

# Transkulturella möten inom mödravården

– Barnmorskors upplevelser av gravida  
kvinnor med annan kulturell bakgrund

<b>FÖRFATTARE</b>	Lena Amorøe Sofia Dahlman
<b>PROGRAM/KURS</b>	Barnmorskeprogrammet RPH 100 HK 2010
<b>OMFATTNING HANDLEDARE EXAMINATOR</b>	15 högskolepoäng Lisen Dellenborg Marie Berg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel: Transkulturella möten inom mödravården -  
Barnmorskors upplevelser av gravida kvinnor  
med annan kulturell bakgrund

Title: Transcultural encounters in maternal  
healthcare - Midwives experiences of pregnant  
women with other cultural background

Arbetets art: Magisteruppsats

Program: Barnmorskeprogrammet

Kursbeteckning/kurskod: Reproduktiv och perinatal hälsa  
Examensarbete RPH100

Arbetets omfattning: 15 Högskolepoäng

Sidantal: 33 sidor

Författare: Lena Amorøe  
Sofia Dahlman

Handledare: Lisen Dellenborg

Examinator: Marie berg

---



## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Sverige är ett mångkulturellt samhälle och invandringen från utomeuropiska länder har ökat de senaste decennierna. Fler kvinnor med annan kulturell bakgrund genomgår en graviditet och förlossning i Sverige än tidigare. Detta innebär att barnmorskor möter kvinnor med annan uppfattning av graviditet och förlossning inom mödravården. Mödravården fyller en viktig funktion för kvinnor i det förebyggandet arbetet under graviditeten. Många studier inom området fokuserar främst på kvinnor med annan kulturell bakgrund och deras upplevelser inom hälso- och sjukvården. Få studier belyser barnmorskors upplevelser av transkulturella möten. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa barnmorskors upplevelser av transkulturella möten med gravida kvinnor inom mödravården. **Metod:** Gruppintervjuer har gjorts med barnmorskor verksamma inom mödravården i en invandrartät stadsdel i en storstad i Sverige. Intervjuerna har transkriberats och därefter analyserats med manifest innehållsanalys med en induktiv ansats. **Resultat:** Utifrån barnmorskornas berättelser framkom olika teman såsom oro, behov och förutsättningar för bra möten. Barnmorskorna upplevde att dessa teman skilde sig beroende på kvinnornas kulturella bakgrund. **Konklusion:** En förståelse av kultur och migration som dynamiska processer ökar möjligheten för vårdpersonal att möta människor med annan kulturell bakgrund som unika personer och därmed förbättra vårdmötet.

**Nyckelord: Kultur, möten, transkulturellt, intervju, barnmorska**

## ABSTRACT:

**Introduction:** Sweden's multicultural society and immigration from non-European countries has increased in recent decades. More women with different cultural backgrounds undergo pregnancy and childbirth in Sweden than in the past. This means that midwives meet women with different perceptions of pregnancy and birth in postnatal care. Prenatal care has an important role for women in preventing pregnancy. Many studies in this area focus primarily on women with different cultural backgrounds and their experiences in health care. Few studies illustrate midwives experience of trans-cultural encounters. **Purpose:** The purpose of this study was to elucidate the midwives' experiences of trans-cultural encounters with pregnant women in prenatal care. **Methods:** Group interviews have been made by midwives working in maternity care in an immigrant neighborhood in a major city in Sweden. The interviews were transcribed and then analyzed by manifest content analysis with an inductive approach. **Results:** Based on the midwives' stories various themes emerged as concerns, needs and opportunities for good meetings. The midwives experienced that these themes differed depending on women's cultural background **Conclusions:** An understanding of culture and migration as dynamic processes increases the possibility for professionals to meet people with different cultural background as unique individuals and thereby improve the health care encounter.

**Keywords: Culture, encounter, transculture, interview, midwifery**

# INNEHÅLL

INDLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	2
TEORETISKA BEGREPP .....	2
Kultur .....	2
Möten .....	3
MÖDRAVÅRD .....	5
LAGAR, FÖRFATTNINGAR – OCH RIKTLINJER .....	6
TIDIGARE FORSKNING .....	7
PROBLEMFÖRMULERING .....	9
SYFTE .....	9
METOD .....	9
URVAL .....	10
DATAINSAMLINGSMETOD .....	10
DATAANALYS .....	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	12
RESULTAT.....	13
ORO .....	14
Kvinnors oro .....	14
Barnmorskans oro .....	15
Närståendes oro.....	18
BEHOV .....	18
Kontroll .....	19
Bearbetning.....	19
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR BRA MÖTEN .....	20
Individanpassad information .....	21
Dialog .....	21
Tid .....	22
DISKUSSION .....	23
METODDISKUSSION .....	23
RESULTATDISKUSSION.....	24
KONKLUSION .....	30
LITTERATURFÖRTECKNING .....	31
BILAGOR	
Bilaga 1: Informationsbrev till barnmorskorna	
Bilaga 2: Etikprövningsnämndens beslut	

## INDLEDNING

Allt fler utlandsfödda svenskar föder barn i Sverige idag. Detta leder till att barnmorskors yrkesverksamhet påverkas av den ökade migrationen och ställer andra krav i bemötandet av kvinnor med annan uppfattning av graviditet och förlossning inom mödravården (Ny, 2007).

Sverige är ett mångkulturellt land och migrationen från utomeuropeiska länder har ökat de senaste decennierna. Det bor idag mer än 1,3 miljon utlandsfödda invånare i Sverige (Statistiska Centralbyrån, [SCB], 2008).

Att migrera är en livsprocess, en total omställning, ofta förenat med en kris som påverkar alla aspekter av en persons existens. Personer är påverkade av sin kulturella bakgrund men omformas i denna omställning som en migration innebär och anpassar sig ofta till rådande omständigheter (Robertsson, 2009).

Människor påverkas olika av migrationen, en del personer influeras mer av det nya värdsamhället än andra som kan vilja hålla hårdare fast vid sina traditioner och levnadssätt. Hur man förhåller sig till det nya samhället hänger ihop med en vars upplevelser, erfarenhet och personlighet (Hanssen, 2008).

Att vänta barn är för många kvinnor en stor och viktig händelse i livet och innebär ofta en fysisk och psykisk omställning. Barnmorskorna inom mödravården har en viktig roll i att se och stötta den gravida kvinnan igenom hela graviditeten (Santesson, 2009). För kvinnor med invandrarbakgrund kan omställningen som sker vid en graviditet bli mer påtalad då dem befinner sig i ett främmande land, i en ny miljö, ofta förenat med språk- och kommunikationssvårigheter (Robertsson, 2003).

Mödravården fyller en viktig funktion för kvinnor i det förebyggande arbetet under graviditeten och majoriteten 99 % av svenskfödda kvinnor söker sig dit (Santesson, 2009). Ny (2007) skriver i sin avhandling att kvinnor med annan kulturell bakgrund inte söker sig till mödravården i samma utsträckning som svenskfödda kvinnor. Ny beskriver b. la att många kvinnor inte har med sig denna tradition med förebyggande vård från sina hemländer.

För att få ökad kunskap och förståelse för barnmorskors upplevelser av kvinnor med annan kulturell bakgrund inom mödravården har gruppintervjuer gjorts med barnmorskor verksamma inom mödravården i en invandrartät statsdel i en storstad i Sverige.

## **BAKGRUND**

För att belysa barnmorskors upplevelser av det transkulturella mötet inom mödravården har vi valt två centrala begrepp; kultur och möte. Dessa begrepp fick utgöra en teoretisk referensram i detta arbete. Utifrån arbetets syfte och problemområde valde vi även att i bakgrunden presentera; mödravården i Sverige, passande lagar, förordningar och riktlinjer samt tidigare forskning.

## **TEORETISKA BEGREPP**

### **Kultur**

Ordet kultur kommer från latinets *cultura*, som betyder odling. *Cultura* kan härledas ur ordet *colere* som betyder ”att leva i”, ”kultivera”, ”beskydda” och ”vörda” (www. nationalencyklopedin, 2010).

Kultur är ett komplext begrepp och används i många sammanhang och definieras på olika sätt. Det antropologiska kulturbegreppet är numera det mest använda (Öhlander, 2005).

Kulturbegreppet varierar i tid och rum och används på olika sätt av olika människor. Genom att förstå vad kultur betyder för oss och vad kultur betyder för andra kan man få ökad kunskap och medvetenhet om den kulturella mångfalden. Kulturbegreppet har vuxit fram ur specifika historiska sammanhang, innebörden skiftar över tid och varierar från kultur till kultur. Det finns två modernare varianter av kulturbegreppet som används inom klassisk antropologi idag. Det ena står för en folkgrupps typiska livsstil, det sociokulturella system som kännetecknar ett samhälle eller en grupp. Det andra står för gemensamma kunskaper, föreställningar och värderingar som råder i ett samhälle (Århem, 1989).

Inom samhällsvetenskapen idag ses inte kultur som homogen eller statisk. Kultur är inte en enda variabel, utan består av flera variabler som påverkar alla aspekter av erfarenhet. Det är viktigt att sjukvårdspersonal är uppmärksam och känslig för kulturella skillnader och att man försöker ge vård där man tar patientens kultur i beaktning och där man möter patienter på individnivå istället för att generalisera (Benson & Kleinman, 2006). Det handlar om att bemöta människor med olika kulturella bakgrunder med öppenhet, respekt och vilja att lära. Benson och Kleinman (2006) har utvecklat en uppsättning frågor som ger vad de kallar för en minietnografi, d v s en berättelse som utgår från personens eget sätt att se världen, sin sjukdom och situation och som förhåller sig öppen till eventuella kulturella skillnader. När vårdaren förstår hur patienten ser på sin sjukdom blir det enklare att individualisera vården.

