denna studie användes semistrukturerade individuella intervjuer för att samla in data. Båda författarna studerade ämnet noggrant för att få en inblick i ämnet innan intervjuerna ägde rum. Detta för att det oftast tar lång tid med intervjustudier och att det är bra att dela upp tiden då planeringen av en intervju tar lång tid och som författare måste man ha läst in sig på ämnet och forskningsläget gällande fenomenet. Detta så att frågorna som ställs i intervjuguiden kan utvecklas av författarna (Danielson, 2012). Författarna har tidigare gjort liknande empiriska studier samt analyserat intervjuer i grundutbildningen. Detta kan ses som en styrka då kunskap gällande forskningsprocessen fanns sedan tidigare.

Innan intervjuerna utfördes fanns det förförståelse hos författarna om att somaliska kvinnors kunskap, deltagande och inställning till screeningsprogrammet mot cervixcancer i Sverige är bristande. Författarna diskuterade sin förförståelse innan intervjuernas start och under analysen processen för att hålla en neutral inställning. Förförståelse innebär att författaren har en medvetenhet till forskningsprocessen. Det vill säga att kunskap finns om ämnet innan starten av studien (Priebe & Landstrom, 2012). Henricson (2012) nämner att det är en fördel om författarna till studien skriver förväntningar och tidigare erfarenheter av fenomenet samt hur man ska handskas med den under dataanalysen. Vidare nämns det även att en förståelse bör finnas av att förförståelsen påverkar dataanalysen och resultatet och kan inte uteslutas.

Wallengren och Henricson (2012) menar att vara för påläst även kan bli ett problem då man fått en förförståelse inom ämnet och vid analys kan dras till det man är bekant med. Genom att ständigt arbeta med sin förförståelse ökar studiens trovärdighet och validitet. En studies pålitlighet stärks om författaren beskriver sin förförståelse. Har författarens tidigare erfarenhet påverkat datainsamlingen och dataanalysen (Wallengren & Henricson, 2012).

Författarnas förförståelse kan ha påverkat formuleringen av frågeguiden eftersom det upptäcktes i efterhand när vi utförde ett pilotfall att frågeguiden mestadels bestod av slutna frågor. Trots att det var många slutna frågor i frågeguiden så lyckades författarna få till en diskussion som gav tillräckligt med information för studien. En bidragande faktor kan vara att båda författarna ursprungligen är från Somalia och kulturen och språket inte var främmande. Detta kan ha inverkan på studiens trovärdighet då respondenterna delgett information i tron av att deras svar ska vara passande för studien vilket i efterhand kan ses som en svaghet (Wibeck, 2010).

En svaghet i denna studie kan vara att alla deltagare var utbildade och behärskade det svenska språket. Detta kan därför ha utelämnat andra kvinnors åsikter som kunde haft en betydelse för studien. Informanterna hade olika livserfarenhet, yrken, antal år i Sverige samt åldrar. Wallengren & Henricson (2012) menar att en studies trovärdighet ökar om författaren redogör för fenomenet man studerar sett ur olika synvinklar. Det vill säga intervjuat personer med olika yrken, livserfarenhet, ålder, kön.

Eftersom målgruppen är minoritet som ibland kan vara svårt att nå fram till använder författarna sina somaliska sociala nätverk med hjälp av snöbollseffekten för att hitta deltagare till studien. Detta kan vara styrka och svaghet i studien. Styrkan kan vara att man når studiedeltagarna och svagheten kan vara att de personer vi får tips om att intervjua redan har kontakt med varandra och därför förmodligen har vissa gemensamma attityder eller erfarenheter (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2015).

För att hålla en hög kvalitet i undersökningen måste studien planeras noggrant, gällande information om studiens syfte, att respondenterna känner förtroende för moderatorerna samt val av miljö (Wibeck, 2010). Planeringsprocessen upplevdes av författarna detaljerad gällande både hur respondenterna informerades om studien och val av miljö där intervjuerna skulle utföras. Respondenterna avgjorde var de ville att intervjun skulle äga rum och eftersom detta är en van miljö för respondenterna bidrar det till att diskussionen inte hämmades.

Trovärdigheten i studien ökar om intervjuerna sker i en hemmastadd miljö för respondenterna enligt Wibeck (2010). Ytterligare en faktor till att informanterna kände sig trygga var att de inte behövde tala svenska då författarna som tidigare nämnt behärskar det somaliska och svenska språket. Informanterna informerades om deras etiska rättigheter samtidigt som de erhöll information om studien, studiens syfte och de skrev på ett samtyckesformulär. Enligt Kjellström (2012) är skriftliga samtycken inte alltid positivt men den kan vara praktisk eftersom det ger ett fysiskt bevis på att personen i frågan har samtyckt. Vidare menar författaren att en underskrift på ett papper kan kännas mer tvingande för en person, i många fall räcker med att anteckna att personen har samtyckt.

