



**Karolinska
Institutet**

KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: Examensarbete, 15hp

Somaliska föräldrars upplevelse av den svenska förlossningsvården

- En kvalitativ intervjustudie

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 15 hp
(Avancerad nivå), 2017

Författare:
Ikran Mohamed
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Handledare:
Ewa Andersson
Med. Dr
Leg. Barnmorska

Författare:
Anna Gustafsson
Leg. Sjuksköterska
Barnmorskestudent

Examinator:
Mia Barimani
Med. Dr
Leg. Barnmorska



KAROLINSKA INSTITUTET

Department of Women's and Children's Health

Division of Reproductive Health

Course: Thesis, 15 credits

Somali parent's experiences of care in the Swedish delivery ward

- A qualitative interview study

Thesis in sexual, reproductive and perinatal health, 15 Credits (Advanced level), 2017

Author:

Ikran Mohamed

Reg. Nurse

Midwifery student

Supervisor:

Ewa Andersson

Med. Dr

Reg. Midwife

Author:

Anna Gustafsson

Reg. Nurse

Midwifery student

Examiner:

Mia Barimani

Med. Dr

Reg. Midwife

SAMMANFATTNING

BAKGRUND: Sverige har under de senaste decennierna utvecklats till ett mångkulturellt samhälle på grund av en ökad invandring. Tidigare forskning visar att utlandsfödda kvinnor har högre risk för att drabbas av graviditets- och förlossningskomplikationer jämfört med landsfödda kvinnor. Den invandrargrupp som har det sämsta graviditetsutfallet i Sverige är kvinnor med somalisk bakgrund. Anledningen till det negativa graviditets- och förlossningsutfallet bland somaliska kvinnor är komplex, men beror delvis på kulturella skillnader, språkförbistringar och fördomar inom hälso- och sjukvården. Tidigare forskning om somaliska mäns upplevelser av den svenska förlossningsvården är begränsad.

SYFTE: Att beskriva somaliska föräldrars upplevelse av förlossningsvården i Sverige.

METOD: En kvalitativ studie har genomförts där data från ett pågående forskningsprojekt har använts. Data från det pågående forskningsprojektet är från fem fokusgruppsintervjuer med somaliska föräldrar. Kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats användes för att analysera data.

RESULTAT: Författarna har genom analys av data identifierat tio generiska kategorier och fyra huvudkategorier. Följande huvudkategorier framkom: *Upplevelser av skillnader kring barnafödandet mellan Sverige och Somalia, Upplevelser av barnmorskans bristande och nonchalanta bemötande beroende av ursprung, Upplevelser av barnmorskans uttalade värderingar och fördomar om somaliska föräldrar och deras reproduktiva livsplan och Barnmorskans okunskap om kulturella skillnader som påverkar kvinnans upplevelse av vården.*

SLUTSATS: Resultaten från denna studie visar att föräldrar med somalisk bakgrund hade både positiva och negativa upplevelse av den svenska förlossningsvården. De beskrev upplevelser av bristande vårdkvalitet då barnmorskan brast i hens professionella yrkesroll och i avsaknad av kulturell kompetens.

Nyckelord: somaliska föräldrar, upplevelser, förlossningsvård, Sverige, barnmorskan.

ABSTRACT

BACKGROUND: Sweden has in recent decades developed into a multi-cultural society due to increased immigration. Previous research has revealed that immigrant women have higher risk of pregnancy and childbirth complications compared to Swedish-born women. The immigrant group that has the worst pregnancy outcomes in Sweden are women of Somali origin. The reason for the poor pregnancy and childbirth outcomes among Somali women are complex and depend partially on cultural differences, communication problems and prejudice in the healthcare services. Previous research of Somali men's experiences of the Swedish delivery ward is limited.

AIM: To describe Somali parent's experiences of the care in the Swedish delivery ward.

METHOD: A qualitative study was conducted where data from an ongoing study has been used. The data from the ongoing study was obtained by interviewing five focus groups of Somali parent's. Qualitative content analysis with a deductive approach was used to analyze the data.

RESULT: Through the analysis of the data the authors identified ten generic categories and four main categories. The following main categories emerged: *Experiences of differences in childbirth between Sweden and Somalia, Experiences of midwife's lack and nonchalant behavior depending on origin, Experiences of midwifery's pronounced valuation and prejudices about Somali parents and their reproductive life plan and Midwifery's ignorance of cultural differences that affect a woman's experience of care.*

CONCLUSION: The results of this study showed that parents of Somali origin had both positive and negative experiences of care encounters. They expressed experiences of dissatisfaction with the care of the Swedish delivery ward because they felt that the quality of care was inadequate due to midwives lack in his/her professional role and in cultural competence.

Keywords: Somali parent's, experiences, delivery ward, Sweden, midwife.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. BAKGRUND	1
1.1 Kulturell kompetens i ett mångkulturellt samhälle.....	1
1.2 Lagar och föreskrifter gällande diskriminering i Sverige.....	2
1.3 Utlandsfödda gravida kvinnor inom svensk hälsosjukvård	3
1.4 Somalias historia	5
1.5 Somalias sjukvård.....	5
1.6 Hur förlossningskulturen skiljer sig mellan Somalia och Sverige	6
1.7 Somaliska föräldrars upplevelse av föräldraskap i Sverige	7
1.8 Barnafödandet bland somaliska kvinnor	8
1.9 Somaliska kvinnors upplevelse av den västerländska förlossningsvården.....	8
2. PROBLEMFORMULERING OCH SYFTE.....	9
2.1 Problemformulering	9
2.2 Syfte	9
3. METOD.....	9
3.1 Hoyoo- projektet.....	9
3.2 Urval.....	10
3.3 Datainsamling.....	10
3.3 Analys.....	11
3.4 Etiska överväganden.....	12
4. RESULTAT.....	13
4.1 Upplevelser av skillnader kring barnafödandet mellan Sverige och Somalia	14
4.1.1 Upplevelser av skillnader kring männens deltagande	15
4.1.2 Upplevelse av social isolering kring barnafödandet i Sverige jämfört med hemlandet	15
4.2 Upplevelser av barnmorskans bristande och nonchalanta bemötande beroende av ursprung.	16
4.2.1 Nonchalerande bemötande av barnmorska beroende av ursprung	16
4.2.2 Språkbarriärer orsakar känsla av maktlöshet	17
4.2.3 Upplevelse av barnmorskans bristande bemötande	18

4.3 Upplevelser av barnmorskans uttalade värderingar och fördomar om somaliska föräldrar och deras reproduktiva livsplan	18
4.3.1 Upplevelser om barnmorskans fördomar	19
4.3.2 Barnmorskans uttalande värdering om somaliska föräldrars reproduktiva livsplan.....	19
4.4 Barnmorskans okunskap om kulturella skillnader som påverkar kvinnans upplevelse av vården	20
4.4.1 Upplevelse av att bli utsatt av barnmorskans okunskap på grund av kulturella skillnader. .	20
4.4.2 Upplevelsen att inte få ens behov besvarade av barnmorskan.	21
5. DISKUSSION	21
5.1 Metoddiskussion.....	22
5.2 Resultatdiskussion	24
5.2.1 Upplevelser av skillnader kring barnafödandet mellan Sverige och Somalia	24
5.2.2 Upplevelser av barnmorskans bristande och nonchalanta bemötande beroende av ursprung	25
5.2.3 Upplevelser av barnmorskans uttalande värderingar och fördomar om somaliska föräldrar och deras reproduktiva livsplan.....	26
5.2.4 Barnmorskans okunskap om kulturella skillnader som påverkar kvinnans upplevelse av vården	27
5.3 Slutsatser	28
5.4 Förslag till vidare forskning och utveckling.....	29
6. REFERENSER.....	30
Bilaga 1: Informationsblad	35
Bilaga 2: Intervjuguide	37
Bilaga 3: Samtyckesblankett	39

1. BAKGRUND

1.1 Kulturell kompetens i ett mångkulturellt samhälle

Under de senaste åren har invandringen till Sverige ökat och idag är Sverige ett mångkulturellt samhälle. Att möta behoven hos en mångkulturell population är en pågående utmaning för hälsosjukvården eftersom de kan möta språk- samt kulturella barriärer. Dessa språk- och kultur barriärer resulterar i att kraven på kulturell kompetens inom den svenska vården har ökat.

För att förstå vad kulturell kompetens innefattar måste begreppet kultur först identifieras. Begreppet kultur kan definieras på olika sätt i olika litteratur. Ett sätt att definiera begreppet kultur är att beskriva kultur som "dynamisk", "symbolisk", "integrerad" och "inlärdd" (Dunn, 2002). Begreppet kultur kan sägas omfatta normer, trosuppfattning, en individs värderingar, livsåskådning och att som individ befinna sig i en vi-kultur och/eller jag-kultur (Leninger & McFarland, 2002). Begreppet kultur har tre gemensamma kännetecken som för samman dessa olika definitioner. Dessa tre kännetecken innefattar att begreppet kultur är baserat på samma grunddelar, att kultur uppstår via interaktion mellan olika individer och att kultur används mellan generationer samt är tidlös (Dunn, 2002). Dunn (2002) menar att kultur är något dynamiskt, och som ständigt förändras samt utvecklas. Faktorer som påverkar kulturen är ekonomiska, sociala och politiska faktorer. Begreppet kultur kan till exempel utnyttjas för att dela in individer i grupper, likväl att olika yrkesprofessioner har kulturellt karakteristiska egenskaper (Jirwe, 2008). Det är av stor vikt att inte generalisera eftersom människor har olika kulturer (Jirwe, 2008). Begreppet "kulturell kompetens" innebär med att vårdgivaren är medveten om patientens kulturella bakgrund. Att vara kulturellt medveten innefattar en medvetenhet om sin egen kulturella bakgrund i förhållande till attityder, trossystem, fördomar, stereotypa attityder samt värderingar. Detta är grunden för att kunna bekräfta andras kulturella attityder, trossystem samt värderingar, för att vidare kunna ha ett öppet förhållningssätt mot alla individer och vårda patienten som egna individer, och inte baserat på deras kulturella bakgrund (Jirwe, 2008; Wikberg & Eriksson, 2003).

Som barnmorska ingår det i yrkesrollen att kunna bedriva vård utifrån en helhetssyn oberoende av personens härkomst. I vården bör man eftersträva att minimera befintliga kulturella kunskapsbrister (Ny, 2016). Att arbeta professionellt som barnmorska innebär att vara öppen och ta del av den enskildas situation och berättelse för att kunna identifiera dennes behov och önsknings (Lundgren, Larsson, Dykes & Nordfjell, 2016). En viktig del av barnmorskans professionella förhållningsätt är relationen, mötet som barnmorskan har med varje enskild kvinna och familj som är i behov av rådgivning och vård. De som inkluderas i "relationen" är barnmorskans vårdande, hälsofrämjande och rådgivande verksamhet. Denna relation är själva redskapet i den vårdande eller hälsofrämjande aktiviteten och utgör grunden för hälsa och välbefinnande (Lundgren & Berg, 2007; Socialstyrelsen, 2006).

