

# Upplevelser och erfarenheter av interkulturell vård och mödravård i Finland

## Redaktör

Anita Wikberg & Maj-Helen Nyback

## Författare

Seynab Ali, Ellen Dahl, Emma Dahl,  
Julia Gäddnäs, Sara Jansson,  
Anna Lillas, Frida Rantanen,  
Linnéa Ravald, Jenni Rönholm,  
Mirjam Snellman

Serie S: Studerandes arbeten



Utgivare: Yrkeshögskolan Novia, Wolffskavägen 33, 65200 Vasa, Finland

© Yrkeshögskolan Novia, Anita Wikberg och Maj-Helen Nyback

Novia Publikation och produktion, serie S: studerandes arbeten 1/2021 online

ISBN 978-952-7048-71-9 (Online)

ISSN ISSN 1799-4209

CC BY 4.0



## Förord

Det här är den tredje rapporten baserad på examensarbeten, gjorda inom Institutionen för Hälsa och Välfärd, som publiceras i Novias publikationsserie. De examensarbeten som här presenteras är skrivna inom samma tema, interkulturell vård och mödravård, men med olika fokusområden. Den tredje rapporten befäster traditionen att samla examensarbeten med gemensamt tema till en rapport som är lättillgänglig och ger läsaren möjlighet att få gedigen kunskap om ett specifikt tema.

Att läsa rapporten "Upplevelser och erfarenheter av interkulturell vård och mödravård i Finland" är som en resa i vårt nya Finland. De blivande sjukskötare och barnmorskor som medverkar i rapporten poängterar att vårdare måste ha kulturell kompetens, kunna ställa rätta frågor och vårda i enlighet med patientens behov. Transkulturella vårdteorier lyfts fram som en väg till kunskap om trans- och interkulturell vård. Integrationen och vikten av att kunna kommunicera, ha ett gemensamt språk är ett genomgående tema. Sonja Hellman (2012) beskriver i sin bok *Kvinnor utan land* en isolerad, utsatt, ensidig tillvaro för de kvinnor som invandrat till Finland. Några har lärt sig landets språk – en räddning – medan de övriga lever år ut och år in i en stum bubbla, begränsade och oförstådda. De invandrade kvinnorna har svårt att hitta ett sammanhang och många blir deprimerade. Boken har några år på nacken, men de berättelser som finns i rapporten tangerar detsamma, svårigheter att blir förstådda och respekterade. Rapporten beskriver svårigheter med att vårda och få vård, genom barriärer som kulturen skapar men också hur svårigheterna kan överkommas

De examensarbeten som utgör rapporten är samtliga gjorda med en kvalitativ forskningsmetod, vilket innebär att texterna kan läsas som berättelser där individer kommer till tals. Berättelserna är inte gömda bakom statistiska beräkningar, utan beskrivs i ord. En kvalitativ metod syftar till att skapa förståelse för ett fenomen, en teori om hur världen är beskaffad och bygger på intervjuer, skrivna berättelser om hur det är att vara invandrare och få vård och föda i ett främmande land och också att vara vårdare och försöka förmedla den bästa tänkbara vård genom kulturella barriärer.

De intervjumetoder som använts är både fokusgruppintervjuer och individuella intervjuer. Elektronisk enkät har också använts för att beskriva vårdares erfarenhet av transkulturell vård. Studierna som berör omskurna kvinnor bygger på vetenskapligt

utvalda artiklar, vilket ger resultatet tyngd. Litteraturstudierna berör såväl de utmaningar vårdpersonalen ställs inför vid vården av en omskuren kvinna, som vilka problem kvinnlig omskärelse kan förorsaka för den drabbade.

Rapporten kan också ses som ett intressant tidsdokument, så här ser det ut idag, men hur ser morgondagen ut, vilken är situationen i slutet av 2020-talet? Jag hoppas att det fortsättningsvis då publiceras intressanta studier och rapporter av blivande vårdare som har förmåga att blicka framåt, eftersom det är de som skall förverkliga den goda vård de beskriver.

Vasa, 23.1.2020

Överlärare Maj-Helen Nyback  
HVD, HVM, sjukskötare, hälsovårdare  
Yrkehögskolan Novia

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	“Då kände jag mig ensam och saknade mitt hemland ” – En kvalitativ studie om invandrarkvinnors beskrivning av mötet med vården i Finland: Seynab Ali & Emma Dahl.....	6
	Abstrakt.....	6
2.1	Inledning.....	9
2.2	Syfte och frågeställningar.....	10
2.3	Bakgrund .....	10
2.3.1	Invandrare i Finland och rättigheter till vård .....	10
2.3.2	Invandrare i vårdsammanhang .....	12
2.3.3	Transkulturell vård .....	15
2.4	Metod .....	21
2.4.1	Fokusgruppintervju.....	22
2.4.2	Deltagare och intervjumaterial.....	24
2.4.3	Kvalitativ innehållsanalys .....	25
2.4.4	Forskningsetiska överväganden .....	27
2.5	Resultat .....	28
2.5.1	Bemötandet i vårdsammanhang .....	28
2.5.2	Kultur .....	31
2.5.3	Kommunikation .....	33
2.5.4	Vårdsystem .....	35
2.6	Reflektion av resultat mot Gigers och Davidhizars transkulturella vårdmodell .....	37
2.7	Metoddiskussion.....	39
2.8	Slutdiskussion.....	41
	Litteraturförteckning .....	44
	Bilaga 1 Intervjuguide.....	50
	Bilaga 2 Informationsbrev.....	51
	Bilaga 3 Samtyckesblankett.....	52
	Bilaga 4 Redovisning av kategorier .....	53
3	”Sluta fråga hur många barn jag ska ha!” – somaliska kvinnors upplevelser av den finländska mödravården: Ellen Dahl & Jenni Rönholm .....	54
	Abstrakt.....	54
	Tiivistelmä.....	55

Abstract .....	56
3.1 Inledning.....	57
3.2 Syfte och frågeställningar.....	58
3.3 Somalia .....	58
3.3.1 Somalias historia .....	59
3.3.2 Islam.....	59
3.3.3 Kvinnans situation i Somalia .....	60
3.3.4 Somalisk kultur .....	60
3.4 Språk och kommunikation.....	64
3.5 Hälsa.....	65
3.6 Graviditet och förlossning.....	66
3.7 Mödravården i Finland.....	67
3.7.1 Mödrarådgivningen.....	67
3.7.2 Sexual- och reproduktionshälsa .....	68
3.7.3 Invandrarkvinnor som mödravårdspatienter .....	68
3.8 Teoretisk utgångspunkt.....	70
3.9 Metod .....	74
3.9.1 Val av informanter .....	74
3.9.2 Kvalitativ intervjumetod .....	75
3.9.3 Kvalitativ innehållsanalys.....	76
3.10 Etiska överväganden .....	77
3.11 Resultat.....	78
3.11.1 Integration i det finländska samhället .....	78
3.11.2 Kommunikation i vården .....	80
3.11.3 Stödets betydelse .....	81
3.11.4 Bemötande i mödravården.....	83
3.11.5 Interkulturell mödravård.....	85
3.12 Metoddiskussion .....	87
3.13 Spegling av resultatet.....	89
3.14 Slutledning.....	94
Källförteckning .....	96
Bilaga 1 Informationsbrev och samtyckesblankett.....	100
Bilaga 2 Intervjufrågor .....	102
Bilaga 3 Översättning av finska citat till svenska .....	103
4 “They say we are like stones” – en systematisk litteraturstudie om hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa: Julia Gäddnäs och Mirjam Snellman.....	105

Abstrakt.....	105
Tiivistelmä.....	106
Abstract .....	107
4.1 Introduktion .....	108
4.2 Bakgrund .....	108
4.2.1 Hälsa.....	109
4.2.2 Kvinnlig omskärelse.....	110
4.3 Teoretisk utgångspunkt.....	117
4.3.1 Erikssons syn på hälsa .....	118
4.3.2 Erikssons syn på lidande.....	118
4.4 Syfte och frågeställning.....	119
4.5 Metod .....	119
4.5.1 Systematisk litteraturstudie .....	120
4.5.2 Val av material.....	120
4.5.3 Kvalitativ innehållsanalys.....	122
4.5.4 Deskriptiv summering.....	122
4.5.5 Etiska överväganden.....	123
4.6 Resultat från kvalitativ innehållsanalys .....	124
4.6.1 Inverkan på den fysiska hälsan.....	124
4.6.2 Inverkan på den psykiska och sociala hälsan.....	127
4.6.3 Inverkan på graviditet och förlossning.....	129
4.7 Deskriptiv summering av kvantitativa artiklar .....	131
4.7.1 Inverkan på den fysiska hälsan.....	132
4.7.2 Inverkan på den psykiska och sociala hälsan.....	132
4.7.3 Inverkan på graviditet och förlossning.....	132
4.8 Jämförelse mellan kvalitativt och kvantitativt resultat.....	133
4.9 Metoddiskussion.....	135
4.10 Resultatdiskussion .....	137
4.10.1 Resultatdiskussion utifrån tidigare forskning.....	137
4.10.2 Spegling av resultatet mot Erikssons teori om hälsa och lidande.....	138
4.11 Slutledning.....	140
Källförteckning .....	142
Bilaga 1. Prisma flödesdiagram.....	148
Bilaga 2. Tabell över kvalitativa artiklar .....	149
Bilaga 3. Tabell över kvantitativa artiklar.....	152

5	Hur ska vi förstå varandra? – En kvalitativ studie om barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål på BB och förlossning: Sara Jansson .....	157
	Abstrakt.....	157
	Abstract .....	159
5.1	Introduktion .....	160
5.2	Syfte och frågeställningar.....	161
5.3	Teoretisk bakgrund .....	161
5.3.1	Kultur inom vården .....	161
5.3.2	Kommunikation inom vården .....	162
5.3.3	Mödravård i sjukhusmiljö.....	164
5.3.4	Vårdares upplevelser.....	165
5.4	Teoretisk utgångspunkt.....	167
5.5	Genomförande av studien.....	170
5.5.1	Kvalitativ forskningsmetod.....	170
5.5.2	Urval av deltagare och genomförande av intervjuerna.....	171
5.5.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	171
5.5.4	Etiska aspekter.....	172
5.6	Resultat .....	173
5.6.1	Att överkomma språkbarriären .....	174
5.6.2	Skillnader mellan förlossning och BB-avdelning.....	179
5.6.3	Mötet .....	182
5.6.4	Vården .....	185
5.6.5	Vårdrelationen .....	191
5.7	Diskussion .....	193
5.7.1	Metoddiskussion .....	194
5.7.2	Spegling av resultatet .....	196
5.7.3	Slutledning.....	199
	Källförteckning .....	202
	Bilaga 1. Intervjufrågor .....	205
	Bilaga 2. Informationsbrev till avdelningsskötaren.....	206
	Bilaga 3. Informationsbrev till barnmorskorna .....	207
	Bilaga 4. Resultattabell .....	208
6	Afrikanska invandrarkvinnors upplevelse av graviditet, förlossning, barnsängstiden och av stöd i vården i Finland: Anna Lillas .....	210
	Abstrakt.....	210
	Tiivistelmä.....	211



Abstract .....	212
6.1 Inledning.....	213
6.2 Teoretisk bakgrund .....	213
6.2.1 Förlossningens olika skeden.....	214
6.2.2 Den gravida kvinnans emotionella stöd under förlossningen.....	214
6.2.3 Statistik om invandring och språk i Finland .....	216
6.2.4 Speciella vårdbehov hos invandrarkvinnor.....	217
6.2.5 Studier om Finland .....	218
6.3 Syfte och frågeställningar.....	220
6.4 Interkulturellt vårdande i mödravårdspraxis.....	220
6.5 Kvalitativ forskning .....	222
6.5.1 Semistrukturerad intervju.....	222
6.5.2 Urval .....	223
6.5.3 Kvalitativ innehållsanalys .....	224
6.6 Etiska överväganden.....	225
6.7 Resultatredovisning .....	226
6.7.1 Kommunikation .....	227
6.7.2 Relationer .....	232
6.7.3 Reflektion .....	239
6.8 Diskussion .....	241
6.8.1 Metoddiskussion .....	241
6.8.2 Resultatdiskussion.....	243
Källförteckning .....	247
Bilaga 1 Informerat samtycke på engelska .....	250
Bilaga 2. Intervjufrågor på engelska.....	252
7 "Det är vi som ser dem som stympade" – Kvinnlig omskärelse och dess utmaningar för vårdpersonalen – en "scoping review": Frida Rantanen.....	253
Abstrakt.....	253
Tiivistelmä.....	254
Abstract .....	255
7.1 Introduktion .....	256
7.2 Syfte och frågeställningar.....	257
7.3 Teoretisk bakgrund .....	257
7.3.1 Olika typer av omskärelse .....	257
7.3.2 Orsaker till kvinnlig omskärelse .....	258
7.3.3 Kvinnlig omskärelse ur ett globalt perspektiv.....	259
7.3.4 Kvinnlig omskärelse i Finland.....	259

7.3.5	Förebyggande av kvinnlig omskärelse .....	260
7.3.6	Kvinnliga omskärelsens inverkan på hälsan .....	261
7.4	Teoretiska utgångspunkter .....	263
7.4.1	En kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis.....	263
7.5	Metod .....	266
7.5.1	Kvalitativ forskningsmetod.....	267
7.5.2	”Scoping review”.....	267
7.5.3	Urval, datainsamling och analys.....	268
7.5.4	Etiska överväganden.....	271
7.6	Resultat .....	272
7.6.1	Vårdarnas kunskapsmässiga utmaningar i vården av kvinnor som blivit omskurna.....	274
7.6.2	Utmaningar relaterade till kvinnornas övertygelser, kunskap och det sociala trycket.....	274
7.6.3	Utmaningar relaterade till kommunikationen mellan vårdpersonalen och kvinnor som blivit omskurna.....	279
7.6.4	Utmaningar relaterade till bemötandet av kvinnor som blivit omskurna .....	281
7.6.5	Utmaningar relaterade till psykiska konsekvenser av omskärelsen av kvinnor .....	285
7.6.6	Utmaningar relaterade till fysiska konsekvenser av omskärelsen av kvinnor .....	286
7.6.7	Etiska utmaningar i vården av kvinnor som blivit omskurna .....	287
7.7	Diskussion .....	288
7.7.1	Metoddiskussion .....	288
7.7.2	Spegling till tidigare forskning och till teorin om interkulturellt vårdande inom mödravårdscontext.....	290
7.7.3	Rekommendationer.....	294
7.7.4	Slutsats .....	295
	Referenser .....	296
	Bilaga 1. PRISMA flödesschema .....	301
	Bilaga 2. Artikelmatris.....	302
8	Vårdpersonalens upplevelser av den transkulturella vården – En kvalitativ enkätundersökning utförd på hälsovårdscentraler i Jakobstad med omnejd: Linnéa Ravald .....	309
	Abstrakt.....	309
	Tiivistelmä.....	310
	Abstract .....	311

8.1	Inledning.....	312
8.2	Syfte och frågeställningar.....	313
8.3	Bakgrund .....	313
8.3.1	Transkulturell vård .....	313
8.3.2	Kommunikation .....	318
8.3.3	Bemötande.....	320
8.3.4	Förklaring av begreppet invandrare .....	322
8.3.5	Rättigheter inom vården för invandrare.....	324
8.4	Teoretisk utgångspunkt; Den transkulturella vårdmodellen .....	329
8.5	Metod .....	334
8.5.1	Urval.....	334
8.5.2	Enkät som datainsamlingsmetod.....	334
8.5.3	Dataanalysmetod.....	335
8.5.4	Etiska överväganden.....	337
8.6	Resultat .....	338
8.6.1	Information om deltagarna i enkätundersökningen .....	338
8.6.2	Personalens upplevelser av den transkulturella vården.....	340
8.6.3	Kommunikationens betydelse inom transkulturell vård .....	342
8.6.4	Vårdpersonalens känslor och utmaningar inom vården .....	344
8.7	Diskussion .....	345
8.7.1	Resultatdiskussion.....	345
8.7.2	Metoddiskussion .....	352
8.7.3	Slutledningar och kliniska implikationer.....	354
	Källförteckning .....	358
	Bilaga 1 Enkäten på svenska .....	366
	Bilaga 2 Enkäten på finska .....	370
	Bilaga 3 Informationsbrev/Informaatiokirje.....	374

## 1 Inledning

Rapporten ni har i er hand är en del av projektet Kvinnohuset – ett Novianskt samhällsengagemang som bär in i framtiden, vars syfte var att stöda integreringen och skapa en trygg mötesplats för kvinnor som löper risk att utsättas för våld och förtryck samt att skapa möjlighet för socionom- och vårdstuderande att kunna delta i aktiviteter som stöder kvinnorna. Det är i sin tur en del av ett långvarigt projekt kallat Kulturell kompetens på Yrkehögskolan Novia initierat av Maj-Helen Nyback. Den här rapporten grundar sig på examensarbeten skrivna av sjukskötar- och barnmorskestuderande som skrivit sina examensarbeten 2018 och 2019.

Rapporten är den tredje i Novias publikationsserie S som berör barnmorskans arbete. Den första rapporten, "Den utbildade barnmorskan med dig i 200 år. Ett axplock ur den österbottniska barnmorskans historia" redigerades av Matintupa, Nyback, Wikberg och Österberg (2016), beskriver barnmorskeyrkets utveckling i Finland. Den andra rapporten, "Doula som stöd under graviditet, förlossning och barnsängstid" redigerades av Nyback och Wikberg (2017). Den handlar om kvinnliga stödpersoner för kvinnor som föder barn ur olika perspektiv. De examensarbeten som ingår i de två första rapporterna skrevs av barnmorskestuderanden.

De examensarbeten som presenteras i den här rapporten är beställda av HVD Maj-Helen Nyback och HVD Anita Wikberg vid Yrkehögskolan Novia i Vasa. Det datamaterial som samlats in utgör grund för fortsatta studier inom området. Samtliga examensarbeten berör vård av invandrare. Anita Wikberg har handlett alla de sju examensarbeten som ingår i rapporten. Texterna har redigerats varsamt. Frida Rantanens och Ellen Dahls och Jenni Rönnholms examensarbeten finns publicerat på Theseus. Arbetena presenteras i alfabetisk ordning enligt den första författarens efternamn. Tre av arbetena (Ali & Dahl 2018; Dahl & Rönholm 2018; Lillas 2018) beskriver afrikanska kvinnors upplevelser av mödravården i Finland. Två arbeten berör omskärelse (Gäddnäs & Snellman 2019; Rantanen 2018) och två beskriver vårdarnas upplevelser av att vårda invandrapatienter (Jansson 2018; Ravald 2019).

Invandrarkvinnor är överlag ganska nöjda med vårdsystemet, men de är mer missnöjda med bemötandet i vården och vårdpersonalens kulturella kompetens. De fyra afrikanska kvinnorna som deltog i Ali och Dahls studie, berättar om olika situationer där de mer eller mindre blivit rasistiskt bemötta på grund av sitt utseende, sin religion, kultur eller ras. Kvinnorna har blivit ifrågasatta pga. antalet barn de har och de upplevde att vårdpersonalen hotade att inte ge dem vård om de

fortsätter att föda barn. En del har varit rädda för att söka vård igen efter ett sådant bemötande. De önskar en ökad förståelse för andra kulturer hos vårdpersonalen och vill bli bemötta mer respektfullt. Familjen är viktig och de vill bevara traditionerna i sin kultur. Både kommunikationsproblem och information betonas. De önskar att vårdarna kunde engelska, att professionella tolkar användes och fanns tillgängliga, men tolkarna kan inte heller alltid språket så bra. Ibland undrar de varför de inte får information om t.ex. varför de får eget rum då finländare delar rum på sjukhuset. De jämför vården i Finland med vården i hemlandet och de saknar ibland sitt hemland där de skulle ha blivit förstådda. (Ali & Dahl 2018)

Dahl och Rönholm (2018) beskriver fyra somaliska kvinnors upplevelser i mödravården i Finland. Kvinnorna betonar att de och deras familjer vill integrera sig i det finländska samhället. De vill lära sig finska för att klara sig utan tolk. De betonar både familj och självständighet. De saknar ibland stöd från familj och vänner, men har även delvis bevarat och anpassat traditioner till Finland. Generellt är de nöjda med mödravården och dess tjänster och har positiva upplevelser från mödrarådgivningen. Kontinuiteten i vårdrelationen med en hjälpsam vårdare har bidragit till goda vårdupplevelser. De har blivit respektfullt tillfrågade om omskärelse, fasta under Ramadan och önskemål om kvinnliga vårdare och fått förståelse. Men de har även upplevt fördomsfullt bemötande och otrevliga attityder hos en del vårdpersonal på sjukhus. De upplevde att de inte fick information om vad som skett på sjukhuset t.ex. om komplikationer och hur mediciner påverkar dem. De somaliska kvinnorna har fått fördomsfulla kommentarer om till exempel deras stora barnantal och även om kommentarer har sagts med välvilja har den gett upphov till negativa känslor hos dem. De uppskattar direkta frågor men önskar att de skulle ställas på ett artigt sätt. Kvinnorna har också känt sig mindre prioriterade på grund av sin etnicitet i vissa vårdsituationer. Det dåliga bemötandet kan orsakas av bristande kulturkompetens hos vårdpersonalen.

Lillas (2018) beskrev afrikanska kvinnors upplevelse av graviditet, förlossning, barnsängstiden och av stöd i vården i Finland. Kvinnorna betonade hur viktigt det är att kommunikationen fungerar med vårdarna. De önskade att vårdarna kunde engelska eller använde professionella tolkar och gav material på engelska t.ex. broschyren Vi väntar barn. De tyckte om att kunna fråga vad som helst och få nyttig information. De flesta tyckte de blev bemötta väl av vårdpersonalen. De önskade mer stöd i hemmet efter förlossningen, eftersom de ofta sakade familj och vänner. Mammagrupperna som ordnades via rådgivningen uppskattades. Efter förlossningen betonades vården av barnet, men inte mamman. Kvinnorna litade på vårdpersonalen som hade expertkunskap och erfarenhet. De kände sig trygga om de själva fick välja t.ex. position under förlossningen. Kvinnorna kunde känna sig otrygga om de inte hade ett gemensamt språk med

vårdaren eller om de lämnades ensamma speciellt under den första förlossningen. Kvinnorna kände sig för det mesta jämlikt och individuellt bemötta, men enstaka kände sig utanför och annorlunda t.ex. då medpatienter inte ville dela rum med dem. De uppskattade att mannen fick vara med på förlossningen, men skulle gärna sett att flera familjemedlemmar fick besöka dem under sjukhusvistelsen och att stödpersoner alltid skulle få följa med om det blev kejsarsnitt.