Analysprocessen av data skede separat för att se om författarna kom fram till samma resultat för att öka studiens validitet. Författarna lyssnade igenom intervjuerna flera gånger för att inte missa viktig information. Vissa transkriberingar översattes från somaliska till svenska och det kan ha påverkat tillförlitligheten eftersom det finns svårigheter med att översätta ordagrant med korrekt betydelse. Under kondenseringsprocessen finns det risk att förlora meningens kontext menar Graneheim och Lundman (2004) och för att undvika detta kan transkriberade

material översättas tillbaka för att bedöma om de överensstämmer, vilket vi valde att avstå på grund av tidsbrist.

Författarna och två andra akademiker som har erfarenhet av kvalitativ forskning bedömde resultatet av analyserna som utfördes separat. Enligt Wibeck (2010) och Graneheim och Lundman (2004) ökar studiens tillförlitlighet om två oberoende forskare kommer fram till samma resultat efter att ha granskat ett material. Wallgren och Henricson (2012) menar att det är viktigt att författaren har diskuterat resultatet med andra. Det vill säga kritiska vänner, studiekamrater eller kollegor. På detta sätt blir resultatet mer säkerställt när någon utomstående läser med andra ögon.

Examensarbetet kan överföras till andra kontext där bemötande för kulturella skillnader finns. Wallengren och Henricson (2012) menar att en studies överförbarhet handlar om att resultatet kan överföras till andra kontext eller grupper. Graneheim och Lundman (2004) menar dock att det är läsaren som i slutändan avgör om en studie är överförbar men att studiens författare kan ge förslag. Studien kan vara överförbar för andra minoritetsgrupper i Sverige som är i samma utbildnings nivå.

7.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva kunskap och faktorer som påverkar somaliska kvinnors deltagande i screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige. Under analysen framkom det två kategorier: *"Kunskap om förebyggandet av cervixcancer och dess screeningsprogrammet"* och *"Faktorer som hindrar deltagandet i cellprovtagning"* samt sex subkategorier:

Medvetenhet om prevention för cervixcancer, önskan om mer information om screeningsprogrammet, omgivningens påverkan av deltagandet av cellprovtagning, rädsla för deltagandet av cellprovtagning, känsla av friskhet samt kulturens betydelse för deltagandet av cellprovtagning.

Det framkommer i resultatet att de flesta respondenter hade kunskap om screeningsprogrammet mot cervixcancer till viss del. De kände till att en kallelse skickas för

cellprovtagning vid 23 års ålder och att det är i den åldern som deltagandet av screeningsprogrammet börjar. Vidare fanns kunskap om screening för cervixcancer och dess prevention. Detta stämmer inte överens med tidigare studier där det istället nämns att okunskap är en stor faktor till att vissa somaliska kvinnor inte deltar i screeningsprogrammet. De menar att somaliska kvinnor har en begränsad kunskap om cervixcancer och om HPV vaccinationen (Abdullahi et al, 2009; Grimm, Alnaji, Watanbe- Galloway & Leypoldt, 2017). Författarna till examensarbetet tror att dessa åtskilda fynd kan bero på vilka somaliska kvinnor som är intervjuade. Då denna studies deltagare hade höga utbildningar samt etablerats i det svenska samhället. Därav kändes det sannolikt att de var insatt och hade kunskap om screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige. Fynden hade sett annorlunda ut om studien involverat somaliska kvinnor som var nyanlända till Sverige och bodde på ett flyktingläger. Då de flesta studier från tidigare forskning hade en blandning på respondenter och därav fick andra fynd.

Respondenterna i denna studie har bott i Sverige olika länge mellan 8–30 år. De har olika utbildningsnivåer från gymnasienivå till universitetsnivå och alla har ett jobb. En av respondenterna sa att hon tror att hennes kunskap om att det finns screeningsprogram mot cervixcancer i Sverige och att man får en kallelse var tredje år för cellprovtagning kan bero på att hon är utbildad och är etablerad i samhället, vilket underlättar tillgången till olika information om samhället man lever i. Respondenterna kände en tacksamhet att möjligheten för screening mot cervixcancer finns i Sverige eftersom liknande möjlighet inte existerar i Somalia. I tidigare forskning nämner Anaman-Torgborg et al (2017) att det inte existerar ett screeningsprogram för cervixcancer i de flesta länder i Södra-Sahara Afrika på grund av olika faktorer. Faktorerna kunde vara individuella och strukturella barriärer. De individuella barriärerna innebar att tillräcklig kunskap inte fanns om cervixcancer och hur de kunde förebyggas samt attityder relaterat till religion och kultur. Strukturella barriärer innebar att det inte fanns ett screeningsprogram, begränsad sjukvårdskompetens samt material och kostnads begränsningar. Författarna till examensarbetet tror att en anledning till att respondenterna var insatt och hade kunskap om screeningsprogrammet är tack vara det fungerande screeningsprogrammet i Sverige och de resurser som hälso- och sjukvården har. Denna möjlighet finns inte i Somalia och därav upplever kvinnorna en tacksamhet. Däremot upplever