Kultur är något som varje individ utvecklar på sitt eget unika sätt under livets gång samtidigt som individen är präglad av sin kulturella bakgrund gällande religion, åsikter, matvanor och språk. Individen har möjlighet att förkasta medfödda traditioner och ta till sig nya. Detta innebär att kultur inte bör uppfattas som statiskt och konstant utan något som uppstår i mötet mellan olika grupper (Mullholland & Dyson, 2001).

Kulturell kompetens är idag ett populärt begrepp och ständigt återkommande inom litteraturen som behandlar transkulturella möten inom vården. Begreppet är dock omdebatterat och kritiserat och ett problem är att det inte finns en förklaring på hur begreppet ska omvandlas och tillämpas i praktiken. Individens etniska bakgrund har betydelse för vården av patienten men kritiker menar att det inte enbart räcker att se till patientens etniska bakgrund då det finns risk för att vården av patienten blir för statisk och teknisk (DeVecchio, 1995). Kulturell kompetens innebär då att vi utformar vården utifrån patientens etniska bakgrund, vilket kan leda till farliga stereotypiseringar som att ”kineser tror på det här” och ”japaner tror på det här”. Kritiker menar att patienter inte kan beskrivas utifrån en grupp eller ett samhälle (Benson & Kleinman, 2006).

### **Möten**

*”Möte, gå någon till mötes, göra någon till viljes”*

(www.svenskaakademien.se, 2010).

De möten som vårt arbete handlar om är möten inom mödravården mellan barnmorskor



och gravida kvinnor med annan kulturell bakgrund. Karaktäristiskt för dessa möten är att de är korta men pågår under en längre tid, vanligtvis under hela graviditeten och en tid efteråt.

Barnmorskorna har möjlighet att lära känna kvinnorna och etablera en god kontakt och på så sätt stötta dem i allt de har behov av för en god utgång av graviditeten (Santesson, 2009). Carlander et al (2001) skriver att mötet mellan människor är grunden till all kontakt, all mänsklig utveckling och tillväxt. Goda möten fyller oss med känslor av glädje, tillfredsställelse och ibland till och med lycka. Otrygga möten väcker rädsla, uppgivenhet, frustration och ibland även hat.

En förutsättning för att det ska bli ett bra möte mellan patient och vårdare är en ömsesidig respekt för varandras kompetenser. Patienten har kunskap om sig själv och vårdaren har den professionella och yrkesmässiga kunskapen. Vårdaren behöver försöka förstå patientens situation genom att ge tid och aktivt lyssna på patienten. En relation uppstår och en del av målet är att förstärka patientens förmågor och resurser. Viktiga komponenter i mötet är att vårdaren möter patienten med respekt, ger bekräftelse och visar empati för dennes livssituation (Foldemo, 2010).

Berg, (2006) beskriver i sin avhandling att ett möte mellan patient och sjuksköterska bygger på öppenhet och närvaro i samtalet för att komma fram till vilka behov patienten har. Det krävs engagemang och ansvar hos bägge parter för att nå fram till varandra.

Filosofen Martin Buber menar att grundordet ”Jag” – ”Du” bara kan uttalas med en människas hela väsen. Sammansmältningen till ett helt väsen kan aldrig ske genom mig och aldrig utan mig. ”Jag” blir till i förhållande till ”Duet”, allt verkligt liv är möte. Att bli bekräftad och accepterad för den jag är, innebär också ett ansvar att jag gör detsamma för mina medmänniskor för att relationen ”Jag” – ”Du” ska kunna äga rum. I dessa möten återfinns den andliga dimensionen som ett närvarande Du. I den öppenhet och äkthet som sker emellan de som möts finns livsflöde. För att få del av detta flöde måste vi vara öppna och förbehållslösa (Buber, 1997).

### ***Transkulturella möten***

Det specifika mötet inom mödravården för vårt arbete är det transkulturella mötet. Som Dellenborg, Skott och Jakobsson, *in press*, (2011) menar vi här med transkulturellt möte att vårdare och patient har olika kulturell bakgrund. Alla mänskliga möten oavsett individens ursprung är kulturella, det blir bara mer synligt i transkulturella möten. Vi tolkar alltid in varandras ord och kroppsspråk, vid transkulturella möten kan denna tolkning försvåras.

För att kunna dela tankar och känslor med sina medmänniskor är det viktigt att kunna uttrycka sig på ett begripligt sätt. Men även när två parter gör sitt bästa för att förstå varandra, kan samspelet bli besvärligt när individer från olika kulturer möts. Innehållet i budskapet förändras sig lätt när en tanke översätts från ett språk till ett annat, och olika kulturer har olika sätt att kommunicera. För att försöka förstå patienter från andra kulturer, krävs att vårdaren har kunskaper om andra kulturers kommunikationssätt. Att övervinna språkbarriären utgör det svåraste och mest angelägna problemet för vårdaren, både när det gäller att samla in uppgifter om patienten och den personliga kontakten. Det icke-verbala språket kan ingjuta trygghet hos patienten genom blickar och leenden men kan inte ersätta det verbala språket. Det blir då nödvändigt med tolk och professionella tolkar med medicinska kunskaper är alltid det bästa alternativet. Kommunikationsproblem behöver inte bara bero på språkbarriären utan kan bero på en bristfällig social och symbolisk förståelse och detta behöver vårdaren och tolken prata sig samman om innan mötet med patienten (Hanssen, 2008).

### **MÖDRAVÅRD**

Mödravården inrättades i Sverige i slutet av 1930-talet och har idag utvecklats till att ha en central roll i hälsovård för kvinnor i fertil ålder. Det övergripande målet för mödrhälsovård är en god sexuell hälsa och reproduktion för hela befolkningen (Santesson, 2009).

När gravida kvinnor skrivs in på mödravården får de en barnmorska som i allmänhet följer dem under hela graviditeten och en tid efter förlossningen. För att kunna erbjuda en god mödravård och möjlighet att uppfylla kvinnans behov finns det nationella

riktlinjer för mödrahälsovårdens organisation och innehåll. I detta ingår ett såkallat basprogram som består av ett antal medicinskt motiverande besök, undersökningar samt provtagningar för friska gravida kvinnor. Tanken med basprogrammet är att tidigt upptäcka sjukdomar hos kvinnan som kan skada fostret och hämma tillväxten. I basprogrammet ingår förutom en medicinsk bedömning även en social och psykologisk bedömning där man utreder kvinnans sociala situation såsom arbete, partnerskap och socialt nätverk samt eventuellt tidigare psykisk sjukdom. Utifrån vad som kommer fram under bedömningen utformas ett individuellt vårdprogram för kvinnan. Inskrivningen sker ofta tidigt i graviditeten, ett tidigt besök kan öka tryggheten hos kvinnan. Samtal runt kost och fysisk aktivitet tas upp i ett tidigt skede. Vid besöken hos barnmorskan ingår förutom hälsouppllysning även möjlighet för kvinnorna att berätta om sina känslor kring graviditeten samt att det ges möjlighet att ställa frågor och ha en dialog med sin barnmorska. Barnmorskan ägnar en stor del av sitt arbete åt samtal kring graviditet, förlossning och tiden efter. Barnmorskan har som uppgift att stötta kvinnorna i allt de har behov av för att uppnå en lyckad graviditet (Santesson, 2009).

## **LAGAR, FÖRFATTNINGAR – OCH RIKTLINJER**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är målet för all hälso- och sjukvård, en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare anger lagen att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vården skall också ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Grundläggande för omvårdnaden är ett respektfullt patientbemötande (ur:SFS-nr: 1982:763). Vård skall så långt som det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS-nr: 2006:493). Lagen om förbud mot diskriminering (SFS-nr:2008:567) säger att en enskild person inte får missgynnas eller att behandlas sämre än någon annan på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder ([www.socialstyrelsen](http://www.socialstyrelsen.se), 2010).

Barnmorskan ska genom sitt arbete verka för jämställdhet mellan kvinnor och män samt solidaritet och respekt för den enskilda individen (Barnmorskeförbundet, 2010).

Den internationella etiska koden för barnmorskor säger bland annat att barnmorskor ska erbjuda vård till kvinnor och deras familjer med hänsyn till deras kulturella olikheter samtidigt som de skall arbeta för att eliminera skadliga handlingar inom respektive kultur (International Confederation of Midwives [ICM], 1999).

### **TIDIGARE FORSKNING**

För att belysa barnmorskans upplevelser av det transkulturella mötet i mödravården har vi tittat på tidigare forskning. Artikelsökning är gjord i databaserna Pubmed och Cinahl med sökorden midwifery, transcultural och encounters. Vi valde att utöka sökningen med transcultural and language för att bredda vår sökning.

Många av artiklarna handlade om kvinnors upplevelser av vården, framför allt förlossningsvården. Vi fann få artiklar som tittat på barnmorskans upplevelser av det transkulturella mötet inom mödravården. De artiklar som var relevanta för vårt syfte tog ofta upp kulturell kompetens som ett centralt begrepp, men även begrepp som ”culture sensitivity” och ”culture care” var återkommande. Många av de artiklar vi fann var ifrån Storbritannien, Australien och USA.

Flera studier visar att det är viktigt för barnmorskor att anpassa vården efter kvinnornas kulturella traditioner och att barnmorskorna måste vara lyhörda för kulturella skillnader hos kvinnorna (Cioffi, 2004; Meddings & Haith-Cooper, 2008; Powell Kenndy & Erickson-Owens & Davis, 2006; Williamson & Harrison, 2001). Detta för att säkerställa en god vård och för att uppmuntra kvinnorna att söka sig till mödravården. Författarna pekade på vikten av att utveckla kulturell kompetens genom påbyggnadsutbildningar (Cioffi, 2004).