Rantanen (2018) undersöker vilka utmaningar vårdpersonalen ställs inför i samband med vården av omskurna kvinnor genom en s.k. "scoping review" (översiktsstudie). Resultatet beskriver utmaningar i vården av kvinnor som blivit omskurna. Vårdpersonalen kunde pga. okunskap försumma att diskutera omskärelse under graviditeten. De kände inte heller alltid till när och hur de skulle öppna de omskurna kvinnorna, vilket kunde ha negativa konsekvenser under förlossningen. De omskurna kvinnorna kunde vara övertygade om att religionen påbjöd omskärelse eller att omskärelsen var till nytta för dem och deras döttrar t.ex. genom att minska sexuell lust. Vårdpersonalen ansåg att omskärelse var ett känsligt ämne att ta upp och var rädda att orsaka lidande hos kvinnan. De saknade riktlinjer för hur de skulle agera. Omskärelsen orsakade både psykiska och fysiska konsekvenser för kvinnorna och upplevdes som en etisk utmaning för vårdpersonalen.

Vård- och utbildningsrekommendationer för vårdpersonal som vårdar kvinnor som blivit omskurna presenteras. Vårdpersonalen behöver mer utbildning och fortbildning om kvinnlig omskärelse, ett professionellt förhållningssätt, användning av tolk och interkulturellt vårdande. Tabun kring kvinnlig omskärelse måste brytas och gemensamma riktlinjer för vården av kvinnor som blivit omskurna behövs. (Rantanen 2018)

Gäddnäs och Snellman (2019) gjorde en systematisk litteraturoversikt på 7 kvalitativa och 14 kvantitativa vetenskapliga studier om sexuell och reproduktiv hälsa hos kvinnor som blivit omskurna. De kom fram till att kvinnlig omskärelse orsakar problem i sexuellt umgänge. Omskurna kvinnor känner mera smärta i samband med sex, menstruation och vid förlossning. Omskurna kvinnor har svårare att känna sexuell njutning och tillfredsställelse. Omskurna kvinnor har större risk för förlossningskomplikationer såsom bristningar och episiotomier. Kejsarsnitt förekommer oftare bland omskurna kvinnor. Äktenskapet kan också påverkas negativt av kvinnlig omskärelse då kvinnan undviker intimitet. Omskurna kvinnor upplever mera rädsla och ångest inför både sex och förlossning, och de kan också ha en negativ kroppsuppfattning. Sammanfattningsvis kan man säga att kvinnlig omskärelse har enbart negativa konsekvenser för kvinnan på alla plan.

Jansson (2018) intervjuade sju barnmorskor för att beskriva barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål i mödravård i sjukhusmiljö. Barnmorskorna berättar att de minst en gång per vecka träffar kvinnor med främmande modersmål. De upplever det utmanande och givande att vårda kvinnor med främmande modersmål. Ibland känner de sig hjälplösa och frustrerade. Kvinnorna kommer från olika kulturer och har olika livssituationer. Barnmorskorna upplever att det viktigaste var att försöka få en god vårdrelation med kvinnorna med främmande modersmål genom ett vänligt bemötande, att visa respekt, att bryr sig och att vara närvarande. Barnmorskorna använde hjälpmedel såsom professionell tolk, bilder och material på andra språk, översättningsprogram och kroppsspråk för att underlätta kommunikationen. Inget av dem kunde ändå ersätta ett gemensamt språk. Vårdarna ville helst använda kvinnliga professionella tolkar, men ibland kunde det vara utmanande då de inte är tillgängliga utanför kontorstid eller de inte är säkra på om de översätter allt på ett sätt som vårdarna skulle vilja. Ibland används inte professionella tolkar tillräckligt ofta av kostnadsskäl. Att använda telefontolk känns otympligt och är inte lika lätt som att ha tolken på plats. Om en manlig tolk används, får han ibland stå bakom ett skycke under förlossningen pga. sedlighetsregler, som inte tillåter att en okänd man ser kvinnan. Kvinnorna behövde få tillräckligt med stöd under förlossningen för att kunna hantera smärtan. På BB behöver kvinnorna få mycket information på kort tid. Jansson föreslår att en professionell tolk skulle träffa kvinnan varje dag medan hon är på BB och tolkarna skulle vara tillgängliga dygnet runt, för att förbättra vården. För att stöda kvinnor som saknar anhöriga under förlossningen, föreslås doulor med gemensamt språk med kvinnan. De flesta barnmorskor är positivt inställda till vård av patienter med annan kulturell bakgrund. Vårdarna vill gärna lära sig mer och efterlyser fortbildning. Utmaningar förutom kommunikationen är t.ex. synen på kvinnan. De flesta upplever ändå att vårda patienter från andra kulturer är både intressant, givande, berikande och lärorikt. (Jansson 2018)

Ravald (2019) ville få en inblick i vårdpersonalens upplevelser av den transkulturella vården genom att skicka ut en enkät till vårdpersonalen på Hälsovårdscentraler i Österbotten. Den elektroniska enkäten besvarades av 46 personer. Majoriteten av de som svarade var sjukskötare och hälsovårdare. De upplever den transkulturella vården utmanande, intressant och givande. Kommunikation, bemötande och respekt är de återkommande ämnen som visar grunden till en god vård, men som också är de faktorer som kan vara utmanande för vårdpersonalen. Studien grundade sig på Gigers och Davidhizars modell för kulturell bedömning. Både verbal och icke-verbal kommunikation och personligt utrymme var ämnen som vårdpersonalen uppfattade att

beaktades i vården, medan social organisation, tidsuppfattning, miljökontroll och biologiska variationer var mindre bekanta. Olika synsätt och värderingar bör beaktas inom vården för att den transkulturella vården ska kunna utformas. Kommunikation beaktades genom att tolk användes eller genom tydlig och enkel kommunikation. Integritet beaktades genom att kvinnliga patienter fick kvinnliga läkare och manliga patienter manliga läkare, om de önskade det. Tiden beaktades så att längre tid bokades för vårdmöten. Respekt beaktades genom att patienten fick berätta om sin bakgrund, önskemål, religion och matseder accepterades. Majoriteten av vårdpersonalen anser att arbetsplatserna borde satsa mera på transkulturell vård, genom bland annat fortbildning och diskussion.

Ett varmt tack riktas till överlärare Maj-Helen Nyback som har skrivit förordet till rapporten och stött mig i redigeringen av rapporten.

Vasa i januari 2020

Anita Wikberg

Lektor, Yrkeshögskolan Novia



## 2 "Då kände jag mig ensam och saknade mitt hemland" – En kvalitativ studie om invandrarkvinnors beskrivning av mötet med vården i Finland: Seynab Ali & Emma Dahl

### Abstrakt

Detta examensarbete handlar om invandrarkvinnors beskrivning av vården i Finland. Vårt syfte med detta arbete är att undersöka hur invandrarkvinnor upplever vården i Finland. Med detta arbete hoppas vi kunna bidra till en ökad förståelse hos vårdpersonalen för kvinnor från andra kulturer.

Materialet har samlats in med hjälp av en fokusgruppintervju där fyra invandrarkvinnor deltagit. Analysmetoden i detta arbete är kvalitativ innehållsanalys, och vi har kunnat urskilja fyra huvudkategorier: bemötandet i vårdsammanhang, kultur, kommunikation och vårdssystem. Sammanfattningsvis har vårt arbete visat att kvinnorna är ganska nöjda med vårdsystemet medan de är mer missnöjda med bemötandet i vården och vårdpersonalens kulturella kompetens. Kvinnorna efterfrågar en ökad förståelse hos vårdpersonalen för andra kulturer och de har ibland förväntat sig att bli bemötta mer respektfullt. Kvinnorna jämför också vården i Finland med vården i sitt hemland och ibland har de saknat sitt hemland där de skulle ha blivit förstådda.

Våra resultat har vi reflekterat mot Gigers och Davidhizars transkulturella vårdmodell och de sex fenomen som den omfattar. Resultaten ger flera likheter med modellen och särskilt fenomenen kommunikation och social organisation kan lyftas fram som identifierbara aspekter. Slutligen kan vi konstatera att kvinnorna har en positiv syn på att den kulturella kompetensen kan utvecklas i framtiden i Finland.

**Nyckelord:** Transkulturell vård, bemötande, invandrarkvinna, kulturell kompetens, fokusgrupp

Nimike: "Silloin tunsin yksinäisyyttä ja kaipasin kotimaata"– Laadullinen tutkimus maahanmuuttajien naisten kuvaus suomen terveydenhuollon tapaamisesta

### **Tiivistelmä**

Tämä opinnäytetyö käsittelee maahanmuuttajanaisten kuvausta Suomen terveydenhoidosta. Tutkimuksen tarkoitus on kuvata millä tavalla maahanmuuttajanaiset kokevat Suomen terveydenhoitoa. Toivomme että tutkimuksen avulla voimme vaikuttaa suurempaan ymmärrykseen sairaanhoitohenkilöstöllä koskien naisia toisesta kulttuurista.

Aineisto on kerätty fokushaastatteluryhmästä, joka koostuu neljästä maahan-muuttajanaisista. Tarkastelumenetelmä on laadullinen sisällön analyysi, ja olemme eritelleet neljä pääluokkaa. Kohtelu hoitoyhteyksissä, kulttuuri, viestintä ja hoitojärjestelmiä. Yhteenvetona voimme todeta, että naiset ovat yleensä tyytyväisiä hoitojärjestelmiin, kun he toisaalta ovat tyytymättömiä kohteluun ja hoitohenkilöstön kulttuuritaitoihin. Naiset odottavat lisää ymmärrystä toisista kulttuureista ja he ovat usein toivoneet, että olisivat saaneet kunnioitettavampaa kohtelua. Naiset vertailevat myös Suomen hoitoa kotimaan hoitoon ja siinä he huomauttavat, että kaipaa välillä oman maan hoitoa missä heitä ymmärretään.

Olemme heijastaneet tulokset suhteessa Gigerin ja Davidhizarin transkulttuuriseen hoitomalliin ja sen kuuteen ilmiöön nähden. Tuloksista löytyy monta yhtäläisyyttä malliin. Erityisesti viestintä ja sosiaalinen organisaation voidaan nostaa esille ilmiönä, jotka ovat identtisinä mallin kanssa. Lopuksi voimme todeta, että naisilla on positiivinen asenne siihen, että kulttuurinen pätevyys kehittyy tulevaisuudessa Suomessa

**Avainsanat:** Transkulttuurinen hoito, kohtaaminen, maahanmuuttajanaisten, kulttuurinen osaaminen, fokusryhmä

Title: "Then I felt lonely and missed my native country" – A qualitative study on immigrant women's description of the encounter with health care in Finland

### **Abstract**

This thesis is about immigrant women's description of the health care in Finland. Our aim in this work is to study how immigrant women experience the health care in Finland and what kind of expectation they have. With this work, we hope we can contribute to increased understanding of healthcare professionals for women from other cultures.

The material has been collected using focus group interviews where four immigrant women participated. The analysis method in this work is qualitative content analysis and we have distinguished four main categories: treatment in health care, culture, communication and care system.

In summary, our work has shown that women are quite satisfied with the healthcare system, while they are more unsatisfied with the encounter with the care and the healthcare professionals' cultural competence. The women require an increased understanding of healthcare professionals for other cultures, and they sometimes expect more respectful encounter. Women also compare the care given in Finland, with the care given in their country of origin, and sometimes they miss their country, where they were understood.

We have reflected our results to Giger and Davidhizar's transcultural care model and the six phenomena it encompasses. The results showed similarities with the model and especially the phenomenon of communication and social organization can be raised as identifiable aspects. Finally, we conclude that the women have a positive view concerning development of cultural skills in the future in Finland.

**Key words:** Transcultural care, encounter, immigrant women, cultural competence, focus group

## 2.1 Inledning

Mötet i vården mellan en vårdare och en person med annan kulturell bakgrund kan medföra många utmaningar. Vi har utgående från vår praktiska erfarenhet av vården, uppmärksammat att det många gånger uppstår en känsla av osäkerhet hos vårdaren, när de ska vårda en person från ett annat land. Skribenternas gemensamma erfarenheter av den kliniska vården är att vårdpersonalen många gånger undviker patienter med en annan kulturell bakgrund eller att de ger mindre av sin tid till dem. En av skribenterna är uppväxt i Finland men kommer ursprungligen från Somalia och den andra skribenten är född och uppväxt i Finland som finlandssvensk. Tillsammans fann vi genom samtal ett gemensamt intresse för mötet med kvinnor från främmande kulturer i vården.

Att komma till ett främmande land med ett helt annat hälsovårdssystem kan upplevas vara påfrestande av många invandrare. Den främsta orsaken är att dessa individer måste bekanta sig med det nya hälsovårdssystemet och anpassa sig efter de nya reglerna. Att lära sig språk, den finländska vården och dess uppbyggnad samt fungera i samhället är ofta något invandrarkvinnor strävar efter. Men trots det möter de motgångar som ofta leder till missförstånd i olika grad samt missnöje med vården. I detta fall är det främst språk, patientens krav och förväntan på vården som avgör hens upplevelse gentemot den finländska vården.

Det finländska samhällets demografi genomgår ständigt förändring. Många människor är på flykt världen runt och i slutet av år 2016, har enligt Förenta nationerna (2017) så mycket som 65,6 miljoner människor runt om i världen tvingats ge sig på flykt från sina hem pga. konflikter eller förföljelse. Denna massiva flyktingrörelse har även påverkat invandringen till Finland. Enligt statistiska uppgifter från Migrationsverket (2018a) har över 64 000 ansökt om uppehållstillstånd i Finland år 2017. Det kommer att behövas kompetens för att möta människor från andra kulturer i vården nu och i framtiden. Under år 2015 bokstavligen strömmade det in asylsökande till Finland (se t.ex. YLE 2015). Diskussionen om personer som kommer från andra kulturer har således varit mycket aktuell i Finland de senaste åren. Det har skrivits om detta i medier och nyheter, t.ex. skrevs nyligen en artikel i Hufvudstadsbladet (2018) om asylsökande kvinnors situation och i artikeln framkommer kvinnors utsatthet under sådana förhållanden samt vilka hemska upplevelser de har i sitt bagage.

I vårt arbete kommer vi att lägga fokus på hur kvinnor med utländsk bakgrund upplever att de bemöts i den finländska vården. Detta arbete anser vi är viktigt och lärorikt, eftersom vi som blivande sjukskötare kommer att komma i kontakt med människor som kommer från olika länder

i världen. Det är då viktigt att kunna förstå hur de tänker och att kunna hjälpa dem på bästa möjliga sätt. Genom att utgå från invandrares egna berättelser kan man bidra till kunskap om vilket kunnande vårdpersonal behöver i det transkulturella vårdarbetet.

## **2.2 Syfte och frågeställningar**

Vårt syfte med detta arbete är att undersöka hur invandrarkvinnor upplever vården i Finland. Vår avsikt är att fördjupa förståelsen för flyktingkvinnor i ett vårdssammanhang. Våra forskningsfrågor är följande:

1. Hur beskriver invandrarkvinnor mötet med den finländska vården?
2. Vilka förväntningar har invandrarkvinnor på vården?

Genom våra forskningsfrågor hoppas vi öka förståelsen för hur den kulturella bakgrunden påverkar de förväntningar kvinnorna har på vården och hur de upplever att de blivit bemötta i vården. Frågorna kan ge djupare insikt om vilka svårigheter flyktingkvinnor kan ha och vilket stöd de behöver i vården. I detta arbete ges kvinnor med lite varierande erfarenheter och i olika åldrar möjlighet att reflektera kring sina upplevelser gemensamt, vilket kan ge kunskap på mer detaljerad nivå. Vår undersökning ger även möjlighet till vårdpersonal att reflektera kring vilket kunnande de behöver för att i ett professionellt sammanhang kunna bemöta kvinnor med annan kulturell bakgrund.

## **2.3 Bakgrund**

I följande kapitel ger vi en bakgrund till vårt arbete. Vi ger en överblick av tidigare forskning som berör vårt tema. Därtill beskriver vi teoretiska modeller från vårdvetenskapen som vi utgår från i denna forskning.

### **2.3.1 Invandrare i Finland och rättigheter till vård**

Det finns olika ord för att benämna en person som kommer från ett annat land, t.ex. asylsökande, flykting, kvotflykting och invandrare. Gemensamt för dessa olika ord är att de syftar till en person som har en annan kulturell bakgrund. På migrationsverkets hemsida (2018b) finns en ordlista som ger förklaringar till dessa ord. Med asylsökande menas "en person som ansöker om skydd och uppehållsrätt i en främmande stat. En asylsökande får flyktingstatus om han eller hon beviljas asyl". En flykting är "en utlänning som känner välgrundad fruktan för förföljelse på grund av sitt ursprung, sin religion, nationalitet eller tillhörighet till en viss samhällsgrupp eller på grund av sin

politiska uppfattning". En kvotflykting är "en person som FN:s flyktingorgan UNHCR anser vara flykting och som beviljats uppehållstillstånd inom flyktingkvoten som fastställts i statsbudgeten". Invandrare definieras som "en person som flyttar till ett land (Finland)". En flykting har ofrivilligt lämnat sitt land medan en invandrare har gjort ett val att flytta. I föreliggande arbete kommer asylsökande, invandrare och flykting att behandlas synonymt med deltagare i resultatkapitlet. I kapitlet 2.3.2 och i arbetet som helhet använder vi ordet invandrare för att syfta till en person som kommer från en främmande kultur.

I slutet av år 2016 bodde det i Finland 354 000 människor som talar ett främmande språk (annat språk än finska, svenska och samiska), totalt 6,4 % av befolkningen (Statistikcentralen 2018). Denna andel av befolkningen är enligt statistiken högre än de med svenska som modersmål. Statistiken visar att denna andel av befolkningen som talar ett främmande språk ökar i vårt land. Under år 2017 sökte 64 484 personer uppehållstillstånd i Finland och 9418 personer sökte internationellt skydd. Enligt statistiken har man utfärdat 83 645 positiva beslut under år 2017 men beslut kan inte jämföras med ansökningar eftersom det finns en fördröjning mellan inlämnande av ansökan och utfärdande av beslut. Den största gruppen som fick positivt besked år 2017 är människor som kommer från Ryssland och den näst största gruppen är människor från Irak. Därefter är de största grupperna människor från följande länder: Kina, Indien, Vietnam, Afghanistan, Somalia och Ukraina (Statistikcentralen 2018).

Kommer man till Finland som kvotflykting har man rätt till vård enligt det finländska hälso- och socialvårdssystemet och man får således ersättning via Folkpensionsanstalten (FPA). Är man asylsökande får man vård via flyktingförläggningar som upprätthålls av staten, Finlands Röda korset och kommunerna (Folkpensionsanstalten 2017). Oavsett om man har en hemkommun i Finland eller inte, så har man rätt till akutvård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2010/1326) är man skyldig att ge brådskande vård till den som behöver det: "Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt" (§15). Om personen är "papperslös" betalar hen själv för sin vård, men detta ordnas efter den akuta omvårdnaden (STM 2018). Med papperslös menas att man inte har något uppehållstillstånd i landet. En asylsökande har under asylprocessen rätt att vara i landet och bor då på asylförläggningar, men om ett negativt besked fås måste den asylsökande lämna landet (Migrationsverket 2018c).

En central aspekt när det handlar om vård och invandrare är språket. Enligt lagen om patientens rättigheter och ställning (1992/785 § 15) ska en patient få information så att hen i tillräcklig

utsträckning förstår innebörden av den. "Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården inte behärskar det språk som patienten använder eller om patienten på grund av hörsel-, syn- eller talskada inte kan göra sig förstådd, skall tolk anlitas i mån av möjlighet" (1992/785 § 15). Brämberg et al. (2010) lyfter i sin studie fram sårbarheten hos invandrare med otillräckliga språkkunskaper och hur viktigt det är att de får möjlighet till tolkning.

### **2.3.2 Invandrare i vårdssammanhang**

I detta kapitel ger vi en överblick av tidigare forskning om vård av personer från en främmande kultur. Flera tidigare forskningar om flyktingar och vård visar att svårigheterna i sammanhanget har att göra med språk och kommunikation, svårigheter att tillgodogöra sig information och svårigheter att orientera sig i vårdssystemet (se t.ex. Hill, Gray, Stroud & Chiripanyanga 2009; Wikberg & Bondas 2010; Müllersdorf 2011; Seffo, Krupic, Grbic & Fatahi 2014; Byrskog 2015; Straiton & Myhre 2017).

Invandrades hälsa är enligt forskning ofta sämre än landets befolkning. Mentala problem är också vanligare hos flyktingar. Enligt Hill et al. (2009) kan det i Amerika vara en av sex flyktingar som har fysiska hälsoproblem som kan ge allvarlig inverkan på deras livskvalitet och dessutom är det två tredjedelar som upplever ångest och depression. I en svensk undersökning (Socialstyrelsen 2000) om hälsa hos invandrare visar resultaten att invandrare i allmänhet upplever sig ha sämre hälsa än svenskarna. Det fanns betydande skillnader mellan kvinnor och män. Kvinnorna i undersökningen verkar ha mellan en och en halv och tre gånger större risk än män att drabbas av ohälsa. I undersökningen framkom tydligt att kvinnor från Iran och Turkiet hade sämst upplevelse av sin hälsa då över hälften av dem uppgav dålig hälsa. I en finsk studie (Castaneda, Rask, Koponen, Mölsä & Koskinen 2012) om invandrades hälsa och välmående var målgrupperna ryssar, somalier och kurder. I den studien framkom det också att kvinnorna upplever sämre hälsa än männen. De kurdiska och ryska kvinnornas upplevda hälsa var betydligt sämre än somalierna (Castaneda et al. 2012, 65–90). Resultatet från den finska studien liknar resultaten från andra europeiska studier där det också framgår att nästan alla invandrargrupper upplever sämre hälsa än den övriga befolkningen (Nazroo 2003; Nielsen & Krasnik 2010; Dinesen, Nielsen, Mortensen & Krasnik 2011).

För att kunna ge kulturellt ändamålsenlig och kompetent vård är det viktigt att sjukskötaren kommer ihåg att varje individ är kulturellt unik genom sina tidigare erfarenheter, kulturella övertygelser och kulturella normer (Giger & Davidhizar 2004, 9). De tidigare erfarenheterna kan leda till känslor och förväntningar i en vårdssituation som inte direkt har att göra med kulturella normer. Att bli accepterad i det nya landet har betydelse för hur en flykting upplever hälsan

(Samarashinge & Arvidsson 2002) och det i sin tur kan påverka hur man förväntas bli bemött i en vårdsituation. Om man har negativa erfarenheter av andra instanser i samhället kan det hända att man förväntar sig dåligt bemötande också från vårdpersonal.