författarna att de individuella barriärerna är en faktor som fortfarande kan påverka kvinnan trots att hon bor i Sverige. Detta tankesätt tror författarna har och göra med att somaliska kvinnor oftast håller sig till andra somaliska kvinnor. Därav kan tankesättet kring cellprovtagning vara detsamma som det hade varit i Somalia.

I resultatet framkommer det att kvinnans omgivning kunde ha betydelse för deltagande till cellprovtagningen eller inte. Det vill säga hur individer upplevde undersökningen i omgivningen kunde påverka till deltagande. Detta kan styrkas av en rapport från HELMI (2012) som nämner att somaliska kvinnors sociala nätverk består av andra somaliska kvinnor. De tar hand om varandra och upplever en trygghet hos varandra. Dock kunde omgivningen även ha en negativ påverkan till utförandet av cellprovtagning. Abdullahi et al (2009) nämner i sin studie att om man som ensamstående somalisk kvinna utfört cellprovtagning skulle denne riskera att bli utfrys, då det anses att hon varit sexuellt aktiv utanför äktenskap. Detta kan relateras till en av denna studies fynd. Då vissa respondenter från den studien trodde att man blev ”öppnad” vid cellprovtagning och därav inte var oskuld längre och rädsla för att bli dömd i den somaliska nätverket fanns. Detta kan relateras till ett av fynden från examensarbetets fynd. Många av respondenterna nämnde att enligt somalisk kultur brukar man inte utföra gynekologiska undersökningar på unga ogifta kvinnor om det inte är nödvändigt, eftersom den unga kvinnan anses förlorar sin oskuld och betraktas som oren enligt den somaliska traditionen. Grim et al (2015) styrker detta i sin studie då respondenterna där anser att kvinnor som var oskuld inte skulle genomgå cellprovtagning. Dessa kvinnor önskade inte göra cellprovtagning då de inte var sexuellt aktiva och därav inte i riskzon för cervixcancer. Ghebre et al (2015) menar att det i den somaliska nätverket inte talas öppet om sexualitet. De kopplade cellprovtagning med sexuell hälsa. Det vill säga att man behöver vara sexuellt aktiv för att genomföra cellprovtagning. Därav är det endast tänkt att gifta kvinnor ska delta.

Författarna anser att detta fynd är intressant. Då respondenterna själva nämner att om korrekt kunskap fanns om hur cellprovtagning gick till skulle fler somaliska kvinnor delta i undersökningen. Respondenterna menade även att fler skulle göra cellprovtagning om barnmorskan var insatt i den somaliska kulturen och var tydlig med tillvägagångssättet för

cellprovtagning och dess syfte. Det fanns en önskan om mer information och föreläsningar för att lära sig och känna sig trygga i att gå på cellprovtagning utan en rädsla för sin oskuld. Författarna till examensarbetet tror även att om trygghet fanns hos somaliska kvinnor gällande detta skulle fler delta i undersökningen. Det kan senare resultera i att den felaktiga kunskapen skulle försvinna och kvinnor som deltar i undersökningen inte längre blir utfrysade hos andra somalier.

I resultatet framkommer det att respondenterna önskade mer information om screeningsprogrammet i form av vad cervixcancer är och dess symtom, samt vikten av att göra cellprovtagning i tid. Svenska Barnmorskeförbundet (2018) nämner att ett av barnmorskans kompetensområden är att arbeta i förebyggande syfte för att motverka uppkomst av sjukdomar, skador samt fysiska, psykiska eller sociala problem kan bidra till ohälsa. Ett av de hälsofrämjande insatser som barnmorskan arbetar med är att informera om cervixcancerscreening. WHO (2018) styrker även detta och rekommenderar en generell strategi för förebyggande och kontroll av cervixcancer. De menar även att dessa åtgärder ska arbetas med ständigt i form av samhällsutbildning och screening. Detta fynd är enligt denna studies författare viktigt då somaliska kvinnor anses vara en riskgrupp för att drabbas av cervixcancer. Detta bidrar till att det är viktigt inom svensk sjukvård och fånga dessa kvinnor. Men även för att det är en del av barnmorskans profession och arbeta förebyggande.