Williamson & Harrison, (2001) redovisar för vad barnmorskor har för strategier i mötet med kvinnor från olika kulturer. Det framgår att barnmorskor måste förstå sin egen kultur och sina egna värderingar för att kunna hjälpa och förstå kvinnor med annan kulturell bakgrund. Barnmorskor måste vara kulturellt kompetenta för att se sina

patienters behov. Kulturell kompetens enligt författarna innebär förståelse för olika kulturer och omsätter kulturell känslighet i praktiken. De menar att barnmorskorna inte kan veta allt om olika kulturella grupper men att de bör ha en förståelse för varje enskild patients kultur. Resultatet visar också att barnmorskor anser att det är viktigt att vara flexibla i mötet med kvinnorna samt att barnmorskan måste släppa kontrollen och hjälpa kvinnorna att ta kontroll över sin situation.

En annan studie som gjort en sammanställning av litteraturen då det gäller vad som är korrekt kulturell vård har kommit fram till att det finns två strategier. Den ena fokuserar på kognitiva aspekter av kultur såsom; värderingar, tro och traditioner hos en viss grupp människor som identifieras efter språk eller plats, exempelvis ”arabisktalande kvinnor” eller ”kinesiska kvinnor”. Den här strategin förklarar kultur som statisk och oföränderlig och misslyckas med att redogöra för mångfalden hos grupper. Den andra strategin är bredare och fokuserar på individens sociala situation och hur den påverkar hälsan istället för individens beteende och tro (Williamson & Harrison 2009).

Emami, Gerrish & Jirwe, (2008) beskriver i sin studie att en bra kommunikation är viktig för att få ett bra vårdresultat. Om kommunikationen brister riskerar innehållet i vårdandet gå förlorat och det blir svårt att sätta sig in i patientens situation. Detta leder till att vårdpersonalen kan känna rädsla för att göra misstag i det transkulturella mötet.

Användandet av vänner och släkt som tolkar i vårdmötet kan leda till att patienter får felaktig information då den kliniska terminologin kan vara svår att översätta (Gerrish, 2001; Bäckström, Lundberg & Widen, 2005).

En svensk studie vars syfte var att undersöka sjuksköterskestuderandes erfarenheter av den mångkulturella vården visade att språk- och kommunikation ansågs vara det mest betydande problemet i mötet med patienter med annan kulturell bakgrund. Problematiken i kommunikationen kunde leda till att patienten blev orolig, då språk och gester är något kulturellt som lätt kan missförstås (Bäckström et.al. 2005).

Att sjukvårdpersonal tenderar att utgå från sina egna erfarenheter av kultur i det transkulturella mötet, beskrivs av Cang-Wong, Murphy & Adelman, (2009). Denna

erfarenhet kan baseras på kunskap som inhämtats via resor, familj, vänner, utbildning och uppgifter från internet och nyhetsmedia.

För att förebygga stereotypiseringar genom att inte omedelbart bedöma patienter och göra antaganden visar flera studier att sjukvårdspersonal önskar mer fortbildning om olikartade kulturer och tillgång till kompetenta tolkar för att kunna utveckla en ökad känslighet för andra kulturer och lättare kunna leverera en kulturellt kompetent vård (Cang-Wong, et. al., 2009; Marrone, 2008).

## **PROBLEMFORMULERING**

Inom mödravården möter barnmorskor kvinnor med olika kulturella bakgrunder och erfarenheter. Detta ställer krav på barnmorskan att överkomma problem som språkbarriärer samt förmåga att möta kulturella skillnader och se bakom dessa för att kunna identifiera kvinnors individuella behov. Vi fann få svenska studier som tittat på barnmorskans upplevelser av det transkulturella mötet. I den forskning som vi hittade framkom det att barnmorskor önskade mer utbildning av transkulturell vård. Det kan därför antas, i mötet med kvinnor med annan kulturell bakgrund, att det kan uppstå olika former svårigheter och att det finns ett behov av att konkretisera vad dessa svårigheter i så fall kan innebära. Därför är det värdefullt att granska hur barnmorskan upplever det transkulturella mötet.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa barnmorskors upplevelser av transkulturella möten med gravida kvinnor inom mödravården.

## **METOD**

För att besvara vårt syfte har vi valt att använda oss av kvalitativ metod i form av intervjuer. Den kvalitativa intervjun syftar till att ge djupare förståelse för den intervjuades livsvärld. Förutsatt att intervjuaren är lyhörd, lyssnar empatisk och

uppmuntrar den intervjuade med stödande frågor under samtalet kan kvalitativa intervjuer ge en stor bredd av data (Kvale, 1997).

Intervjuerna har transkriberats till text och analyserats med hjälp av manifest innehållsanalys med en induktiv ansats, beskriven av Granheim och Lundman, (2009). Med induktiv ansats menas att analysen av intervjutexten kommer att ske förutsättningslöst utan någon i förväg utarbetad mall/teori/modell. Denna metod används oftast när intervjutexter innehållande människors upplevelser skall analyseras (Granheim & Lundman, 2009).

## **URVAL**

Intervjuerna som är utförda av socialantropologen Lisen Dellenborg, ingår i en större studie, ” Gravid i Sverige- Omskurna Kvinnors Möte med den Svenska Mödravården”. Kriterierna för urvalet av informanterna till denna del av studien var barnmorskor verksamma vid en mödravårdscentral i en invandratät stadsdel i en storstad i Sverige, som träffar många kvinnor med invandrarbakgrund. Barnmorskorna och verksamhetschefen erhöll både skriftlig, (se bilaga 1), samt muntlig information om studien och har gett sitt samtycke till att delta. Fem barnmorskor intervjuades vid två tillfällen, även vårdenhetschefen närvarade vid dessa två intervjuerna. Vid andra intervjutillfället var en barnmorska frånvarande men det tillkom ytterligare en ny barnmorska som inte hade medverkat vid första intervjutillfället. Vi som författare har enbart fått ta del av intervjumaterialet i efterhand och hade således inget med urvalsprocessen att göra.

## **DATAINSAMLINGSMETOD**

Datainsamling har gjorts med öppna intervjuer i grupp. Genom att använda sig av öppna frågor i intervjumetoden kan både den intervjuade och intervjuaren påverka resultatet beroende på om intervjuaren har kunnat skapa en tillit i intervjusituationen (Kvale, 1997).

Intervjuerna skedde under två personalmöten på arbetsplatsen. Intervjuerna tog 45-50 minuter och spelades in med hjälp av en bandspelare. Under intervjuerna ställdes öppna

frågor av intervjuaren utifrån tre teman, (dessa tre teman har vi som författare inte haft kännedom om för att vi skulle kunna tolka intervjuerna förutsättningslöst), där informanterna gavs möjlighet att med egna ord beskriva sina upplevelser med kvinnor med en annan kulturell bakgrund. Den inledande frågan i intervju ett, var: berätta om er erfarenhet av att möta immigrantkvinnor. Intervju två var en fortsättning av intervju ett, men i denna intervju talades det mer om könsstämpning generellt, dessa delar ur intervjun har vi som författare valt bort.

Informanterna fick prata fritt och intervjuaren ställde följdfrågor för att förtydliga det som framkom i berättelserna. Detta för att få en djupare beskrivning av upplevelsen. I gruppintervjuer får man inte bara fram verbalt resonemang utan även annan typ av kommunikation, som humor, åsiktsskillnader, mimik och pauser. Genom att analysera även denna kommunikation kommer man ofta närmare människors attityder än genom svaren från exempelvis en tvåmannaintervju (Ludvigsson, 2002).

## **DATAANALYS**

Intervjuerna avlyssnades innan de transkriberades ord för ord. Efter transkriberingsprocessen gjordes en naiv läsning av texterna upprepade gånger för att få en helhetsbild. Därefter strukturerades texten upp i olika teman enligt kvalitativ innehållsanalys. Vidare reflekterade vi tillsammans över textens huvudsakliga innehåll och därefter plockades meningsbärande enheter ut för att skapa grovstruktur och för att identifiera innehållet i texten. Detta innebar att texten blev mer lätthanterlig och det centrala i innehållet sparades. Under analysprocessen kondenserades och abstraherades meningsenheterna. Därefter arbetade vi enskilt med texten och efteråt jämfördes likheter och skillnader av de koder som framkommit i materialet. Koderna indelades i temporära underkategorier. Koden kan beskrivas som en etikett som i sin tur beskriver meningsenhetens innehåll. Till sist skapas kategorier som utgörs av koder med liknande innehåll och till dessa skapas underkategorier. Slutligen framkom ett antal huvudkategorier och underkategorier som används i resultatet för att beskriva hur informanterna upplever det transkulturella mötet på mödravårdscentralen. För att åskådliggöra och stärka giltigheten av analysfynden användes citat i resultatet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2009).



## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Denna studie har prövats av centrala etikprövningsnämnden men då studien inte faller under lagen om etikprövning räckte det med nämndens rekommendationer, (se bilaga 2), ([www.codex.uu.se](http://www.codex.uu.se), 2010). Intervjuerna gjordes i enlighet med Vetenskapsrådets forskningsetiska principer 2002, inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Fyra allmänna huvudkrav syftar till att skydda individen; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. ([www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se), 2010).

Inför intervjuerna fick både vårdenhetschefen och barnmorskorna vid den aktuella mödravårdscentralen såväl skriftlig som muntlig information om studien av socialantropolog Lisen Dellenborg. Det underströks att det var frivilligt för respondenterna att delta, att de kunde avbryta deltagandet när de ville utan förklaring, att deras anonymitet var säkrad både inför varandra och utåt samt att deras identiteter skall skyddas i presentationer och artiklar. Samtycket inhämtades muntligt och byggde på att respondenterna var väldigt intresserade och såg intervjutillfällena som en sorts kompetensutveckling. Respondenterna var sex barnmorskor verksamma på en mödravårdcentral i en invandrarstadsdel i en storstad i Sverige. Vårdenhetschefen valde att lägga intervjuerna under två personalmöten. Vårdenhetschefen var närvarande vid bägge tillfällena men medverkade inte aktivt.