1.2 Lagar och föreskrifter gällande diskriminering i Sverige

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har alla människor rätt till en god hälsa på lika villkor. Varje människa ska bemötas med lika värde och respekt för att kunna ge god vård. Vård ges först till den som anses ha störst behov (SFS 1982:763). Det är grundläggande att det finns en god kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient samt att patienten har rätt till kontinuerlig vård.

Enlig diskrimineringslagen ska ingen individ diskrimineras eller få sämre vård än någon annan på grund av etnisk tillhörighet, kön, funktionshinder, sexuell läggning, religion eller andra trosuppfattning (SFS 2008:567)

Enligt den internationella etiska koden för barnmorskor kommer barnmorskan stötta på olika patientgrupper som tillexempel ungdomar, kvinnor som befinner sig i olika skeden i livet, familjer och närstående. Barnmorskor har en maktposition som är förvald genom att hen bär på kunskap och är vårdgivare medan patienten är vårdtagaren som är i behov av stöd (Lundgren et al., 2016). För att kunna hålla ett professionellt förhållningsätt vid mötet av olika människor är det viktigt att barnmorskan avstår från alla former av fördömelser, maktutövande, straff och kränkande bemötande för att undvika bristande vård eller utebliven vård. Istället ska barnmorskan bekräfta och stödja integritet och rätten till självbestämmande genom att ge evidensbaserad kunskap, vara lyhörd, ha förståelse för att människor har olika religioner, sociala förhållanden och kulturer (Barnmorskeförbundet, 1999; socialstyrelsen, 2006).

1.3 Utlandsfödda gravida kvinnor inom svensk hälsosjukvård

Sverige har under de senaste decennierna utvecklats till ett mångkulturellt samhälle på grund av en ökad invandring. I dag beräknas cirka 20 procent av den svenska befolkningen vara av en invandrarbakgrund (Akhavan, 2012). Populationen av utlandsfödda i Sverige bestod år 1999 av 120 olika nationaliteter (Essén, Johnsdotter, Hovelius, Gudmundsson, Sjöberg, Friedman & Östergren, 2000). År 2015 var 17 procent av invånarna i Sverige utlandsfödda och av dessa beräknades 508 105 vara kvinnor i fertil ålder (15–44 år). Andelen mödrar födda utanför Sverige har ökat från 10 procent 1973 till 23 procent 2009. För mödrar födda utanför Norden var under år 2009 de vanligaste födelseländerna Irak följt av Somalia, Polen och före detta Jugoslavien. År 2016 beräknades 18 procent vara födda i ett annat land (Statistiska Centralbyrån, [SCB], 2016).

Flera studier i Sverige har visat att utlandsfödda i alla åldrar har en sämre hälsa och större risk för att drabbas av psykiska och fysiska sjukdomar (Robertson, 2014; Akhavan, 2012).

Utlandsfödda kvinnor i Europa föder ofta mer barn jämfört med landsfödda kvinnor och har högre risk för att föda prematura barn, barn med lågfödelsevikt, mödradödlighet och fostermissbildningar jämfört med landsfödda kvinnor (Essen et al., 2000; Robertson, 2014).

Enligt Socialstyrelsen (2015) uppskattades år 2012 cirka 38 000 flickor och kvinnor i Sverige vara utsatta för någon form av könsstämpning. De största grupperna är födda i Somalia, Eritrea, Etiopien, Egypten och Gambia där Somalia tillhör den största gruppen av könsstämpade kvinnor och barn.

Tidigare forskning visar att utlandsfödda kvinnor får ojämlik vård i Sverige jämfört med den landsfödda befolkningen (Akhavan, 2012). Likväl visar tidigare forskning att utlandsfödda kvinnor är missnöjda med den svenska hälsosjukvården, upplever högre misstro samt missnöje med vården som de får (Akhavan & Edge, 2012). Orsakerna till den ojämlika vården för utlandsfödda beskrivs som komplexa och mångfaldiga. Språk och kulturbarriärer, brist på tillgänglig information och lägre tilltro på den svenska hälsosjukvården beskrivs som några bidragande faktorer (Akhavan, 2012).

En svensk studie visade att vissa subgrupper av utlandsfödda kvinnor har högre risk för att drabbas av graviditets- och förlossningskomplikationer. En annan studie visade att utlandsfödda kvinnor hade högre antal av oplanerade besök till förlossningsklinik och mindre antal planerade besök hos mödrahälsovården under deras graviditet jämfört med landsfödda. En tredje svensk studie visade ett samband mellan att vara utlandsfödd och högre risk för graviditets och förlossningskomplikationer med kvinnor från Sub-Saharan Afrika, Iran, Asien och latin Amerika (Robertson, 2014; Gagnon, Zimbeck & Zeltin, 2009).

En förutsättning för jämlikvård är god kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare. En studie visade att utlandsfödda kvinnor som inte behärskade det svenska språket var väldigt stressade samt oroliga för att de inte kunde kommunicera med vårdgivaren. De beskrev vikten av att bli förstodd av vårdgivare, att kunna förstå vårdgivaren samt att kunna uttrycka sig (Robertson, 2014). På grund av språkförbristningar har utlandsfödda kvinnor oftast en begränsad tillgång till information gällande sina rättigheter jämfört med landsfödda kvinnor, vilket kan påverka vård-sökande (Ny, 2016). Nästan all kommunikation mellan barnmorska och den utlandsfödda kvinnan skedde med hjälp av tolk. Användandet av tolk är svårt att undvika då det är ett nödvändigt verktyg samt en förutsättning för att kommunikationen mellan vårdtagare och barnmorska ska fungera. Användningen av tolk anses även vara nödvändigt för att främja jämlik vård (Akhavan, 2012). Likväl upplevde de svårigheter när deras kommunikation var beroende av en tolk, en person som de inte kände eller kunde lita på. Med en bakgrund från krigsdrabbade länder var de ofta misstänksamma och försiktiga med vad de sa till tolken. Utlandsfödda kvinnor kände sig ofta i underläge, inkompetenta och dumma när de inte behärskade språket och kunde inte göra sig förstådda (Robertson, 2014). Fortsättningsvis kända sig utlandsfödda kvinnor ofta osedda, ignorerade och diskriminerade i vården. De upplevde att de blev behandlade som barn, som inkompetenta samt blev inte tagna på allvar. Språkbarriären och känslan av att inte bli sedd, hörd eller tagen på allvar resulterade i att utlandsfödda kvinnor undvik eller sköt upp att söka vård tills situationen blev akut (Robertson, 2014). Akhavan (2012) menar att missförstånd i kommunikationen på grund av bristande språkkunskap och kulturella skillnader mellan barnmorska och vårdtagare är mer förekommande när mötet är tidsbegränsat. Missförstånd i kommunikationen resulterade i ojämlik vård då de ofta fick en icke-adekvat behandling.

Många utlandsfödda kvinnor som har flytt från krigsdrabbade länder har ett svagt socialt nätverk i Sverige (Robertson, 2014). Ett svagt socialt nätverk och lägre socioekonomisk status

är vanligare hos utlandsfödda och är relaterad till högre risk för graviditets- och förlossningskomplikationer (Gagnon, Zimbeck & Zeitlin, 2009). Utlandsfödda kvinnor har beskrivit att de ofta kände sig rädda samt osäkra inför mötet med barnmorskan, och att de därmed har ett starkare behov av god omvårdnad från barnmorskan för att kunna stärkas samt att främja en god hälsa (Robertson, 2014). I en studie där barnmorskor blev intervjuade framkom det att vissa barnmorskor var mer öppna för enskilda och interna gruppskillnader medan andra barnmorskor såg utlandsfödda som en grupp av ”andra människor” (Akhavan, 2012).

1.4 Somalias historia

År 1960 fick brittiska Somaliland och italienska Somalia sin självständighet från sina koloniserare och förenade sig för att bilda Republiken Somalia. År 1969 leddes en kupp av general Mohamed Siad Barre för att stöta den demokratiska regeringen som styrde landet sedan självständighetsförklaringen. Barre fortsatte med att ta makten och inrättade en förtryckande militärdiktatur. Han regerade i 21 år, till år 1991 när Somalias regering kollapsade och statslöshet följde. Under Barres regim dödades civila som ansågs utgöra ett hot mot regeringens planer eller politiska makt. Både stadsbefolkningen och nomaderna som bodde på landet utsattes för våld, mord, godtyckliga arresteringar, frihetsberövande under eländiga förhållanden, tortyr, våldtäkt samt användning av psykologiska skrämselektiker (Peter, 2007). Sedan år 1991 har landet fortsatt att präglas av våld och laglöshet. Landet är fortfarande utan en fungerande polisstyrka, regering och rättsväsende. Detta har fått många av landets befolkning att fly till andra delar av världen för att söka trygghet. År 2010 var så många som var sjätte somalier flyktingar (Globalis, 2015).

1.5 Somalias sjukvård

Barre-regimen samt inbördeskriget år 1991 hade negativa effekter på hälso- och sjukvården från flera olika vinklar i Somalia. Hälso- och sjukvården som tidigare var statligt finansierad blev snabbt privatiserad där tillgängligheten på vård för allmänheten blev begränsad. Den vård som bedrivs idag brister i ledarskap och saknar ett professionellt regelverk (Ali, Handuleh, Patel, Whitwell, Harris, Ali, Southgate, Godman, Al-Hadithy, Gustafsson & Finlayson, 2014).

Hälsan hos den somaliska befolkningen är dålig även i jämförelse med grannländer och andra konflikttrabbade länder. Somalia beräknas ha en av den högsta spädbarnsdödligheten i världen på antal 137 per 1000 levande födda. Även mödradödligheten är hög, med 732 per 100 000 födselar år 2015 (Globalis, 2015).

Storbritanniens myndighet för internationell utveckling (DFID) hade år 2015 för närvarande 44 aktiva projekt i Somalia till en total kostnad på 100 miljoner US dollar. Både Storbritannien och USA fokuserar på projekt för att uppmuntra utvecklingen av en stabil regering genom humanitära och hälsoprojekt. Det totala biståndsstödet till Somalia har ökat avsevärt från 103 miljoner dollar år 2001 till 683 miljoner dollar år 2009. Detta motsvarar 75 US dollar per somalisk medborgare, vilket gör Somalia till en av de tio största mottagarna av bistånd i världen (Ali et al., 2014).

Med hjälp av biståndet har olika hjälporganisationer kunnat introducera sjukvårdsprogram som ska hjälpa till att stärka det somaliska hälso- och sjukvårdssystemet. Än så länge är det i vissa delar av landet som till exempel i Somaliland som man har kommit längst. Det som ofta inkluderas är stöd till hälsoutbildningsinstitutioner, stöd till yrkesorganisationer, införandet av ett regelverk för hälso- och sjukvården, införandet av ett medicinskt praktikprogram för nyutbildade läkare, inklusive lön och utbildning samt främjande av reproduktiv hälsoutbildning (Ali et al., 2014).