De flesta respondenter hade förslag till förbättring för att delta i cellprovtagning. Det var förslag såsom mer lättillgänglig information på olika språk och att en kulturellt insatt barnmorska skulle åka runt och föreläsa i de områden som hade lägst deltagande i screeningsprogrammet. Tidigare forskning nämner att språket var en av de viktigaste faktorerna för deltagandet till cellprovtagning (Capps et al., 2015; Carroll et al., 2007). Svanberg et al (2011) styrker detta och menar att språkliga hinder kan vara en faktor till att somaliska patienter inte söker sig till sjukvården då de kunde känna sig avvisade. Respondenterna från den studien menade att ett svagt ordförråd inte ska bestämma värdet av någon människa. Detta fynd visar att respondenternas förslag till förbättring kan vara ett tecken på att önskan för att utföra cellprovtagning finns om de känner sig involverade och därav delaktiga i sin hälsa. Detta styrks även av tidigare forskning som nämner att Grim et al

(2017) somaliska kvinnor ansåg att förbättringar behövdes från sjukvården och dessa var samhällsutbildning, kulturutbildning samt förbättrad tolkning och översättning. Detta kan även styrkas av hälso-och sjukvårdslagen som nämner att kontakten mellan patient och vårdpersonal ska vara god och lätt tillgänglig (HSL, SFS 1982:763). Det sociala nätverket är svagare för utrikesfödda kvinnor jämfört med svenskfödda kvinnor. Det är därför viktigt att fånga upp dessa kvinnor med stödjande insatser för främjande av hälsa (Akhavan, 2009).

De flesta respondenter tror att fler somaliska kvinnor skulle delta och göra cellprovtagning i tid om undersökningens syfte och tillvägagångssätt tydliggjordes. Det vill säga undervisning om den kvinnliga anatomin. Då det fanns föreställningar om att cellprovtagning ”öppnade upp” och man förlorade sin oskuld. En studie av Grimm Alnaji, Watanbe- Galloway och Leypoldt (2017) styrker detta och menar att somaliska kvinnor saknar kunskap om kroppens anatomi för att förstå syftet med cellprovtagning. Detta påstående är något kvinnorna relaterar till könsstympning. Könsstympning är en tradition som utförs Afrika och i vissa länder i Asien samt Mellanöstern. Det är ett kirurgiskt ingrepp där en eller flera delar av externa genitalierna tas bort och ibland sys igen (Socialstyrelsen 2016). Författarna till examensarbetet tror att om dessa föreställningar om att kvinnan inte förlorade sin oskuld tydliggjordes skulle flera somaliska kvinnor delta i cellprovtagning och inte ha en rädsla för att förlora sin oskuld. Det framkom i resultatet att barnmorskans förhållningssätt under undersökningen var en viktig faktor för att förebygga känslor som rädsla och obehag. Svenska barnmorskeförbundet (2018) menar att en barnmorska ska tillgodose kvinnans behov utifrån ett helhetsperspektiv. Vårdpersonal anser även att somaliska kvinnor inte har tillräcklig kunskap om det reproduktiva systemet och cervixcancer på deras kliniker (Abdullahi et al., 2009; Carroll et al., 2007; Ghebre et al., 2015). Därav är det viktigt att somaliska kvinnor erhåller kunskap om det reproduktiva systemet för att ha bättre förståelse för cellprovtagning och dess syfte.

Respondenterna upplevde att de hade otillräcklig kunskap om screeningsprogrammet exempelvis hur ofta kallelse skickades men även hur utförandet av cellprovtagningen gick till. Vissa trodde att det behövdes tas en liten bit från livmodermunnen för patologisk undersökning. Föreställningar fanns även om att det skulle vara smärtsamt. Andra faktorer till