Före transkriberingen tillfrågades respondenterna av Lisen Dellenborg om författarna fick nyttja materialet till sin magisteruppsats. Samtliga respondenter var positiva och gav sitt muntliga samtycke.

Vi som författare har inte haft någon kännedom om deltagarnas identitet eller arbetsplats. Därmed var deltagarna helt anonyma vid transkriberingen av de bandinspelade intervjuerna. Intervjuerna överfördes ordagrant från ljudfil till text. Ingen obehörig har haft tillgång till intervjumaterialet. Allt insamlat datamaterial förvarades i forskarens och författarnas lösenordsskyddade dator och återlämnades till handledaren efter transkriberingen. Därmed har personuppgiftslagen (1998:204) tagits i beaktning, vilket innebär att människor skyddas mot att deras personliga integritet kränks genom behandling av personuppgifter [www.datainspektionen.se](http://www.datainspektionen.se), 2010.

Nyttan med studien var att belysa barnmorskors upplevelser av transkulturella möten inom mödravården. Att synliggöra eventuella problem som kan uppstå i dessa möten så bidrar förhoppningsvis vår studie till att påverka kvalitén på vården av kvinnor med annan kulturell bakgrund.

## RESULTAT

Inom mödravården möter barnmorskor kvinnor från många olika länder. Barnmorskor måste ta reda på kvinnors specifika krav såväl psykologiska som fysiologiska för att kunna möta var och en på ett optimalt sätt.

Kulturella skillnader kom att genomsyra hela intervjumaterialet och var ett övergripande tema. Barnmorskorna upplevde att det förekom kulturella skillnader i mötena med de kvinnor och män de mötte och att detta var relaterat till vilket land som individerna kom ifrån. Kvinnorna som barnmorskorna återkom till i intervjumaterialet kom främst från länder i Mellanöstern samt Somalia och Sverige. Vid analys av intervjumaterialet fann vi tre huvudkategorier och åtta underkategorier enligt vilka vi presenterar resultatet (se tabell 1).

**Tabell 1 Översikt över huvudkategorier (n=3) och underkategorier (n=8)**

Huvudkategori	Underkategori
<b>Oro</b>	Kvinnors oro Barnmorskans oro Närståendes oro
<b>Behov</b>	Kontroll Bearbetning
<b>Förutsättningar för bra möten</b>	Individanpassad information Dialog Tid

## ORO

Denna kategori beskriver den oro som barnmorskorna berättar om i intervjumaterialet och är indelad i tre underkategorier: kvinnors oro, barnmorskors oro och närståendes oro. Oron yttrade sig enligt barnmorskorna på olika sätt beroende på från vilket land kvinnorna eller paret kom ifrån samt vilka kulturella traditioner de hade med sig.

### **Kvinnors oro**

*”Kvinnors oro är ju ett jätte stort paket alltså, dom är oroliga för väldigt mycket saker, för sig själva, för barnet, ...en oro som inte går att relatera till någonting, dom är friska i sig men det är en oro, antingen är det så att man ska ha en oro, att det hör till, eller också är dom väldigt, väldigt oroliga för allt”.*

Barnmorskorna upplevde att gravida kvinnor ifrån Mellanöstern kunde uttrycka oro både för sig själva och för barnet. Barnmorskorna berättade att dessa kvinnor inte var vana vid att se graviditeten som ett normaltillstånd. Kvinnorna kunde uppleva graviditetssymtom, som till exempel illamående och yrsel som något sjukligt. Till skillnad från svenska kvinnor, vilka framställdes som att de fortsatte att arbeta och såg sin graviditet mer som ett normalt och friskt tillstånd.

Ett annat exempel som en barnmorska beskrev, var att kvinnor från Mellanöstern ofta jämförde sig med varandra, att det ibland var svårt för dem att ta till sig den svenska normen ”normal graviditet”, att alla ser vi olika ut och upplever graviditeten olika.

*”...min mage är inte lika stor som den andra i klassen ...”*

Hos vissa kvinnor upplevdes frustration och oro angående mödravårdens utformning i Sverige. De kvinnor från Mellanöstern som tillhörde en högre socialgrupp i sitt hemland var vana vid att kunna köpa sig medicinska tjänster under sin graviditet vilket innebar att de blev kontinuerligt undersökta av läkare och fick upprepade ultraljud.

*”...Sverige som är ett sånt rikt land!!! Varför får jag inte träffa en doktor ? ...här säger vi bara att allt är normalt hela tiden men de tror inte på oss när vi säger att det är normalt, hade de varit i sitt hemland så hade man gjort ultraljud på ultraljud. . I Sverige får man endast träffa sin barnmorska som säger att allt är ”normalt”. ...jag känner ju att jag är sjuk och varför säger du att det är normalt?”*

Längtan till familj och släktingar upplevde barnmorskan framkallade mycket oro hos invandrarkvinnorna. Enligt barnmorskorna förstärktes denna längtan ofta under graviditeten och upplevelsen av ensamhet kunde utlösa gråtmildhet och i vissa fall även en lätt depression hos kvinnorna. I intervjumaterialet var detta specifikt för kvinnor från Mellanöstern. En barnmorska förklarade detta med att dessa kvinnor var vana vid att bli ompysslade och uppbackade både under och efter sin graviditet av familj och släktingar.

*”...då blir man ompysslad, alla tar hand om en, man får verkligen leva som en prinsessa, och du vet efter förlossningen, här är allting normalt, upp och hoppa efter förlossningen. Det finns ingen som uppvaktar dig, uppbackar ingenting sånt som att bli ompysslad från kvinnor i omgivningen”.*

Nu var det hos barnmorskan som kvinnorna fick sin omvårdnad, det var på mödravården som dem blev ompysslade och där av fyllde barnmorskan en viktig roll, menade barnmorskorna.

En annan form av oro som barnmorskorna mötte, handlade om förlossningen. Kvinnorna var oroliga inför sin förlossning, man vet inte vad som väntar i Sverige, hur det svenska systemet fungerar. Tidigare jobbiga förlossningsupplevelser kunde också bidra till denna oro.

Förlossningsoro upplevdes, menade barnmorskorna starkast hos kvinnor från Somalia, framförallt kvinnor som var könsstympade. Dessa kvinnor var ofta oroliga över att barnmorskan skulle missa att kvinnan var för ”trång” för att kunna föda, denna form av oro togs upp flera gånger av barnmorskorna i intervjumaterialet.

*”...dom känner en rädsla, att tänk nu att jag är så trång nu och sådär då kanske jag kommer att spricka och gå i sönder och ska vi berätta det för barnmorskan, ska du skriva det eller ska jag berätta det vid förlossningen. Tänk om det händer något?”*

### **Barnmorskans oro**

Det uttrycktes en oro från barnmorskorna över de somaliska kvinnorna, dem tyckte det var svårt att fånga upp dessa kvinnor, eftersom dessa kvinnor först sökte vård när dem kände sig sjuka. Kvinnorna kom ofta på sitt första besök till mödravården i slutet av graviditeten.

*"...varför har du inte kommit förrän först nu??? Men allting är ju bra!!! ... det är ju naturligt att vänta barn och föda barn!"*

På så sätt var det också svårt att driva hälsofrämjande arbete hos dessa kvinnor såsom att motivera förebyggande cytologprovtagning.

*"...jag har inga problem jag har inte ont varför ska jag ta ett prov, för att veta om jag ska få något i framtiden utan när man känner att man mår så dåligt, blöder, har problem då kommer man".*

Barnmorskorna lade stor vikt i intervjumaterialet att uttrycka sin frustration och oro kring språkbarriärer. Tolksamtal var övervägande i de transkulturella mötena. Problem som kunde förekomma vid tolksamtal var att språket oftast inte blev lika nyanserat i samband med tolkningen vilket innebar att information kunde utebli. Barnmorskorna upplevde att det skulle ha gjort skillnad om dem hade haft möjlighet att tala med kvinnorna på deras egna modersmål.

*"...för vissa saker kan man bara inte översätta, bara direkt så, då blir det väldigt fel, då får man gå om och förstå frågan rätt så det..."*

Ytterligare ett problem som uppstod vid tolksamtal var svårigheter med att ställa öppna frågor till kvinnorna. Barnmorskorna upplevde att tolken inte översatte den öppna frågan utan att frågorna ofta blir riktade, det blir inte samma öppenhet i det översatta samtalet.

*"...vi tränar oss i att ställa öppna frågor, försöka få personerna att berätta själv, eller familjen att berätta själv. Det går inte att göra med tolk, det är jättesvårt, för då kan jag ha en jätte öppen fråga, ja och så säger tolken... Vad tycker du om det? ...jag förstår ju också på svaret att det inte är samma sätt och ....prata som vi skulle vilja att det var, kanske".*

Kvinnorna kunde ibland ha med anhörig som tolk t ex svärmor eller make. I dessa situationer upplevde barnmorskorna att information även kunde utebli och att innehållet i samtalen mellan patient och barnmorska selekterades. Detta var samtliga barnmorskor eniga om.

*”...ibland kan man se det också att mannen är med och tolkar, att mannen kanske varit här i många år. Och är med och tolkar och han tolkar inte det jag säger. Man försöker och att upprepa och liksom säga, sa du nu det?”*

Vid vissa möten avböjde kvinnorna tolk på grund av att de ansåg sig ha tillräckliga kunskaper i svenska språket, detta oroade barnmorskan eftersom hon upplevde att inte all information gick fram.

*”Kvinnan säger att hon förstår sedan framkommer det att hon inte uppfattat rätt. ...förstår du vad jag menar eller så? Ja! ....men vid nästa besök förstår man att dem inte alls förstått vad det var jag sa...så det är ju också ett problem då, språket.”*

I svåra fall där barnmorskorna misstänkte att någonting var ”fel” att det kanske förelåg misshandel eller psykisk ohälsa, var det frustrerande för barnmorskorna att inte nå fram eller kunna prata med dessa kvinnor utan anhörigas närvaro. Språkbarriären blev ännu mer problematisk i en sådan situation. Istället fick barnmorskorna vara uppmärksamma på kroppssignaler, såsom ansiktsuttryck, kroppshållning eller att patienterna uppgav olika fysiska symtom som ”ont här och där”.