I en studie av Brämberg och Nyström (2010) blir det tydligt att patientens hela livssituation måste beaktas i vården utan fördomar om specifika kulturella behov. Det finns en stark relation mellan en lyckad migrationsprocess och i vilken utsträckning en person är engagerad i sin egen vård. Erfarenheterna av att komma till det nya landet och hur pass bra en person har integrerats i samhället har också betydelse för hur personen upplever vården. Studien understryker att det är upplevelsen hos patienten som sjukskötaren ska utgå ifrån och inte kunskapen om specifika kulturella aspekter.

### **Etniska grupper och erfarenheter av vård**

Det finns inte en omfattande mängd med studier som berättar om mötet med invandrarkvinnor i vården. Kunskapen om hur man möter en människa från en annan kultur tar sin början både hos den egna kontexten och i den kontext man möter. Dayer-Berenson (2010, 71–72) lyfter fram vikten av att känna till en persons kulturella referensram för att kunna förstå personen. Vidare poängterar Dayer-Berenson att i mötet mellan vårdare och patient måste vårdaren vara observant på att inte utgå från stereotyper och skapa förutfattade meningar om patienten. För att kunna förstå patienten från en främmande kultur behöver man studera vilka erfarenheter de har som patient och vad de framför som viktiga aspekter i vårdmötet. Tidigare forskning visar att både religionen och kulturen lyfts fram som betydande hörnstenar i mötet med vårdpersonal (Cortis 2000; Hamilton & Zahera 2008; Simpson & Carter 2008).

Hamilton och Zahera (2008) har i sin studie undersökt vad etniska grupper har för åsikt om vårdarbete och de använde sig av fokusgrupper i sin studie. Tre övergripande teman kunde urskiljas i deras studie. Deltagarna påpekade att det är avgörande om vårdarna har kunskap om tillämpningen av religion och kultur för att de ska kunna förstå grundläggande övertygelser och praxis. Det andra temat som lyfts fram i studien var att vårdarnas handlande och uppförande antingen bekräftar eller ignorerar de specifika kraven som patienten har. Slutligen betonades det naturliga kommunikationsproblemet för dem som inte var språkkunniga.

I en studie av Cortis (2000) studerades vilka erfarenheter av vården en grupp pakistanier i England hade. Där framkom det att deltagarna förväntar sig att vårdaren ska behandla dem med respekt och visa välvilja. En av deltagarna i studien beskrev att en del av vårdarna inte alls visade intresse



för att tala med eller lyssna på patienten. Resultaten i studien tyder på ett starkt samband mellan vårdarbete, vårdande och islamska värderingar. Deltagarnas kulturella och religiösa kontext influerar deras syn på vårdarbetet och deras förväntningar på vårdarna.

### **Invandrarkvinnor och vård**

I vår studie koncentrerar vi oss på kvinnor och deras erfarenheter av vården. Vården av kvinnor innebär andra utmaningar än vården av män bland annat pga. deras reproduktiva förmåga. I flertalet studier har man intresserat sig för flyktingkvinnor och mödravård (se t.ex. Berggren, Bergström & Edberg 2006; Wikberg & Bondas 2010; Hill, Hunt & Hyrkäs 2012; Wikberg, Eriksson & Bondas 2014; Boerleider 2014), något som är naturligt då det är ett specifikt område för kvinnor. Forskningen inom mödravården har visat på att vården av kvinnor är ett komplext område. Då tidigare forskning även visat att kvinnan verkar vara mer benägen att uppleva ohälsa (se kapitlet 2.3.2) är det intressant att studera deras erfarenheter av mötet med vården.

Straiton och Myhre (2017) har studerat hur thailändska och filippinska invandrarkvinnor lär sig hälsovårdssystemet i Norge och deras resultat visar att kvinnor med lägre utbildning har mer svårigheter att förstå hur systemet fungerar. Det är inte en självklarhet att de kan navigera sig fram i hälsovårdssystemet och de förstår inte primärhälsovården och möjligheter till att få tolkning. De baserar sitt kunnande på tidigare erfarenheter (kunskap om hälsovårdssystemet i eget land) och även om de har någon kunskap om det nya landets sjukvårdssystem, förstår de inte fullständigt hur de kan undvika att t.ex. uppsöka akutvård genom att utnyttja primärhälsovården och det kan vara orsaken till att de oftare uppsöker vård under jourtid. Undersökningen tyder på att det borde finnas information att tillgå på många språk så att invandrare kan läsa information på ett språk som de förstår. Studien visar ytterligare att informella nätverk har betydelse för hur invandrare får kunskap och man borde använda sig av dessa för att sprida information.

Simpson och Carter (2008) har studerat vilka erfarenheter muslimska kvinnor har av vården i USA. Av studien framkom det att kön spelar en avgörande roll när de söker vård. Det väckte dåligt samvete hos kvinnorna att bli undersökta av män och de önskar att de skulle få bli behandlade av kvinnor så långt det bara var möjligt. I intervjuerna med dessa kvinnor belystes religionen som en drivande motivation till deras kontakt med vården. Genom religionen beskrev kvinnorna hur förhållandet mellan man och kvinna definieras och dessa definitioner har stor inverkan i ett vårdssammanhang. Kvinnorna baserade även sina reflektioner kring om de upplevt vården som positiv eller negativ, på basen av interaktionen med de professionella aktörerna inom vården. Om

de religiösa tillämpningarna (t.ex. gällande handskakning och ögonkontakt) hade bevarats i hög grad upplevde kvinnorna mötet som mer positivt.

Studien av Simpson och Carter (2008) visade också att kvinnorna jämförde hälsovården i sitt hemland med det nya systemet (se även Berggren et al. 2006 och Straiton & Myhre 2017). Många saker var obekanta för kvinnorna och resultaten visar att de som var mer kunniga i engelska anpassade sig i högre grad och var mindre passiva än de som inte kunde språket så bra. Det förekom mer interaktion mellan patient och vårdare i USA jämfört med i deltagarnas hemländer och de var således inte vana att t.ex. ställa frågor. Av studien framgår det att immigranterna efterlyste information om systemet i form av muntligt berättande. Även i en studie av Byrskog (2015) framkom resultat om behov av information. Invandrarkvinnor känner inte alltid till vilka rättigheter de har i samhället och vårdaren kan behöva fungera som en "brobyggare" för kvinnan till det nya samhället hon lever i (Byrskog 2015).

Brämberg, Nyström och Dahlberg (2010) har studerat vilka erfarenheter invandrarkvinnor har av att vara delaktiga i vården. Delaktigheten är viktig på så sätt att kvinnorna känner sig mer delaktiga i samhället om de också får en känsla av delaktighet i vården. För att kvinnorna ska uppleva delaktighet ska de bli lyssnade till och medtagna i diskussionen om deras vård. I egenskap av vårdare ska man komma ihåg att inte behandla invandrare som en homogen grupp utan de är individer vars behov är olika trots deras kulturella tillhörighet. Individualismens betydelse framkom också i studien av Byrskog (2015) där barnmorskorna ansåg att det var svårt att ge vård enligt en standard och att det istället behövs individuellt bemötande.

### **2.3.3 Transkulturell vård**

Det finns många olika begrepp för att beskriva vård av patienter från en annan kultur, t.ex. transkulturell vård (eng. transcultural nursing), tvärkulturell vård (eng. crosscultural nursing), interkulturell vård (eng. intercultural nursing), mångkulturell vård (eng. multicultural nursing, fi. monikulttuurinen hoitotyö), internationell, transnationell vård och etnovård (Wikberg 2014, 44–45). Transkulturell vård är det vanligaste begreppet och det har vi valt att utgå ifrån i vår teoretiska referensram för detta arbete (se nedan). Vi beskriver även begreppen vård och kultur.

#### **Vård och vårdande**

*Vård* (eng. care, fi. hoito) definieras enligt Eriksson (1986, 16) som "alla de åtgärder som direkt eller indirekt riktar sig mot individen (eller familjen) och/eller individens miljö" för att främja hälsan eller bidra till upprättandet av hälsan. I detta arbete finns många hänvisningar till engelskspråkig

litteratur och där förekommer ofta *nursing*. Med det begreppet menas enligt Eriksson sjukskötarens vård, vårdarbete. I detta arbete förekommer begreppet *transcultural nursing* vilket ofta översätts till *transkulturell vård* på svenska (Wikberg 2014, 12). Vård kan uppfattas som ett övergripande begrepp och en beteckning på all vårdverksamhet (Eriksson 1986, 16–17). I detta arbete använder vi begreppet vård som en allmän beteckning på vårdverksamhet.

*Vårdande* är enligt Eriksson (2000) ett naturligt mänskligt beteendemönster och dess substans är att ansa, leka och lära. Eriksson (2000, 23) ser människan som helhet med kropp, själ och ande. Vidare menar hon att "vårdandet i dess olika former utgör den relation som sammanbinder, reglerar och möjliggör människans varande som helhet, hälsa". Vårdandet ligger som grund bakom vårdvetenskapliga teorier och är en human verksamhet. Om man uppfattar vårdandet som Eriksson beskriver det, förutsätter det en hög grad av ömsesidighet mellan patient och vårdare. En relation är grunden för ett lyckat möte (Eriksson 2000). Inom den transkulturella vårdteorin intresserar man sig för interaktionen mellan en vårdare och en person från en främmande kultur och det är också relationen som står i fokus i denna vårdteoretiska inriktning.

### **Kulturella begrepp**

I detta arbete har vi fördjupat oss i Giger och Davidhizars (2017) transkulturella vårdmodell. Deras idéer tar sitt ursprung hos Leininger, en pionjär som på 1950-talet utvecklade en teori om transkulturell vård och därmed gav upphov till dess utveckling och forskning inom området (McFarland 2010). Leininger (1991) beskriver kultur som något dynamiskt, något som förändras med tiden. Det är en mall för hur människor lever och dör i olika grupper runt om i världen. Den definieras som något inlärt bestående av språk, konst och värderingar hos en befolkning. Vilket har överförts från generation till generation enligt Leininger och McFarland (2002, 47). Wikberg och Eriksson (2008, 486) tar inspiration från Leininger och de menar att kultur är "ett mönster av inlärd men dynamiska värderingar och åsikter som ger mening till erfarenheter samt inspirerar tankar och handlingar hos individer i en etnisk grupp" (fritt översatt).

I detta arbete utgår vi från Gigers och Davidhizars definition av kultur: "*Culture is a patterned behavioral response that develops over time as a result of imprinting the mind through social and religious structures and intellectual and artistic manifestations*" (kultur är ett mönster av beteendemässigt uttryck som utvecklas med tiden som ett resultat av att tankar präglas av sociala och religiösa strukturer samt intellektuella och konstnärliga uttryck (fritt översatt från Giger & Davidhizar 2017, 2). Vidare menar Giger och Davidhizar att kulturen också är ett resultat av inlärd mekanismer som kan vara medfödda men som huvudsakligen påverkas av interna och externa

miljöstimuli. Kulturen formas av våra värderingar, övertygelser, normer och praxis som delas av medlemmar som tillhör samma kulturella grupp. Kulturen handleder oss när vi tänker, utför handlingar och finns till. På så sätt framträder mönster av uttryck för vilka vi är och dessa går vidare från en generation till nästa generation. Giger och Davidhizar lyfter fram att oavsett vilken definition av kultur man använder så är kultur en dynamisk, föränderlig, aktiv eller passiv process.

När man som sjukskötare möter människor från andra kulturer kan det vara till sin fördel om man under sina studier eller livserfarenheter har skaffat sig någon kunskap om andra kulturer. Holland och Hogg (2010) använder begreppet *kulturell medvetenhet* och med det menar de att det behövs både djupare kunskap om en eller flera kulturer och allmän kunskap om många kulturer. Att ha kulturell medvetenhet är ett finkänsligt kunnande där man måste akta sig för att skapa stereotyper av människor från olika kulturer, eftersom det finns individuella skillnader. Redan när man vårdar personer från sin egen kultur kan man identifiera individualismens betydelse t.ex. man kan vara finländare men tillhöra olika trossamfund. Sjukskötaren behöver en komplex kunskap för att kunna ge ändamålsenlig kulturell vård som samtidigt möter de individuella behoven (Holland & Hogg 2010, 64).

Begreppet *kulturell kompetens* ligger nära kulturell medvetenhet men används i litteratur med varierande definitioner. Giger och Davidhizar (2017, 7) definierar kulturell kompetens som en dynamisk och rörlig kontinuerlig process. Genom en process skapar individer, system eller hälsovårdsproducenter meningsfulla och användbara strategier för vård, vilka baserar sig på kunskapen om det kulturella arvet, övertygelser, attityder och beteenden hos de som är mottagare av vården. Giger och Davidhizar (2017, 7) lyfter fram att vårdpersonal måste använda sig av kunskap från begreppsmässiga och teoretiska modeller om kulturellt ändamålsenlig vård för att uppnå kulturell kompetens.

Kultur kan skapa en egocentrisk syn där individen har en egen åsikt om vad som är rätt och fel, ett eget synsätt på hälsa och sjukdom. Detta kan orsaka att individen blir förblindad och uppfattar något som rätt eller fel utifrån sin egen kultursyn. Begreppet *etnocentrism* innebär att vi dömer andra grupper utgående från vår egen kulturella synvinkel. När vi har begränsat kunnande om andra kulturer är det också lättare att vi gör felbedömningar, eftersom vi saknar erfarenhet (Dayer-Berenson 2011, 52). Sjukskötaren bör vara medveten om att hans syn på rätt och fel inte är någon absolut sanning. De idéer som andra presenterar är inte underlägsna utan de är meningsfulla för dem. (Giger & Davidhizar 2017, 59) I vårdsammanhang kan kultur definieras fel när man förknippar kultur med en handling som utförts av en patient med annan kulturell bakgrund. Vårdpersonalen

kan föreställa sig att de framstår som att de endast handlar efter sin professionella kunskap, medan patienten förknippas med kultur (Björngren 2010, 30). Detta är också ett etnocentriskt synsätt hos vårdpersonal, att deras handlingar är mer rättfärdiga än patienternas.

Det är viktigt att sjukskötaren har förståelse, vilja och visar hänsyn till andra kulturer. Eftersom den multikulturella mångfalden ökar finns det i samhället krav på att sjukskötaren ska kunna erbjuda kulturellt anpassad vård till patienter med annan kulturell bakgrund. Dessa patienter har i sin tur förväntan på att bemötas professionellt, där sjukskötaren beaktar patientens individuella värderingar samt tro. Enligt Gebru och Willman som ingår i Björngren Cuadra (2010) grundar sig kompetens på vetenskap men även beprövad erfarenhet. Den erfarna sjukskötaren har bredare syn samt förståelse för att kunna fungera professionellt. En gemensam kultur bidrar till ökad förståelse för en handling, händelse och situation. På så sätt är det lättare för olika människor med samma kulturella bakgrund att förstå varandra (Björngren Cuadra 2010). Kulturell förståelse betyder förmågan att kunna förstå hur olika människor tänker medan kulturell tolerans betyder att man visar tydligt om något anses vara väldigt oacceptabelt i ett land t ex. könsstympning eller barnmisshandel (Ekblad, Janson & Svensson 1996,7–9).

Det är en myt att kulturen förändras genom att man kommer till ett annat land och kommer i kontakt med andra kulturer. Det är snarare tvärtom och personens kulturella syn förblir oförändrad. Det bidrar till att individen fasthåller sin egen kultur och värderingar vid möten med olika kulturer. En individs identitet och språk har en stark samhörighet. Att komma till ett nytt land innebär att man måste lära sig språket samt hur vården fungerar i det nya landet. För den nyanlända personen kan en känsla av hopplöshet uppstå, även vid svårigheter att klara av enkla vardagsrutiner, sjukhusbesök och kontakt med vårdpersonal. (Ekblad et al. 1996, 7–9)

### **Transkulturell vård**

Enligt Dayer-Berenson (2011, 15) är de mest kända och använda modellerna om vårdande och kulturell kompetens följande: Purnell och Paulanka (1998); Leininger (2001); Giger och Davidhizar (2004) och Campinha-Bacote (2007). Vi har valt att utgå från Gigers och Davidhizars transkulturella vårdmodell.

Gigers och Davidhizars transkulturella modell utvecklades år 1988 för att möta behovet hos vårdstuderande som saknade kunskap om hur de ska ge god vård till patienter från andra kulturer (Giger & Davidhizar 2002: 185). Giger och Davidhizar (2004, 2017) har utvecklat sin teori med inspiration av Madeleine Leininger. Enligt Leininger och McFarland (2002, 5–12) är ett utmärkande

drag för definitionen av transkulturell vård att fokus finns på jämförandet av olikheterna (mångfalden) och likheterna mellan kulturer i relation till mänsklig omvårdnad, hälsa, välmående, sjukdom, synsätt och värderingar. Det transkulturella vårdteoretiska området utvecklades för att det fanns ett behov av kunskap om hur man vårdar patienter från olika kulturer.

Det kommer under detta århundrade att vara en utmaning för sjukskötarna att ge kulturellt ändamålsenlig vård. Det är ändå en nödvändighet att sjukskötaren kan förstå vikten av att ge en kulturellt anpassad vård i ett samhälle med föränderlig befolkningsstruktur. Inom utbildningen ger man sällan verktyg för detta och i det kliniska arbetet är det ofta svårt för sjukskötaren att göra en ändamålsenlig bedömning och att förmedla det som är kulturellt lämpligt (Giger & Davidhizar 2017, 3). För att möta behovet av praktiskt kunnande har Giger och Davidhizar (2004, 2008, 2017) utvecklat en transkulturell analysmodell. Vi har valt att fördjupa oss i denna modell, eftersom vi anser att den är begriplig, funktionell och humanistisk. Modellen antar ett holistiskt synsätt och den innehåller många av de värderingar som är kärnan i vårdvetenskaplig praxis.

Metaparadigmet i modellen av Giger och Davidhizar (2017, 5) inkluderar: 1) transkulturellt vårdarbete och mångkulturellt vårdarbete, 2) kulturellt kompetent vård, 3) kulturellt unika individer, 4) kulturellt mottagliga miljöer, 5) hälsa och hälsostatus baserat på kulturellt säregna beteenden gällande sjukdom och hälsa. Gigers och Davidhizars teoretiska utgångspunkter handlar om kunskapen om olika kulturer samt förmågan att uppfatta vårdarbetets innehåll, dess värderingar och normer. Varje individ ses som kulturellt unik och individen har sitt eget bagage, bestående av tidigare upplevelser, normer, tro och värderingar. Den kulturella aspekten vägleder sättet att tänka och handla, vilket definierar individens personlighet. Målet är att vårdpersonalen får tillräcklig kompetens om kultur samt kulturella skillnader, där de undviker att överföra egna värderingar samt synsätt på patienten. Det är även viktigt att sjukskötaren har förmågan att kunna urskilja sina egna värderingar samt kulturella övertygelser från patientens syn och tro. En viktig aspekt enligt Giger och Davidhizar (2017) är att sjukskötaren ska kunna förstå och bemöta patienten oavsett vilken nation, ras, religion och världssyn patienten har. (Giger & Davidhizar 2017, 5-7)

Inom ramen för Gigers och Davidhizars "transcultural assessment model" ses det transkulturella vårdarbetet som ett kulturellt kompetent tillämpningsområde som är klientcentrerat med forskning i fokus. Den transkulturella modellen inkluderar sex kulturella fenomen: kommunikation, utrymme, social organisation, tid, kontroll av omgivning/miljö samt biologisk variation. (Giger & Davidhizar 2017, 5-7)

**Kommunikation** är ett sätt att förmedla, uttrycka känslor och idéer samt identifiera eller beskriva någonting. Därför är kommunikation det första fenomenet som också anses vara det viktigaste fenomenet i modellen. Kommunikation går hand i hand med kultur, eftersom känslor och sättet man uttrycker sig på, definierar det kulturella beteendet. Det är ett brett område som även omfattar kroppsspråk, uttryck, beröring samt utrymme (Giger & Davidhizar 2017, 24)

Vid bemötandet av en patient med annan kulturell bakgrund är det viktigt att vårdpersonalen tar hänsyn till patientens beteende som kan påverkas av personens egen kultur, eftersom det kan leda till att missförstånd av olika grad uppstår. Patientens sätt att lyssna eller ge information kan upplevas vara annorlunda av vårdpersonalen, eftersom patienten t.ex. inte har ögonkontakt med vårdpersonalen. Utgående från patientens syn kan det bara handla om ett individuellt kulturellt beteende. Här kan man i mötet med personen från en annan kultur uppmuntra dem att berätta om sin kulturella syn på hälsa, mående, sjukdom och döden för att få förmågan att se patienten i sin helhet. Målet är att bemöta patienterna med respekt oavsett vilket språk patienten talar. Gällande kommunikation är det även viktigt att vårdpersonalen har kunskap att kunna tolka och förstå patientens ansiktsuttryck samt kroppsspråk via observation. (Giger & Davidhizar 2017, 24)

Det andra fenomenet är **rum**, vilket man definierar som personligt utrymme. Allt inom och utanför det avståndet är personligt. Det personliga utrymmet beskriver även det inre utrymmet, där man bearbetar tankar och känslor, som man har mottagit via kommunikation eller observation. Det kan vara unikt för individen och varierar från kultur till kultur. Patientens utrymme kan lätt invaderas om vårdpersonalen överträder avståndet mellan patienten själv och vårdpersonalen (Giger & Davidhizar 2008, 47–63).

Med **social organisation** menar Giger och Davidhizar (2008, 69–75) hur en kulturgrupp organiserar sig kring familjen. Uppfattningen om och synen på familjen påverkar den sociala organisationen. Familjens struktur, religiösa övertygelser och värderingar kan relateras till kultur och etnicitet. Den sociala organisationen är ett oförändrat område med en jämn och stabil balans.

**Tid** anses vara en viktig aspekt i vården av patienter med annan kulturell bakgrund. Kulturella grupper kan vara orienterade till dåtiden, nutiden eller framtiden (Giger & Davidhizar 2017, 99). En del människor som följer den förflutna tiden utgår från tradition och de har svårare att förstå, acceptera och uppnå mål. Medan andra orienterar sig till nutid, men är fortfarande fast i den förflutna tidsorienteringen. I detta fall är det viktigt att vårdpersonalen ger en ändamålsenlig vård

som även stämmer överens med den tid dessa patienter befinner i sig (Giger & Davidhizar 2017, 99).