att kvinnorna inte deltog var på grund av tidsbristen. Abdullahi et al (2009) instämmer i detta och menar att rädsla, pinsamhet samt tidsbrist är faktorer som bidrar till att somaliska kvinnor inte deltog i screeningsprogrammet. Ghebre et al (2015) menar även att somaliska kvinnor associerade en gynekologisk undersökning och dess instrument som avskräckande. De trodde att instrumentet skulle skada deras reproduktionsorgan eller påverka framtida graviditeter. Vårdgivarens reaktion på könsstympade kvinnor kunde inte vara en upplevelse av skam och därmed avstod dessa kvinnor från cellprovtagning (Abdullahi et al, 2009). Författarna till examensarbetet tolkar detta fynd som intressant då kvinnorna nämner sina rädslor inför cellprovtagning. Tidigare nämndes det att behov för en kulturellt insatt barnmorska fanns. Det tror författarna kan leda till att fler somaliska kvinnor skulle känna sig trygga i att utföra en cellprovtagning om barnmorskan hade kännedom om deras farhågor. Socialstyrelsen (2016) nämner att de kvinnor som blir könsstympade kan ha med sig traumatiska minnen från händelsen och i samband med gynekologisk undersökning, samlag samt förlossning kan dessa minnen återupplevas. Därav anser författarna till examensarbetet att en barnmorska som är påläst om könsstympning är en viktig faktor för upplevelsen samt deltagandet av cellprovtagning.

Respondenterna önskade som tidigare nämnt en kulturellt insatt barnmorska för att öka deltagandet i cellprovtagning. En kulturellt insatt barnmorska för respondenterna innebär att kunskap finns om den somaliska kulturen och utifrån den och med barnmorskans grundläggande utbildning kan tillgodose deras behov. Detta styrks av tidigare forskning och Ghebre et al (2015) menar att somaliska kvinnor önskar att kunskap om könsstympning fanns hos vårdgivaren. Detta kunde vara en faktor till att vissa somaliska kvinnor inte deltog på grund av smärtan som associerades med gynekologisk undersökning (Ghebre et al., 2015).

Respondenterna upplevde att de kände sig för friska och att det inte finns anledning att söka sig till sjukvården trots att man visste innebörden av screeningens betydelse samt vilken inställning ens omgivning har till cellprovtagningen. De menade att kontakt med sjukhus gjordes vid sjukdomstecken, det vill säga fysiska förändringar för att utredas och få göra en undersökning för något som kanske inte fanns. Detta tankesätt kan kopplas till tidigare forskning där Norredam et al (2014) nämner att utlandsfödda patienter oftast söker sig till

akut sjukvården i högra grad än primärvård. Det bero på att låginkomstländer oftast inte har primärvård utan endast akutsjukvård. Därav söker sig immigranter från dessa länder sig till akute då det har sjukdomstecken. Detta fynd anser examensarbets författare som viktigt då det visar de bakomliggande orsakerna till varför utländska oftast söker sig till akuten. Därav kan sjukvårdspersonal med den kunskap kunna involvera dessa patienter och förebygga ohälsa då deltagande av olika screeningsprogram kan ske.

Ghebre et al (2015) nämner i sin studie att somaliska kvinnor inte uppsökte vården om de inte var sjuka. Detta tankesätt fanns kring de förebyggande hälso- och sjukvårdsinsatser, exempelvis mammografi. Deltagarna associerar cervixcancer med vaginala besvär såsom blödning, infektion samt smärta. Vidare nämner de även att somaliska kvinnor uppfattade screeningen för cervixcancer som ett tecken på sjukdom och därmed inte deltog. Kvinnorna hade inte tillräcklig kunskap om varför undersökningen var nödvändig. De uppfattade cellprovtagning som en indikation på ohälsa. Majoriteten av deltagarna från den studien menade att man inte var riskzonen för cervixcancer om man var ensamstående, ogift, skild eller äldre. Detta kan relateras till analysen då vissa respondenter menade att de inte kände sig sjuka för att uppsöka sjukvården men även för att de överlämnat deras öde till gud.

Respondenter nämner också att på grund av religion och tron på Gud så händer det som är meningen att hända. Detta styrks av tidigare forskning och Ghebre et al (2015) nämner att religion är viktigt hos det somaliska folket. Deltagarna från den studien menade att människan kommer dö när det är menat för den att dö och deltagandet i ett screeningsprogram inte har en avgörande roll för deras livslängd (Ghebre et al, 2015). Detta tankesätt anser examensarbetets författare kan ha och göra med att vissa av respondenterna har med sig de tankesätt som fanns i Somalia. Det vill säga hur samhället såg ut där och att ödet lämnades i guds händer av olika orsaker. Det kan relateras till de individuella barriärer som Anaman-Torgborg et al King (2017) nämner i tidigare forskning. Författarna till examensarbetet tror att respondenterna resonerar så för att religion är en stor del hos det somaliska folket som tidigare nämnt. Därav lämnas öde i guds händer trots att evidens kanske finns för screening finns i Sverige. Den möjligheten fanns inte i Somalia och därav kan det vara en anledning till deras tankesätt.