*”...även om man har ögonkontakt man ser att det är någonting som inte stämmer, ja du vet ändå, ändå väldigt svårt...att nå”.*

I sådana situationer beskrev barnmorskorna en känsla av otillräcklighet och en stark oro för kvinnorna. I möten med svenskfödda kvinnor menade barnmorskorna att de lättare kunde få till enskilda samtal t ex genom att ta med kvinnan ut till ”labb” och fråga hur hon hade det.

Hos dem icke svensktalande kvinnorna, framförallt de från Mellanöstern, fanns förutom språket som barriär också att dem oftare var påpassade av anhöriga. Barnmorskan upplevde det svårt att stödja och hjälpa kvinnorna i dessa situationer. Barnmorskorna upplevde mannen som styrande och kontrollerande som så ofta var med vid mötena.

Barnmorskan försökte ofta ta tillfället i akt och prata om jämställdhet och hur man lever i Sverige.

*”... I Sverige har vi andra regler som... som också fungerar utan att man liksom har den makten eller kontrollen över någon annan människa...”*

Barnmorskorna påtalade att det samtidigt var viktigt att lyssna in männen med respekt för deras synsätt och för att bygga vidare på en fortsatt god kontakt.

### **Närståendes oro**

Barnmorskorna beskrev att även närstående kunde ge uttryck för oro. Männen från Mellanöstern kunde, precis som kvinnorna uttrycka oro över vad vi i Sverige ser som helt vanliga graviditetssymtom: illamående, dåligt matintag och orkeslöshet hos kvinnorna.

*”.. hon äter ingenting, hon spy och hon orkar inte med hemsysslor, ni måste hjälpa henne till doktorn och det måste finnas någon medicin som hjälper henne”*

Barnmorskorna kunde då uppleva att kärnan till oron låg i att det lades över mer ansvar på mannen i hemmet som han inte var van vid, mannen behövde nu axla ett större ansvar.

Annan oro som upplevdes av barnmorskorna var att män ifrån Mellanöstern kunde uttrycka en rädsla över att inte kvinnorna skulle bli gravida. Männen uttryckte snabbt oro över barnlöshet fastän man bara försökt bli gravid under en kort tid. Männen var oroliga över om det var något fel på kvinnorna, undran över sin egen fertilitet existerade inte bland männen, enligt barnmorskorna.

De somaliska män som var delaktiga i sin kvinnas graviditet kunde uttrycka oro över förlossningen, hur det skulle gå att föda, om kvinnan var för trång då hon var omskuren.

### **BEHOV**

Kontroll och bearbetning är två underkategorier till huvudkategorin behov. De olika behov som kvinnorna gav uttryck för skiljde sig, upplevde barnmorskorna beroende på från vilket land kvinnorna emigrerat ifrån eller om dem var uppväxta i Sverige.

## **Kontroll**

Barnmorskorna upplevde att de svenska kvinnorna och kvinnorna från Mellanöstern hade ett större kontrollbehov jämfört med kvinnorna från Somalia. Kontrollbehovet yttrade sig på olika sätt, dem svenska kvinnorna planerade ofta för sin graviditet och förlossning i detalj. Exempel på detta kunde vara hur man bör andas, slappna av och om det ska bli kejsarsnitt eller inte. Kvinnor från Mellanöstern upplevdes som mer otrygga och hade starka önskemål om en ökad medicinsk kontroll över sin graviditet.

De somaliska kvinnorna beskrevs däremot som avslappnade och med en naturlig inställning till sin graviditet. Barnmorskorna upplevde att dem inte gav uttryck för kontrollbehov, att dem hade stor tillit till sig själva och kände trygghet i gemenskapen med andra somaliska kvinnor och lärde sig utav varandra. Somaliska kvinnor kunde uttrycka sig på följande sätt:

*”... vadå gå på kurs, lära sig föräldrautbildning, men vad är det för nåt, det behöver vi väl inte...?”*

Generellt sätt tyckte barnmorskorna att de somaliska kvinnorna inte hade så mycket frågor kring sin graviditet. De var först om det verkligen uppstod något problem eller att dem mådde dåligt som dem kom till barnmorskan. Kvinnorna upplevdes som stolta och självständiga och verkade inte vara beroende av sina män utan höll istället ihop med andra somaliska kvinnor i ett socialt kollektiv. Männerna var ofta frånvarande men fanns där i ”periferin”.

Barnmorskorna beskrev att hos de svenska kvinnorna som dem träffade så upplevde dem att parrelationen var mer central, kvinnor och män lever ihop och planerar sitt liv tillsammans. I Mellanöstern är männen mer kontrollerande och kvinnorna verkade vara mer beroende av sina män eller andra släktingar. Barnmorskorna upplevde att det ofta var mannen som bestämde och förde kvinnans talan.

## **Bearbetning**

Tragiska händelser upplevde barnmorskorna bearbetades på olika sätt beroende på kvinnornas kulturella och etniska bakgrund. Barnmorskorna upplevde att kvinnor från Somalia har en mer avslappnad inställning till att få barn. Dem tog inte heller det för givet att det skulle gå bra, att förlora ett barn kunde vara en del av livet. Barnmorskorna



upprepade flera gånger uttrycket Insh Allah, (Om Gud vill) för att beskriva denna inställning.

*”...då blev det ju så här den här gången, det är klart att dom är ledsna och olyckliga, det är inte det jag menar men dom hanterar ju det väldigt, väldigt avundsvårt måste jag säga. Man är ledsen men sen lämnar man det bakom sig, nu är det framåt som gäller”*

Medan kvinnor från Sverige, enligt barnmorskorna, bearbetade sin sorg genom att älta saker mer och ville ha garantier på att allt stod rätt till. Kontrollbehovet efter en tragisk händelse blev ofta ännu större.

Andra kulturella skillnader som barnmorskorna menade kunde ha betydelse för utformningen av vården av kvinnans graviditet var hennes tidigare upplevelser från hemlandet. Det var därför viktigt att försöka ta reda på vad kvinnan varit med om tidigare i sitt liv.

Det var inte ovanligt att barnmorskorna mötte somaliska kvinnor som var ensamma och gravida. Kvinnorna hade lämnat sitt hemland med mycket oroligheter, mannen kunde vara försvunnen och barnen och släktingar kunde vara kvar i hemlandet. Många har med sig svåra upplevelser och blivit skadade av kriget. En av barnmorskorna gav ett exempel på detta då hon frågat en somalisk kvinna om hon hade blivit sjukhusvårdad utomlands men fick nej till svar. När sedan barnmorskan fann ärr på bröstkorgen och frågade vad det var, fick hon till svar att det var granatsplitter efter en bomb och att det hade självläkt utan sjukhusvård.

*”... de har ju hemska historier med sig och allting berättar dom ju inte...”*

## **FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR BRA MÖTEN**

I intervjuerna var förutsättningar för ett bra möte något som barnmorskorna ständigt återkom till. De tre underkategorierna är individanpassad information, dialog och tid vilka speglar förutsättningarna för ett bra möte med kvinnorna/paren såsom barnmorskorna beskrev det.

### **Individanpassad information**

På mödravården ingår ett hälsofrämjande arbete i mötet med de gravida kvinnorna där barnmorskorna informerar och samtalar med kvinnorna om exempelvis livsstilsfrågor och medicinska frågor.

Barnmorskorna gav uttryck för att det var viktigt att lägga upp informationen på ”rätt nivå”, utifrån kvinnornas bakgrund och behov. Barnmorskorna upplevde att man som barnmorska tränas i att anpassa informationen till olika kvinnor, vid olika möten.

*”... jag förstår lite om jag förstår var du kommer ifrån så kan jag... förstå ungefär hur jag ska lägga upp informationen. Man använder...ett ord för mig betyder ungefär samma sak för dig som det kanske inte gör för någon annan”*

Kulturella skillnader kunde bli väldigt tydliga då man exempelvis pratade om kostens betydelse vid graviditet. Synen på mat och kost skiljde sig beroende på vad man var uppväxt och vilka förutsättningar man haft. Här hade också värderingar och normer betydelse.

*”Alla har inte samma värdegrund som jag, som är svensk och uppvuxen i Sverige, att om jag t ex pratar om mat så är inte det samma sak för mig som det är för en kvinna som kommer kanske från Kurdistan”.*

I mötet med de svenska kvinnorna upplevde barnmorskorna att kommunikationen blev mer tydlig och enkel. Barnmorskorna kunde läsa av kvinnorna snabbare och bilda sig en uppfattning om deras kunskapsnivå, vilken socialgrupp dem tillhörde och på det sättet lättare anpassa informationen efter kvinnornas behov och förutsättningar. För att hjälpa och stötta kvinnor med annan kulturell bakgrund anordnades en ”introduktionsskola” för nyanlända invandrarkvinnor där frågor om kvinnans kropp och hälsa diskuterades. För att illustrera kvinnans kropp och anatomi tog barnmorskan hjälp av en docka för att demonstrera hur man ser ut om man exempelvis är omskuren eller inte omskuren. Detta brukade ofta väcka stort intresse hos kvinnorna.

### **Dialog**

Barnmorskornas upplevelser var vanligtvis att kvinnorna från Mellanöstern var slutna och inte hade så mycket frågor, det var ofta mannen eller någon släkting som förde kvinnans talan. En av barnmorskorna berättar om upplevelsen av ett inskrivningssamtal

med en kvinna från Mellanöstern som gjort starkt intryck på henne.