**Miljökontroll** innebär när individen har förmågan att kontrollera och planera sin egen miljö. För patienter med en annan kulturell bakgrund är miljökontroll en viktig aspekt, eftersom de har bättre kontroll på sin hälsa om de har bra kontroll över sin miljö. De har lättare att söka vård eftersom de är måna om sin hälsa, medan patienter som har mindre kontroll över sin miljö ofta saknar förmågan att ha kontroll över sin hälsa. Dessa patienter har svårare att söka vård (Giger & Davidhizar 2008, 129–134). Giger och Davidhizar (2002, 185–186) talar om intern kontroll och extern kontroll. Om en person kommer från en kulturell grupp där man tror mera på extern kontroll (hälsan är oberoende av individen) kan det anses meningslöst att söka vård.

**Biologisk variation** är människans genetiska variationer som ras, kroppsbyggnad, utveckling och sjukdomar. Vårdpersonalen måste uppmärksamma dessa skillnader och erbjuda en individuell, kulturellt anpassad vård, dvs. se varje patient i sin helhet.

## 2.4 Metod

Denna undersökning är kvalitativ. Vår datainsamlingsmetod är fokusgruppintervju. Undersökningen är av kvalitativ karaktär eftersom vi är intresserade av människors erfarenheter och uppfattningar. Kännetecknande för den kvalitativa undersökningen är ett intresse för mänskliga värderingar, kultur och relationer, faktorer som inte helt kan beskrivas med kvantitativa metoder (Streubert & Carpenter 2011, 1–3). Forskningen har traditionellt varit starkt bunden till den kvantitativa metoden och fördelen med den är den objektivitet som bibehålls. En kvalitativ metod innebär att det inte går att undvika ett visst mått av subjektivitet. Det är inte heller möjligt att utföra någon undersökning som vore helt objektiv, menar Streubert och Carpenter (2011, 1–3).

När en studie planeras bestämmer forskaren om den är induktiv eller deduktiv. En induktiv forskningsansats innebär att forskaren utgår från den empiriska delen av en studie. Med empiri menas den information som forskaren samlar in (t.ex. via en intervju). Utgångspunkten i en deduktiv ansats är teorin som forskaren baserar sina frågeställningar på (Priebe & Landström 2012, 36–39). Denna undersökning är en induktiv studie, där vi använder oss av Gigers och Davidhizars modell (se 3.4) som jämförelse till våra resultat. Modellen utgör basen för reflektion av den empiriska delen i arbetet.



### 2.4.1 Fokusgruppintervju

I vår undersökning använder vi oss av en fokuserad gruppintervju som datainsamlingsmetod. En fokusgrupp är ett strukturerat gruppsamtal som kan användas för att studera innehåll; åsikter, attityder, tankar, uppfattningar och argument (Wibeck 2010, 19–24). Morgan (1996, 130) har definierat en fokusgrupp som en forskningsteknik där data samlas in genom gruppinteraktion om ett ämne som bestämts av forskaren. I denna forskningsteknik står interaktionen i fokus och det intressanta med denna metod är att den kan ge forskaren mer information när individer tillsammans diskuterar det tema som forskaren valt, istället för att man enskilt utför intervjuer där det kan vara svårare att nå en variation av synvinklar. En bredare repertoar av åsikter och idéer kan komma fram i en gruppintervju jämfört med en individuell intervju (Wibeck 2010, 50–51).

En fokusgruppintervju innebär att man samlar en grupp med människor som under en begränsad tid får diskutera ett givet ämne med varandra. En forskare fungerar som moderator eller ledare under intervjun och hans roll är att ta initiativ till diskussion och introducera nya aspekter av ämnet enligt behov. Ledaren ska inte fungera som en traditionell "intervjuare" utan målet är att gruppdeltagarna ska diskutera fritt med varandra enligt ett på förhand givet ämne. Ett material för att stimulera till diskussion behöver utvecklas inför intervjun eller så kan moderatören ge en introduktion i det valda ämnet. (Wibeck 2010, 11–12)

Beroende på hur mycket moderatören styr kan fokusgruppen anses vara mer eller mindre strukturerad. En ostrukturerad fokusgruppintervju innebär att gruppmedlemmarna i så stor utsträckning som möjligt får tala med varandra och inte med moderatören. Det primära syftet är då att lyssna till vad deltagarnas själva anser vara viktigt ifråga om ett specifikt ämne. I praktiken är de flesta fokusgruppintervjuer varken helt strukturerade eller ostrukturerade. Då brukar de kallas halvstrukturerade eller semistrukturerade vilket innebär att moderatören utgår från en på förhand sammanställd intervjuguide som består av ett antal frågeområden som bör komma upp under intervjun. Tanken med den halvstrukturerade intervjun är att deltagarna har frihet att ta upp resonemang som kan vara oväntade men högst intressanta för forskaren (Wibeck, 2012, 197–199). I vår undersökning ansåg vi det mest lämpligt att utföra en halvstrukturerad intervju. I bilaga ett finns intervjuguiden för denna undersökning.

En nackdel med denna metod är att materialet som samlas in påverkas av gruppen och om deltagarna känner sig bekväma med att dela med sig eller inte. Många faktorer har betydelse för människors känslor och reaktioner i en grupp. Wibeck (2010, 29–34) har i sin bok använt sig av en kategorisering som följer Stewart, Shamdasani och Rook (2007, 19). Faktorerna kan enligt Stewart

et al. delas in i tre kategorier: intrapersonella, interpersonella och miljöfaktorer. De intrapersonella faktorerna är individuella och handlar om personlighetsdrag och demografiska faktorer, vilka kan påverka både hur individen deltar och hur gruppen fungerar (ex. introvert-extrovert personlighet). För interaktionen är det en fördel om den socioekonomiska bakgrunden hos individerna är liknande. Det är ändå en fördel för gruppen om den består av olika individer. Moderatorns roll är att ingripa vid behov och uppmuntra någon deltagare att uttrycka sin åsikt. Den interpersonella kategorin handlar om interaktionen mellan deltagarna och samhörighetens betydelse för en lyckad gruppinteraktion. En viss likhet i bakgrund (i vår studie: flykting-/invandrarkvinnor) och attityd (i vår studie liknande socialt sammanhang) är något av det viktigaste för att gruppmedlemmarna ska kunna känna samhörighet. En bekant miljö kan vara viktigt för att deltagarna ska känna sig bekväma och därför har vi utfört intervjun i ett hem där de kan känna sig trygga. Även det rumsliga arrangemanget har betydelse och genom att t.ex. placera deltagarna i en ring (runt bord) undviks signaler om makt och status, deltagarna emellan.

Vi ordnar gruppintervjun genom att först informera deltagarna om vårt syfte för att sedan kunna samla dem till intervjutillfället. Deltagarna får ett informationsbrev om undersökningen på förhand och undertecknar en samtyckesblankett (se bilaga 2 och bilaga 3). De delges information om studiens syfte, vilken nytta den kan ha, konfidentialitet och intervjufrågor ges på förhand så att deltagarna hinner reflektera över dem på förhand. Genom att underteckna samtyckesblanketten ger deltagarna sitt frivilliga medgivande till att delta i studien. Enligt Kjellström (2012, 82–84) bygger informerat samtycke "på den etiska principen om att skydda deltagarnas frihet och självbestämmande". Vi presenterar även muntligt vårt ämne och informerar om tystnadsplikten och dess betydelse.

För att få deltagarna att känna sig bekväma och trygga inledde vi intervjutillfället med lite småprat för att skapa en känsla av samhörighet. Deltagarna var inte helt okända för varandra. Det underlättade för att få gruppen att känna sig bekväm. En av deltagarna ville att vi gjorde intervjun hemma hos henne och det var en hemtrevlig känsla och avslappnad stämning. Vi bjöd deltagarna på kaffe/te och tilltugg för att skapa en gemytlig känsla. Den av oss som själv hör till en annan etnisk grupp fungerade som moderator för intervjun och den andra fungerade som observatör. Det kan innebära en fördel om moderatören kommer från liknande kulturell bakgrund som deltagarna, eftersom de då kan känna sig mera avslappnade. Det är viktigt att moderatören är flexibel och inte styr deltagarna för mycket. Moderatören bör understryka att det varken efterfrågas riktiga eller felaktiga åsikter utan det som deltagarna vill säga om ämnet är det intressanta. Observatörens roll är att anteckna viktiga aspekter av intervjun, t.ex. kroppsspråket, den icke-

verbala kommunikationen samt sköta praktiska saker. Det är av största vikt att både moderatorn och observatören förhåller sig neutralt till det som deltagarna säger. (Wibeck 2010, 83–91)

Moderatorn ber inledningsvis att alla i gruppen tar del i gruppdiskussionen. Om det är endast ett fåtal som tar för mycket plats genom att hela tiden säga sin åsikt uppmuntrar moderatorn de blyga, eller mera tysta att också delta och berätta sina erfarenheter kring ämnet. Vi höll oss till svenska språket i mån av möjlighet. Den som fungerade som moderator har sedan tidigare erfarenhet av tolkningsarbete och känner bra till hur den processen fungerar. Då kunde hon under intervjun tolka när en informant ville beskriva något på somaliska eller engelska.

#### **2.4.2 Deltagare och intervjumaterial**

Vårt material består av den information som samlats in via en fokusgruppintervju. I vår undersökning deltar fyra kvinnor med olika kulturell bakgrund som kommit till Finland som flyktingar eller invandrare. Till en början hade vi samlat fem kvinnor men den femte meddelade dagen före intervjun att hon inte kunde delta och eftersom tiden redan var fastställd och de övriga var informerade hade vi inte tillräckligt med tid för att finna en ny deltagare. Då en av skribenterna har ett gott kontaktnät till många invandrarkvinnor, pga. att hon som barn kommit till Finland som flykting, har det underlättat för oss att hitta deltagare till studien. Via det informella kontaktnätet har vi hittat kvinnor som är frivilliga att delta i vår gruppintervju. Med tillstånd av deltagarna bandade vi in intervjun. Denna inspelning har vi sedan transkriberat för att underlätta arbetet med att analysera materialet. Längden för denna intervju är 2 timmar. Transkriberingen har vi gjort i ett Word dokument och materialet består av femton sidor text.

I vår studie består vårt urval av deltagare för en fokusgruppintervju. När man planerar för hur en fokusgrupp ska sättas samman utgår man från ett *strategiskt urval*. Deltagare väljs ut enligt vad man har för syfte med studien (Wibeck 2010, 66–67). Våra deltagare har valts ut enligt följande kriterier: 1) kvinna som är invandrare/flykting, 2) har bott i Finland mer än två år, 3) har erfarenhet av offentlig/privat sjukvård i Finland, 4) talar svenska och eller engelska. En förutsättning är att de som väljs ut till studien har erfarenhet av det som är i fokus för studien. Vi har strategiskt valt ut kvinnor som har något att berätta om vården och som har praktisk erfarenhet av att söka vård i Finland. Deltagarna i vår studie är en homogen grupp i fråga om faktorer som kön och socioekonomisk bakgrund. Vi har strävat till att samla en grupp deltagare med varierande erfarenheter. Deltagarna har olika livssituation i Finland och det kan ge meningsfullt innehåll i intervjun då de har olika perspektiv att utgå ifrån. I en kvalitativ studie är det viktigare att hitta

färre personer med olika erfarenheter som kan ge värdefulla beskrivningar av ett fenomen (Henricson & Billhult 2012, 134).

Tre av kvinnorna som deltar kommer från Somalia och en från Nigeria. Alla kvinnorna har bott i Finland i minst 10 år och kan svenska. Två av kvinnorna talade endast svenska under intervjun och två valde att tala det språk de kände sig mer bekväma med. Det gav också mervärde och möjlighet för dem att beskriva saker bättre. Kvinnorna befinner sig i åldern från 26 till 40 år. En av kvinnorna har kommit för att studera medan de andra tre har kommit till Finland som flyktingar. Kvinnorna har fått vård i Finland samt behärskar det finländska vårdssystemet. De har olika erfarenheter av vården och har fått vård på olika orter i Finland. Tre av deltagarna har fått utbildning i Finland medan en har en grundskoleutbildning från sitt hemland. Kvinnornas utbildningsgrad varierar vilket kan påverka resultatet i studien. En del av kvinnorna har en vårdutbildning och tre har erfarenhet av att arbeta inom vården i Finland. Tre av deltagarna har erfarenhet av att vara både vårdpersonal och patient. I intervjun betonade vi att det var patientperspektivet som var utgångspunkten. Då dessa kvinnor både har erfarenheter från att vara vårdpersonal och av att vara patienter, visade det sig under intervjun att de lättare kunde relatera till frågor ur flera synvinklar och reflekterade mångsidigare jämfört med den kvinnan som bara hade erfarenhet av att vara patient.

Frågan om hur många deltagare som är lämpligt i en fokusgrupp är omdiskuterad (se t.ex. Morgan 1996 eller Stewart et al. 2007). Wibeck (2012, 200) anser att grupperna inte behöver vara så stora och med inspiration från litteratur om problembaserat lärande och psykologisk forskning om grupper, menar hon att antalet inte bör vara mer än åtta. Wibeck motiverar detta med att varje deltagare har en framträdande roll i en liten grupp. Enligt Wibeck (2010, 66) är en lämplig grupp från fyra till sex personer.

Under materialinsamlingen fungerade en av forskarna som moderator/ledare för gruppintervjun medan den andra fungerade som observatör och gjorde anteckningar. Moderatören fungerade även som tolk och översatte från engelska till svenska och somaliska till svenska. Eftersom innehållet tolkades kunde alla ta del av vad som sades.

### **2.4.3 Kvalitativ innehållsanalys**

För att få tillförlitliga forskningsresultat behövs en strukturerad analysprocess. Det vanligaste tillvägagångssättet för att analysera ett fokusgruppsmaterial är en *kvalitativ innehållsanalys* (Wibeck 2012, 204–206). I denna undersökning har vi även valt det som vår dataanalysmetod.

Kvalitativ innehållsanalys är beskrivande och tolkande samt har sina rötter i hermeneutiken (Danielsson 2012). Hermeneutiken är inriktad på att skapa en förståelse genom att röra sig i analysen mellan helhet och enskilda delar (Friberg & Öhlén 2012).

För att bearbeta vårt material använder vi oss av en induktiv kvalitativ innehållsanalys. För en mindre datamängd är det ändamålsenligt att göra en kvalitativ innehållsanalys. Genom denna analysmetod kan innehållet beskrivas eller tolkas mer djupgående. Innehållsanalysen strävar efter att identifiera likheter och olikheter för att sammanställa gemensamma kategorier och övergripande teman (Danielsson 2012, 335–336). Kvalitativ innehållsanalys används ofta som metod i individuella intervjuundersökningar. Vårt material skiljer sig från data som samlats in med hjälp av enskilda intervjuer, eftersom vårt innehåll produceras av en grupp.

Vår dataanalys följer det exempel som Wibeck (2010, 99–135) sammanställt. Rent praktiskt innebär en innehållsanalys att man delar upp materialet i enheter, koder materialet och försöker urskilja mönster och återkommande utsagor. Vid tillämpningen av innehållsanalys i en halvstrukturerad studie är det vanligt att man utgår från transkriberingen av hela materialet och identifierar var deltagarna byter ämnen. På basen av var ämnesaspekterna byts, delas materialet in i *enheter*. I dessa enheter söker man fram nyckelord som sammanfattar innehållet. Nyckelorden blir sedan *koder* i analysen. Om det är möjligt kan man sammanföra dessa koder till övergripande *teman* (Wibeck 2010 & 2012). För att underlätta analysarbetet kommer vi att dela in datamaterialet med hjälp av tabeller.

När vi bearbetar vårt material, gör vi först en sammanställning av materialet och delar in det i mindre delar enligt när ämnesbyten sker. Detta kallas för *rådata* och består av de exakta yttranden som deltagarna gör. Denna indelning blir grunden för vårt arbete med att urskilja koder och kategorier. Analysen med sammanställning av enheter, koder (nyckelord) och kategorier ger en bra översikt av vårt material. Rent praktiskt utförs analysen så att vi använder en datatabell där den första kolumnen består av meningsenheter (*rådata*), i den andra kolumnen skriver vi koder (nyckelord), i den tredje urskiljer vi kategorier för att slutligen eventuellt kunna finna övergripande teman. Vår datatabell omfattar trettio sidor. Den *beskrivande analysen* utgår från en sammanfattning av vad som kan fås fram ur materialet och vi ger illustrativa exempel i form av citat från rådata. Under analysen kan vi urskilja mönster och återkommande samtalsämnen eller tendenser, göra jämförelser och kontrastera olika innehåll mot varandra. Vi kommer att beskriva våra resultat med jämförelse till Gigers och Davidhizars transkulturella vårdmodell (se kapitel 2.3.3).

Under bearbetningen av materialet har vi uteslutit uttalanden som deltagarna gör där de inte utgår från egen erfarenhet eller där de befinner sig i en annan kontext. Wibeck (2010, 106) framhåller att man i analysen måste beakta *kontexten*. Man bör ta hänsyn till om deltagarna talar om samma sak. Vidare menar Wibeck att en generell rekommendation är att "utsagor som är specifika och grundade på egen erfarenhet ska tillmätas större betydelse än vaga och opersonliga uttalanden".

Eftersom vår studie är begränsad och liten till omfattning kan man inte dra några stora generella slutsatser utifrån datamaterialet. Syftet med en fokusgruppstudie är inte heller att dra generella slutsatser om en population, utan istället kan man använda den för att få en djupare förståelse för hur människor tolkar ett utvalt ämnesområde (Wibeck 2010, 147–148).

#### **2.4.4           Forskningsetiska överväganden**

I vårt arbete följer vi Forskningsetiska delegationens (TENK 2012) anvisningar om grundläggande principer för vetenskaplig god praxis ur ett forskningsetiskt perspektiv. Enligt TENK delas de etiska principerna in i följande tre delområden: respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, undvikande av skador och personlig integritet och dataskydd. Enligt Kjellström (2012, 70) finns etiska frågeställningar i hela examensarbetet och gäller val av ämne, genomförande, analys och spridning av resultatet.

Vi informerade våra deltagare om syftet och målsättningen med forskningen. Både muntlig och skriftlig information gavs till deltagarna. En blankett för informerat samtycke har undertecknats av deltagarna. Genom detta blev de införstådda med att deltagandet helt baseras på frivillighet och intervjun görs med hänsyn till deras integritet. Under intervjun kunde deltagaren när som helst avbryta sitt deltagande. Detta informerades de om inför intervjun. Materialet behandlades konfidentiellt och inga personuppgifter samlades in. I studien strävade vi till att bevara deltagarnas anonymitet men de är inte helt anonyma eftersom skribenterna vet vem de är. De enda uppgifterna som samlas in är vilket land de kommer ifrån, hur de kommit till Finland och vilken utbildning de har. Eftersom vi använde oss av gruppintervju informerade vi om deltagarnas skyldighet att respektera varandra. Alla behöver vara införstådda med att den information som framkommer i intervjun är konfidentiell och att de genom deltagande i studien förbinder sig till att inte föra någon information vidare. Wibeck (2010, 139–140) poängterar att det inte går att fullständigt garantera denna anonymitet och att det är just det som är det största etiska problemet med en fokusgruppintervju.

I vårt arbete deltar invandrarkvinnor som kan anses vara en sårbar grupp i samhället då de tillhör en minoritet i samhället. Genom att välja en sårbar grupp som deltagare till vår studie utsätter vi dem delvis för en börda när vi ber dem dela med sig av sina personliga erfarenheter. Det kan anses vara en orätt att be invandrarkvinnor berätta om mötet med vården i Finland, eftersom det gäller deras hälsa och det kan betraktas som ett känsligt ämne. Kjellström (2012, 80–81) framför att om vi utesluter sårbara eller underrepresenterade grupper från forskning så leder det inte heller till möjlighet att förbättra deras situation. Genom vår undersökning hoppas vi bidra till ökad kunskap om ett bra bemötande gentemot invandrarkvinnor i vården och på så sätt är vår studie rättfärdig. Studien kan vara till fördel för dessa individer på så sätt att vi intresserar oss för dem och de får göra sin röst hörd.

## **2.5 Resultat**

I detta kapitel presenteras resultaten från vår fokusgruppintervju där fyra kvinnor deltog. Deltagarna i intervjun har presenterats i kapitel 2.4.2. Vårt material har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och vi har i analysen utarbetat kategorier och underkategorier (se bilaga fyra för redovisning av kategorier). De kategorier vi har funnit fungerar som rubriker och underrubriker i detta kapitel. Vi ger exempel från vårt material i form av citat.

### **2.5.1 Bemötandet i vårdsammanhang**

Under analysen kategoriserades en stor del av materialet under denna kategori. Bemötandet är en viktig faktor i mötet med den finländska vården och kvinnorna har mycket att diskutera om bemötande och hur de blir bemötta. Deltagarna beskriver både bra bemötande och dåligt bemötande. De har ändå mer negativa upplevelser än positiva att berätta om. Det var bara en av deltagarna som inte har något positivt att berätta om bemötandet. Underkategorier till kategorin bemötande i vårdsammanhang är: fördomar och handling.

#### **Fördomar**

Inom ramen för denna underkategori har vi samlat uttalanden om rasism och när deltagarna beskriver hur de känner sig dömda av vårdpersonal. En del vårdare upplevs vara mycket fördomsfulla och dessutom uppfattas det som om de är medvetna om det. Enligt våra deltagare är detta ett återkommande beteende hos vissa vårdare de träffar och ofta baserar sig deras utsagor på flera möten med samma vårdare. Alla deltagare berättar om olika situationer där de mer eller mindre blir rasistiskt attackerade på grund av sitt utseende, sin religion, kultur eller ras. Deltagarna menar att respekt är något väldigt viktigt i deras hemländer och det uppfattas som

varje människas plikt att visa respekt. I Finland upplevs det som om respekt inte är lika viktigt som invandrarkvinnorna är vana med.

*"En del vårdpersonal jag har mött var rasistiska, det har jag vittnat om när jag fick min son. En vårdare var så rasistisk att hon signalerade hela tiden att hon inte brydde sig om min hälsa."*

*"Jag har själv blivit rasistisk utsatt vid flera olika vårdtillfällen här i Finland. Ett exempel är när jag var gravid och for till hälsostationen. Där blev jag ifrågasatt om hur många barn jag hade och varför jag nu IGEN blivit gravid."*

*"En vårdare har även sagt till mig: att om de ska ge vård för min diabetes kräver de att jag inte blir gravid. Jag upplevde det som tvång och nästan som att man tigger efter att få vård trots att jag har rätt att få vård i Finland. Det kändes som om de inte brydde sig om min hälsa vilket har lett till att jag undangömde de första graviditetsveckorna, eftersom jag fruktade det dåliga bemötandet som de kommer att bemöta mig med. Det var väldigt dömande bemötande som gav mig skuld känslor."*

Invandrarkvinnorna i intervjun berättar om fruktan att söka vård i Finland då de blir dåligt bemötta. Det är även så att om de en gång blir rasistiskt bemötta är det svårt att glömma detta och det kan påverka dem så att de själva skapar fördomar mot vårdpersonal. Det kan leda till att de förväntar sig att bli dåligt bemötta och deras egna fördomar begränsar dem.