7.2.1 Klinisk betydelse

Denna studie kan bidra med ökad kunskap för barnmorskan vid bemötande med somaliska patienter men även patienter med andra etniska tillhörigheter. Kunskapen om den somaliska kulturen och rädslan inför cellprovtagning som en del respondenter nämnde kan förebyggas med en insatt barnmorska. Detta redskap involverar både barnmorskan som kan nå ut till en grupp kvinnor som är riskzon för cervixcancer. Studien bidrar även till utökad informationen till somaliska kvinnor. Då examensarbetet visat att somaliska kvinnor önskar mer kunskap om cervixcancer och cellprovtagning. Förmedlas den önskade kunskapen och förtydligande gällande de hinder som somaliska kvinnor upplever, kan deltagandet i screeningsprogrammet därav öka bland somaliska kvinnor i Sverige.

7.2.2 Förslag till vidare forskning

Denna studie visar att somaliska kvinnor önskar mer information om screeningsprogrammet gällande cervixcancer. Trots att det finns lite kunskap fanns det olika faktorer som påverkade deras deltagande i screeningsprogrammet. Ett förslag till vidare forskning kan vara att studera barnmorskans upplevelse och erfarenheter av vård med somaliska kvinnor och de barriärer som de upplever. Detta anser författarna är viktig då barnmorskan med hjälp av den inhämtade kunskapen kunna involvera somaliska kvinnor. Ytterligare ett förslag på vidare forskning är studier på nyanlända somaliska kvinnor för att undersöka om hur länge man bott i Sverige påverkar deltagandet i screeningsprogrammet.

8 Slutsats

Syftet med studien var att beskriva kunskap och faktorer som påverkar somaliska kvinnors deltagande i screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige. Studien visar att alla respondenterna endast hade delvis kunskap om screeningsprogrammet för cervixcancer, men var samtidigt överens om vikten av att delta. Trots det fanns det faktorer som förhindrad ett deltagande i screeningsprogrammet, såsom otillräcklig kunskap om utförandet, känsla av friskhet, tidsbrist, rädsla samt kulturella skillnader. Dessa hinder kunde förebyggas med förbättringsförslag som respondenterna hade. Den viktigaste faktorn för somaliska kvinnor var att mer kunskap om cervixcancer och cellprovtagningens syfte och utförande behövdes tydliggöras. Respondenterna upplevde även vikten med att ha en insatt barnmorska i den somaliska kulturen gällande de farhågor som finns inför cellprovtagning. Detta för att den

felaktiga informationen som råder bland somaliska kvinnor ska tydliggöras vilket kan bidra till att flera deltar i cellprovtagningen.



Referenslista

- Abdullahi, A., Copping, J., Kessel, A., Luck, M., & Bonell, C. (2009). Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public health (Elsevier)*, 123(10), 680–685.
<https://doi.org.ep.bib.ndh.se/10.1016/j.puhe.2009.09.011>
- Akhavan., S. (2006). *The health and working conditions of female immigrants in Sweden.* (Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, Stockholm) Hämtad från
<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/37871/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Akhavan, S. (2009). *Utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar.* Västra Götalandsregionen: Folkhälsokommittén. Hämtad från
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/420307a8-abf2-478e-b170-6dd2016a0f31/Utlandsfödda%20kvinnor%20som%20doulor%20och%20kulturtolkar,%20utvärdering.pdf?a=false&guest=true>
- Akhavan, S. (2012). Midwives's views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11(1) 47-56, <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-47>
- Anaman-Torgborg, J. A., King, J., &Correa-Velez, I. (2017). Barriers and facilitators of cervical cancer screening practices among African immigrant women living in Brisbane, Australia. *European Journal of Oncology Nursing*, 31, 22-29.
<https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.ejon.2017.09.005>

- Broberg, G., Wang, J., Östberg, A. L., Adolfsson, A., Nemes, S., Sparén, P., & Strander, B. (2018). Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: A population-based case-control study. *Journal of PloS One*, 13(1), e0190171. doi: 10.1371/journal.pone.0190171
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Capps, R., Newland, K., Fratzke, S., Groves, S., Auclair, G., Fix, M., & McHugh, M. (2015). *The integration outcomes of U.S refugees: Successes and challenges*. Hämtad 2018-10-20 Från: <https://www.migrationpolicy.org/research/integration-outcomes-us-refugees-successes-and-challenges>
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Jean-Pierre, P. (2007). Caring for somali women: implications for clinician-patient communication. *Journal of Patient ducation of Counseling*, 66(3), 337-345.
<http://ep.bib.mdh.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jih&AN=105982436&site=ehost-live&scope=site>
- Danielson, E. (2012). Kvalitativa forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från ide till examination inom omvårdnad*. (s.163–173). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson-Zetterquist, U., & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I G. Ahrne, Ahrne, G., & Svensson, P. (Red.), *Handbok i kvalitativa metoder* (s.34–53) (2.uppl). Stockholm: Liber.
- Gerritsen, A.A., Bramsen, I., Devillé, W., Van Willigen, L.H., Hovens. J.E., Van der Ploeg, H.M. (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian and Somali Refugees and Asylum seekers living in the Netherlands. *European Journal Of Public Health*, 16(4) 39-399, <https://doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1093/eurpub/ckl046>
- Ghebre, R., Sewali, B., Osman, S., Adawe, A., Nguyen, H., Okuyemi, K., & Joseph, A. (2015). Cervical cancer: Barriers to Screening in the Somali Community in