*”...ett möte som jag tyckte blev väldigt bra fastän det inte...blev vad det kanske skulle bli...en sån gravid som kom på sitt första besök...hon drack ju ingen alkohol och sånt, så det blev mycket samtal om hur det är här i Sverige.”... och så hade jag en väldigt bra tolk. Hon hade massa frågor och så där och det blev ett jättelångt samtal och jättespännande. Tolken blev jätteengagerad i det här också”.*

Hon kallar det för ett ”bra” möte och blev överraskad över att det blev så positivt. Att det inte blev vad hon förväntat sig, att samtalet föll utanför ramen för vad barnmorskan var van vid.

*”...ja, det var jätteroligt så man blev väldigt...glad, av ett sånt samtal. Det blev ett bra möte”.*

### **Tid**

För att det transkulturella mötet skulle bli bra ansåg barnmorskorna att ”tid” var avgörande. Att ha bra med tid till varje möte och tid till reflektion efter mötet ansågs viktigt.

*”... det är väldigt svårt att ha möten här tycker jag som man kan ha på en annan central, varje halvtimme så här hela dagen för att det är så olika behov alltså och det är svårt att ställa om sig, man behöver liksom landa i det som man är med om så att man kan möta nästa person på ett bra sätt...”*

Barnmorskorna återkom också till att tidsbrist vid mötena med kvinnorna var vanligt framförallt på grund av de många tolksamtal som förekom på centralen: tolksamtal tar alltid längre tid eftersom allt ska översättas både det barnmorskan och kvinnan säger. Dessa samtal var också tidsbegränsade och ställde krav både på att kvinnorna och barnmorskorna höll tiden. Barnmorskorna upplevde också det som ett problem att kvinnorna inte höll tiden.

*”...man kan inte drälla in hur som helst, då får man avstå från sitt besök. Ja det är väl lite så att då får du en annan tid då får du komma en annan dag. Speciellt när vi har tolkar för då kanske man har den där halvtimmen då kan man inte komma en kvart för sent, då är det bara det viktigaste vi gör...”*

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Syftet med studien var att belysa barnmorskors upplevelser av det transkulturella mötet inom mödravården. Som metod valdes manifest innehållsanalys med induktiv ansats. Vi som författare fick möjlighet att tillgå ett intervjumaterial som är en del av ett större forskningsprojekt. Vi medverkade alltså inte vid urvalsprocessen eller intervjuerna. En negativ aspekt med att inte vara delaktig vid intervjuerna, är att vi som genomför denna magisteruppsats med analysen, inte kunde uppleva det samförstånd som en intervjuare kan uppleva med en intervjuperson där samvaron gör att man förstår vad respondenten menar (Dahlberg, 1997).

Barnmorskorna som intervjuades är verksamma vid en mödravårdscentral i en invandrantät statsdel i en storstad i Sverige. Totalt medverkade sex barnmorskor. En av dessa barnmorskor var vårdenhetschef vid aktuell mödravårdscentral. Vi funderade under arbetets gång på om hennes närvaro eventuellt kommit att påverka barnmorskorna i deras berättelser, om det kunde varit hämmande eller inte.

Att använda sig av kvalitativ metod i form av intervjuer var lämpligt eftersom syftet var att belysa informanternas upplevelser. Kvalitativ innehållsanalys är en metod som fokuserar på granskning och tolkning av texter. Denna metod är ett bra verktyg som håller författarna *nära* texten. Metoden utvecklades dessutom från början för att hantera stora mängder data vilket transkriberade intervjuer lätt utgör (Lundman & Hällgren Granheim, 2009).

Efter transkribering av intervjumaterialet lästes texten naivt d v s med öppenhet inför vad barnmorskorna säger och vi sökte meningsbärande enheter. På så sätt kunde vi identifiera teman och huvudkategorier i intervjumaterialet och därefter underkategorier enligt kvalitativ innehållsanalys. Svårigheten i denna process var kategoriindelningen. I denna process skall kategorierna vara ömsesidigt och fullständigt uteslutande vilket, innebär att inga meningsbärande enheter skall kunna hamna i mer än en kategori (Lundman & Granheimer, 2009). Vi upplevde denna analysprocess som svår då kulturella skillnader kom att framstå som ett genomgående tema i hela studien och på så

sätt kunde fläta samman våra identifierade kategorier. Vi som författare har gjort vårt yttersta för att inte förlora något väsentligt av innehållet samtidigt som indelningen i huvudkategorier och underkategorier var betydelsefullt för att tydligt åskådliggöra barnmorskornas olika upplevelser av det transkulturella mötet.

Analysprocessen utgick från induktiv manifest innehållsanalys vilket innebär att den egna förförståelsen inte ska färga resultatet. Det var en utmaning att som författare förhålla sig neutral till texten och det fanns också en risk för övertolkning av texterna.

*” Förförståelsen är det bagage som vi bär med oss under studiens genomförande och har betydelser för hur vi samlar in och läser vår data ” (Malterud, 2009).*

På grund av förförståelsens starka inverkan på tolkningen var det viktigt för oss som författare att före tolkningen av texterna skriva ner våra egna upplevelser av transkulturella möten för att vi skulle påminna oss om våra egna erfarenheter och eventuella förutfattade meningar. Detta för att kunna särskilja vad som framkom i texterna och våra egna undermedvetna tolkningar av texten. Samt att vi som författare analyserade hela resultatet tillsammans, texterna tolkades genom ingående resonemang och reflektion för att klargöra det egentliga innehållet såsom beskrivet av Lundman & Hällgren Granheimer, (2009).

Den intervjuade gruppen barnmorskor är så liten att det är svårt att dra slutsatser såsom vid kvantitativa studier. Det djup som en kvalitativ studie får fram kan dock inte redovisas i en kvantitativ studie. För att ytterligare belysa det transkulturella mötet i mödravården och utifrån det dra slutsatser som kan förbättra förutsättningar för dessa möten behövs flera och större studier.

## **RESULTATDISKUSSION**

Syftet med arbetet var att belysa barnmorskors upplevelser av transkulturella möten med gravida kvinnor inom mödravården. Detta ämne valde vi då kunskap behövs om barnmorskans upplevelser av att möta kvinnor med annan kulturell bakgrund och på så sätt öka vår kunskap om transkulturella möten.

Det övergripande tema som var framträdande i analysen av intervjuerna var kulturella skillnader. Kulturella skillnader är genomgående i samtliga huvudkategorier och underkategorier. Huvudkategorier var oro, behov och förutsättningar för bra möten. Utifrån dessa tre huvudkategorier framträdde åtta underkategorier;

1. Oro: kvinnors oro, närståendes oro, barnmorskors oro för kvinnorna
2. Behov: kontroll, bearbetning
3. Förutsättningar för bra möten: individanpassad information, dialog, tid.

Barnmorskorna fokuserade på och jämförde framförallt tre grupper av kvinnor i intervjumaterialet, kvinnor från Mellanöstern, Somalia och Sverige. Resultatet diskuteras nedan utifrån utvalda delar ur resultatdelen.

**Oro:** Barnmorskorna pratade om kvinnors oro som en stor och viktig del i problematiken i samband med mötet. Barnmorskorna upplevde att oron skiljde sig beroende på vilket land kvinnan kom ifrån. Kvinnorna från Mellanöstern är den grupp kvinnor som ger uttryck för mycket oro, både för sig själva och barnet. Normala graviditetssymtom uppfattas som sjukliga symtom, referensen om vad en normal graviditet är synes annorlunda jämfört med den i Sverige och dessa kvinnor blir enligt barnmorskorna lättare nedstämda och saknar det kvinnliga kontaktnät som man är van vid i hemlandet. I Sverige blir barnmorskan en trygghet och i vissa fall den enda kvinnliga kontakt för dessa kvinnor. Robertsson, (2005) menar i sin avhandling att barnmorskan fyller en viktig funktion om kvinnan saknar kvinnligt kontaktnät i Sverige. Kvinnor från Mellanöstern som tillhörde en högre socialgrupp hade svårt att förstå och acceptera att man inte gjorde fler ultraljud och fler läkarbesök, utan endast fick träffa en barnmorska. Nøttveit (2000), tar i sin studie upp att kvinnor från Mellanöstern var vana vid att bli läkarundersökta och få medicin, men att information om graviditet och förlossning inte var vanligt förekommande.

Barnmorskorna beskriver att oron hos somaliska kvinnor inte var lika uttalad som hos kvinnor från Mellanöstern. Vanligtvis hade kvinnorna en obekymrad inställning till sin graviditet, att vänta barn och föda barn sågs som något naturligt. Det är dock viktigt att ta med i beaktning det som Robertsson skriver i sin avhandling att det kan vara känsligt

för kvinnan att tala om sin oro och svårt att uttrycka den på ett annat språk. Många kvinnor från låginkomstländer har med sig dåliga upplevelser av förlossningar från sina hemländer och känner rädsla inför kommande förlossning (Robertsson, 2007; Lundberg & Gereziher, 2006).

De somaliska kvinnorna kom oftast sent i graviditeten till mödravården, oftast först när de hade problem. Detta påpekas även i Ny`s avhandling, att många kvinnor med annan kulturell bakgrund inte har samma tradition med förebyggande vård och därför inte söker sig till mödravården i samma utsträckning som svenskfödda kvinnor.

Konsekvenserna av detta blir fler besök på förlossningsavdelningar och fler medicinska åtgärder (Ny, 2007).

Den enda tydliga oron som vissa somaliska kvinnor visade var oron för att omskärelse skulle kunna vara ett problem under förlossningen. De somaliska kvinnorna har, enligt barnmorskorna ett starkt kvinnligt nätverk, vilket vi funderar över kan vara en bidragande orsak till att dessa kvinnor söker mödravård sent. De somaliska kvinnorna upplevdes av barnmorskorna som självständiga och oberoende av sina män, männen finns där i periferin.