1.6 Hur förlossningskulturen skiljer sig mellan Somalia och Sverige

Enligt den somaliska kulturen är det enbart kvinnorna som stöttar varandra under graviditet och förlossning medan männen hålls utanför. På grund av kulturella skillnader och de begränsade sociala nätverken i Sverige har somaliska föräldrar fått gå ifrån den traditionella somaliska kulturen. Eftersom mannen ofta är kvinnans primära stöd i kontakten med den svenska mödrahälsovården och förlossningsvården har mannen fått anta en mer aktiv roll när det kommer till kvinnans gravitet och förlossning (Wiklund, Aden, Högberg, Wikman, & Dahlgren, 2000). Att mannen är kvinnans primära stöd i kontakten med förlossningen och mödrahälsovården kan uppfattas av viss sjukvårdspersonal som att mannen är kontrollerande. Enligt en amerikansk studie har förlossnings- och mödrahälsovårdspersonalen uppfattat att somaliska män ofta tjänar som familjens talesman och ibland verkar fatta beslut för deras

partner utan att konsultera dem. Majoriteten av kvinnorna i den amerikanska studien håller inte med och anser sig själv vara viktiga beslutsfattare under barnets födelse (Herrel, Olevitch, DuBois, Terry, Thorp, Kind, and Said, 2004).

1.7 Somaliska föräldrars upplevelse av föräldraskap i Sverige

I en svensk studie av Wiklund et al. (2000) beskrev de somaliska föräldrarna föräldraskapet i Sverige som svårt jämfört med föräldraskapet i Somalia. Enligt kvinnorna är barnafödande i Somalia som ett kollektivt samarbete där ett antal närbesläktade kvinnor hjälper och stöttar varandra med hushållsarbete och uppfostran. I Sverige förväntas kvinnan sköta hushållsarbetet och barnuppfostran själv medan mannen är på jobbet eller skolan. Majoriteten av kvinnorna i studien anser att barnafödandet och barnomsorgen i Sverige är tungt och stressfyllt.

Familjeplanering och fördelen med en liten familjestorlek nämndes i flera somaliska hushåll till följd av den besvärliga familjesituationen i Sverige. Familjeplaneringen diskuterades sällan i Somalia. Enligt kvinnorna används preventivmedel väldigt sällan i Somalia då det anses vara mot religionens regler att stoppas den reproduktiva förmågan. Dessutom värderas barn högt i det somaliska samhället och att föda många barn ökar kvinnans status. I genomsnitt föder en kvinna i Somalia 7,3 barn. Männen förklarade att i Somalia behövde de inte diskutera antalet barn en familj skulle ha eftersom det sociala, ekonomiska och religiösa läget i Somalia underlättade förutsättningarna för en stor familj (Herrel, Olevitch, DuBois, Terry, Thorp, Kind & Said, 2004). I en tidigare studie framkom det att somaliska föräldrar upplever problem med sitt föräldraskap i Sverige. Invandringen till Sverige orsakande avbrott i familjestrukturen vilket var ett allmänt problem som uppfattades av alla somaliska föräldrar. Könsstrukturen som de kände till från Somalia blev plötsligt ifrågasatt och kritiserad av deras egna barn och av det svenska samhället. De somaliska föräldrarna i studien diskuterade även deras oro för hur de ska anpassa sig till det svenska samhället, hur de ska balansera den svenska och somaliska kulturen samt hur det kommer att påverka uppväxten för deras barn. Majoriteten av deltagarna uppgav att de ville återvända till Somalia när det blev möjligt (Wiklund et al., 2000).

1.8 Barnafödandet bland somaliska kvinnor

En av de största asylsökande grupperna i Sverige är av somalisk bakgrund där 50 procent av är kvinnor och 75 procent är i fertil ålder. Detta gör somaliska kvinnor till den invandrargruppen som föder flest barn (Byrskog, Olsson, Essén & Allvin, 2015). Tidigare forskning från en svensk studie visar att kvinnor från Somalia har en högre risk för akut sectio, barn med en låg födelsevikt under 2500 g, intrauterin fosterdöd, låg APGAR, tillväxthämning samt sämre perinatal hälsa med ökad risk för anemi, infektioner, mortalitet och hyperemesis jämfört med landsfödda kvinnor. Studien visade även att somaliska kvinnor gick färre gånger hos mödravården jämfört med landsfödda kvinnor (Råssjö, Byrskog, Samir & Klingberg-Allvin, 2013; Gagon, Zimbeck & Zeitlin, 2009). Mellan år 1990 och 1996 föddes 63 perinatalt döda barn i Sverige av invandrade kvinnor med somalisk bakgrund (Essén et al., 2000).

1.9 Somaliska kvinnors upplevelse av den västerländska förlossningsvården

Tidigare studier visar att kvinnor med somalisk bakgrund som fött barn i ett västerländskt land upplevde både negativa och positiva erfarenheter kring barnets födelse. Kvinnorna var nöjda med den vård de fick under förlossningen men flera ifrågasatte den kulturella kompetensen hos förlossningspersonalen. Den allmänna uppfattningen var att sjukvårdspersonalen diskriminerade patienter med somaliskt ursprung på grund av deras hudfärg och därmed var mindre känsliga för deras behov. Kvinnorna upplevde även att de diskriminerades av barnmorskan på grund av språkförbristningar (Herrel, Olevitch, DuBois, Terry, Thorp, Kind & Said, 2004). Kvinnor med somaliskt ursprung kan uppleva att barnmorskorna anser dem som ointelligenta samt saknar kunskap om graviditet, förlossning och familjeplanering utifrån hur många barn kvinnan har (Straus, McEwen & Hussein, 2007; Wiklund, Aden, Högberg, Wikman & Dahlgren, 2000). Kvinnorna uppmanade förlossningspersonalen till att förstå att det finns socioekonomiska och kulturella skillnader mellan de somaliska kvinnorna vilket skiljer dem åt. Därmed är det viktigt att barnmorskan avstår från fördomar och tar sig tid att lära känna den enskilda individen (Herrel, Olevitch, DuBois, Terry, Thorp, Kind & Said, 2004).

2. PROBLEMFORMULERING OCH SYFTE

2.1 Problemformulering

En av Sveriges största invandrargrupper är av somalisk bakgrund. Somaliska kvinnor är den gruppen i Sverige som har störst risk för att drabbas av graviditets- och förlossningskomplikationer. Detta gör somaliska kvinnor till en sårbar grupp i Sveriges hälso- och sjukvård. Tidigare forskning om somaliska mäns upplevelser av den svenska förlossningsvården är begränsad. Genom att mer forskning görs som belyser somaliska föräldrars upplevelser av den svenska förlossningsvården kan förlossningspersonalen få ökad kunskap om somaliska föräldrars behov samt främja jämlik vård.

2.2 Syfte

Att beskriva somaliska föräldrars upplevelse av förlossningsvården i Sverige.

3. METOD

I uppsatsen kommer en kvalitativ forskningsmetod användas för att undersöka somaliska föräldrars upplevelser av den svenska förlossningsvården. En kvalitativ forskningsmetod är lämpligast när individers enskilda upplevelser ska undersökas samt belysas i syfte att få en djupare förståelse (Forsberg & Wengstöm, 2008). För att analysera de transkriberade texterna kommer vi att använda oss av kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats inspirerad av Elo och Kyngäs (2007). Eftersom vi har en specifik fråga till det befintliga datamaterialet kommer vi att använda oss av deduktiv innehållsanalys. Deduktiv innehållsanalys används ofta i fall där forskaren vill ompröva befintliga data i ett nytt sammanhang (Elo & Kyngäs, 2007).

3.1 Hooyo- projektet

Vi har fått ta del av datamaterial från ett pågående forskningsprojekt som heter Hooyo-projektet. Hooyo-projektet är ett forskningsprojekt om mödravård med fokus på kvinnor från

Somalia. Forskningsprojektet är ett samarbete mellan Karolinska Institutet och Högskolan i Dalarna. Syftet med forskningsprojektet är att utveckla och utvärdera gruppmödravård och att särskilt titta på resultatet för kvinnor som är födda i Somalia. För att genomföra forskningsprojektet på ett bra sätt har forskargruppen valt att ta del av somaliska parers erfarenheter och behov under graviditeten. Föräldrar med somalisk bakgrund intervjuades i fem olika fokusgrupper. Det primära syftet var att undersöka somaliska föräldrars upplevelse av mödrahälsovården i Sverige. Förutom att diskutera upplevelser av mödrahälsovården valde även många deltagare att dela med sig av sina förlossningsupplevelser både i Sverige och i Somalia. Vi har därför valt för denna studie att fokusera enbart på deltagarnas berättelser av deras upplevelser av förlossningsvården i Sverige.

Enligt Dahlin-Ivanoff och Holmgren (2017) är fokusgrupper mycket användbara för att studera hur människor talar och tänker om ett specifikt ämne. Genom att olika synsätt, åsikter och erfarenheter lyfts fram genom diskussion med hjälp av en forskningsledare kan nya perspektiv som berikar det givna forskningsämnet identifieras.

3.2 Urval

Kvinnorna och männen i det pågående Hooyo-projektet rekryterades från barnavårdscentral, mödravårdscentral öppna förskolan i Spånga-Tensta och Tjärna Ängar genom att de tilldelats informationsblad om studien. Informationsbladet var skrivet på svenska och somaliska (Bilaga 1). Då forskare från Hooyo-projektet hade svårt med att rekrytera deltagare till forskningsprojektet fick hen ta hjälp av somalisk tolk, som arbetade med forskningsprojektet samt Studieförmedlingen för att kunna nå ut till så många som möjligt. Tolken hade kunskap om närområdet och visste platser där det med hög sannolikhet kunde hittas deltagare. Tolken hade ingen tidigare relation till deltagarna. För att delta i Hooyo-projektet var inklusions kriterierna att kvinnan/mannen var bosatt i Sverige, är av somaliskt ursprung och fått barn inom två år. De deltagare som önskade delta i Hooyo-projektet blev kontaktade via telefon av forskargruppen för överenskommelse om tid, plats och datum.

3.3 Datainsamling

Totalt hölls fem fokusgrupps intervjuer där två grupper bestod av somaliska pappor och tre grupper bestod av somaliska mammor (Tabell 1). Deltagarna som intervjuats har fått muntlig

information samt skriftlig information om forskningsprojektet som var skriven på somaliska och svenska. Under alla fem fokusgruppsintervjuerna ställdes frågor utifrån en intervjuguide (Bilaga 2). En intervjuguide används som en vägledning för att kunna ringa in forskningsområdet med utgångspunkt från syftet. Vid användning av intervjuguide är det viktigt att undvika att enbart hålla sig till frågorna utan istället följa gruppens diskussion och utveckla frågor utifrån det (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Fokusgruppsintervjuerna genomfördes av någon ur forskargruppen tillsammans med en tolk/facilitator. Den som genomförde intervjun använde sig av fyra övergripande frågeställningar. Dessa fyra övergripande frågeställningar bestod av öppna frågor som ger deltagarna en möjlighet till att själva utveckla sina svar. Under samtliga fokusgruppsintervjuer har forskaren från Hooyo-projektet bildat nya frågor utifrån deltagarnas diskussioner. Dessa nya frågor innefattade deltagarnas upplevelse av förlossningsvården i Sverige.