*"Om man en gång blir rasistiskt behandlad av endast en vårdare dömer man alla. Man förväntar sig att alla är lika och att alla kommer att behandla en likadant. Man har redan byggt ett hinder och det är svårt att komma över det."*

Kvinnorna jämför också vården i Finland med vården i deras egna länder. Under vissa omständigheter saknar de sitt hemland just på grund av hur de blir bemötta av vårdaren här i Finland. En längtan uppstår främst i situationer när det brustit på grund av avsaknad av respekt och förståelse. När kvinnorna känt sig felbehandlade saknar de sitt hemland.

*"För mig är ett gott bemötande väldigt viktigt och i sådana tillfällen när man blir rasistiskt utsatt känns det som om vårdpersonalen i mitt hemland skulle ha förstått samt hjälpt mig bättre."*

*"Jag får alltid tankar om jag skulle ha fått bättre vård om jag skulle ha varit i mitt eget hemland."*



## Handling

Något som också faller inom ramen för bemötande är handling och hit hör beskrivningar av hur vårdare handlar gentemot dessa kvinnor och hur de upplever vårdarens handling i olika situationer. Ibland har vårdpersonalens handling visat en attityd som har förvånat invandrarkvinnorna. En av informanterna berättar hur hon i vissa omständigheter inte fått utöva sin egen kultur under sin sjukhusvistelse. Kvinnan menar att hon blivit väldigt illa behandlad verbalt och blivit nedtystad när hon bad vårdpersonalen att få sköta sin nyfödda baby. I detta fall känner hon sig nedvärderad och ensam. Hon upplever att vårdaren genom sin handling berövat henne rätten att bestämma om sig själv och hennes individuella önskemål har man inte alls tagit hänsyn till. Hon känner sig nedtryckt och blir påmind om att hon är annorlunda allt för ofta under sin sjukhusvistelse.

*"En natt minns jag att min son som låg bredvid mig grät och behövde närhet. Men eftersom jag var opererad kunde jag inte nå till barnet som låg i sin säng så jag bad sjukskötaren lyfta upp och ge honom till mig. Hon sa "du kan inte ta hand om barnet eftersom du inte heller kunde ta ut honom ur sängen, vi sköter om honom, jag tar honom med... Den kvällen var den absolut värsta kvällen i hela mitt liv, jag kände mig värdelös och blev gång på gång nedtystad, ett trauma för livet nästan."*

I den här situationen där vårdpersonalens handling upplevs som mycket negativ har kvinnans syn på vårdpersonalen och hennes förväntningar påverkats. Eftersom kvinnorna berättar om liknande bemötande vid flera olika tillfällen har flera av dem tappat förtroendet för vårdpersonalen. Det har även hänt flera gånger att man fått vänta längre än t.ex. en finländare, även om man var först i kön. Det upplevs av kvinnorna som om vissa vårdare inte har viljan att ta emot utländska patienter vid hälsocentraler. En av informanterna har blivit nonchalerad när hon sökte vård vid en hälsocentral. Där har vårdaren utan att lyssna på klienten sagt att hon inte får sjukledighet om det var det hon sökte. För kvinnan känns detta uttalande väldigt obehagligt och hon beslöt sig för att genast lämna stället vid det besöket.

*"sjukskötaren sade genast åt mig; du kommer inte att få sjukledighet om det är det du söker. Utan att ens ha hört orsaken till varför jag sökte vård."*

Det framkom genom kvinnornas diskussion att vårdarnas handling kan vara olika och att de under samma vårdtid mött både goda och dåliga handlingar. De gånger vårdarna visar förståelse genom att agera hjälpsamt är kvinnorna nöjda. Deras diskussion visar att individuella faktorer påverkar vårdarnas handling och graden av professionalitet varierar bland personalen. En av kvinnorna ger ett exempel på en god handling där en vårdare först visat lite tveksamhet inför hennes önskan om

att få utföra en kulturell ritual, men efter att hon lyssnar på kvinnans förklaring får hon all hjälp hon behöver för att utföra ritualen. När kvinnan berättar om denna händelse signalerar hon också med sitt kroppsspråk hur betydelsefullt minnet är för henne.

*"I min kultur ska en kvinna som fött ett barn genast måste få varmt vatten som man pressar mot magen för att få bättre blodcirkulation. Man får även ett band som man knyter runt magen för att magen inte ska bli för slapp. När jag bad sjukskötaren hjälpa mig med detta var hon inte med på det till en början men sen när jag förklarade allt hjälpte hon mig mycket med allt jag behövde".*

### **2.5.2 Kultur**

I detta kapitel kommer vi att beskriva kategorin kultur och underkategorierna vi funnit är kulturella skillnader och syn på egen kultur. Gemensamt i de uttalande som deltagarna gör under intervjun är att de inte alltid får kulturellt ändamålsenlig vård. Vårdpersonalens agerande leder ibland till att kvinnorna känner sig underlägsna. Det kan bero på att vårdpersonalen gör felbedömningar, då de kanske saknar kunskap eller erfarenhet. Kvinnorna önskar ett respektfullt bemötande där man tar hänsyn till deras kultur. I intervjun framgår det att när detta saknas har mötet upplevts vara meningslöst i vissa fall.

#### **Kulturella skillnader**

Många av informanterna upplever att det är viktigt att bevara sin egen kultur. De upplever att de ibland känner sig ifrågasatta pga. sin kultur. Informanterna tycker att de ofta inte får behålla sin kultur utan blir tvungna att anpassa sig efter den finländska kulturen. Det framgår att personalen inte alltid har förmågan att uppmärksamma de kulturella särdragen.

*"En sak som vårdpersonalen borde observera och som upplevs vara en kulturell krock..."*

*"... att inte endast se på sin egen kultur utan kunna respektera andra människor från andra länder."*

Vid ett tillfälle har en av kvinnorna fått förfrågan om hon föredrar en manlig eller en kvinnlig vårdare och det är uppskattat. Det finns således en del kunskap om kulturella säregenheter som man känner till och observerar i vården.

*"En annan gång hade tid hos vårdpersonalen där de tillfrågade mig om jag ville att vårdåtgärder skulle utföras av en kvinnlig eller manlig vårdperson. Här i Finland är detta val mycket omtyckt av utlänningar eftersom vårdpersonalen vet på förhand att det inom olika kulturer är oacceptabelt."*

De gånger som kvinnorna upplever att vårdaren lyssnar på deras önskningar som gällt något kulturellt säreget har de känt sig nöjda med bemötandet. Religion diskuterades som ämne inte mycket under intervjun men en av kvinnorna berättar om hur nöjd hon var en gång när en vårdare visat förståelse för henne när hon ville be och hämtat allt hon behövde för det. Kvinnorna har också reflekterat över att vårdaren kanske också känner sig osäker och rädd inför att möta människor från andra kulturer.

*"Så jag tror att det har mycket att göra med vilken etnicitet man hör till för att vårdpersonalen har lättare att vårda de personer som hör till i samma kultur som de själva. Det känns som om de är rädda att möta samt vårda utländska patienter eftersom de i detta område inte har mycket kunskap."*

Ännu en kulturell skillnad som kom fram är hur viktig familjen är när någon insjuknar och besökstiderna på sjukhuset. I kvinnornas kultur betraktas det som en plikt att besöka någon som är sjuk under den tid de är på sjukhuset. Att besöka någon innebär att man visar kärlek och gärna tar man med något att äta för att visa sin omsorg. Kvinnorna kan delvis förstå att man har bestämda besökstider men samtidigt tycker någon att det är ganska svårt att acceptera. Det upplevs också som respektlöst om man inte får besöka någon utanför besökstiderna om man kommit för att besöka en anhörig som är sjuk.

*"I den somaliska kulturen är det oartigt att inte hälsa på patienten redan på sjukhuset..."*

*"jag förstår inte ibland vårdpersonalen just när de tvingar besökaren att stå utanför avdelningen eller slänger ut besökaren. Varför inte berätta artigt?"*

*"Sjukskötaren hade sagt att klockan nu var 10 min över den utsatta tiden och därav var det försent. I min kultur har man respekt för folk! Man kan komma 1 timme senare och ändå få det man kommit till eftersom man tänker på att den personen kommit hela vägen hit för att besöka en patient. Sådan ödmjukhet, förståelse och respekt kan helt och hållet saknas här ibland."*

### **Syn på egen kultur**

En av informanterna berättar hur hon blivit tillsagd att inte skaffa sig flera barn, eftersom det i Finland är vanligt att man inte har stora familjer. Hon berättar även hur viktigt det är att ha flera barn i hennes kultur och att hon här känner sig kränkt när man inte får vara annorlunda. Det har även kommit fram att vårdpersonalen inte alltid är eniga med den utländska patientens syn på barnets uppfostran eller andra liknande områden. Deltagarna är alla eniga om att

sjukvårdspersonalen hellre ser på sin kultur som den rätta samt bedömer andra genast de märker något avvikande. Ibland kan det lätt märkas på vårdpersonalen hur nervösa de är gentemot de utländska patienterna. Deltagarna menar att vårdpersonalen undviker möten med människor från olika delar av världen, på grund av propaganda om olika grupper i världen och kunskapsbrist om andra människors etnicitet.

*"När man kommer till Finland känns det som om man de vill man ska lämna sin egen kultur och anpassa sig efter den nya kulturen, men även om jag försöker till en viss grad göra det kommer min afrikanska kultur ut"*

*"De kanske är rädd att göra fel eller att bli kallad för rasist"*

### **2.5.3 Kommunikation**

En del av våra deltagare tycker att det största problemet börjar vid kommunikation och språksvårigheter. De upplever att information undanhålls för dem samt att kommunikation mellan vårdpersonalen och utländska patienterna inte fungerar optimalt. De utländska kvinnorna är rädda att de inte blir förstådda. En del av deltagarna anser att vårdpersonalen inte lyssnar på dem när de söker vård. Under kategorin kommunikation har vi följande underkategorier: språkkunskap och information.

#### **Språkkunskap**

Hos deltagarna lyfts problematiken kring språkkunskap fram som en naturlig svårighet i mötet med vårdpersonal. Om en person inte har kunskap i landets språk är det problematiskt i en vårdsituation. En av deltagarna framför att vårdpersonalen i Finland inte heller alltid har tillräckliga kunskaper i engelska. Många utländska personer kan engelska och skulle vilja kommunicera på engelska och man kan till och med bli förvånad över att det inte går att kommunicera på engelska, menar en av deltagarna.

*"Det stora problemet för både vårdpersonalen samt patienten är språket. Om det inte finns språkkunskap hos vårdpersonalen (engelska) till en engelsktalande patient eller patienten inte behärskar någondera av landets språk uppstår det genast ett dilemma."*

*"En stor del av de utländska patienterna har svårigheter med landets språk. Dessa patienter kan uppleva att de inte får tillräckligt med information eftersom deras språkkunskap är väldigt begränsad."*

En av deltagarna belyser det faktum att det inte alltid finns möjlighet att få en tolk och att tolken ibland även kan ha bristfälliga kunskaper i det språk som han tolkar i. Då kan information som vårdarna tror att tolken kan förmedla ändå gå förlorad och patienten får inte den information som vårdpersonalen tror att han får.

*"Ibland kan det även hända att tolken inte själv behärskar språket bra. Tyvärr leder detta till att patienten får för lite information av tolken medan vårdpersonalen lever i tron på att information förmedlas till patienten när tolken är närvarande."*

### **Information**

Förmedling av information är något som framträder på olika nivåer i diskussionen om den finländska vården. Deltagarna lyfter både fram denna kategori ur individens perspektiv men även ur ett organisatoriskt perspektiv. Då man har utländsk bakgrund är man orolig för att man som individ inte ska kunna ge rätt information till vårdpersonalen, och man är orolig för att inte bli förstådd. En deltagare betonar att en utländsk person inte beskriver saker, som t.ex. smärta, på samma sätt som en finländare gör och det kan leda till att informationen tolkas felaktigt. Man är orolig för att inte bli förstådd samtidigt som man är rädd att man inte ska förstå vad man får för vård.

*"T.ex. i Finland måste man vara specifik, där måste man veta precis där man har ont och varför man söker vård. Vi uttrycker oss annorlunda än finländaren, vilket orsakar svårigheter att ge vård till utlänningarna. "*

*"Det känns som om man inte har kontroll, man kan inte heller uttrycka vad som är rätt och fel i vården."*

Det framgår även under intervjun att kvinnorna har en del saker de undrar över som de uppenbarligen inte har fått information om under vårdtiden och ett exempel på detta är att någon undrar varför sjukskötaren har gjort annorlunda än vad läkaren gett som ordination.

*"Läkaren ger ordination till sjukskötaren och sjukskötaren gör annat än det som var ordinerat till patienten. "*

Kvinnorna beskriver vårdssituationer där det grundläggande baserar sig på att de inte får tillräckligt med information, vilket leder till att de tolkar saker enligt sina tidigare erfarenheter och genom diskussioner med andra personer. En gemensam uppfattning var att de som utländsk patient ofta eller alltid får vara i ett eget rum under sjukhusvistelse. Detta har de undrat över då de inte fått information om varför de har egna rum.

*"Jag har alltid undrat hur det kommer sig att varje utländsk patient får "eget" rum. Alla jag har kommit i kontakt med har alltid frågat sig den frågan, jag har själv alltid fått eget rum. Så jag undrar vad detta kan bero på, för det är många tankar som man tänker kan vara anledning. "*

*"Men jag minns en gång när jag besökte min finländska väninna på sjukhuset och hon delade rum med andra patienter. Det var bland annat detta tillfälle som fick mig att reflektera tillbaka till alla de gångerna jag varit ensam i ett rum som om jag vore isolerad. Här tycker jag man borde få information om varför man får eget rum."*

*"Precis samma åsikt delar jag med er. Aldrig delat rum med någon annan och aldrig fått en klar förklaring. Jag hade en gång till och med trott att de hade hittat infektion eller sjukdom hos mig men att jag inte blivit informerad. Än idag vet jag inte varför jag får eget rum varje gång jag söker vård."*

#### **2.5.4 Vårdssystem**

I vår studie jämför kvinnorna vårdssystemet i sitt hemland med vårdssystemet i Finland. I Finland känner de inte alltid till sina rättigheter och de har kanske inte alltid kunskap om hur allt fungerar. De positiva aspekterna av mötet med vården i Finland som framkom under intervjun handlar för det mesta om vårdssystemet. Under denna kategori finns underkategorierna vårdorganisation och förväntningar på vården.

##### **Vårdorganisation**

Den finländska vården är mycket bra organiserad enligt våra deltagare. Kvinnorna berättar att i deras hemländer är det ekonomin som styr hurdan vård patienten får. I hemländerna förekommer mycket orättvisor jämfört med i Finland.

*"Den finländska vården och den somaliska vården är olika. I Somalia oroar man sig inte pga. att vården funkar på ett annat sätt utan där är det mera ekonomin som gäller för att få bra vård. Har man alltså bra med pengar kan man även räkna med att man får en kvalitativ vård."*

Kvinnorna upplever att det är mycket bättre vårdssystem i Finland jämfört med i deras hemländer. De anser att man i Finland inte behöver oroa sig för att få en bra vård, utan att man befinner sig i trygga händer på så sätt att man vid behov får vård. Kvinnorna berömmar det finländska systemet där alla människor är likvärdiga och har samma rättigheter. Vården i sig upplevs som mycket väl planerad och organiserad. Dessutom framkom att kvinnorna anser att vårdpersonalen har god kunskapsnivå. Kvinnorna uppskattar framförallt att man följer upp vården hos patienterna i Finland.

*"Vårdpersonalen ger BRA vård. Jag har alltid varit nöjd med vården. De följer upp vården för patienten och man får nya tider vid behov."*

*"Man behöver inte vara orolig för att få vård i Finland. Vårdpersonalen ger den bästa vården de kan erbjuda."*

*"Vårdens uppbyggnad är väldigt bra, och både sjukskötaren och läkaren behärskar deras område väldigt bra."*

*"Men trots detta gillar jag den finländska vården just för att vårdpersonalen ägnar tid åt patienterna, ger rätt diagnos till patienten samt sätter fokus på patientens hälsa."*

### **Förväntningar på vården**

Kvinnorna har förväntat sig att man skulle få ha mer kontakt med läkare eftersom de utgår från den kunskap om vården de fått i sitt hemland, där läkaren oftast är den som sköter vården av en patient. Kvinnorna är överraskade över mötet med sjukskötaren eftersom det i Finland oftast är en sjukskötare man träffar i första hand (t.ex. vid hälsocentraler). De upplever således att de inte alltid får träffa läkare när de förväntar sig det utan de får nöja sig med råd från en sjukskötare. Kvinnorna är ändå överens om att sjukskötarens vårdkompetens är god i Finland och det känns tryggt att vårdas av en sjukskötare de gånger de blir bra bemötta. Något som kvinnorna anser är viktigt med tanke på utvecklingen är information, bemötande och kulturell kompetens. För kvinnorna är det bara dessa hörnstenar som saknas för att det finländska vårdssystemet ska bli fullbordat.

*"... även om bemötandet samt den kulturella kompetensen är lite lägre än väntat."*

*"Jag hoppas att vårdpersonalen får bättre förståelse för de utländska patienterna och andra kulturer."*

*"Det bästa är att de följer upp ens hälsa, att de inte lämnar en i sticket utan gör deras bästa för att ge bra vård"*

Trots allt det negativa kvinnorna berättar om är invandrarkvinnorna positivt inställda till framtidens utveckling gällande bemötandet. De ger även förslag på hur problemet kunde åtgärdas genom att man kunde ordna träffar och kurser för den finländska vårdpersonalen, där de lär sig om kultur och om de kulturella skillnaderna.

## **2.6 Reflektion av resultat mot Gigers och Davidhizars transkulturella vårdmodell**

Syftet med detta arbete är att undersöka hur invandrarkvinnor upplever mötet med vården i Finland och vilka förväntningar de har på vården. I resultaten har vi funnit kategorier som vi nu belyser mot den modell av Giger och Davidhizar som vi presenterade i kapitel 2.3.3.

Gigers och Davidhizars (2017) teori utgår från kunskapen om olika kulturer, vårdarbetets innehåll, värderingar och normer. Enligt dem är utgångspunkten att individen är kulturellt unik. I våra resultat framkommer även att individen är kulturellt unik men att man i vården inte alltid lyckas tillmötesgå det. I den transkulturella vårdmodellen av Giger och Davidhizar ingår följande sex kulturella fenomen: kommunikation, social organisation, tid, rum, miljökontroll och biologisk variation.

Våra resultat visar att man behöver ett gemensamt språk för att kunna vårda en person från en annan kultur. Kvinnorna är rädda för att de inte ska bli förstådda och att de inte ska få rätt vård pga. det. De efterlyser också indirekt och direkt information om olika saker. Missförstånd uppstår lätt och det kan även vara så att tolken som ska tolka inte kan språket tillräckligt bra, vilket sällan kommer fram. Kvinnorna berättar också att man t.ex. beskriver saker på olika sätt enligt sin kultur, t.ex. smärta. Det framgår enligt deras sätt att beskriva saker med missnöje att vårdpersonalen inte varit så bra på att tolka dessa kommunikativa signaler hos kvinnorna. Aspekter som betonas i den transkulturella modellen är sådana som framträder i berättelserna av våra intervjudeltagare. Kommunikation är enligt Giger och Davidhizar (2017, 24) det viktigaste fenomenet och det är ett omfattande fenomen. Hit hör förmedlandet av känslor och idéer samt beskrivningar av hur något är. Även kroppsspråk hör till detta område. Patientens sätt att lyssna och ge information kan vara annorlunda än vad vårdpersonalen är van med. Eftersom Giger och Davidhizar har en omfattande syn på vad som hör till kommunikation kan en stor del av det som finns i våra resultat matchas med



detta fenomen. Kvinnornas förväntningar är också sådana aspekter som enligt modellen ska beaktas i vården, t.ex. information, bemötande och kulturell kompetens hos vårdaren.

Kvinnorna beskriver hur det ibland upplevts som kränkande när vårdpersonalen inte har respekterat dem. Samtidigt finns det skildringar om när man känt sig väl bemött på ett personligt plan. Ofta talar kvinnorna om betydelsen av respekt i deras kulturer och när de upplever en negativ händelse leder det till att de får negativa tankar och känslor i sitt inre. Dels kan detta ha att göra med kommunikation men också att man inkräktar på det som Giger och Davidhizar definierar som personligt utrymme, dvs. fenomenet rum. Enligt dem beskriver det personliga utrymmet även det inre utrymmet, där man bearbetar tankar och känslor som man har mottagit via kommunikation eller observation. Det kan vara unikt för individen och varierar från kultur till kultur.

För kvinnorna är det betydelsefullt att bevara sitt sociala förhållningssätt. Resultaten berättar om kvinnornas syn på familjens plikter vid insjuknande och könsroller i kulturer. Kvinnorna anser att det är svårt att förstå att vårdpersonalen i Finland fäster så stor vikt vid t.ex. besökstider. Det är svårt att förstå att man inte får komma och besöka sina anhöriga på sjukhuset, när som helst. Det innebar en kärlekshandling för invandrarkvinnorna och relationerna har en annan betydelse i deras kultur. För dem betyder det mycket att visa kärlek och respekt genom att besöka en närstående på sjukhuset och då tänker man nödvändigtvis inte så mycket på regler om besökstider. Synen på familjen är olika och enligt våra resultat har vårdpersonalen inte alltid beaktat de sociala skillnaderna. En av kvinnorna belyser det faktum att invandrare uppskattar när de blir tillfrågade om vilket kön som de föredrar att bli vårdade av. Även tidigare forskning har belyst betydelsen av könsroller i vårdsammanhang (Simpson & Carter 2008). Med social organisation menar Giger och Davidhizar (2008, 69–75) hur en kulturgrupp organiserar sig kring familjegruppen och hit räknas även betydelsen av olika könsroller. Uppfattningen om och synen på familjen är ofta något som är hållbart och inte förändras så lätt. Det understryks av våra resultat då kvinnorna trots att de bott många år i Finland vidhåller sin syn på familjen och relationer.