Barnmorskorna uttryckte oro över språkbarriärer, i många fall kan barnmorskan inte ha direkt kommunikation med den gravida kvinnan. Man oroar sig för att man inte når fram till kvinnorna pga oro för att tolken inte kan förmedla rätt budskap eller att anhöriga används som tolkar och då censurerar informationen. En studie gjord av Meddings & Haith- Cooper, (2008) beskriver också detta och menar att konsekvenserna kan bli att kvinnan inte har kontroll över vad som blir sagt eller inte sagt. Författarna beskriver också för att få effektiv kommunikation behövs tolkar som förstår kvinnornas behov och är objektiva i sin kommunikation. De påpekar också att det är känt att otränade tolkar har en tendens att dra ifrån, lägga till, förenkla och byta ut ord.

Barnmorskorna i studien pratade också om sin egen oro när det finns misstanke om psykisk ohälsa, t ex vid misstanke om misshandel i kombination med språksvårigheter. Här blir kroppsspråket ett viktigt verktyg för att försöka tyda och tolka kvinnorna. Hanssen skriver att kroppsspråk och sociala koder kan betyda olika saker för olika

människor och är kulturellt betingat (Hanssen, 2007). Barnmorskorna jämför med svenska kvinnor och hur mycket enklare det är när man pratar samma språk.

Vidare talade barnmorskorna om närståendes oro som kulturellt betingad och att den gavs uttryck på olika sätt beroende på vilket land männen kom ifrån. Männen från Mellanöstern upplevdes ha en likartad inställning som den gravida kvinnan, nämligen oro för graviditetssymtom och önskemål om ökad medicinsk undersökning. Männen från Somalia deltog mycket lite i mödravården och de få män som var närvarande hade likartad inställning som den somaliska kvinnan. Oron yttrade sig i så fall runt omskärelsens eventuella inverkan på förlossningen.

**Behov:** Kvinnorna från Mellanöstern och Sverige upplevdes ha ett större kontrollbehov än kvinnorna från Somalia. Tragiska händelser som att förlora ett barn hanterades av somaliska kvinnor som en del av livet, de sörjer och sen går de vidare, medan den svenska kvinnan blir mer ältande och har svårare att acceptera situationen.

Männen från Mellanöstern upplevdes ha behov av att kontrollera sin hustru och förde ofta kvinnans talan. Det vi ser i Ny`s avhandling är att kvinnor födda i Mellanöstern upplever att de är beroende av männens hjälp eftersom de ersätter det kvinnliga nätverk från det gamla hemlandet. De tycker också att det är viktigt att männen är delaktiga under graviditeten och förlossningen, så att de ser hur fysiskt ansträngande det är men också för att bli bättre pappor (Ny, 2007). Detta var en intressant motsats till hur barnmorskorna upplevde situationen med Mellanösternmännen som kontrollerande, medan Ny visar att männens närvaro även kan vara deras hustrurs behov.

Barnmorskorna beskrev att de försökte prata med männen om tillfälle gavs angående svenskt synsätt på jämställdhet och svensk levnadsstil.

De somaliska kvinnorna hade enligt barnmorskorna behov av hjälp först när problem uppstod. Barnmorskorna uppgav att de somaliska kvinnorna hade behov av att samtala runt omskärelsen och förlossningen. Att det var viktigt för kvinnorna att det dokumenterades i journalen inför förlossningen att de var omskurna.

**Möte:** Barnmorskorna återkom till att själva mötet med kvinnorna krävde olika saker beroende på vem kvinnan de mötte var och varifrån hon kom. För att exempelvis kunna



individ Anpassa informationen om kosthållning var det viktigt att i mötet ta reda på kvinnornas syn och kunskap om kost. Detta ställde krav på barnmorskorna, att de inte enbart kunde utgå från de kostråd som de var vana vid att ge till svenska kvinnor, utan istället fick individ Anpassa kostupplägget. Barnmorskorna underströk vikten av kommunikation för ett bra möte. De menar för att få en bra kommunikation måste man förstå den gravida kvinnans förutsättningar och kunskaper. Ser man inte kulturella skillnader och saknar inlevelseförmåga riskerar mötet att bli mindre bra. Detta framkom tydligt i vårt arbete men också i litteraturen.

I mötet med utlandsfödda kvinnor är det viktigt att som barnmorska gå utanför sin egen norm och inte utgå från förutfattade eller bestämda stereotypa bilder utan istället försöka sätta sig in i kvinnans situation och möta henne med öppet sinne och nyfikenhet. Kvinnornas egen berättelse blir central för att förstå vilka erfarenheter, förväntningar och behov hon har och att barnmorskan lägger undan sina egna uppfattningar och därmed når patientens upplevelse (Robertsson, 2003).

Tidsbrist var ett problem vid mötena med kvinnorna. Barnmorskorna ansåg att en halvtimme som är standard för ett möte på mödravården inte var tillräckligt med kvinnor med annan kulturell bakgrund eftersom kommunikationen kräver mer tid, kommunikation inte bara i meningen prata utan att förstå, ta in den andres behov, tolka signaler och kroppsspråk. Även tid till reflektion efter mötena var önskemål från barnmorskorna. Robertsson (2003), poängterar, att om vi ska kunna ge en likvärdig vård till alla vårdtagare måste problem uppmärksammas och resurser omfördelas och för detta behövs mer tid för att man ska hinna lyssna på kvinnorna.

**Förhållningssätt till kultur:** Vi ser att barnmorskorna genomgående i intervjumaterialet beskriver vad som är karaktäristiskt för kvinnorna i Mellanöstern, Somalia och Sverige. Detta ger oss insikt och kunskap om kulturella skillnader hos kvinnor från dessa länder. Detta är värdefull kunskap att ha med sig i mötet med kvinnor med annan kulturell bakgrund samtidigt som vi anser att det inte enbart räcker att utgå från denna kunskap då det finns risk att man sätter in människor i ”fack” och stereotypiserar. Vissa författare beskriver att ha kunskap om kulturella skillnader innebär att ha kulturell kompetens, då man utgår från patientens etniska bakgrund och formar vården utifrån det. Kleinman och Bensons (2006), kritiserar detta

förhållningssätt till kulturell kompetens och menar att kulturell kompetens inte är att känna till vad somalier tycker och gör, vad araber tycker och gör utan att vara självreflexiv och medveten om sin egen kulturella kontext där bl a biomedicin är stark, att vara medveten om att sina egna föreställningar inte är universella, att vara öppen för andra sätt att se världen bland de patienter man möter samt lyssna till den patient man har framför sig med denna öppenhet.

För att undgå att stereotypisera och istället individanpassa omvårdnaden är Kleinman & Bensons (2006), förhållningssätt att rekommendera anser vi. Deras modell av frågor som ger vad de kallar för en minietnografi, d v s en berättelse som utgår från personens eget sätt att se världen, sin sjukdom och situation och som förhåller sig öppen till eventuella kulturella skillnader är en bra metod att använda sig utav i mötet med kvinnor med annan kulturell bakgrund. Genom att ställa dessa frågor kan barnmorskor undvika att basera omvårdnaden på stereotypa föreställningar och antaganden.

I intervjumaterialet framkom exempel på hur barnmorskorna ibland förvånades över att kvinnorna de mötte kunde överraska dem genom att falla utanför den schablonmässiga ramen. Barnmorskorna beskriver anekdoter där de blir positivt överraskade över en del kvinnors positiva inställning till Sverige och synen på den svenska frigjorda kvinnan. Detta visar på att barnmorskorna talar i termer av kulturella skillnader och stereotyper hos kvinnorna de möter, samtidigt som de kommer med motexempel för att verkligheten inte stämmer med stereotyperna. Detta är intressant och speglas i vår bakgrundslitteratur, att kultur inte kan ses som något statiskt och inte är en enda variabel, utan består av flera variabler som påverkar alla aspekter av erfarenhet (Benson & Kleinman 2006; Dellenborg, Skott & Jakobsson, *in press*, 2011). Som vi tagit upp tidigare i arbetet så förändras människor i migration och kultur är i sig något föränderligt och dynamiskt; alla som tillskriver sig en viss etnisk eller kulturell eller nationell identitet delar inte exakt kulturella föreställningar, varje individ är en person som förhåller sig på olika sätt till sina kulturella traditioner. Utmaningen består i att en person aldrig kan förstås utanför sitt socio- kulturella sammanhang men att man som personal aldrig ska ta för givet att man tror sig veta vad detta socio- kulturella sammanhang innebär.

## **KONKLUSION**

Syftet med vår studie var att belysa barnmorskors upplevelser av transkulturella möten med gravida kvinnor inom mödravården. Barnmorskorna upplever tydliga kulturella skillnader då det gäller kvinnors oro, behov och förutsättningar för bra möten. Kvinnors oro beskrivs som en stor och central del i mötet. Bristande språkkunskaper upplevs ofta som ett hinder i kommunikationen med kvinnorna. Barnmorskorna belyser att kvinnornas berättelse är viktig i mötet för att förstå vilka erfarenheter, förväntningar och behov de har. Väl avsatt tid och professionella tolkar lyfts fram som viktiga förutsättningar för att skapa ett bra möte. Med en förståelse av kultur och migration som dynamiska processer ökar möjligheten för vårdpersonal att möta människor med annan kulturell bakgrund som unika personer och därmed förbättra vårdmötet.