Tabell 1

Fokusgrupp	Deltagare
1	7 mammor
2	5 mammor
3	4 mammor
4	7 pappor
5	5 pappor
Totalt	28 deltagare

Under alla dessa fokusgruppsintervjuer medverkade en tolk som kunde tolka vid behov. För att undvika missförstånd fick deltagarna möjlighet till att själva rätta sina uppfattningar under fokusgruppintervjuerna som de ansåg var felaktiga. Samtliga fokusgruppsintervjuer varade i cirka 45–90 minuter.

3.3 Analys

Kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Elo och Kyngäs (2007) användes för att analysera allt insamlat transkriberat datamaterial. Denna analys är en stegvis process för kategorisering, som bygger på de uttryck för känslor, handlingar och tankar som beskrivs av deltagarna. Det

första steget i analysen var att läsa noggrant igenom de transkriberade texterna ett flertal gånger både enskilt och tillsammans för att få en känsla av helheten i texterna. Samtidigt som texterna lästes igenom markerades de meningar som tycktes vara relevanta till studiens syfte som en första analys av texten och benämndes som meningsbärandeenheter. I nästa steg kondenserades de meningsbärande enheterna utan att ändra deras innebörd. De framtagna koderna förkortades ytterligare ner, utan att ändra deras innebörd och blev subkategorier. De framtagna subkategorierna grupperades utifrån likheter och skillnader vilket skapade generiska kategorier. Det sista steget i analysprocessen var att gruppera de generiska kategorierna utifrån likheter och skapa huvudkategorier som beskriver de framtagna generiska kategorigrupperna. Analysprocessen skapades under gemensamma diskussioner mellan författarna och huvudhandledaren. För att stödja beskrivningen av generiska kategorier och huvudkategorier har citat tillagts i texten.

Exempel på analysprocessen presenteras i tabell 2.

Tabell 2

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori
<i>...man skall inte dra en kam över heller för man säger att somaliska kvinnor föder barn tätt och många barn, typiskt att du har järnbrist, och vitamin D, eftersom de har sjal, de solar inte. Det är sånt här det finns fördomar och en barnmorska skall inte ha dessa fördomar.</i>	Barnmorskan säger att somaliska kvinnor föder många barn och tätt, har järn och vitaminbrist för att de har sjal och inte solar. Det är fördomar som en barnmorska inte ska ha.	Barnmorskan generaliserar gravida somaliska kvinnor utifrån egna uttalande värderingar.

3.4 Etiska överväganden

Enligt Helsingforsdeklarationen (2008) ska forskaren informera deltagare om studiens villkor, syfte samt deltagarnas förväntade roll i studien. Forskaren ska likväl informera deltagarna att

deras medverkan är frivillig och att de kan avbryta sin medverkan. Alla deltagarna i Hooyo-projektet har blivit upplysta om att deras medverkan i studien är frivillig och att de har rätt att avbryta sin medverkan under studiens gång. Deltagarna har erhållit skriftligt samtycke innan intervjuerna påbörjats (Bilaga 3). Alla deltagare fick information innan intervjun hade påbörjats om att intervjun kommer att spelas in. Enligt Dahlin-Ivanoff och Holmgren (2017) är det viktigt att samtliga deltagare blir informerade i god tid om att fokusgruppsdiskussionerna kommer att inspelas. Då det finns risk för att vissa individer kan uppleva det som obehagligt. Allt insamlat datamaterial från fokusgruppsintervjuerna är konfidentiellt. Under alla samtliga fem fokusgruppsintervjuer har tolk medverkat och tolkat vid behov. Enligt personuppgiftslagen (SFS 1998: 204) ska alla uppgifter som är etisk känsliga och därav innehåller uppgifter om identifierbara personer ska avrapporteras så att individen ej kan identifieras av utomstående. Alla deltagare i studien har avidentifierats genom att de har givits ett slumpmässigt nummer för att kunna bevara deras anonymitet samt skydda individens integritet och personliga uppgifter.

All personal i ett forskningsprojekt som tar del av etiskt känsliga uppgifter om deltagande individer i studien ska undertecknat ett skriftligt kontrakt om tystnadsplikt (Helsingforsdeklarationen, 2008). Det insamlade datamaterialet från Hooyo-projektet är inlåst i ett säkert skåp på Karolinska Institutet och kommer att förstöras efter tio år. All insamlad datamaterial kommer endast att användas i forskningssyfte. Det är endast behörig personal i forskningsprojektet som har tillgång till det insamlade datamaterialet. All behörig personal har undertecknat ett skriftligt kontrakt om tystnadsplikt. Studien har fått etiskt godkännande av regional etiknämnden i Stockholm diarie nr 216-2413-321.

4. RESULTAT

I resultatet framkom det fyra huvudkategorier och tio generiska kategorier. Varje huvudkategori beskrivs inledningsvis med en kort ingress som sammanfattar det som kommer att beröras i de generiska kategorierna.

Resultatet presenteras i tabell 3.

Tabell 3

Generiska kategorier	Huvudkategorier
Upplevelser av skillnader kring männens deltagande. Upplevelse av social isolering i samband med barnafödandet i Sverige jämfört med hemlandet	Upplevelser av skillnader kring barnafödandet mellan Sverige och Somalia
Nonchalerande bemötande av barnmorskan beroende av ursprung. Språkbarriärer orsakar känsla av maktlöshet. Upplevelse av barnmorskans bristande bemötande.	Upplevelser av barnmorskans bristande och nonchalanta bemötande beroende av ursprung.
Upplevelser om barnmorskans fördomar. Barnmorskans uttalande värdering om somaliska föräldrars reproduktiva livsplan.	Upplevelser av barnmorskans uttalade värderingar och fördomar om somaliska föräldrar och deras reproduktiva livsplan.
Upplevelse av att bli utsatt av barnmorskans okunskap på grund av kulturella skillnader Upplevelsen att inte få ens behov besvarade av barnmorskan	Barnmorskans okunskap om kulturella skillnader som påverkar kvinnans upplevelse av vården

4.1 Upplevelser av skillnader kring barnafödandet mellan Sverige och Somalia

I denna huvudkategori presenteras deltagarnas upplevelse av kulturella skillnader i barnafödandet mellan Sverige och Somalia.

4.1.1 Upplevelser av skillnader kring männens deltagande

Under fokusgruppsintervjuerna framkom kvinnornas och männens upplevelse av skillnader mellan förlossningsvården i Sverige och Somalia. I Somalia får männen inte vara med i förlossningsrummet med sin partner då det är flera födande kvinnor i samma förlossningsrum. Det kan vara upp till tre till fyra födande kvinnor i ett förlossningsrum i Somalia. Det ansågs vara olämpligt för männen att vara i förlossningsrummet tillsammans med de andra födande kvinnorna därav fick männen stanna utanför förlossningsrummet.

D3 (fokusgrupp 5): *”...i Somalia det finns ingen en rum på förlossningen, kanske två-tre-fyra kvinnor på förlossningen, samma plats, och papporna kan inte komma in och kolla på olika personer... det är svårt, det är inte samma sak här.”*

Ett flertal av deltagarna ser det som positivt att männen fick delta och vara närvarande i förlossningsrummet i Sverige. Några av männen upplevde att det fick en större förståelse för sin partner när de var närvarande i förlossningsrummet. En annan man upplevde att han fick en större känsla av ansvar efter att ha deltagit under förlossningen.

Man 2 (fokusgrupp 4): *”...i Sverige det är olika med de andra barnen för att han var bara med mamma i förlossningen så kände han allt hon kände också.”*

4.1.2 Upplevelse av social isolering kring barnafödandet i Sverige jämfört med hemlandet

Ett flertal av deltagarna upplever generellt den svenska förlossningsvården som bättre jämfört med i Somalia. Likväl framkom det att några av deltagarna upplevde ett mindre socialt stöd i Sverige.

D3 (fokusgrupp 5): *”Ja, det är skillnad. När man är i hemlandet och när man är i Sverige. Det är dag och natt. Här man är både mamma, pappa, kusin, släkting, syster, storebror. Och hon är samma sak. Det finns ingen annan hjälp.”*

Vissa av deltagarna beskrev även en större känsla av ensamhet i Sverige jämfört med i Somalia. I Somalia har de familj som hjälper till och stöttar den nyförlösta mamman och hennes partner. Medan i Sverige där de inte har några släktingar som kan hjälpa till får kvinnan och mannen klara sig själva, vilket beskrivs som väldigt svårt.

4.2 Upplevelser av barnmorskans bristande och nonchalanta bemötande beroende av ursprung.

I detta stycke beskriver vissa av deltagarna deras upplevelser av nonchalerande och bristande bemötande från barnmorskan, samt konsekvenser av språkbarriärer i förlossningsvården.

4.2.1 Nonchalerande bemötande av barnmorska beroende av ursprung

Det framkom att vissa av deltagarna upplevde att de blev nonchalerade av barnmorskan. En av kvinnorna berättade att under förlossningen önskade hon en varm handduk av barnmorskan då hon hade läste att det skulle minska risken för bristningar. När kvinna frågade barnmorskan om en varm handduk som perinealskydd svarar barnmorskan att det var försent då barnet kommer och att det inte hjälper.

D1 (fokusgrupp 2): *”De nonchalerar dig om du säger någonting alltså till exempel när du läser på det här med hur de kan förminska bristningar och sånt och du frågar a men tänker ni ha en varm handduk eller någonting? Nä, men nej nu kommer barnet för fort och nu är det här, nej men det går inte du vet... men jag har läst att det där kanske hjälper?”*

Flertal av kvinnorna beskrev att barnmorskan på förlossningen inte gav konkreta förslag eller inte lyssnade till henne när kvinna ställde frågor.

D1 (fokusgrupp 2): *”Kan inte du bara klippa mig och så får jag inte den bristningen? Så hon skrattade åt mig, alltså inget svar, bara skratt.”*

I ovanstående citat beskriver en kvinna att hon kände oro för att barnmorskan inte skulle klippa henne och därmed få en bristning. Kvinnan upplevde att barnmorskan nonchalerade hennes oro genom att inte ge henne ett konkret svar på frågan. Några av deltagarna upplevde att anledningen till varför de blev nonchalerade av barnmorskan beror på deras etniska bakgrund.