I våra resultat framgår det dels att kvinnorna är orienterade till dåtiden men även i nutiden. Eftersom de påtalar traditioners betydelse, t.ex. gällande relationer och barnafödande kan man beskriva dem som orienterade till dåtiden. Samtidigt har de själva sökt vård vid olika tillfällen vilket visar på deras uppfattning om att de själva kan ta ansvar över sin hälsa och att de således även är orienterade i nutiden. I den transkulturella vårdmodellen är fenomenet tid en viktig aspekt i vården av patienter med annan kulturell bakgrund. Kulturella grupper kan vara orienterade till dåtiden, nutiden och framtiden (Giger & Davidhizar 2017, 99).

Kvinnorna beskriver att det positiva med vården i Finland är att den fungerar bra enligt dem. De anser att vården är av god kvalitet och man får jämlik vård. Kvinnorna i vår studie förstår hälsovårdssystemet och är bekanta med det. De vet var de söker vård och har inga svårigheter med att orientera sig i det. Kvinnorna hade fått vård på olika ställen och bott ganska länge i Finland vilket naturligt lett till att de använt sig av hälsovården i den grad att det inte i sig var ett problem att veta vart man ska söka sig då man blir sjuk. Giger och Davidhizar talar om miljökontroll, vilket innebär när individen har förmågan att kontrollera och planera sin egen miljö. För patienter med en annan kulturell bakgrund är miljökontroll en viktig aspekt, eftersom de har bättre kontroll över sin hälsa om de har bra kontroll över sin miljö. Giger och Davidhizar (2002, 185–186) talar om intern kontroll och extern kontroll. Om en person kommer från en etnisk grupp, där man tror mera på extern kontroll där hälsan är oberoende av individen, kan det anses meningslöst att söka vård. I våra resultat framkom inte direkt att hälsan skulle uppfattas som oberoende av individen, utan kvinnorna har alla sökt vård vid tillfällen där de behövt vård. Däremot var det mera faktorer som har att göra med bemötande, som lett till att de anser det vara meningslöst att söka vård.

I våra resultat kan vi egentligen inte finna understöd för det sista fenomenet biologisk variation i Gigers och Davidhizars modell. Med detta menas människans genetiska variationer som ras, kroppsbyggnad, utveckling och sjukdomar. Eftersom våra resultat bygger på muntliga berättelser kan vi inte finna stöd från våra resultat som faller inom ramen för detta fenomen. Våra informanter återger ingen information om detta fenomen. De genetiska variationerna kan ha betydelse för vårdarbetet men dessa är inte fakta som kan förväntas finnas hos varje individ.

I våra resultat finner vi flera likheter med Gigers och Davidhizars modell. De fenomen där vi finner mest likheter med modellen gäller kommunikation och social organisation. Biologisk variation kan vara ett fenomen som är svårt att beakta eftersom individen inte känner till sådana variationer. I våra resultat kan man finna stöd för deras systematiska beskrivning av hur man i vårdarbetet ska bemöta en person från en annan kultur. Man måste kunna beakta och lyssna till, samt respektera att de kan ha en annorlunda syn på saker utan att man för den delen ska döma dem.

## **2.7 Metoddiskussion**

Vi använde oss av fokusgruppintervju som metod för datainsamlingen i detta arbete och fick det material vi behövde för att kunna utföra analysen. Eftersom skribenterna inte genomfört någon fokusgruppintervju tidigare blev detta samtidigt ett lärotillfälle för oss. Våra frågor tillät deltagarna att beskriva sina erfarenheter ganska fritt, vilket från början var vår grundtanke, dvs.

att vi inte ville "styra" deltagarna för mycket. Samtidigt märkte vi efter intervjun att detta också blev en svaghet på så sätt att vi inte hade tillräckligt med förberedda frågor att ta till för att kunna leda deltagarna tillbaka till kärnfrågan, när deltagarna ibland hamnade utanför vårt ämnesområde i sin diskussion. Som metod var detta ändå väldigt givande på så sätt att vi fick djupare information än vad vi t.ex. skulle ha fått med en enkät, när deltagarna hade viss frihet och frågorna inte var för styrande. Vi kunde ändå kanske ha förberett några mer detaljerade frågor som kunde ha använts när diskussionen ledde in på sidospår. Det var utmanande att i intervjusituationen spontant leda deltagarna.

Vårt material är litet till sitt omfång och man kan inte dra några stora allmänna slutsatser. Våra resultat beskriver mer djupgående om hur en grupp ser gemensamt på ett ämne och det kan fungera som en intresseväckare eller inspiration för vidare studier. Inledningsvis bestod vår fokusgrupp av fem personer men vi fick ett bortfall på en person. En av deltagarna meddelade dagen innan intervjun att hon fått förhinder. En grupp på fyra personer var ändå lämpligt med tanke på att alla skulle få chans att uttala sig om ämnet. Om vårt material hade utvidgats till att omfatta fler fokusgrupper och kanske även kvinnor från andra länder kan det hända att vi hade fått ett mer variationsrikt resultat.

I intervjun används främst svenska men också somaliska och engelska. Detta kan till viss grad inverka på trovärdigheten i arbetet. Även om utsagorna tolkades kan man inte garantera att all information återgavs precis så som det blev uttalat och vi kan inte heller garantera att alla förstod allting på samma sätt. Detta gäller även frågorna vi använde oss av, en viss variation i förståelse mellan dessa kvinnor förekommer och det framkom under intervjun då moderatorn t.ex. behövde förklara frågorna mer ingående eller upprepa frågorna när deltagarna började tala om annat än det som efterfrågades.

Som helhet anser vi att det var ändamålsenligt att använda oss av en fokusgrupp. Det gav mycket innehållsrikt material att analysera och vårt syfte kunde besvaras. Till viss del fanns det utsagor i materialet som vi valde att ta bort då det handlade om en annan kontext eller om det gällde uttalanden som inte grundade sig på deltagarnas egen erfarenhet. Det var ändå en marginell del av intervjun som innehöll sådant som vi valde att ta bort. Skribenterna har tillsammans gått igenom materialet under analysfasen och genomfört kategoriseringen av materialet tillsammans. Vi har samarbetat under alla faser av arbetet och diskuterat tillsammans, presenterat våra olika synvinklar och sedan tagit gemensamma beslut om allt från arbetets uppbyggnad till dess slutliga bearbetning.

## 2.8 Slutdiskussion

Detta slutarbete som handlar om invandrarkvinnornas möte med vårdpersonal var en mycket lärorik process. Genom vårt arbete har vi fått bättre förståelse för hur bemötandet är för invandrarkvinnor i vårdsammanhang. Sammanfattningsvis har vårt arbete visat att kvinnorna är ganska nöjda med vårdsystemet medan de är mer missnöjda med bemötandet i vården. Kvinnorna efterfrågar en ökad förståelse hos vårdpersonalen i Finland för andra kulturer, vilket framgått även i andra undersökningar (se t.ex. Koskimies & Mutikainen 2008; Wikberg, Eriksson & Bondas 2012; Degni, Suominen, El Ansari, Vehviläinen-Julkunen & Essen 2014). Vi anser att ett möte med dessa kvinnor kräver ett öppet sinne.

I detta arbete har vi kommit fram till att invandrarkvinnorna är nöjda med att vården är tillgänglig för alla i Finland och att det är ett rättvist hälsovårdssystem. Det har visat sig att invandrare i Finland har ett högt förtroende för den offentliga social- och hälsovården (Castaneda et al. 2012). Även Wikberg et al. (2012) kom fram till att de flesta mödrarna är nöjda med den goda kvaliteten på vården i Finland. Resultaten i den studien visar också att en del vårdares etnocentriska syn inverkar negativt på mödrarnas erfarenheter. Liknande resultat kommer också fram i detta arbete. Kvinnorna i vår studie diskuterar att kunskapsnivån är god hos den finländska sjukvårdspersonalen trots att den kulturella kompetensen kunde vara bättre. Vårdarnas attityder mot invandrarkvinnor kan uppfattas som ovänliga (Degni et al. 2014).

De faktorer som bidrar till negativa erfarenheter har att göra med kultur, bemötande och kommunikation. Kvinnorna berättar om när vårdpersonal inte visar respekt inför deras kulturella syn och det bidrar till en negativ tolkning hos dem. Invandrarkvinnorna utgår från sin egen kultur när de gör bedömningar om olika situationer de varit med om och de uttrycker också att de upplever att de vill behålla sin kultur. Det är svårt att släppa de traditionsbundna värderingarna som kvinnorna har. De jämför också vården i Finland med vården i sitt hemland och även om de konstaterar att vården är mer rättvis och tillgänglig i Finland, kan de sakna sitt hemland där de skulle ha blivit förstådda.

Degni, Suominen, Essén, El Ansari och Vehviläinen-Julkunen (2012, 333–339) som har undersökt vårdpersonalens (läkare och sjukskötare/barnmorskors) uppfattningar angående vården av somaliska kvinnor i Finland visade det sig att kommunikation, kulturella traditioner och religiösa övertygelser var problematiska i vården, enligt vårdpersonalen. Liksom i vår studie använde man sig i den studien av fokusgruppintervjuer. Enligt våra resultat rör sig patienternas syn på

problematiken kring liknande faktorer. I studien av Degni (2012) ansåg läkarna att en stor del av de somaliska kvinnorna hade etnocentriska attityder om sin hälsa och att de inte hade tid att skapa en relation med patienterna på samma sätt som sjukskötarna. Barnmorskorna å sin sida belyste vikten av social interaktion med de somaliska kvinnorna och de förstod vikten av att skapa en relation med dem. Våra resultat bekräftar att den sociala interaktionen är betydelsefull för invandrarkvinnorna.

I vår studie framträder olika kommunikativa problem. Kvinnorna är överens om att ett gemensamt språk utgör en hörnsten i fråga om vården av invandrare. Trots att tolkar används vid vården av invandrare, kan deras begränsade språkkunskap och brist på kunskap i medicinsk terminologi vara ett hinder i kommunikationen (Degni et al. 2012). Kvinnorna lyfter också fram denna problematik i vår studie. En annan intressant aspekt som kommer fram gällande kommunikation är att invandrarkvinnorna inte alltid vågar säga sin åsikt eller klaga över någonting då de inte vet sina rättigheter. Man kunde ge mer information till invandrare om patientens rättigheter. Speciella kurser kunde finnas för detta ändamål. Detta är även en sak som kan leda till äventyrande av patientsäkerheten i vården av utländska patienter. Om de inte vet sina rättigheter, kan de inte heller framföra klagomål eller meddela om när de fått felaktig vård. Kvinnorna framför också att det är svårt för vårdpersonalen då de beskriver t.ex. smärta på ett annat sätt än finländare och de är oroliga över om de blir förstådda. Somaliska kvinnor beskriver symtom på ett indirekt sätt och de kan ha svårt att exakt beskriva sina symtom, tom. enstaka ord kan leda till felaktiga tolkningar (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 156).

I studien framgår det också att invandrarkvinnornas egen attityd kan vara dömande, eftersom de utgår från någon händelse då de blivit dåligt bemötta. De har då skapat sig fördomar om hur de blir bemötta och kanske det leder till att de själva bidrar till konflikter genom sin egen attityd och sina egna förutfattade meningar. Det kan alltså vara båda parter som bidrar till att en situation upplevs som konfliktfylld. Eftersom vårdpersonalen har en professionell roll borde hen kunna utgå ifrån principer om professionalitet och således lägga grund för bättre atmosfär. Vårdarens förmåga att agera professionellt är betydelsefullt i mötet med invandrarkvinnor och vårdarbetet kräver kulturell känslighet och flexibilitet (Hassinen-Ali-Azzani 2002, se även Malin & Gissler 2009).

Genom att reflektera våra resultat mot Gigers och Davidhizars transkulturella modell har vi till viss mån kunnat bekräfta dess användbarhet. Modellens viktigaste aspekt är att underlätta för vårdpersonalen så att de kan betrakta patienten i sin helhet. Trots att man tar hänsyn till dessa fenomen som finns i modellen är det ett känsligt möte med en person från en annan kultur

eftersom det finns många aspekter att beakta, vilka kan variera mellan individer. Vårdpersonalen kan upplevas vara rädda ibland, menar kvinnorna i vår studie och då kan det leda till att de uppfattas som kulturellt okunniga. För att underlätta bemötandet skulle det vara bra om vårdpersonalen skulle få möjlighet att lära sig om andra kulturer.

Vi, som blivande sjukskötare, har fått djupare kunskap om vilka aspekter man borde ta hänsyn till när man vårdar en person från en annan kultur. Det vore bra om vårdpersonalen skulle använda sig av kunskap från teoretiska modeller om kulturellt ändamålsenlig vård för att bli kulturellt kompetenta. Vi anser att Gigers och Davidhizars transkulturella vårdmodell är ett enkelt redskap för oss och vi kommer att använda oss av den vid möten med olika etniciteter. Den transkulturella modellen kunde utvecklas till en guide i fickmodell som ger en kort sammanfattning av de enskilda fenomenen.

Med tanke på fortsatta studier kunde man utföra fokusgruppintervjuer där både vårdpersonalen och patienter medverkar. I studien av Degni et al.(2012) kom det fram att vårdpersonalen lyft fram liknande aspekter som problematiska i kommunikationen som i denna studie lyfts fram av invandrarkvinnorna. Det skulle därför vara intressant att studera hur de ser på saken gemensamt och hur deras förståelse sinsemellan fungerar. Det kunde vara intressant att låta dem ta del av varandras erfarenheter.

## Litteraturförteckning

Berggren, V., Bergström, S. & Edberg, A-K., 2006. Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50–57.

Björngren Cuadra, C. red., 2010. *Omvårdnad i mångkulturella rum: frågor om kultur, etik och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.

Boerleider, A.W., 2014. "Being Flexible and Creative": A Qualitative Study on Maternity Care Assistants' Experiences with Non-Western Immigrant Women (Caring for Postnatal Non-Western Immigrant Women). *PLoS One*, 9(3).

Brämberg, E.B. & Nyström, M., 2010. To be an immigrant and a patient in Sweden: A study with an individualised perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5 (3), 10.3402/qhw.v5i3.5106.

Brämberg, E.B., Nyström, M. & Dahlberg, K., 2010. Patient participation: A qualitative study of immigrant women and their experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 5(1), 10. [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879867/> [hämtat 25.1.2018].

Byrskog, U., 2015. Being a bridge: Swedish antenatal care midwives' encounters with Somali-born women and questions of violence; a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), doi: 10.1186/s12884-015-0429-z.

Castaneda, A.E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S., 2012. *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. 2. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd. [online] <https://www.julkari.fi/handle/10024/90907> [hämtat 26.1.2018]

Cortis, J.D., 2000. Perceptions and experiences with nursing care: a study of Pakistani (Urdu) communities in the United Kingdom. *Journal of Transcultural nursing*, 11(2), 111–118.

Danielsson, E., 2012. Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. M. Henricson, red., Lund: Studentlitteratur. s. 330–343.

Dayer-Berenson, L. ed., 2010. *Cultural Competencies for Nurses. Impact on Health and Illness*. Canada: Jones and Bartlett Publishers.

Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2012. Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: Health care providers' experiences in meeting Somali women living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(2), 330–430.

Degni, F., Suominen, B., El Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen, K. & Essen, B., 2014. Reproductive and maternity health care services in Finland: Perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethnicity & Health*, 19(3), 348–366.

Dinesen, C., Nielsen, S.S., Mortensen, L.H., Krasnik, A., 2011. Inequality in self-rated health among immigrants, their descendants and ethnic Danes: examining the role of socioeconomic position. *International Journal of Public Health*, 56(5), 503–514.

Ekblad, S., Janson, & Svensson, P-G., 1996. *Möte i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso-och sjukvården*. Stockholm: Liber utbildning.

Eriksson, K., 1986. *Introduktion till vårdvetenskap*. (2. uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K., 2000. *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber

Folkpensionsanstalten (FPA), 2017. [Online] <https://www.kela.fi> [hämtat: 9.1.2018]

Forskningsetiska delegationen, (TENK), 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Helsingfors

Friberg, F. & Öhlén, J., 2012. Fenomenologi och hermeneutik. Ingår i: *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. M. Henricson, red., Lund: Studentlitteratur. s. 346–370.

Förenta nationerna, 2017. *Refugees*. [Online] <http://www.un.org/en/sections/issues-depth/refugees/index.html> [hämtat: 17.10.2017]

Giger, J. & Davidhizar, R., 2002. Culturally competent care: Emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, 49 (2), 79–86.

Giger, J. & Davidhizar, R., 2004. *Transcultural nursing. Assessment & Intervention* (4. uppl.). St Louis: Mosby.

Giger, J. & Davidhizar, R., 2008. *Transcultural nursing. Assessment and Intervention* (5. uppl.). St. Louis: Mosby



Giger, J. & Davidhizar, R., 2017. *Transcultural Nursing. Assessment and Intervention*. (7. uppl.). Missouri: Elsevier.

Hamilton, M. & Zaheera, E., 2008. Minority ethnic users' experiences and expectations of nursing care. *Journal of Research in Nursing*, 13(2), 102–110.

Hassinen-Ali-Azzani, T., 2002. *Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa*. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Henricson, M. & Billhult, A., 2012. Kvalitativ design. Ingår i: *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. M. Henricson, red., Lund: Studentlitteratur. s. 130–137.

Hill L, Gray R, Stroud J. & Chiripanyanga S., 2009. Inter-professional learning to prepare medical and social work students for practice with refugees and asylum seekers. *Social Work Education*, 28(3), 298–308.

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

Holland, K. & Hogg, C., 2010. *Cultural Awareness in Nursing and Health Care*. London: Edward Arnold Ltd.

*Hufvudstadsbladet*, 2018. Drömmen om Finland gick i kras. [online] <https://www.hbl.fi/artikel/forvara-barns-skull-2/> [hämtat den 7.2.2018].

Kjellström, S., 2012. Forskningsetik. Ingår i: *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. M. Henricson, red., Lund: Studentlitteratur. s. 70–92.

Koskimies, K. & Mutikainen, H.K., 2008. *Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina*. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia: Helsingfors.

Leininger, M.M., 1991. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M. & McFarland, M., 2002. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. (3. uppl.) New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division.

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.

McFarland, M., 2010. Culture Care Theory of Diversity and Universality. In: *Nursing Theorists and Their Work*. (7. uppl.). red., Alligood, M. R. & Tomey, A. M. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier, s. 454–479.

Migrationsverket, 2018a. Statistik år 2017 [Online]  
<http://statistik.migri.fi/#decisions?start=564&end=575> [hämtat: 3.4.2018]

Migrationsverket, 2018b. Ordlista. [Online]  
[http://www.migri.fi/for\\_media/ordlista#pakolainen\\_sv](http://www.migri.fi/for_media/ordlista#pakolainen_sv) [hämtat: 9.1.2018]

Migrationsverket, 2018c. [online] <http://migri.fi/sv/asyl-i-finland> [hämtat: 26.1.2018]

Morgan, D., 1996. Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129–152.

Müllersdorf, M., 2011. The magnitude of reciprocity in chronic pain management: Experiences of dispersed ethnic populations of Muslim women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 637–645.

Nazroo, J.V., 2003. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *American Journal of Public Health*, 93(2), 277–284.

Nielsen, S.S. & Krasnik, A., 2010. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 55 (5), 357–371.

Priebe, G. & Landström, C., 2012. Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. Ingår i: *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. M. Henricson, red., Lund: Studentlitteratur. s. 32–50.

Samarasinghe, K. & Arvidsson, B., 2002. 'It is a different war to fight here in Sweden' – the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 292–301.

Simpson, J.L. & Carter, K., 2008. Muslim women's experiences with health care providers in a rural area of the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(1), 16–23.

Statistikcentralen, 2018. [Online] <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajtaivaestossa/vieraskieliset.html> [hämtat: 9.1.2018]

Stewart, D., Shamdasani, P. & Rook, D., 2007. *Focus Groups. Theory and Practice*. (2. uppl.). Thousand Oaks: Sage Publications.

STM, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2018. Paperittomien terveydenhuolto. [Online] <http://stm.fi/paperittomien-terveydenhuolto> [hämtat: 17.1.2018]

Socialstyrelsen, 2000. *Olika villkor – olika hälsa – En studie bland invandrare från Chile, Iran, Polen och Turkiet*. Invandrades levnadsvillkor 4. Sos-rapport 2000:3. Stockholm: Socialstyrelsen.

Straiton, M. L. & Myhre, S., 2017. Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(4), 352–359.

Streubert, H. & Carpenter, D., 2011. *Qualitative research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (5. uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Seffo, N., Krupic, F., Grbic, K. & Fatahi, N., 2014. From Immigrant to Patient: Experiences of Bosnian Immigrants in the Swedish Healthcare System. *Materia Socio-Medica*, 26(2), 84–89. [online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035148/> [hämtat 25.1.2018]

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

Wibeck, V., 2012. Fokusgrupper. Ingår i: *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. M. Henricson, red., Lund: Studentlitteratur. s. 194–214.

Wikberg, A. & Eriksson, K., 2008. Vårdande mellan olika kulturer. Ingår i: D. Matilainen, K. Eriksson, & U. Lindström. *Vårdvetenskap i hälsans och vårdandets tjänst*. X nationella vårdvetenskapliga konferensen. Vasa: Åbo Akademi University. s. 183–191.

Wikberg, A. & Bondas, T., 2010. A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(1). 46–48.

Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondas, T., 2012. Intercultural Caring From the Perspectives of Immigrant New Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(5), 638–649.

Wikberg, A., 2014. *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande: Att föda barn i en annan kultur*. Doktorsavhandling. Vasa: Åbo Akademi. Socialvetenskapliga institutionen, vårdvetenskap.

Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondas, T., 2014. Immigrant new mothers in Finnish maternity care – an ethnographic study of caring. *International Journal of Childbirth*, 4(2), 85–100.

YLE, 2015. Ny uppskattning: 50 000 asylsökande till Finland i år. [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2015/10/02/ny-uppskattning-50-000-asylsokande-till-finland-i-ar> [hämtat: 17.10.2017]

### **Finlands författningssamling**

Hälso- och sjukvårdslag, 30.12.2010/1326. [Online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 17.1.2018]

Lag om patientens rättigheter och ställning, 17.8.1992/785. [Online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 26.1.2018]

## Bilaga 1 Intervjuguide



### Gruppintervjufrågor

#### *Bakgrundsfrågor*

Ålder?

Från vilket land kommer ni?

Vilken etnisk grupp/kultur tillhör ni?

När och varför kom ni till Finland?

#### *Ämnesdiskussion, frågor:*

Vilka tankar har ni om bemötande och vården i Finland?
Vad tycker ni om den finländska vården?
Berätta om när ni sökt er till vård, om hur ni upplever personalens bemötande och dela med er av era erfarenheter.
Berätta om ett tillfälle när ni varit nöjd med vården.
Berätta om när ni varit missnöjd och inte fått bra vård.
Beskriv med egna ord era förväntningar på den finländska vården.