Minnesota. *Journal of immigrant & Minority Health*, 17(3), 722-728.

<https://doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1007/s10903-014-0080-1>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Grimm, B., Alnaji, N., Watanbe-Galloway, S., & Leypoldt, M. (2017.) Cervical Cancer Attitudes and Knowledge in Somali Refugees in Nebraska. *Pedagogy in health promotion*, 3(1) 81-87. doi: 10.1177/2373379917698673

HELMI- Health, Migration and Integration. (2012). *Somaliska och thailändska kvinnors hälsa och arbetsmarknadsanknytning I Sverige*. Hämtad från <https://www.mah.se/upload/Forskningscentrum/MIM/Projects/Forskningsrapport%20HELMI%20justerad%2012%2010%2009.pdf>

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från ide till examination inom omvårdnad*. (s.129–137). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från ide till examination inom omvårdnad*. (s.471–478). Lund: Studentlitteratur.

Hollander, A. C. (2013). Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden- epidemiological studies of register data. *Global Health Action*, 2013, 2013;6:10. doi:10.3402/gha.v6i0.21059

IOM- International Organization for Migration. (2013). *World Migration Report*. Hämtad från https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr2013_en.pdf

Janson, P.O. & Landgren, B. (2015). Att förebygga cervixcancer. I Rylander, E., & Andersson, S (Red.), *Gynekologi*. (s.199-206). Lund: Studentlitteratur.

- Jirwe, M. (2008). Cultural competence in Nursing. (Avhandling. Stockholm, Karolinska Institutet). Hämtad från
<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39797/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. (s.69–90). Lund: Studentlitteratur
- Lazarus, J.V., Himedan, H.M., Ostergaard, L.R., & Liljestrand, J. (2006). HIV/AIDS knowledge and condom use among Somali and Sudanese Immigrants in Denmark. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 34(1)92-99.
<https://doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1080/14034940510032211>
- Lim, J. N. W., & Ojo, A. A. (2017). Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub Sahara Africa: a systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 26(1), n/a-N.PAG.doi:10.1111/ecc.12444.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2016). Professionellt förhållningsätt. I B. Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K. (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s.19–25). Lund: Studentlitteratur
- Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys I B Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M (Red,) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.211–225) (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion*. (3., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Morrison, T., Wieland, M., Cha, S., Rahman, A., & Chauhdry, R. (2012). Disparities in Preventive Health Services Among Somali Immigrants and Refugees. *Journal of*

Immigrant & Minority Health, 14(6), 968-974,
<https://doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1007/s10903-012-9632-4>

Norredam, M., Krasnik, A., Sorensen, T.M., Keiding, N., Michaelsen, J.J., & Nielsen, A.S. (2004). Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 32(1) 53-59, <https://doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1080/14034940310001659>

Ny, P. (2016). Barnmorskans möte med utlandsfödda kvinnor. I B. Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K. (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s. 49–52). Lund: Studentlitteratur

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från ide till examination inom omvårdnad*. (s.31–50). Lund: Studentlitteratur.

Regionala Cancercentrum I Samverkan. (2018). Livmoderhalscancer och vaginalcancer. Hämtad 2018-05-31 från <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/gynekologi/livmoderhals-vagina/>

Schim, S. M., Doorenbos, A., Benkert, R., & Miller, J. (2007). Culturally congruent care: Putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(2), 103-110.doi:10.1177/1043659606298613

SFS 2008:567. *Diskrimineringslagen* Stockholm: Kulturdepartement. Hämtad 2018-09-10 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2018-09-10 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/kommittedirektiv/halso--och-sjukvardslag-1982763_G6B1763

Socialstyrelsen. (2009). *Folkhälsorapport- Migration och hälsa*. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71/Documents/13_Migration.pdf