D3 (fokusgrupp 5): *”Så om Gustav ropar, trycker- då vet dom att det är Gustav. Då springer dom på engång -; ”Hej, behöver du hjälp? Behöver du saft?”. Om Abdi trycker däremot, då blir det, du vet, segt du vet, kanske dom dröjer fem-tio minuter, så Abdi måste gå dit och säga...min fru har värkar.”*

I ovanstående citat beskriver en man om hans upplevelse av att ens etniska bakgrund påverkar hur barnmorskan kommer att behandla en. Han upplevde att han och hans partner inte fick samma vård som en etnisk svensk på förlossningen. De upplevde att barnmorskan på förlossningen prioriterade de par som var etnisk svenska högre jämfört med utlandsfödda. Ett flertal av deltagarna upplevde att de blev nonchalerade av barnmorskan vilket gav upplevelsen av en ojämlik vård.

4.2.2 Språkbarriärer orsakar känsla av maktlöshet

Det framkom att några av deltagarna upplevde att språkförbistringar mellan vårdtagare och barnmorska var ett stort problem. Vissa av deltagarna upplevde att språkförbistringar kunde leda till känslan av maktlöshet. En man beskrev hans upplevelse av att med språkförbistringar är det svårt att veta ens rättigheter i vården. Att inte vara medveten om ens rättigheter som vårdtagare kunde orsaka en känsla av maktlöshet.

K4 (fokusgrupp 3): *”Kan man inte språket så...om du inte vet regler också...vad du har rätt till, eller vad du inte har rätt...det är svårt också.”*

Några av deltagarna beskrev att språkförbistringar mellan vårdtagare och barnmorska ofta kunde leda till missförstånd. När tolk inte användes för att barnmorskan upplevde att tolk inte behövdes, då vårdtagaren anses ha tillräckligt god svenska språkkunskaper orsakade detta ofta en känsla av oro. Eftersom vårdtagaren hade missuppfattat mycket av informationen på grund av otillräckliga svenska kunskaper. Vissa av deltagarna oroade sig för att språkförbistringar skulle leda till att de inte kunde förmedla sig tillräckligt till barnmorskan. Vilket i sin tur orsakade oro för att något skulle missas hos barnmorskan.

K2 (fokusgrupp 3): *”...du borde ta ryggbedövning...förlossningen kommer ta lång tid, du har mycket ont... dom sa ta den, jag sa ”Nej”. Men dom sa ”nu finns det läkare, innan det blir natt...det är bättre för dig”. Men jag sa till dom, ”nej”- för att jag hade dålig information...och språket, jag kunde inte bra.”*

Kvinnan i detta citat beskriver hur barnmorskan flertal gånger försökte övertala henne till att ta en epidural. Likväl beskriver kvinnan hur hon försökte neka barnmorskan till epidural. Eftersom kvinnan hade bristande information om epidural samt språksvårigheter ledde det till att hon inte kunde fatta ett beslut, vilket i sin tur orsakade en känsla av maktlöshet.

4.2.3 Upplevelse av barnmorskans bristande bemötande

I fokusgruppsintervjuerna framkom det att vissa av deltagarna diskuterade deras upplevelser av oprofessionellt bemötande från barnmorskan. Några av deltagarna beskrev att barnmorskan måste arbeta på att bemöta människor på ett bättre sätt än vad som görs idag. Det fanns vissa deltagare som upplevde att barnmorskan idag saknar kunskap och kulturell kompetens för hur de ska bemöta människor från olika etniska bakgrunder på ett värdigt och professionellt sätt.

K3 (fokusgrupp 3): *”Och personalen, man måste jobba med utbildningen, på bemötande, människor är olika.”*

Några av deltagarna vittnade om att barnmorskan hade missbrukat hens maktposition gentemot kvinnorna genom ett hotfullt beteende. Det framkom även från vissa av deltagarna att ett oprofessionellt beteende från barnmorskan orsakade känsla av ensamhet och att bli utelämnad. En kvinna berättar i nedanstående citat hur barnmorskan behandlade henne under en vaginalundersökning under förlossningen på följande sätt.

K1 (fokusgrupp 3): *”Det gör ont...din finger har ju naglar...jag sa ”det gör ont”. Och då, svaret jag fick var ”barnet som du ska få, föda, kommer göra mer ont än mitt finger.”*

En annan kvinna berättade om hennes upplevelse av hur barnmorskan hotade henne med att neka vård om inte kvinnan följde barnmorskans tillrättavisning.

K4 (fokusgrupp 3): *”...du lyssnar och gör som jag säger, annars åk hem!” Och jag tänkte, herregud, hon menar inte hem här, hon menar hem där jag kommer ifrån.”*

I fokusgrupperna beskrev vissa av deltagarna hur barnmorskans oprofessionella beteende upplevdes som en negativ attityd gentemot dem. Den negativa attityden från barnmorskan beskrevs även som en anledning till varför somaliska kvinnor valde att undvika att söka vård.

4.3 Upplevelser av barnmorskans uttalade värderingar och fördomar om somaliska föräldrar och deras reproduktiva livsplan

Somaliska föräldrars upplevelse av barnmorskans uttalande värderingar och fördomar utifrån deras etniska bakgrund och reproduktiva livsplan presenteras i detta stycke.

4.3.1 Upplevelser om barnmorskans fördomar

Det framkom att några av deltagarna upplevde att barnmorskan hade fördomar gentemot somaliska föräldrar. En kvinna beskrev hennes upplevelse av att barnmorskan generaliserade och hade en förutbestämd bild av gravida kvinnor med somaliskt ursprung. En annan kvinna upplevde att barnmorskor har fördomar om att gravida somaliska kvinnor åker in till förlossningen för tidigt. Vissa deltagare upplevde att barnmorskan bör ha en bättre förståelse för andra kulturer för att kunna ge jämlikvård.

D2 (Fokusgrupp 2): *”...man skall inte dra en kam över heller för man säger att somaliska kvinnor föder barn tätt och många barn, typiskt att du har järnbrist, och vitamin D, eftersom de har sjal, de solar inte. Det är sånt här det finns fördomar och en barnmorska skall inte ha dessa fördomar.”*

Några av kvinnorna i fokusgrupperna diskuterade om deras upplevelse av att vara mörkhyad inom förlossningsvården och hur det påverkade vården de fick.

K1(fokusgrupp 3): *”... ”Men det känns ibland, när man kommer till förlossningen, det finns ju olika personal. Så ibland jag kan tycka, så fort dom ser oss, mörka invandrare, ”vi kan ingenting.”*

Vissa av deltagarna beskrev hur de upplevde att barnmorskan hade fördomar om att mörkhyade inte behärskade det svenska språket och därmed inte kan försvar sig. Detta ledde till en känsla av att barnmorskan hade övertag om kvinnan och kunde bestämma utan hennes medgivande, vilket gav känslan av maktlöshet.

4.3.2 Barnmorskans uttalande värdering om somaliska föräldrars reproduktiva livsplan

I fokusgrupperna diskuterade vissa av deltagarna deras upplevelse av att bli dömd av barnmorskan utifrån antal barn. Några av deltagarna diskuterade även deras upplevelser av att barnmorskan reagerade kraftigt vid högt antal barn.

D6 (fokusgrupp 5): *”...hur många barn har du?- ”Tio.”- ”Herregud, tio barn!!” ...Jag blev arg. Jag sa ”du behöver inte...bli chockad.”*

Några av deltagarna i fokusgruppsintervjuerna förklarade att i den somaliska kulturen är det av hög status att ha många barn. Vissa av deltagarna upplevde att barnmorskans uttalade

attityd till deras reproduktiva livsplan var ett stort problem. Barnmorskans uttalande värdering om högt antal barn beskrevs som dömande samt negativt hos vissa av deltagarna vilket även skapade en känsla av frustration.

Man 4 (fokusgrupp 4): *"...barnmorskan frågar dig "hur många barn har du?" Och om personen säger "jag har många barn" kan du känna eller uppleva elakheter... dom visar upp ett annat ansikte om du säger att du har många barn...och då kommer attityden."*

Det framkom även att några av deltagarna upplevde att barnmorskan på förlossningen reagerade med en negativ attityd vid tätt barnafödande utifrån barnmorskans uttalande.

D2 (fokusgrupp 5): *".....så 2007, det var första gången. Sen, plötsligt hon blev gravid igen, 2008, så vi är tillbaka....på förlossningskliniken, så dom sa "Är ni (här) igen?" ...sen vi har bestämt att vi ska ta istället en annan förlossningsklinik...på grund av bemötande."*

I ovanstående citat beskrev en av deltagarna hur barnmorskans uttalande värdering om parets täta barnafödande upplevdes som dömande, vilket ledde till att paret kände sig tvingade till att byta sjukhus. Det fanns deltagare som beskrev upplevelser av liknade situationer där barnmorskans dömande värderingar om deras reproduktiva livsplan orsakade byte av förlossningsklinik. Likväl beskrev några av deltagarna i fokusgruppsintervjuerna att barnmorskans negativa värdering om tätt barnafödande kan vara en bidragande faktor till varför somaliska kvinnor söker mindre vård.

4.4 Barnmorskans okunskap om kulturella skillnader som påverkar kvinnans upplevelse av vården

I detta stycke framförs deltagarnas upplevelser av bristande vård vilket är konsekvensen av när barnmorskan brister i hens kulturella kompetens.

4.4.1 Upplevelse av att bli utsatt av barnmorskans okunskap på grund av kulturella skillnader.

Vissa av kvinnorna i fokusgruppsintervjuerna upplevde att barnmorskan hade avsaknad av kulturell kompetens i hens bemötande av kvinnor med somalisk bakgrund. Det framkom även att några av deltagarna upplevde att barnmorskans handläggning av omskurna kvinnor på förlossningen beskrevs som bristande.

K5 (fokusgrupp 1): *”.... men när hon var i förlossningen hon hade ett stort problem för att hon var...hon viste inte att man måste prata om könsstympning... att jag vill att ni ska klippa mig...för att jag kan inte föda som... det var jättesvårt.”*

I ovanstående citat beskrev en kvinna att hon var orolig för hur hon skulle kunna föda när det inte hade framkommit under förlossningen att hon var omskuren. Kvinna beskrev det som svårt att själv behöva tänka på det under förlossningen och menar att barnmorskan har en professionell yrkesroll och bör ha en viss kulturell kompetens för att kunna tillgodose individanpassad vård. Det framkom att vissa av deltagarna upplevde att barnmorskan inte lyfte fram frågan om kvinnlig omskärelse till dem under förlossningen. Vilket några av deltagarna trodde bero på att barnmorskan hade avsaknad av kunskap gällande kvinnlig omskärelse samt kulturell kompetens.

4.4.2 Upplevelsen att inte få ens behov besvarade av barnmorskan.

I fokusgruppsintervjuerna upplevde vissa av deltagarna det som svårt att framföra till barnmorskan att de var omskurna och hade vissa önskemål om hur förlossningen skulle handläggas för att underlätta framfödandet av barnet. Likväl upplevde några av deltagarna att barnmorskan på förlossningen inte lyfte frågan om kvinnlig omskärelse.