## Bilaga 2 Informationsbrev



Hej!

Vi är två blivande sjukskötare som nu håller på att skriva vårt examensarbete. Vi studerar tredje året vid YrkesHögskolan Novia i Vasa och till studiernas slutskede hör ett examensarbete. I vårt examensarbete har vi valt att undersöka hur invandrarkvinnor upplever vården i Finland. Vi kommer att utföra en gruppintervju för att få information till vårt examensarbete och detta informationsbrev är riktat till er som deltar i vår studie.

Genom vårt arbete hoppas vi få djupare förståelse för invandrarkvinnor i vården. Vi hoppas att vårdpersonalen genom vårt arbete får bättre förståelse för kvinnor med annan kulturell bakgrund. I vår gruppintervju kommer sex frivilliga kvinnor att delta. Denna intervju är helt baserad på frivillighet och man kan när som helst avbryta sitt deltagande.

Vi kommer att göra en ljudinspelning under intervjun men detta material kommer endast vi som utför studien att använda för att kunna göra en analys av innehållet. Inspelningen är endast till för att vi sedan ska kunna skriva ner intervjun. Ert deltagande är konfidentiellt på så sätt att i vårt arbete används inga personnamn. Alla som deltar i studien skriver under en samtyckesblankett där de intygar att de deltar frivilligt i studien samt förbinder sig till att inte föra någon information vidare. Vi samlar inte in några personuppgifter om deltagarna (namn osv.). Det enda som kan användas i vårt slutarbete är citat eller återgivelse av vad som sagts under intervjun.

Vi ger er våra intervjufrågor på förhand så att ni vet vad vi ber er berätta om vid denna gruppintervju. Frågorna finns i slutet av detta brev. Vi framför ett stort tack till er som ställer upp och medverkar i vår studie. Utan ert deltagande vore vår studie inte möjlig.

Med vänlig hälsning

Seynab Ali & Emma Dahl, blivande sjukskötare

Kontaktuppgifter:

seynab.ali@edu.novia.fi (0469385078)

emma.dahl@edu.novia.fi (0504455264)

Handledande lärare: anita.wikberg@novia.fi (0447805326)

## Bilaga 3 Samtyckesblankett



### Samtyckesblankett

Samtycke till deltagande i undersökning om invandrarkvinnors upplevelser av den finländska vården. Nedan ger du ditt samtycke till att delta i vår gruppintervju där vi ber er berätta om hur ni upplever vården utgående från några riktgivande frågor. Läs igenom informationsbrevet noggrant och ge ditt medgivande genom att skriva under med din namnteckning längst ned.

Medgivande:

- Jag deltar anonymt i denna studie och delar med mig av mina berättelser. Jag visar hänsyn och respekt till övriga deltagare och lovar genom detta samtycke att inte föra någon information vidare. Allt som diskuteras under intervjun är konfidentiellt.
- Jag har fått tillfälle att få mina frågor angående fokusgruppen besvarade innan den påbörjas och vet vem jag ska vända mig till med frågor.
- Jag deltar i fokusgruppen frivilligt och har blivit informerad om syftet med deltagandet.
- Jag är medveten om att jag när som helst under och efter fokusgruppen kan avbryta mitt deltagande utan att jag behöver förklara varför.
- Jag ger mitt medgivande till att intervjun bandas in och jag förstår att det endast är för forskningsändamål.
- Jag känner till att materialet från fokusgruppen kommer att behandlas konfidentiellt i den meningen att mitt namn aldrig kommer att publiceras.

Ort/ Datum

---

Underskrift

Namnförtydligande

---

---

## Bilaga 4 Redovisning av kategorier

01	Bemötande i vårdssammanhang	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fördomar</li><li>• Handling</li></ul>
02	Kultur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kulturella skillnader</li><li>• Syn på egen kultur</li></ul>
03	Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Språkkunskap</li><li>• Information</li></ul>
04	Vårdssystem	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vårdorganisation</li><li>• Förväntningar på vården</li></ul>



### 3 "Sluta fråga hur många barn jag ska ha!" – somaliska kvinnors upplevelser av den finländska mödravården: Ellen Dahl & Jenni Rönholm

#### Abstrakt

Syftet med studien är att beskriva somaliska kvinnors upplevelser av mödravården i Finland. Frågeställningarna tog fasta på hur kvinnorna upplever bemötandet, kommunikationen och brister i mödravården. Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med fyra kvinnor med somalisk bakgrund som har fött barn i Finland. Intervjuerna analyserades induktivt genom en kvalitativ innehållsanalys.

Anita Wikbergs vårdvetenskapliga teori om interkulturellt vårdande i mödravårdspraxis – att föda barn i en annan kultur användes som teoretisk utgångspunkt. Bakgrunden baseras till stor del på relevant finländsk forskning.

I resultatet framkom att kvinnorna generellt är nöjda med mödravården och dess tjänster. De beskriver sina upplevelser från mödrarådgivningen som enbart positiva. En kontinuitet i vårdrelationen med en hjälpsam mödrarådgivare har bidragit till goda vårdupplevelser. De har dock upplevt fördomsfullt bemötande och otrevliga attityder hos en del vårdpersonal på sjukhus. Informanterna har fått fördomsfulla kommentarer om till exempel stort barnantal och även om kommentarer har sagts med välvilja har den bringat negativa känslor hos dem. Informanterna har också känt sig nedprioriterade på grund av sin etnicitet i vissa vårdsituationer. Ett dåligt bemötande kan orsakas av bristande kulturkompetens.

**Nyckelord:** Somalia, bemötande, mödravård, kommunikation, kulturell kompetens och interkulturell vård

**Nimike:** "Älä enää kysy montako lasta aion saada!" – Somalinaisten kokemuksia suomalaisesta äitiyshuollosta

## **Tiivistelmä**

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla somalitaustaisten naisten kokemuksia suomalaisesta äitiyshuollosta. Tutkimuskysymykset olivat, kuinka naiset kokivat tulleen kohdatuiksi ja kuinka kommunikaatio sujui äitiyshuollon henkilökunnan kanssa? Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena haastattelututkimuksena, johon osallistui neljä somalitaustaista naista jotka ovat synnyttäneet Suomessa. Haastattelut analysoitiin induktiivisesti käyttäen kvalitatiivista sisällönanalyysiä

Teoreettisena lähtökohtana on käytetty Anita Wikbergin hoitotieteen teoriaa interkulttuurisesta hoitamisesta äitiyshuollossa – synnyttäminen eri kulttuurissa. Taustatiedot perustuvat enimmäkseen suomalaisiin tutkimuksiin niiden sopeutuvuuden vuoksi.

Tuloksessa käy ilmi, että somalinaiset ovat pääosin tyytyväisiä äitiyshuoltoon ja sen tarjoamiin palveluihin. He kuvailevat heidän kokemuksiaan äitiysneuvolasta positiivisina. Hoitosuhteen jatkuvuus saman avuliaan hoitajan kanssa on edistänyt hoitokokemusta. He ovat kuitenkin kokeneet ennakkoluuloja sekä epämiellyttäviä asenteita sairaalahoitohenkilökunnalta. Tiedonantajat ovat kohdanneet ennakkoluuloisia kommentteja esimerkiksi suuresta lapsiluvusta. Vaikka kommenttien tarkoitus on ollut hyvä, ovat ne silti aiheuttaneet mielipahaa. Tiedonantajat ovat myös kokeneet, että he ovat olleet alemmin priorisoituja erinäisissä hoitotilanteissa. Huono kohtaaminen voi johtua heikosta kulttuurisesta osaamisesta.

**Avainsanat:** Somalia, kohtaaminen, äitiyshuolto, kommunikaatio, kulttuurinen kompetenssi ja interkulttuurinen hoitaminen

**Title:** "Stop asking me how many children I'll have!" – Somali women's experiences of the Finnish maternity care

### **Abstract**

The purpose of this study is to describe Somali women's experiences of maternity care in Finland. The questions used as a frame for the study, answer how these women experience the encounter and the communication in the maternity care. The study was conducted as a qualitative interview study, interviewing four women with Somalian background who have delivered in Finland. The interviews were analysed inductively, using a qualitative content analysis.

A caring science theory on intercultural caring – giving birth in another culture by Anita Wikberg was used as a theoretical framework for the study. The background of the study is mostly based on research made in Finland, due to its relevance.

The result shows that these women overall are satisfied with the maternity care services. They describe their experiences from the maternity clinic as merely positive. Continuity in a caring relationship, with a helpful antenatal clinic nurse, has improved the overall care experience. Still they point out that they have been poorly encountered and experienced prejudice by health care professionals. Questions about the number of children they have has brought them negative feelings even though the questions have been asked in a friendly manner. They have also felt low prioritized in certain situations due to their ethnicity. A poor encounter can be caused by lack of cultural competence.

**Key words:** Somali, reception, maternity care, communication, cultural competence and intercultural caring

### 3.1 Inledning

Somaliernas historia i Finland är rätt kort, de första somalierna kom till Finland efter år 1991 på grund av det politiska sammanbrottet i Somalia när den dåvarande presidenten Mohammad Siyad Barre avsattes. Landet slutade då i praktiken att fungera som en enad stat och olika militanta styrkor började strida om makten (Nationalencyklopedin 2017). Finland var samtidigt i en ekonomisk kris och det var tufft för somalierna att komma till ett nytt land som hade egna problem. En del finländare hade svårt att bemöta och välkomna somalierna – deras utseende, språk och religion skiljde sig så markant från vad de var vana vid. Somalierna kom som flyktingar, asylsökanden och via familjeåterförening (Suomen somalialaisten liitto 2017). År 2017 hade 20 007 personer somaliska som modersmål i Finland. Somaliska är det sjätte mest talade språket i landet. Den totala befolkningmängden i Finland var samma år 5 513 130 invånare (Statistikcentralen 2018).

Somalierna är överlag nöjda med hälso- och sjukvården i Finland men det framkommer att det ännu finns stora brister i kommunikationen och attityderna mot dem bland vårdpersonalen (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Detta påstående stärks även av andra studier som är gjorda under 2000-talet i Finland. I en studie framför de somaliska kvinnorna att deras bristfälliga kunskaper i finska och personalens okunskap om deras kultur utgör brister i kommunikationen och bidrar till ett fördomsfullt bemötande av dem (Degni, Suominen, El Ansari, Vehviläinen-Julkunen & Essen 2014). Somalierna använder flitigt hälsovårdstjänster och är överlag nöjda med vården, men lyfter fram problem kring hur de bemöts av vårdpersonalen och fördomar som vårdare har om dem. I en hälsoundersökning för invandrare kom det fram att övervikt och diabetes var märkbara problem speciellt hos de somaliska kvinnorna. Även om cirka hälften av somalierna som medverkade i undersökningen hade varit med om traumatiska upplevelser i sitt ursprungsland så kände de att den mentala hälsan var bra och livskvaliteten god. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) 2014). Eftersom somalierna anser att barn är Guds gåva har de ofta många barn, vilket gör att de ofta besöker mödravården (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Vi intresserade oss för ämnet, eftersom vår uppfattning är att somalierna fortfarande möts av fördomar, vilket baserat på tidigare forskning visar sig stämma. Som blivande barnmorskor kommer vi att möta somaliska kvinnor och familjer i arbetet. Genom denna studie önskar vi förstå kvinnornas upplevelser och lära oss av dem för att ge dem en god vårdupplevelse.

### 3.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att beskriva hur kvinnor med somalisk bakgrund upplever vården och bemötandet i den finländska mödravården. Begreppet somalisk bakgrund betyder i den här studien första eller andra generationens invandrare.

Frågeställningarna är:

Fråga 1: Hur upplever somaliska kvinnor sig bli bemötta av vårdpersonalen i mödravården?

Fråga 2: Hur upplevs kommunikationen fungera i vårdsituationen?

Fråga 3: Vilka brister upplever somaliska kvinnor i den finländska mödravården?

### 3.3 Somalia

Somalia är ett land på Afrikas östkust, även kallat Afrikas horn. Invånarantalet i Somalia är 14,7 miljoner, varav 1,7 miljoner är bosatta i huvudstaden Mogadishu. Halva befolkningen är nomader, en del är fast bosatta längs floder och 40 % bor i städer. Somalia är ett muslimskt land där religionen är en stor del av kulturen och vardagen. Majoriteten av befolkningen är sunnimuslimer (THL 2017). Enligt många muslimer är islam inte bara en religion utan ett levnadssätt. Den islamiska lagen, Sharia, ligger till och med som grund för all lagstiftning i Somalia sedan 2012. Somalia är ett väldigt splittrat land som utgörs av ett utpräglat klansamhälle, där befolkningen känner mer tillhörighet till klanen än till nationen. År 1991 förklarade Somaliland, som utgör den nordvästliga delen av landet, sig självständigt. Somaliland har dock inte blivit diplomatiskt erkänt (Nationalencyklopedin 2017).

Det finns sex stora klanfamiljer i Somalia: Daarod, Hawiye, Isaaq, Dir, Digil och Rahanwayn, till dem hör majoriteten av befolkningen. Klanfamiljerna förgrenas till klaner, som ytterligare indelas i underkategorier – blodsband (eng. blood alliances), där somalier känner störst social tillhörighet. Inom klansamhället både skyddas och straffas medlemmarna kollektivt genom blodsband. Om en man slår ihjäl en annan man, så är det vanligare att gärningsmannens familj betalar blodpeng till offrets familj än att det blir en rättslig påföljd. Alla somalier tillhör dock inte en klan och dessa människor är mest utsatta för våld, eftersom de saknar det sociala skyddet som klantillhörigheten medför. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

### 3.3.1 Somalias historia

Somalia koloniserades av briter och italienare i slutet av 1800-talet och blev en självständig demokrati först år 1960. Nio år senare tog general Siad Barre över makten och landet blev en militärregim. Barre hade som avsikt att förena folket och utrota klanstrukturen. På 1980-talet bröt missnöjet hos folket ut i inbördeskrig och år 1991 blev Barre tvingad till landsflykt. Det rådde kaos i landet och enorma folkmängder var tvungna att fly undan oroligheterna (Suomen somalialaisten liitto 2017). Uppskattningsvis flydde en miljon somalier då landet, största delen till grannländerna och de som hade bättre möjligheter flydde till västländerna (Pirkkalainen 2005). Först 2012 bildades ett nytt parlament och Hassan Sheikh Mohamud blev president. Som hans efterträdare valdes år 2017 Mohamed Abdullahi Mohamed. Situationen i landet är ännu kritisk och instabil. Den islamska terroristorganisationen, Al-Shabaab, har flera gånger attackerat huvudstaden Mogadishu. Det finns fortfarande 20 000 fredsbevarare från den Afrikanska unionen i landet, vilka planerar att stanna fram till slutet av 2020. Somalia möter stora utmaningar i processen att återhämta sig från tjugo år av inbördeskrig. Landet lider även av humanitära kriser, eftersom det råder svår torka (Suomen somalialaisten liitto 2017).

### 3.3.2 Islam

Islam är en utbredd religion som uppkom i Arabien under 700-talet. Det är en monoteistisk religion, den dyrkar en gud, Allah. Profeten Mohammed meddelades budskapet åren 610–632 e.Kr. och det är nedskrivet i den heliga skriften, Koranen. Tron spred sig till Somalias kust via arabiska handelsmän under de kommande seklen. Ordet islam är en sammankoppling av arabiska ord och innebär total exponering och lojalitet mot Gud. Människor som tror på Gud, och erkänner Guds påbud är muslimer. Genom att vara muslim och överlämna sig till Gud, finner man en inre ro. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Islam bygger på fem pelare, trosbekännelsen, att be fem gånger om dagen, fastan under fastemånaden Ramadan, att ge allmosor och pilgrimsfärden till Mecka. Islam har två huvudsakliga riktningar, Shia och Sunna. Somalierna är i huvudsak sunnimuslimer och har anpassat islam till sitt levnadssätt. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

I Tiilikainens (2003) undersökning framkom att en del av de somaliska kvinnorna upplever sin tro ännu viktigare efter att de flyttat till Finland, än då de bodde i Somalia. Tron kopplar det nuvarande livet till det förflutna och församlingens gemenskap fungerar som både ett konkret och andligt band till hemlandet. Kriget och flykten kan även ha förstärkt tron på högre makter. Även kvinnor som tidigare inte visat intresse för religionen har sedan flykten till Finland intresserat sig för Koranen och sin tro.

### 3.3.3 Kvinnans situation i Somalia

Det somaliska samhället är patriarkaliskt. Det här försvårar bland annat kvinnornas möjligheter att få jobb, men trots detta är det vanligtvis kvinnan som bringar inkomsten till familjen till exempel genom tiggeri eller handel. Möjligheterna varierar också beroende på utbildningsnivå och ifall kvinnan bor i en stad eller på landsbygden. Inom klansamhället och enligt sedvanerätten *xeer*, vilken bygger på överenskommelser klaner emellan, har kvinnan ingen rätt att föra sin egen talan. En manlig nära släkting eller äkta man för istället kvinnans talan. I teorin har kvinnan rättigheter i samhället men dessa efterlevs sällan i praktiken. Det krävs en resursstark kvinna för att få tillgång till dem. (Migrationsverket 2013).

Det är vanligt förekommande och kulturellt accepterat med våld i hemmet. Det är främst kvinnan som blir slagen av sin man, men också barnen kan bli slagna av föräldrarna. Det finns ett somaliskt talesätt: Den mannen älskar slår han. Männen anser sig ha äganderätt över kvinnorna och behandlar dem som slavar. Också pengarna som kvinnorna tjänar in beslagtas av männen, kvinnor saknar äganderätt. Om det blir känt att en kvinna utsätts för våld i hemmet behandlas brottet oftast via klanen och *xeer* istället för av polisen. Klanen ingriper sällan, utan ber kvinnan respektera sin man, skydd från klanen fungerar alltså inte om våld sker inom familjen (Migrationsverket 2013). Familjevåld förekommer även bland somaliska familjer bosatta i Finland. Somaliska kvinnor är överrepresenterade vid mödra- och skyddshemmen. Fysiskt och psykiskt våld utgör de främsta orsakerna till att kvinnorna söker hjälp. En annan orsak till att de kommer till skyddshemmen är avsaknad av stödnätverk i landet (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Våldtäkt är väldigt stigmatiserande för kvinnan. Ett våldtäktsoffer undviker ofta att berätta om händelsen, eftersom det skulle dra skam över både henne och klanen, om hon tillhör en sådan. Sällan straffas förövaren även om kvinnan vet vem han är och vågar anmäla honom, eftersom hans ord har mer tyngd än hennes. De mest utsatta är kvinnor som är internflyktingar, flyktingar och asylsökande. (Migrationsverket 2013).

### 3.3.4 Somalisk kultur

I detta kapitel beskrivs den somaliska kulturens karaktärsdrag. Ett karaktärsdrag som skiljer sig markant från västerlänningar är det somaliska folkets tidsuppfattning. I Somalia har man aldrig bråttom utan man tar det lugnt och gör saker när tiden är rätt. Det finns ett somaliskt ordspråk som fritt översatt lyder: Gör det du kan och spara resten till imorgon. Dygnet delas inte in i timmar och i minuter utan i soluppgång, förmiddag, middag, eftermiddag och solnedgång. (Hassinen-Ali-Azzini 2002).

### **Somalisk matkultur**

Somalierna äter mycket får- eller getkött och mjölk. Ägg och fjäderfä samt frukter som växer lokalt, mango, banan och dadlar används som utfyllnadsnäring. Kosten består till stor del av fiber och kolhydrater och även om herdarna får rikligt med protein så lider de ofta av anemi. I storstäderna har den västerländska matkulturen med till exempel pasta blivit omtyckt. Somalierna tycker om välkryddad mat och använder mycket salt. Det är vanligt att dricka te som är sötat med mycket socker och berikat med kryddor. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

I Somalia är majs, durra, bönor och ris de vanligaste råvarorna på jordbruksområden medan herdarna äter kött och mjölk. De muslimska reglerna syns i matkulturen, bland annat griskött, blod och alkohol är förbjudet att äta eller dricka. Somalierna föredrar det muslimska slaktsättet där djurets halsåder skärs upp och under tiden blodet rinner ut så uttalas Guds namn repeterat, då blir köttet halal, godkänt av islam. Motsatsen till halal är haram, något förbjudet. Enligt somalisk matkultur äter männen först och delar på de bästa bitarna, varpå kvinnorna och barnen delar på det som blir kvar. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Anemi är ett mycket vanligt hälsoproblem bland gravida. En del gravida kvinnor minskar matintaget under den sista trimestern i tro om att fostret då inte växer sig så stort och att det underlättar förlossningen. Detta leder till att det är vanligt att de somaliska kvinnorna är svaga och mår illa i slutet av graviditeten. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Under den 29–30 dagar långa, årliga fastemånaden Ramadan äter eller dricker muslimer inte mellan soluppgång och solnedgång. Som en av islams fem grundpelare är fastan en viktig del av tron. Vid sjukdom eller graviditet kan fastan förbises, men många väljer ändå att fasta, eftersom de annars måste ta igen fastan på egen hand senare. Ramadan flyttas enligt den gregorianska kalendern tillbaka ungefär 11 dygn årligen, eftersom fastan följer den muslimska månkalendern. Fastemånaden har de senaste åren infallit sommartid i Finland vilket gjort att fastetiden blir lång; från soluppgång till solnedgång. Under Ramadan kan muslimer ge blodprov samt ta emot mediciner antingen intravenöst eller genom näsa, hud eller ögon. Det är viktigt för vårdpersonal att veta att läkemedel som intas oralt förstör fastan, men livsfrämjande åtgärder går före fastan. (Mölsä, Tiilikainen & Punamäki 2017).

### **Äktenskap och familj**

Enligt islam kan kvinnan endast ingå äktenskap med en muslimsk man, men mannen kan gifta sig med en kvinna ur en annan religion (Väestöliitto 2017). Monogami är den vanligaste formen av äktenskap, men även polygami förekommer i Somalia. Oftast är det äldre män med stora resurser, till exempel en stor boskapshjord som tar sig fler fruar. I lagen som trädde i kraft 1975 blev monogami normen i Somalia, men det är enligt islam accepterat att en man har upp till fyra fruar,



som han ska ta hand om jämlikt. Skilsmässa är rätt vanligt och förekommer ofta ifall kvinnan är infertil. Vanligaste orsaken till att ingå äktenskap är för att få barn, främst pojkar som stärker faderns släkt, status och position. Högt barnantal är önskvärt, men det är vanligt förekommande med spädbarnsdödlighet (Hassinen-Ali-Azzini 2002). År 2015 dog 8,5 % av spädbarnen i Somalia före ett års ålder (Unicef 2015).