Socialstyrelsen. (2016). Kvinnlig könsstympling. Ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20282/2016-6-59.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). Livmoderhalscancer, screening med cytologi och HPV-test. Hämtad 2018-05-31 från <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram/livmoderhalscancer-screeningme>

Statistiska Centralbyrån. (2006). *Ohälsa och sjukvård 1980–2005-Levnadsförhållande rapport 113*. Hämtad från https://www.scb.se/statistik/publikationer/le0101_1980i05_br_le113sa0601.pdf

Statistiska Centralbyrån. (2017a). *Från massutvandring till rekordinvandring*. Hämtad 2018-10-10 från <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/in-och-utvandring/>

Statistiska Centralbyrån. (2017b). *Befolkning efter födelseland och ursprungsland 31 december 2017*. Hämtad 2018-10-10 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sok/?query=befolkning+efter+födelseland+och+ursprungsland&lang=s>

Svanberg, K., Skott, C., & Lepp, M. (2011). Ambiguous Expectations and Reduced Confidence: Experience of Somali Refugees Encountering Swedish Health Care. *Journal of Refugee Studies*, 24(4), 690–705. doi:10.1093/jrs/fer026

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.

Hämtad från

<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2018/05/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska-Svenska-Barnmorskeforbundet-2018.pdf>

Tavasoli, S. M., Kane, E., Chiarelli, A. M., & Kupets, R. (2018). Women's Behaviors Toward Mammogram and Pap Test: Opportunities to Increase Cervical Cancer Screening Participation Rates among Older Women. *Women's Health Issues*, 28(1), 42-50. <https://doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.whi.2017.10.010>

United Nations. (2017). *International Migration Report*. Hämtad från http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskapliga kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från ide till examination inom omvårdnad*. (s.481–495). Lund: Studentlitteratur

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. (s.193–214). Lund: Studentlitteratur

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



**Karolinska
Institutet**

World Health Organization. (2018). Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer.

Hämtad 2018-05-31 från

[http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)



Bilaga 1

Intervjuguide

- Berätta kort om dig: ålder, antal år i Sverige, hur behärskar du det svenska språket, utbildning, civilstånd, arbete, familj.
- Har du besökt en barnmorskemottagning i Sverige? Om ja kan du berätta om orsaken?
- Har du gjort en gynekologisk hälsoundersökning? Om ja kan du berätta orsaken till detta ex symtom?
- Vad vet du om cellprovtagning? Screeningsprogrammet som finns i Sverige och kallelsen som brukar skickas ut. Vet du även hur utförande av cellprovtagning samt varför det utförs.

Hej!

Vi är två barnmorskestudenter som skriver en magisteruppsats på Karolinska Institutet om somaliska kvinnors erfarenhet upplevelse och deltagande till screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige. Därmed tillfrågas du om att delta i denna studie.

Varför görs denna studie?

Det finns idag inte tillräckligt med kunskap om vilken inställning somaliska kvinnor har till screeningsprogrammet. Därför väcktes ett intresse för hur du ser på screeningsprogrammet och vi är intresserade av att höra om dina synpunkter.

Vilka får delta och hur går studien till?

Vi är intresserade av att intervjua somaliska kvinnor mellan 23–67 års ålder. Då det är dessa kvinnor som erbjuds screeningen i Sverige. Krav för att tala svenska finns inte då respondenterna behärskar det somaliska språket. Du kommer att intervjuas i 15–30 minuter enskilt och bli tillfrågad om dina synpunkter om screeningen. Det är frivilligt att delta och anonymt. Din medverkan i studien kan avslutas när som helst utan förklaring.

Hur behandlas data?

Det är vi respondenter som enbart har tillgång till data som kommer enbart att användas till studien. Ingen enskild person kommer att kunna identifieras i studien. Data kommer att förvaras oåtkomligt i ett säkert skåp på Karolinska institutet under 10års tid och därefter kasseras.

Vid frågor var god kontakta:

Iman Abdullahi

Iman.abdullahi.abdulle@stud.ki.se

0737290704

Amani Eltayb Post Doc

Amani.eltayb@ki.se

Ayaan Hassan

Ayaan.hassan@stud.ki.se

0736243909

**Samtyckesformulär för deltagande i studien om erfarenhet, upplevelse och deltagande
av screeningsprogrammet för cervixcancer i Sverige**

Jag har informerats om studien muntligt och tagit del av den skriftliga informationen. Härmed
ger jag mitt samtycke om att delta i studien. Jag är välinformerad om att jag kan när som helst
avbryta mitt deltagande.

Namnteckning.....

Namnförtydligande.....



**Karolinska
Institutet**