K5 (fokusgrupp 1): *”Dom frågar inte mig....och jag har inte sagt... men kan de också inte kolla och titta på situationen... kan jag föda utan episiotomi... kan jag ha den här.”*

I ovanstående citat beskrev kvinnan hennes önskan om att barnmorskan bedömer om kvinnan är i behov av episiotomi utifrån hennes situation. Det framkom även att vissa av kvinnorna i fokusgruppsintervjuerna upplevde att deras behov och önskemål om förlossningen inte blev hörasammats av barnmorskan, en av anledningarna var att barnmorskan inte lyfte frågan om kvinnlig omskärelse. När kvinnorna inte fick deras behov eller önskemål hörasammade under förlossningen av barnmorskan upplevde vissa av kvinnorna vården som bristfällig.

5. DISKUSSION

I diskussionsdelen diskuteras val av metod, urval, dataanalys samt även de svårigheter författarna stötte på under arbetes gång och studiens tillförlitlighet samt överförbarhet. Därefter diskuteras resultatet i en resultatdiskussion som jämförs med tidigare forskning. Slutligen presenteras en slutsats samt förslag till vidare forskning och utveckling.

5.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva somaliska föräldrars upplevelse av den svenska förlossningsvården. För att svara på studiens syfte har en kvalitativ metod med fokusgruppsintervjuer och en deduktiv innehållsanalys använts. En kvalitativ forskningsmetod anses vara lämpligast när individers enskilda upplevelser ska undersökas samt belysas i syfte för att få en djupare förståelse (Forsberg & Wengstöm, 2008). Eftersom vi har tagit del av tidigare transkriberad text från fem olika fokusgrupper från ett pågående forskningsprojekt kommer vi även diskutera deras val av metod.

I det pågående forskningsprojektet ”Hooyo-projektet” har somaliska män och kvinnor intervjuats i fem olika fokusgrupper. Styrkan i fokusgruppsintervjuer är att den metoden ger möjlighet till forskaren att förstå hur deltagarna ser på sin egen verklighet och därmed komma närmare data. Syftet med samspel och interaktioner i fokusgruppen är att främja mångfald av synpunkter och idéer utan att tvinga fram åsikter (Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017). Under fokusgruppsintervjuerna framkom information om deltagarnas upplevelser av den svenska förlossningen. Den nya information som framkom under intervjuerna blev en ny studie med ett nytt syfte att undersöka somaliska föräldrars upplevelse av den svenska förlossningsvården. Fokusgrupper ger deltagarna en möjlighet till att framföra deras åsikter likväl att kunna reflektera tillsammans. Kunskapen som fokusgruppmetoden genererar är baserad på gemensamma efterenheter och fokuserar på den variation i den kollektiva förståelse som växer fram ur diskussionen (Dahlin-Ivanoff och Holmgren, 2017). Eftersom det pågående forskningsprojektets insamlade datamaterial visade en gemensam bild av somaliska föräldrars upplevelse av den svenska förlossningsvården har vi därför valt att ta del av deras tidigare material för att svara på vårt syfte.

Dahlin-Ivanoff och Holmgren (2017) menar att trovärdigheten i fokusgruppsresultatet ökar om flera fokusgruppsintervjuer genomförs. Eftersom vi har valt att använda oss av samtliga fem fokusgruppsintervjuer anser vi att det stärker studiens trovärdighet. För att öka studiens pålitlighet har vi valt att noggrant beskriva datainsamlingen samt analysprocessen. Elo och Kygnäs (2007) beskriver att en fyllig presentation av resultaten genom kärnfulla beskrivningar av kategorier som stärks med citat som tagits direkt från fokusgruppsintervjuerna avgör hur god överförbarheten är i studien. I vår studie har vi använt oss av citat från fokusgruppsintervjuerna för att öka tillförlitligheten. I fokusgruppintervjuer är det rekommenderade antal deltagare fyra till sex stycken då det anses vara ett lämpligt antal

för att kunna ge tillräckligt med data. Om fokusgruppen består av mindre än fyra deltagare finns det risk att någon av deltagarna axlar rollen som medlare. Om ett allt för stort antal deltagare i en fokusgrupp finns det risk för att det bildar små grupper i gruppen vilket orsakar parallella diskussioner i guppen. Konsekvenserna av detta är att det finns en risk att intervjun blir styrd och dialogen mellan deltagare minskar (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Värder att nämna finns det nackdelar och fördelar med fokusgruppsintervjuer. En fördel med fokusgruppsintervjuer är att den kan framställa mycket information under en kort tid (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). En nackdel med fokusgruppsintervjuer är att det finns en risk att avvikande åsikter inte framkommer då gruppidentiteten och dynamiken är så pass stark att individen inte vågar framträda och anpassar sig efter gruppen (Dahlin-Ivanoff & Holmgren, 2017). Under framtagande av meningsbärande enheter kunde vi se att det fanns deltagare som axlade rollen som medlare och uttryckte sig mer i diskussionerna. Detta kan medföra en risk för ett snedrivet resultat vilket i sin tur påverka studiens överförbarhet.

Den insamlade data som vi fick från det pågående forskningsprojektet ansåg vi vara tillräcklig för att kunna svara på vårt syfte. Dock anser vi att om fokusgruppsintervjus frågor hade ställts utifrån vårt syfte med inriktning på förlossningsvård hade troligtvis mer information tillkommit. Eftersom vi hade en specifik fråga till det befintliga datamaterialet har vi använt oss av deduktiv innehållsanalys. Deduktiv innehållsanalys används ofta i fall där forskaren vill ompröva befintliga data i ett nytt sammanhang (Elo & Kyngäs, 2007). Vi och vår handledare började med att noggrant läsa igenom de transkriberade texterna enskilt och tillsammans. Efter noggrann granskning av de transkriberade texterna plockades väsentliga stycken ut från texten, så kallade meningsbärande enheter, enskilt av författarna och handledare. Därefter reflekterade vi tillsammans med handledaren över textens väsentliga innehåll och jämförde de utplockade meningsbärande enheterna. Detta gjordes i syfte för att sälla bort de meningsbärande enheter som inte var relevant för studiens syfte. Vilket anses vara viktigt för att öka studiens tillförlitlighet enligt Elo och Kyngäs (2007). Efter att samtliga meningsbärande enheter hade plockats ut förkortade vi ner den meningsbärande enheten som blev en kod. De framtagna koderna förkortades ytterligare ner till en subkategori. Subkategorierna jämfördes utifrån likheter och skillnader som sedan sorterades och grupperades in i generiska kategorier. Det sista steget i analysprocessen var att skapa huvudkategorier utifrån de framtagna generiska kategorierna. Under processen av att framställa de bäst lämpade benämningar av generiska- och huvudkategorier har vi rådgjort med handledaren, vilket vi anser stärker resultatets trovärdighet.

5.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva somaliska föräldrars upplevelse av den svenska förlossningsvården. I resultatdiskussionen kommer vi att diskutera fynden från de fyra huvudkategorier som hittades i de transkriberade texterna och i relation till tidigare forskning.

5.2.1 Upplevelser av skillnader kring barnafödandet mellan Sverige och Somalia

Några av deltagarna i fokusgrupperna beskrev skillnader i förlossningsvården mellan Sverige och Somalia. I Somalia kan mannen inte vara närvarande på förlossningsrummet hos sin partner eftersom flera födande kvinnor ofta delar rum. Likväl ansågs det som ytterst olämpligt för männen att vara närvarande i ett förlossningsrum delat av flera födande kvinnor. Wiklund et al. (2000) menar att graviditet och förlossning i den somaliska kulturen anses vara en kvinnosak och inget en man bör befatta sig med. På grund av de kulturella skillnader i förlossningsvården kan det bli en omställning för de somaliska föräldrarna när männen får delta under förlossningen i Sverige. I fokusgruppsintervjuerna upplevde några av männen som deltog under förlossningen att de fick större förståelse för sin partner när de var närvarande samt ökad känsla av ansvar. Den generella upplevelsen av männens möjlighet till att närvara under förlossningen var positiv. Likväl framkom det i fokusgruppsintervjuerna att vissa av de kvinnliga deltagarna upplevde det som positivt när mannen fick delta under förlossningen i Sverige. Likande upplevelse beskrivs även i studien av Wiklund et al. (2000) där männen förklarade att de nu har fått en större förståelse för vad deras partner går igenom under förlossningen. I Somalia får männen bara höra att kvinnan har svårt under förlossningen men att de nu har fått en hel annan insikt efter att ha bevittnat en förlossning.

Det framkom i fokusgrupperna att några av deltagarna kände sig ensamma och hade ett mindre socialt stöd i Sverige jämfört med i Somalia. Globalt söker kvinnor stöd och rådgivning inom sitt sociala nätverk gällande barnafödande. När dessa sociala nätverk splittras på grund av att människor är i flykt kan det resultera till förlorad kunskap för individen. Människor som har tvingats lämna sitt hemland och därav sitt sociala nätverk kan uppleva social isolering vilket kan resultera till sämre hälsa (Ny, 2016). I Somalia har de familj som hjälper till och stöttar den nyförlösta mamman och hennes partner. Eftersom de inte har några släktingar i Sverige som kan hjälpa till får kvinnan och mannen klara sig själva, vilket upplevs som svårt. I en Studie av Wiklund et al. (2000) beskrivs föräldraskapet i Sverige som tungt och stressfyllt jämfört med i Somalia. I Somalia beskrivs föräldraskapet

som ett kollektivt samarbete bland kvinnorna i släkten. I fokusgruppsintervjuerna framkom det att på grund av ett mindre socialt nätverk i Sverige upplevde deltagarna föräldraskapet som stressfyllt, ensamt och tungt jämfört med i Somalia.

5.2.2 Upplevelser av barnmorskans bristande och nonchalanta bemötande beroende av ursprung

Under fokusgruppsintervjuerna framkom det att vissa av deltagarna upplevde barnmorskan som nonchalant gentemot dem. Vid oro under förlossning kan behovet av att ställa frågor samt ha en dialog med barnmorskan öka. I fokusgruppsintervjuerna framkom det att några av kvinnorna upplevde att barnmorskan nonchalerade deras oro genom att inte ge ett konkret svar på frågan. Vissa av deltagarna upplevde att anledningen till varför de blev nonchalerade av barnmorskan tros bero på deras etniska bakgrund. Barnmorskan upplevdes ge sämre vård till somaliska föräldrar jämfört med en etnisk svensk på förlossningen. Vissa av deltagarna beskrev upplevelsen att bli nonchalerad av barnmorskan på grund av deras etniska bakgrund ledde till upplevelse av ojämlik vård. Tidigare forskning visar att utlandsfödda kvinnor ofta kände sig osedda, ignorerade och diskriminerade inom vården samt upplevde att de inte blev tagna på allvar (Robertson, 2014). Att stödja och stärka kvinnor för att främja sexuell hälsa ingår i barnmorskans profession (Lundgren et al., 2016). Enligt diskrimineringslagen (SFS 2008:567) ska ingen individ diskrimineras eller få sämre vård än någon annan på grund av etnisk tillhörighet, kön, funktionshinder, sexuell läggning, religion eller andra trosuppfattningar.