## LITTERATURFÖRTECKNING

- Barnmorskeförbundet. (2010). Barnmorskeförbundet. Tillgänglig 2010-12-05, [http://www.barnmorskeforbundet.se/sv/om\\_barnmorskan.html](http://www.barnmorskeforbundet.se/sv/om_barnmorskan.html)
- Codex .(2010). Regler och riktlinjer för forskning. Tillgänglig 2010-09-03, [www.codex.uu.se](http://www.codex.uu.se)
- Berg, L. (2006). *Vårdande relation i dagliga möten- en studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård.* (Akademisk avhandling). Göteborg: Intellecta Docusys.
- Buber, M. (1962). *Jag och du.* Ludvika: Dualis förlag
- Bäckström, J., Lundberg, P.C., & Widén, S. (2005). Caregiving to patients who are culturally diverse by Swedish last-year nursing students. *Journal of Transcultural Nursing, 16*,(3), 255-262.
- Cang-Wong, C., Murphy, S.O., & Adelman T. (2009). Nursing Responses to transcultural encounters: What nurses draw on when faced with a patient from another culture. *The Permanente Journal, 13*, (3), 31-37.
- Carlander, J., Eriksson, K., Hansson-Pourtaheri, A-S., & Wikander, B. (2001). *Trygga och otrygga möten. Vardagsetik och bemötande i arbete med människor.* Stockholm: FörlagshusetGothia.
- Cioffi, J. (2004). Caring for Women From Culturally Diverse Backgrounds: Midwife's Experiences. *Journal of Midwifery & Womens Health, 49* (5), 437- 442.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare.* Lund:Studentlitteratur.
- Dellenborg, L., Skott, C., & Jakobsson, E. (2011). Transcultural encounters in a medical ward – experiences of care professionals. *Journal of Transcultural Nursing.* (In press).
- Del Vecchio Good, M-J. (1995). *American Medicine: The quest for competence.* Berkley (California): University of California Press.
- Emami, A., Jirwe, M., & Momeni, P. (2008). Enabling nursing students to become culturally competent – a documentary analysis of curricula in all Swedish nursing programs. *Scand J Caring Science, 22*,(4 ) 499-506.
- Foldemo, A., I. Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer 2010). I: Skärsäter, I. (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå.* (sid 325-337). Lund: Studentlitteratur
- Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their careers. *Journal of Advanced Nursing 33*,(5), 566-574.
- Hanssen, I. (2008). *Omvårdnad I ett mångkulturellt samhälle.* Malmö: Studentlitteratur.

- HSFR-Etikregler. (1990). *Forskningsetiska principer – inom humanistsik-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig 2010-09-03, [www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se)
- Hälso- och sjukvårdslagen. (2010). Socialstyrelsen. Tillgänglig 2010-12-01, <http://www.socialstyrelsen.se>
- International Confederation of Midwives. (1999). International Confederation of Midwives. Tillgänglig 2010-12-05, <http://www.internationalmidwives.org/>
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *Plos medicin*, 3(10), 1673-1676.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Ludvigsson, J.F. (2002). *Att börja forska – inom medicin, bio- och vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundberg, P., & Gerezgiher, A. (2006). Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean Immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24,(2) 214-225.
- Lundman, B., & Graneheim, H, U. (2009). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. (sid 159-172). Lund:Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Marrone, S.R. (2008). Factors that influence critical care nurse's intentions to provide culturally congruent care to Arab Muslims. *Journal of Transcultural Nursing*, 19, (1), 8-15.
- Meddings, C., & Haith-Cooper, M. Culture Communication in Ethically Appropriate Care. *Nursing Ethics* 15 (1), 52-61.
- Nöttveit, A. (2000). Pregnant in an Alien Country, *Vård I Norden*, 58, (20), 46-51.
- Mullholland, J., & Dyson, S. (2001). Sociological theories of race and ethnicity. I: Culley, L., & Dyson, S. (red.) *Ethnicity and Nursing Practice*. (sid 17-38). New York: Palgrave.
- Nationalencyklopedin. (2010). Nationalencyklopedins Internettjänst. Tillgänglig 2010-05-26, <http://www.ne.se>
- Ny, P. (2007). *Maternity health care in a multiethnic society and the becoming fathers perspective*. (Akademisk avhandling) Malmö:Malmö University Health and Society Doctoral Dissertation.
- Powell -Kennedy, H., Erickson-Owens, D., & P.Davis, J-A. (2005). Voices of Diversity in Midwifery: A Qualitative Research Study. *Journal of Midwifery & Women's Health* 51 (2), 85-90.

PUL 1998:204. *Personuppgiftslagen*. Tillgänglig 2010-09-03,  
[www.datainspektionen.se](http://www.datainspektionen.se)

Robertsson, E. (2003). *Aspects of foreign-born women's health and childbirth-related outcomes*. (Akademisk avhandling) Stockholm: Karolinska University Press.

Robertsson, E., (2009). Det specifika i mötet med utlandsfödda kvinnor. I: Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor* . (sid 204-208). Lund: Studentlitteratur.

Santesson, C., (2009). Mödrahälsovård. I: Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor* . (sid 193-198). Lund: Studentlitteratur.

Statistiska Centralbyrån. (2008). Demografiska Rapporter 2008:2. Barnafödande bland inrikes och utrikes födda,  
[http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE701\\_2008A01\\_BR\\_BE51BR0802.pdf](http://www.scb.se/statistik/publikationer/BE701_2008A01_BR_BE51BR0802.pdf)  
(2010-09-10)

Svenska Akademin. (2010). Svenska Akademiens Internettjänst. Tillgänglig 2010-12-10, <http://www.svenskaakademien.se>

Williamson, M., & Harrison. (2001). Dealing With Diversity: Incorporating Cultural Sensitivity Into Professional Midwifery Practice. *The Australian Journal of Midwifery* 14(4), 22–26.

Williamson, M., & Harrison, L. (2010). Providing culturally appropriate care: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 47, (2010), 761-769.

Århem, K., (1989). Kultur. I: Svanberg, I., Runblom, H. *Det mångkulturella Sverige*. (sid 234-241). Stockholm: Gidlunds Bokförlag.

Öhlander, M. (2005). *Bruket av kultur: hur kultur används och görs socialt verksamt*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga: 1



### GÖTEBORGS UNIVERSITET

Information till barnmorskor på mödravårdcentralen.

#### ***Gravid i Sverige – Omskurna Kvinnors Möte med den Svenska Mödravården***

##### **Studiens bakgrund**

Syftet med studien är att förstå hur gravida kvinnor som genomgått en omskärelse upplever mötet med den svenska mödravårdcentralen (MVC) och hur de i samband med flytt från hemlandet måste förhandla mellan sina egna kulturella föreställningar kring omskärelse, graviditet, förlossning och moderskap och de föreställningar som företräds i Sverige. I samband med graviditet och förlossning blir en kvinnas upplevelse av sin omskärelse viktig för vårdpersonal att förstå för att kunna ge ett bra bemötande och god vård. Syftet är också att förstå hur barnmorskor upplever möten med dessa kvinnor.

##### **Studiens genomförande**

I en förstudie intervjuas sex stycken *doulor* vilka kommer från olika arabiska, afrikanska och europeiska länder. Syftet är att ta del av dessa doulors personliga erfarenheter av att ha stöttat andra immigrant-kvinnor som varit gravida och fött barn i Sverige, samt att de själva har denna erfarenhet. Förstudien syftar till att ge en mer övergripande bild av hur immigrant-kvinnor upplever mödra- och förlossningsvården i Sverige innan jag specifikt inriktar mig mot omskurna kvinnor. Ett antal gruppdiskussioner om möten med gravida immigrantkvinnor kommer att göras med de av er barnmorskor som är intresserade av att delta i studien. Jag kommer då be er att tillsammans reflektera över era erfarenheter och vad som känts givande och svårt i dessa möten. Intervjuerna spelas in på band.

I fas två planerar jag intervjua 10-15 kvinnor som genomgått en omskärelse och erfarit en eller fler graviditeter i Sverige. Intervjuerna med dig som barnmorska kommer dels ske enskilt vid några tillfällen, dels i grupp. Intervjuerna kommer ta ca 1 timma och ljudinspelat. Under den enskilda intervjun kommer jag att be dig berätta om hur du upplever dina möten med olika omskurna och gravida kvinnor. I gruppdiskussionerna kommer jag som ovan be er barnmorskor tillsammans reflektera över dessa möten. Studien bygger på intervjuer och i en tredje fas deltagande observation.

Tanken är att studien skall vara givande även för er barnmorskor genom att utgör tillfällen för er att diskutera och dela med er av era erfarenheter kring ett ämne som ofta upplevs svårt att förstå och hantera. Deltagande i studien är frivilligt. Du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande. Ingen särskild förklaring krävs. Intervjuerna förvaras på min lösenordsskyddade hårddisk. De kommer endast att användas av mig för min forskning. Dina svar kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem, inte heller dina kollegor som deltar i studien. Personers identitet kommer att skyddas: vare sig riktiga namn

på personer eller plats uppges. Resultaten kommer att presenteras i form av vetenskapliga artiklar vilka du får ta del av. Studien är godkänd av Etikprövningsnämnden i Göteborg.

Om du har frågor angående studien kontakta gärna nedanstående ansvarig person:

Fil dr Lisen Dellenborg

Institutionen för vårdvetenskap, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Tel (arbete): 786 4611. Mobil: 076-8257271. E-post: [lisen.dellenborg@gu.se](mailto:lisen.dellenborg@gu.se)



## **Bilaga: 2**

Etikprövningsnämnden

Studien "Vårdmöten i ett mångkulturellt område"  
Dnr 251-08 godkändes av Regionala etikprövningsnämnden i  
Göteborg, Avdelningen för övrig forskning den 9 juni 2008.

### **Kontakter**

Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg  
Box 401  
405 30 Göteborg

Besöks- och leveransadress:

Guldhedsgatan 5 A, hus 2, plan 4, 413 20 Göteborg

Kontaktpersoner:

Inger Hellström  
tel. 031-786 68 22  
inger.hellstrom@gu.se

Barbro Lundmark  
tel. 031-786 68 21  
barbro.lundmark@gu.se

Eina Hagberg,  
tel. 031-786 68 23  
eina.hagberg@gu.se

Fax: 031-786 68 18

Organisationsnummer: 20 22 00-1545  
Plusgiro-nummer för avgiften: 95 06 06-4  
IBAN: SE67 9500 0099 6018 0950 6064  
Swift: NDEASESS  
Bank: Nordea

Expeditionstid: måndag-torsdag: 8.30-16.00, fredag: 8.30-12.00