Några av deltagarna i fokusgrupperna beskrev språkförbistringar mellan vårdtagare och barnmorskan som ett stort problem inom förlossningsvården. Det framkom att vissa av deltagarna upplevde att språkförbistringen i vården ofta ledde till känslan av maktlöshet. Robertson (2014) menar att språkbarriärer och känsla av att inte bli sedd, hörd eller tagen på allvar resulterade till att utlandsfödda kvinnor undvek eller sköt upp att söka vård. Språkförbistringen ledde även till upplevelsen av osäkerhet kring ens rättigheter i vården. Att inte vara medveten om ens rättigheter orsakade en upplevelse av maktlöshet. Enligt tidigare forskning har utlandsfödda kvinnor oftast en begränsad tillgång till information gällande hennes rättigheter jämfört med landsfödda kvinnor, vilket kan påverka hennes vårdsökande (Ny, 2016). I en studie av Robertson (2014) visade att utlandsfödda kvinnor som inte behärskade det svenska språket var väldigt stressade och oroliga för att de inte kunde kommunicera med vårdgivaren. I fokusgrupperna framkom det att språkförbistringen

orsakade oro bland deltagarna eftersom det inte kunde förmedla sig tillräckligt till barnmorskan. Vilket ledde till oro för att något skulle missas eller missuppfattas hos barnmorskan. Enligt Akhavan (2012) är missförstånd i kommunikationen mellan barnmorskan och vårdtagare mer förekommande vid språkförbistringar. Missförstånd i kommunikationen resulterade till ojämlik vård då de ofta fick en icke adekvat behandling. Likväl beskrivs användandet av tolk som nödvändigt för att kommunikationen mellan barnmorskan och vårdtagaren ska fungera och för att kunna ge jämlik vård.

I fokusgruppsintervjuerna beskrev några av deltagarna deras upplevelse av oprofessionellt bemötande från barnmorskan på förlossningen. Några av de kvinnliga deltagarna upplevde att barnmorskan hade missbrukat hens maktposition gentemot kvinnan genom ett hotfullt beteende. Vissa av deltagarna upplevde att de blev utsatta av barnmorskans maktmissbruk genom att bli nekad vård om de inte följde barnmorskans tillrättavisning. Lundgren et al. (2016) menar att barnmorskan har en maktposition som är förvald genom att hen bär på kunskap och är vårdgivare medan patienten är vårdtagare och är i behov av stöd. För att barnmorskan ska kunna hålla ett professionellt förhållningssätt är det viktigt att barnmorskan avstår från alla former av straff, maktutövande och kränkande bemötande.

Ett antal av deltagarna upplevde att barnmorskan saknar kunskap och kulturell kompetens för hur de ska bemöta individer från olika etniska bakgrunder på ett professionellt sätt. Jirwe (2008) menar att i dagens samhälle krävs det högre kulturell kompetens bland vårdpersonal för att blir mer medveten och bekräfta de kulturella behov som vårdtagaren har för att kunna ge individanpassad vård.

5.2.3 Upplevelser av barnmorskans uttalande värderingar och fördomar om somaliska föräldrar och deras reproduktiva livsplan

I fokusgruppsintervjuerna upplevde vissa av deltagarna att barnmorskan hade fördomar gentemot somaliska föräldrar och deras reproduktiva livsplan. Några av deltagare upplevde att barnmorskan generaliserade och hade en förutbestämd bild av gravida kvinnor med somalisk bakgrund. Flera forskare (Dunn, 2002; Jirwe, 2008) menar att alla individer från en specifik etnisk grupp inte delar samma kulturella värderingar och därmed är det av stor vikt att vårdpersonalen inte generaliserar. För att barnmorskan ska kunna hålla ett professionellt förhållningssätt vid mötet av olika människor är det viktigt att hen avstår från alla former av fördömelse för att ge god vård (Barnmorskeförbundet, 1999). Vissa av deltagarna upplevde att barnmorskan hade fördomar om att mörkhyade inte behärskade det svenska språket. Vilket

upplevdes av några av deltagarna som att barnmorskan hade ett övertag om kvinnan och kunde bestämma utan hennes medgivande. I en studie av Herrel et al. (2004) framkom det att föräldrar med somaliskt ursprung upplevde att barnmorskan var diskriminerade och mindre känsliga för deras behov på grund av deras hudfärg.

I den somaliska kulturen diskuteras sällan familjeplanering och preventivmedel används sällan då det anses vara mot religionens regler att stoppa den reproduktiva förmågan. Att ha många barn värderades högt i det somaliska samhället (Herrel et al., 2004). Vissa av deltagarna upplevde att barnmorskan hade uttalande värderingar om deras reproduktiva livsplan. De upplevde att barnmorskan reagerade med en negativ attityd vid högt antal barn och tätt barnafödande. Barnmorskans negativa attityd och uttalande värderingar om deras reproduktiva livsplan upplevdes som dömande hos vissa av deltagarna. I fokusgrupperna framkom det att några av deltagarna upplevde att barnmorskans negativa uttalande värderingar om deras reproduktiva livsplan är en av anledningarna till varför de söker mindre vård. Tidigare forskning visar att det finns ett samband mellan upplevd diskriminering och att individen söker mindre vård (Wamlama, Merlo, Boström & Hogstedt, 2007).

5.2.4 Barnmorskans okunskap om kulturella skillnader som påverkar kvinnans upplevelse av vården

Några av deltagarna i fokusgruppsintervjuerna var överens om att barnmorskan hade bristande kulturell kompetens i hens bemötande av kvinnor och män med somalisk bakgrund.

Barnmorskans bristande kulturella kompetens upplevdes leda till bristande handläggning av omskurna kvinnor under förlossningen. Vissa av deltagarna beskrev att barnmorskan inte lyfte frågan om kvinnlig omskärelse under förlossningen. Det beskrevs som svårt av de kvinnliga deltagarna att själva behöva tänka på det under förlossningen. Moxey och Jones (2016) menar att kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans upplevelse av förlossningen. Barnmorskor bör rutinemässigt ta upp frågan om kvinnlig omskärelse vid mötet med kvinnor med somaliskt ursprung för att främja öppen kommunikation och god vård. De omskurna kvinnorna upplevde det svårt att prata om kvinnlig omskärelse med barnmorskan under förlossning särskilt när barnmorskan inte initierade samtalet. Vilket ledde till att kvinnorna inte kunde framföra deras oro till barnmorskan (Moxey & Jones, 2016).

Några av de kvinnliga deltagarna upplevde det som svårt att framföra till barnmorskan att de var omskurna och hade vissa önskemål om hur förlossningen skulle handläggas. Vissa av deltagarna upplevde även att deras behov och önskemål om förlossningen inte blev besvarade

av barnmorskan då barnmorskan inte lyfte frågan om kvinnlig omskärelse. Lundgren et al. (2016) menar att arbeta professionellt som barnmorska innebär att vid kontakt med den vårdsökande kvinnan ska barnmorskan vara öppen och ta del av hennes situation och berättelser för att identifiera hennes behov och önskningar. Enligt Socialstyrelsen (2016) har omskurna kvinnor rätt till god vård och bra bemötande. För att bemötandet och vården ska bli så bra som möjligt är det viktigt att vårdpersonalen har goda kunskaper och kompetens om kvinnlig omskärelse.

Vissa av deltagarna menar att barnmorskan har en professionell yrkesroll och bör ha en viss kunskap och kulturell kompetens för att kunna tillgodose individanpassad vård. För att kunna hålla ett professionellt förhållningsätt vid mötet av olika människor är det viktigt att barnmorskan avstår från alla former av fördömler, maktutövande, straff och kränkande bemötande för att undvika bristande vård eller utebliven vård. Istället ska barnmorskan bekräfta och stödja individen genom att vara lyhörd, ha förståelse för att människor har olika religioner, sociala förhållanden och kulturer (Barnmorskeförbundet, 1999; Lundgren et al., 2016; Socialstyrelsen, 2006).

5.3 Slutsatser

Sammanfattningsvis visade resultatet från i denna studie att föräldrar med somalisk bakgrund hade både positiva och negativa erfarenheter från den svenska förlossningsvården. Ett flertal av deltagarna upplevde det som positivt när männen fick delta under förlossningen i Sverige. Några av deltagarna upplevde även att vårdkvalitén var bristande då barnmorskan brister i hens professionella yrkesroll och att det fanns en avsaknad av kulturell kompetens. Kulturell kompetens beskrevs av deltagare som nödvändigt för att barnmorskan ska kunna tillgodose individanpassad vård. Deltagarna upplevde även att de ofta möttes med fördomar, uttalande värderingar, nonchalant attityd och generalisering av barnmorskan, vilket troddes bero på deras etniska bakgrund. Språkbarriärer mellan föräldrar med somalisk bakgrund och barnmorskor var förekommande i vården. Språkbarriären ledde ofta till en känsla av oro, maktlöshet och osäkerheter kring ens rättigheter.

5.4 Förslag till vidare forskning och utveckling

Resultatet av denna studie visar att somaliska föräldrar kan uppleva barnmorskans bemötande som bristande inom förlossningsvården. Denna studies material grundades från ett pågående forskningsprojekt där syftet var att undersöka somaliska föräldrars upplevelse av mödrahälsovården. Vi upplevde dock att det datamaterialet vi fick var tillräcklig för denna studie men begränsad när det gäller själva upplevelsen av förlossningsvården. Därför anser vi att ytterligare forskning behövs med syfte att undersöka somaliska föräldrars känslor och upplevelser av själva förlossningen. Det vore även intressant att undersöka barnmorskans upplevelser av mötet med somaliska föräldrar i förlossningsvården för att skapa en helhetsbild. Barnmorskan har ett stort ansvar och skyldighet att bibehålla en fortsatt utveckling av hens specifika kunskapsområde för att säkerställa en säker förlossningshandläggning i alla miljöer och kulturer. Vidare anser vi att det bör ske en kvalitetsgranskning av kulturell kompetens hos barnmorskor inom Sveriges förlossningsvård.

6. REFERENSER

- Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11(47). doi: 10.1186/1475-9276-11-47.
- Akhavan, S., & Edge, D. (2012). Foreign-born women's experiences of community-based doulas in Sweden - a qualitative study. *Health Care for Women International* 33(9), 833-848. doi:10.1080/07399332.2011.646107.
- Ali, J., Handuleh, P., Patel, S., Whitwell, K., Harris, F.R., Ali, R.J., Southgate, B., Godman, N., Al-Hadithy, L.L., Gustafsson, & A.E.T. Finlayson. (2014). The most fragile state: healthcare in Somalia. *Medicine, Conflict and Survival*, 30 (1):28-36. doi:10.1080/13623699.2014.874085
- Barnmorskeförbundet (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 2017-09-11, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>
- Byrskog, U., Olsson, P., Essén, B., & Allvin, M.K. (2015). Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15(1). doi:10.1186/s12884-015-0429-z
- Dahlin-Ivanoff, S., & Holmgren, K. (2017). *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur.
- Dunn, A.M. (2002). Culture Competence and the primary care provider. *Journal of pediatric Health Care*, 16(3), 105 – 111. doi: 10.1067/mp.2002.118245
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal Of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.

- Essén, B., Johnsdotter, S., Hovellius, B., Gudmundsson, S., Sjöberg, N.O., Friedman, F., & Östergren, P.O. (2000). Qualitative study of pregnancy and childbirth experiences in Somali women resident in Sweden. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(12), 1507-1512. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11676.x
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Gagnon, A.J., Zimbeck, M., & Zeitlin, J. (2009). Migration to western industrialised countries and perinatal health: A systematic review. *Social Science & Medicine* 69(6), 934-946. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.06.027
- Globalis (2015). *Somalia*. Hämtad 2017-09-12, från <http://www.globalis.se/Laender/Somalia>
- Helsingforsdeklarationen (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2017-09-10, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Herrel, N., Olevitch, L., DuBois, D-K., Terry, P., Thorp, D., Kind, E., & Said, A. (2004). Somali Refugee Women Speak Out About Their Needs for Care During Pregnancy and Delivery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 345–349. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.02.008>
- Jirwe, M. (2008). *Cultural competence in Nursing*. (Avhandling. Stockholm, Karolinska Institutet). Hämtad 2017-09-13, från <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39797/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Culture Care Diversity and Universality*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife – women relationship. *Scand J caring sci.* 21(2): 220–228. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x
- Lundgren, I., Berg, M., Larsson, M., Dykes, A-K., & Nordfjell, A. (2016). Den professionella barnmorskan. I.B. Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K (Red.), *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s.654–669). Lund: Studentlitteratur.
- Malin, M., & Gissler, M. (2009). Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*, 9(84). doi:10.1186/1471-2458-9-84
- Moxey, J., & Jones, L. (2016). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open* 6(1). doi:[10.1136/bmjopen-2015-009846](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009846)
- 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
- Peter, T.L. (2007). Better off stateless: Somalia before and after government collapse. *Journal of Comparative Economics*, 35(2007), 689–710. doi:10.1016/j.jce.2007.10.001
- Robertson, E.K. (2014). "To be taken seriously": women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their Healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare* 6 (2), 59-65.
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>[1877-5756/2014](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002)
- Råssjö, E-B., Byrskog, U., Samir, R., & Klingberg-Alvin, M. (2013). Somali women's use of maternity health services and the outcome of their pregnancies: A descriptive study comparing Somali immigrants with native-born Swedish women. *Sexual & reproductive healthcare. Official journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(3):99–106. doi: 10.1016/j.srhc.2013.06.001.

- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad 2017-10-18, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204
- SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslag* Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2017-10-19, från Riskdagen https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- SFS 2008:567. *Diskrimineringslagen*. Stockholm: Kulturdepartementet. Hämtad 2017-09-26, från Riskdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567
- Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2017-10-16, från socialstyrelsen <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>
- Socialstyrelsen. (2016). *Kvinnlig könsstympning: Ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*. Hämtat 2017-09-18, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20282/2016-6-59.pdf>
- Statistiska Centralbyrån. (2016) *Från massutvandring till rekordinvandring*. Hämtad 2017-10-19, från Statistiska Centralbyrån, <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/in-och-utvandring/>
- Straus, L., McEwen, A., & Hussein, FM. (2007). Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery* 25(2),181-186. doi:org/10.1016/j.midw.2007.02.002
- Wamala,S., Merlo, j., Boström, G., & Hogstedt .(2007). Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 61(5), 409–415. doi:10.1136/jech.2006.049999

Wikberg, A., & Eriksson, K. (2003). *Vårdande ur ett transkulturellt perspektiv*. Vasa: Åbo akademi.

Wiklund, H., Aden, A.S., Högberg, U., Wikman, M., & Dahlgren, L. (2000). Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and specific values and behaviours. *Midwifery*, 16(2), 105-115.doi:10.1054/midw.1999.0197

Samtyckesblankett för dig som arbetar med mödrahälsovård och deltar i Hooyo-projektet

Ett forskningsprojekt pågår om mödravård med särskilt fokus på kvinnor från Somalia. Studien är ett samarbete mellan Karolinska Institutet och Högskolan i Dalarna. Syftet med studien är att utveckla och utvärdera gruppmödravård särskilt anpassad för somaliska kvinnors behov. För att göra det på ett så bra sätt som möjligt behöver vi veta mera, både om kvinnors erfarenheter och behov under graviditeten, och om erfarenheter som barnmorskor inom mödrahälsovården har av mötet med kvinnor/par från Somalia.

Vi vänder oss därför till personer som har erfarenhet av mödrahälsovården ur olika perspektiv. I den här förstudien kommer vi att genomföra fokusgruppsintervjuer med

1. Somaliska kvinnor som har fått barn
2. Somaliska män/pappor
3. Barnmorskor som arbetar i mödrahälsovården

Vi undrar om du kan tänka dig att delta i en sådan fokusgrupp? På följande sidor finns mer information så att du kan ta ställning till om du vill vara med i en sådan fokusgrupp eller inte.

Bakgrund

Till skillnad från vanlig individuell vård så innebär gruppmödravård att kvinnan/paret får information och vård tillsammans med andra blivande mammor (med partner/annan följeslagare), ca 12 deltagare. Gruppdeltagarna får information om graviditet och barnafödande och möjlighet att ställa frågor och diskutera olika aspekter av graviditet, barnafödande och föräldraskap. Till sist träffar kvinnan/paret sin barnmorska enskilt för graviditetskontroller och för mera privata frågor. Inga risker är förknippade med gruppmödravård och alla graviditetskontroller genomförs enligt samma riktlinjer/basprogram som tidigare.

Studien

För att utveckla gruppmödravård behöver vi veta mera om vad som är bra, mindre bra och vad som saknas i den mödrahälsovård som bedrivs idag för att möta somaliska kvinnors behov. Vi behöver också hjälp med att utveckla utvärderingens olika moment. Den som vill delta kommer att bli intervjuad av en forskare i en fokusgruppsintervju. Det innebär att forskaren ställer frågor till en grupp deltagare som diskuterar sig fram till ett svar. Frågorna handlar t.ex. om hur man tror att gruppmödravård skulle accepteras av somaliska gravida, hur innehållet i informationen ska anpassas för gruppen osv.

Konfidentiellt

Deltagarna i fokusgruppen kommer ombedjas att det som sägs ska stanna i gruppen. All information som samlas in kommer att behandlas konfidentiellt. Det betyder att inga obehöriga personer kan ta del av det som du har sagt under intervjun. Ingen person utöver forskargruppen kan sammankoppla dina svar och resultat med ditt namn och ingen enskild person kommer att kunna kännas igen i rapporteringen av resultatet från studien. Intervjuerna kommer att spelas in och transkriberas (skrivas

ut). Dessa data skyddas av personuppgiftslagen (PuL). Kopplingen mellan texten och ditt namn förvaras på ett säkert ställe.

Frivilligt

Det är frivilligt att delta i studien. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare förklaring. Studien genomförs med godkännande av Etikprövningsnämnden Stockholm.

Studiens resultat

Resultatet av studien kommer att presenteras i form av vetenskaplig rapport och ingen kommer att kunna se vilken information som just du har lämnat. Om du har frågor om studien är du välkommen att ringa, sms:a eller skicka e-post.

Ansvariga för studien

Ansvarig för dina personuppgifter är Karolinska Institutet som också är huvudman för studien. Studien administreras av undertecknade vid Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa vid Karolinska Institutet.

Deltagande

Samtycke till att delta sker genom din signatur på följande sida.

Med vänliga hälsningar,

Erica Schytt
Docent och barnmorska
Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa
Karolinska Institutet
17177 Stockholm
Mobil: 070 65 80 710
Epost: erica.schytt@ki.se

Ewa Andersson
PhD och barnmorska
Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa
Karolinska Institutet
17177 Stockholm
Mobil: 070 654 43 55
Epost: ewa.andersson@ki.se

Ulrika Byrskog
PhD och barnmorska
Högskolan Dalarna
Epost: uby@du.se

Malin Ahrne
Institutionen för Kvinnors och Barns hälsa
Karolinska Institutet
17177 Stockholm
Mobil: 0700-925 466
Epost: malin.ahrne@yahoo.com

Bilaga 2: Intervjuguide

Ämnesguide för fokusgrupp med kvinnor om mödravård

Syfte och forskningsfrågor:

Att erhålla underlag för att utveckla och anpassa mödravården för somaliska kvinnors behov genom att beskriva somaliskfödda kvinnors uppfattningar om mödrahälsovården.

Fyra övergripande frågeställningar i relation till vård för somaliskfödda kvinnor i Sverige:

- 1) Vad fungerar bra med mödrahälsovården idag?
- 2) Vad fungerar mindre bra?
- 3) Hur skulle mödrahälsovården kunna förändras för att svara bättre mot somaliskfödda kvinnors behov? (Om ni fick önska er fritt, vad skulle ni ändra på?)
- 4) Ev. gruppmödravård specifikt – om vi hinner med

Informanter och urval

Strategiskt urval. 2-3 grupper; åtminstone en grupp a' 4-8 personer i Borlänge och en liknande grupp i Stockholm. Somaliskfödda kvinnor som fött barn i Sverige inom 1 år (eller med < 2 år)

Rekrytering:

FGD kvinnor: Via MVC:er/BVC:er i första hand samt somaliska nätverk och nyckelpersoner på respektive ort /referensgruppskontakter.

Upplägg:

Tillsammans med forskningsassistenten samlas vi i en grupp och har en kort introduktion till projektet.

Berätta om samtycke och konfidentiellt-allt som sägs stannar i rummet. Bra att tycka olika!

Presentationsrunda (gärna antal barn, hur länge man har varit i Sverige, om man har fött barn i Sverige, ålder)

En enkel ämnesguide (i princip frågeställningarna ovan) guidar diskussionen.

Avstämning sker i slutet av intervjun så att vi har uppfattat saker på ett korrekt sätt och validerar vår preliminära analys.

Forskningsassistenten fungerar som tolk.

Senare görs en mer systematisk och noggrann analys av det inspelade materialet, tillsammans med grovkategoriseringen.

Analys:

Vi eftersträvar *inte* att erhålla data lämpligt för höga abstraktionsnivåer eller ett djupt induktivt anslag. Diskussionerna spelas in och materialet transkriberas/översätts. Materialet analyseras sedan tematiskt.

Bilaga 3: Samtyckesblankett

Samtyckesformulär för deltagande i fokusgrupp om mödravård för kvinnor/par från Somalia

Jag har muntligen informerats om studien, tagit del av ovanstående skriftliga information och fått svar på mina frågor. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Ort, Datum:

.....

Underskrift:

.....

Namnförtydligande:

.....