I Somalia är all sexuell aktivitet förbjuden utanför äktenskap. Islam är väldigt tydlig med att kvinnan bör vara jungfru då hon ingår äktenskap. Hennes oskuld kontrolleras bland annat genom kvinnlig könsstympning, vilket fortfarande sker i Somalia. Förr var det vanligt att släktens kvinnor samlades hos bruden efter bröllopsnatten för att försäkra sig om att hon varit oskuld, genom att se en blodfläck på lakanet. Många muslimska kvinnor känner stress inför bröllopsnatten och undviker gynekologiska undersökningar före bröllopet på grund av rädsla för att skada den mytomspunna mödomshinnan och då inte kunna försäkra sin oskuld för mannen. (Väestöliitto 2017).

Begreppet familj är bredare i Somalia än i Finland. Somalierna använder istället ordet reer, som direkt översatt betyder människor. Till familjen räknas också släktingar och vänner. Familjens struktur är mer hierarkisk än den finländska. De äldre generationerna har med ålderns rätt auktoritet, makten att fatta beslut och bestraffningsrätt. Det sociala nätverket fungerar som ett socialskydd. Om någon agerar felaktigt och kastas ut ur släkten har hen dåliga förutsättningar för att klara sig i samhället. Könsrollerna är starkt indelade och även om det inte finns hinder för män att göra hushållssysslor, så anser man att det är kvinnans område. Kvinnan kan jämföras med familjens ryggrad och mycket ansvar ligger på hennes axlar. En fru förväntas ta hand om och passa upp hela mannens släkte och klan. Barnen uppfostras olika enligt kön och redan vid fem års ålder lär sig flickorna hjälpa mamman med hushållsarbete. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

### **Könsstympning**

I Somalia könsstympas en stor del av flickorna, oftast i åldern 4–11 år. Det är vanligt att flera flickor könsstympas samtidigt utan anestesi eller bedövningsmedel (Unicef 2015). Somalierna ser könsstympningen som ett steg in i vuxenvärlden, flickorna får fler sysslor att sköta i hemmet och blir mammas viktiga hjälpredor. Efter ingreppet faller även leken bort i och med statusen av att vara en stor flicka. Flickor och pojkar hålls också mera isär efter ingreppet (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Könsstympning, eller kvinnlig omskärelse är en uråldrig tradition med kulturell bakgrund. Det innebär att en kvinnas yttre genitalier skärs bort fullständigt eller delvis. Det räknas också som könsstympning om det medvetet orsakas skada på hennes genitalier på något annat sätt, till exempel prickning av klitoris med ett vasst föremål. Det finns inga medicinska orsaker eller

fördelar med ingreppet och det ska inte förväxlas med manlig omskärelse. Idag lever cirka 200 miljoner kvinnor med någon form av omskärelse. Könsstympling är utbrett i ett 30-tal länder i Afrika, mellanöstern och Asien. Överlag utförs könsstympling på flickor när de är under 15 år (Abdulcadir, Say & Pallitto 2017). Enligt Unicef (2016) är 98 % av de somaliska kvinnorna könsstympade. Ingreppet kan innebära livsfara för kvinnan eftersom risk för blödning och infektion är hög när könsstympling ofta utförs med en oren kniv, ett rakblad eller en glasskärva.

Könsstympling kan delas in i fyra olika typer beroende på hur omfattande ingreppet är. Den grävsta formen av könsstympling – infibulation, innebär att klitoris samt både de inre och de yttre blygdläpparna avlägsnas innan huden sys ihop så att det endast lämnas en millimeterstor öppning för urin och mensblod att rinna ut. Könsstymplingen orsakar mycket smärta och svåra komplikationer för kvinnan, både genast efter ingreppet, samt under menstruation, urinering, samlag och förlossning. För att det ska vara möjligt att utföra ett samlag eller föda barn måste kvinnan då klippas upp, defibuleras (Unicef 2016). Det är vanligen maken eller en barnmorska som defibulerar kvinnan efter att hon ingått äktenskap. Eftersom vulvan har mist elasticitet vid ingreppet så är defibulation ett måste vid förlossning för att undvika stora blödningar, bristningar och andra hälsorisker för både mamman och barnet (Hassinen-Ali-Azzani 2002). I Somalia har infibulationen minskat i de större städerna de senaste åren enligt Migrationsverkets rapport från 2013. I Mogadishu könsstympades då cirka 80 % av flickorna med infibulation medan de övriga 20 % hade övergått till en annan form – sunna, vilket innebär att det skärs bort en liten bit av eller orsakas en blödning på klitoris (Migrationsverket 2013).

Kvinnlig könsstympling är ett brott mot FN:s mänskliga rättigheter för kvinnor och barn. Bland andra WHO och Unicef jobbar aktivt för att stoppa könsstymplingen och den har minskat markant i flera länder i Afrika de senaste 20–30 åren. Ändå riskerar 3 miljoner flickor bli könsstympade varje år (THL 2017). Utövare av könsstympling hävdar att det finns flera orsaker till ingreppet, det vanligaste är att de hänvisar till traditionen och att kvinnan blir ren från sina maskulina delar genom att avlägsna de yttre genitalierna. I praktiken är det ett sätt att kontrollera kvinnans sexualitet och se till att hon är oskuld fram till bröllopsnatten (WHO 2016).

Flickor som könsstympas kan vara både positivt och negativt inställda till ingreppet. En del ser det som en självklarhet och ett steg in i vuxenvärlden, ett nödvändigt ont, medan andra kan göra motstånd men blir tvingade av föräldrar och släkt. I länder och kulturer där normen är att kvinnor könsstympas ställer sig de flesta negativt till ett förbud, eftersom det ses som något vackert och feminint. Men tiderna förändras och med dem traditionerna. I Somalia anser 33 % av flickorna att traditionen av kvinnlig könsstympling borde avskaffas. (Unicef 2016).

Även i Finland har kvinnlig könsstympning diskuterats länge, olika myndigheter såsom THL har lyft fram oron över kvinnlig könsstympning och hur det skall motarbetas i Finland. Ämnet är fortsättningsvis aktuellt. Både profylaktiskt och rådgivande arbete mot kvinnlig könsstympning har utförts i Finland i snart 20 år. Sedan 2002 har förbundet för mänskliga rättigheter drivit projektet KokoNainen, för att förebygga sedvänjan i Finland. (Ahmed & Ylispaingar 2017).

I enlighet med THL:s riktlinjer är det en skyldighet för de som arbetar med familjer och barn att diskutera ämnet med patienter eller klienter. Lagstiftningen borde diskuteras tillsammans med föräldrar i familjer som kommer från eller har en bakgrund i länder och områden där kvinnlig könsstympning är vanligt förekommande (Koukkola, October, Kolimaa, & Klemetti 2017). Vid mödrarådgivningen skall könsstympning och Finlands lagstiftning angående ingreppet diskuteras på ett respektfullt sätt. En kulturtolk kan användas för att bättre förmedla budskapet och stärka förståelsen parterna emellan. Personalen rekommenderas få skolning i ämnet hur man diskuterar saken och hur man arbetar profylaktiskt. (Ahmed & Ylispaingar 2017).

I Mölsäs undersökning för projektet KokoNainen (2004) kom hon fram till att könsstympningen inte endast var föräldrarnas önskan, utan även tonårsflickornas egen vilja och identitetssökning. I Finland kanske man kunde få bukt med traditionen men problemen uppkommer vid besök till hemlandet, där det förväntas att flickan skall vara stympad och kan pressas till att där genomgå könsstympning. I undersökningen kom det också fram att de flesta var omedvetna om lagstiftningen i Finland som förbjuder könsstympning. Det går inte heller att utesluta att föräldrar reser till hemlandet för att könsstympa barnen där. I de flesta fall är flickorna omedvetna om orsaken till besöket i hemlandet. De vet att stympningen skall ske någon gång, men aldrig när. Ämnet är heller inget som diskuteras i familjerna och ingen av flickorna i undersökningen hade fått tala om ingreppet efteråt utan blivit tystade. Det är inte ovanligt att ingreppet görs utan bedövning och smärta kopplas starkt till ingreppet. Ingreppet och hela situationen blir ett trauma, som flickorna bär på utan att få eller kunna bearbeta det. Ofta undviker könsstympade kvinnor att genomgå gynekologiska undersökningar på grund av rädsla för hurdana reaktioner de ska få av vårdpersonalen gällande underlivets utseende. Det kom även fram att föräldrarna inte är medvetna om hälsoriskerna utan agerar enligt gammal vana och tradition.

### **3.4 Språk och kommunikation**

Somalias officiella språk är somaliska som har ett flertal olika dialekter men det talas även italienska, arabiska, engelska och en del swahili i landet. Det somaliska språket blev ett skriftspråk först år 1972 genom en språkreform. Innan dess var administrationsspråken italienska och engelska (Hassinen-Ali-Azzani 2002). I THL:s Maamu-undersökning (Castaneda, Rask, Koponen, Mölsä, & Koskinen 2012) framkom det att 2/3 av de somaliska kvinnorna som är bosatta i Finland

har gått i skola, 1/10 har dålig läsförmåga eller är analfabeter och 1/3 har svårt att förstå finska eller svenska.

Somalierna är ett berättande folk. De har ett färgstarkt språk som ofta beskrivs som poetiskt. Att verbalt uttrycka sig och berätta är deras sätt att framföra information på olika delområden i livet. De uttalade orden anses vara nyckeln till makt och kraften att påverka. Somalierna uttrycker sig indirekt när de till exempel beskriver sina sjukdomssymptom, de använder ett bildligt språk och metaforer, vilket gör att kommunikationen med vårdgivaren lätt blir svår och kan missförstås. Det är inte endast det verbala språket som skiljer sig från det finländska, även kroppsspråket uttrycks olika till en del. I en intervju gjord av Hassinen-Ali-Azzani berättade en sjukskötare att hon till en början inte förstod vad de somaliska kvinnorna gjorde då de svängde och rullade på huvudet och gjorde ljud med munnen, tills hon lärde sig att det är deras sätt att ge ett nekande svar. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Genom att använda sig av en professionell tolk kan man berika kommunikationen och risken för missförstånd minskar då bägge parter kan uttrycka sig på sitt eget modersmål. Förutom en professionell tolk har det förekommit att kvinnans nära anhörig, vanligtvis hennes äkta man, har tolkat i mödravårdssituationer om han har haft bättre språkkunskaper. Detta är inte att föredra eftersom vårdaren inte vet om översättningen blir korrekt eller om han undanhåller information för kvinnan. Det motiverades med att det inte tidigare fanns professionella tolkar på orterna. Det bör överlag undvikas att använda en tolk som har ett känslomässigt band, ett ekonomiskt beroende eller är nära släkting till någondera parten. Med en professionell tolk ges kvinnan möjlighet att öppet berätta om hemsituationen, våld eller trauman, saker som hon inte kan diskutera med sin släkt eller man närvarande. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

### **3.5 Hälsa**

Somalikvinnorna uppskattar hälsa, genom god hälsa kan de behålla sin självständighet och funktionsförmåga. Sjukdom kopplar de till klimatet, samhället, dålig kost och matvanor eller brist på mat, Guds vilja, dåliga levnadsvanor som alkohol, tobak, droger samt dålig hygien. Till sjukdom kopplas även ensamhet, arbetslöshet, liv i krigszoner, att förlora en anhörig, att leva ifrån sin släkt och familj samt oförmåga att stöda släkten. (Koski 2014).

Hygien, rent vatten och rena matvaror, tillgång till hälsotjänster, andlighet samt traditionella vårdmetoder anses viktiga för att förebygga sjukdomar. Speciellt viktigt anses handhygien, hemmets renlighet och skydd mot infektioner. Även motion anses viktigt. Somaliska kvinnor motionerar aningen mindre än finländare i genomsnitt. (Koski 2014).

Vårdpersonalen har observerat att bland somalierna som är bosatta i Finland är de vanligaste hälsoproblemen tandsjukdomar, gynekologiska besvär och depression. Det har noterats att somalikvinnor har en låg tröskel för att söka hjälp vid hälsoproblem. Somaliska kvinnors symtom och besvär har även psykologiserats. Det antas att somalikvinnors lidande avspeglas som somatiska och psykologiska symtom och besvär. Förklaring till detta har sökts i den somaliska kulturen där sjukdom, symtom och besvär är godtagbara sätt att reagera på svåra upplevelser. Att besvära sig över somatiska symtom kan även vara ett sätt att föra fram familje- eller relationsproblem. Besök till läkaren har förklarats som en möjlighet att lämna hemmet och hushållssysslorna för en stund, sjukdomen legitimerar på så vis kvinnans behov av hjälp. (Koski 2014).

Depression och stress är främmande termer för somalierna. De har en annan betydelse i den somaliska kulturen. Stress kan förklaras med sjukdom och besvär, till exempel diffusa smärtor, sömnlöshet och illamående, som tidigare ansågs vara andarnas verk (Koski 2014). I undersökningar har det framkommit att allvarlig depression är lika vanligt hos den somaliska befolkningen i Finland som hos finländare, däremot förekommer det mer enskilda psykiska symtom, så som nedstämdhet bland somalierna än bland den övriga befolkningen i Finland (Castaneda et al. 2012).

### **3.6 Graviditet och förlossning**

I Somalia sker förlossningarna antingen på sjukhus eller utanför sjukhusen med hjälp av en traditionell barnmorska. Vid sjukhuset har kvinnan oftast med sig sin mamma eller syster. (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Somaliska kvinnor som är bosatta i västvärlden vill helst ha kvinnlig personal under förlossningen, men är medvetna om att det inte alltid är möjligt att ordna. En del kvinnor upplever att de är ensamma under förlossningen, även om vårdpersonal är på plats. Angående mannens medverkan under förlossningen går åsikterna isär, vissa anser att det är bra om mannen är med, det stärker bandet till partnern och mellan fadern och barnet. För en del somaliska män är det ovant att delta i förlossningen och de kan därför känna att situationen är obekvämt, medan andra anser att kvinnorna saknar stöd i det nya landet och tycker att det är viktigt att de kan ge dem stöd och trygghet. Invandringen för inte enbart negativa saker med sig, den ger möjlighet till ett nytt slags faderskap (Koski 2014).

Somaliska kvinnor beskriver förlossningssmärtan som något fysiskt, som inte har något med känslor att göra. Smärta beskrivs även som en djupare upplevelse som är både fysisk och mental. Att högljutt besvära sig, visa smärta eller gråta är inte accepterat i den somaliska kulturen och därför kan en del kvinnor känna skam ifall de visat smärta på ovannämnda vis. Somaliska kvinnor föredrar en vaginal förlossning framom ett kejsarsnitt. De är ofta rädda för kejsarsnitt för det

påminner dem om kvinnor som dött under samma ingrepp i Somalia. Det finns också en rädsla för operation och anestesi samt att läkningstiden efter förlossningen blir lång, vilket i sin tur begränsar vilka hushållssysslor de kan göra. Ett snitt tros också påverka nya graviditeter och möjligheter att bli gravid i framtiden. Det framkommer även rädslor inför förlossningen, komplikationer och död. (Koski 2014).

Varje minut dör en kvinna i världen på grund av förlossning. Den vanligaste dödsorsaken för unga flickor är globalt sett kopplad till graviditet. År 2008 räknades det att 300 miljoner kvinnor i världen lever med sjukdomar och handikapp, som uppstått i samband med förlossningar. Utöver graviditet och förlossning utgör hiv och aids ett ständigt hot mot kvinnorna. Risken för att råka ut för sexuellt våld är också störst för kvinnor och unga flickor. Redan under 1900-talet fick man med hjälp av rådgivning, hälsovård och mediciner, bukt med mödradödligheten i de rikare länderna, till exempel i Finland. Söder om Sahara är situationen helt annan, där utgör graviditet och förlossning fortfarande de vanligaste dödsorsakerna för flickor och kvinnor (Utrikesministeriet 2008). I Somalia dog år 2015, 0,7 % av alla gravida kvinnor i samband med graviditet och förlossning (Unicef 2016).

### **3.7 Mödravården i Finland**

I detta kapitel beskrivs uppkomsten och utvecklingen av den finländska mödravården samt vilka tjänster som ingår.

#### **3.7.1 Mödrarådgivningen**

I Finland grundades barnrådgivningen år 1920, av Maitopisarayhdistys med Arvo Ylppö i spetsen. De goda resultaten från barnrådgivningen bidrog till att en satsning på blivande mödrar gjordes och mödrarådgivningen grundades år 1925. Till en början höll Mannerheims barnskyddsförening i trådarna. År 1944 tog kommunerna över ansvaret för rådgivningsverksamheten. Största delen av landets kommuner var då redan aktiva inom rådgivningstjänsten. Tjänsten har ända från början varit avgiftsfri för familjerna. Tack vare rådgivningsservicen sjönk spädbarnsdödligheten markant i Finland och vi har idag den lägsta spädbarnsdödligheten i världen. I och med de goda resultaten har Finland fått synlighet i resten av världen för sitt goda arbete med förebyggande mödra- och barnavård. Rådgivningarnas uppgift har sedan starten varit att ge mödrar och familjer information, vaccinera barn samt att i ett tidigt skede konstatera sjukdomar och eventuella handikapp. Idag når rådgivningen ut till 99,7 % av gravida och 99,5 % av barnen följs upp fram till skolstarten. (THL 2014).

Första kontakten till mödrarådgivningen sker vanligen i graviditetsvecka 6–8 när kvinnan har tagit ett positivt graviditetstest. Första rådgivningsbesöket är vanligen under vecka 8–9 och fadern är

välkommen med på besöket. Under graviditeten besöker kvinnan en hälsovårdarens eller barnmorskas mottagning 8–12 gånger och en läkarmottagning minst två gånger. Varje graviditet utvärderas individuellt och extra besök utöver dessa kan bli aktuella. Det första ultraljudet görs i graviditetsvecka 12–13 och det andra i vecka 20–21. En vecka efter förlossningen gör hälsovårdaren ett hembesök och efter 6–10 veckor görs en eftergranskning på rådgivningen. (THL 2014).

### **3.7.2 Sexual- och reproduktionshälsa**

Syftet med familjeplaneringen är att upprätthålla och förbättra den sexuella och reproduktiva hälsan. Vid familjeplaneringen erbjuds hjälp vid frågor kring preventivmedel och val av preparat samt uppföljning, stöd vid sexuellt överförbara smittsamma sjukdomar, hjälp vid utredning och behandling av eventuell barnlöshet, stöd och råd vid önskad abort samt övrig rådgivning för att främja den sexuella och reproduktiva hälsan (Klemetti & Raussi-Lehto, 2014).

Helsingfors stad uppehåller en webbsida som riktar sig till invandrare med information och råd kring livet i Finland. Sidan är översatt till tolv språk, även det somaliska språket Soomaali. Under rubriken "När du väntar barn" ges information om vart kvinnan ska vända sig om hon blivit gravid. Det står att mödravården är gratis i Finland samt vilka stöd hon kan erhålla från FPA. Kvinnan informeras också om att hon klipps upp ifall hon är omskuren på ett sådant sätt att det komplicerar eller omöjliggör förlossningen, vilket är vanligt bland somalierna. På webbsidan finns också information om preventivmedel, aborter och sexuell hälsa. (Helsingfors stad, 2017).

### **3.7.3 Invandrarkvinnor som mödravårdspatienter**

Att flytta från Afrikas horn till ett icke muslimskt land medför stora livsomställningar. Vid flytten splittras familjen och släktens stödnätverk bryts (Koski, 2014). Att föda barn samtidigt som kvinnan flyttar och byter kultur medför stora förändringar som gör henne sårbar, det beskrivs som en dubbel börda. I Wikbergs studie framkommer att invandrarkvinnorna är osäkra på hur mödravårdstjänsterna fungerar i det nya landet samt varifrån de ska få information och hjälp. Det är viktigt att vårdaren kan förmedla information på ett sådant sätt att kvinnorna kan ta det till sig, motsägelsefulla råd som skiljer sig från deras kultur är svåra att acceptera. (Wikberg 2014).

Somaliska kvinnor föder i genomsnitt 5,89 barn i Finland, jämfört med de finländska kvinnorna som får 1,73 barn, vilket gör att somalierna är överrepresenterade i mödravården. (THL 2017). Vid rådgivningens tidsbokning bör man reservera extra tid för invandramödrar, det rekommenderas hälften längre besökstid än normalt. Om man vet eller misstänker att språkkunskaperna i finska och svenska är bristfälliga skall en tolk ordnas till mötet. Genom att ha en professionell tolk på plats minskar risken för missuppfattningar och kommunikationen förenklas. Vårdpersonalen kan inte känna till alla kulturers särdrag, men det är viktigt att personalen är öppensinnad och lär sig

av möten med invandrade familjer. Genom diskussion med kvinnan kan vårdaren fråga om hennes syn på graviditeten, förlossningen och barnsängstiden samt barnuppfostran, på så vis kan ett förtroende skapas. Det rekommenderas att välkomna mannen med på rådgivningsmöten för att förstärka faderns roll och ha kommunikation även med honom. (Mölsä & Tiilikainen 2007).

Somalierna ammar vanligen sina barn länge, enligt de finska rekommendationerna, men de saknar ofta släktens äldre kvinnors stöd i vardagen och amningsrådgivning är viktig (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015). Enligt islam ses barn som ammas av samma kvinna som mjölksyskon och kan inte ingå äktenskap med varandra. Detta är väsentlig information för vårdpersonalen eftersom muslimska mödrar inte kan acceptera modersmjölk donerat av en annan kvinna ifall hennes identitet inte kan påvisas (Mölsä & Tiilikainen 2007).

Muslimerna vill gärna ha en vårdare eller läkare som är av samma kön som de själva. För muslimska kvinnor är det speciellt viktigt med en kvinnlig läkare vid gynekologiska besvär, många undviker att diskutera intima ämnen med personer av annat kön. Ifall en kvinnlig läkare inte finns att tillgå kan det hjälpa om en kvinnlig vårdare är på plats. En del muslimerna vill inte heller skaka hand med en vårdare eller läkare av det motsatta könet. Vid undersökningar bör man undvika att exponera kvinnan mer än nödvändigt. (Väestöliitto 2009)

Mindre än 12 % av somaliska kvinnor i åldern 18–54 säger sig använda preventivmedel. Det är viktigt att ta upp preventivfrågan redan vid mödrarrådgivningen angående syn på preventivmedel och val av preventivmetod efter förlossningen (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015). THL:s undersökning från 2017 visar på ett stort mörkertal i undersökningar om aborter bland somalier. Av somaliska kvinnor i åldern 18–29 säger sig 0,7 % ha gjort abort, medan statistiken visar att uppemot 18 % har genomgått en abort. Aborter för majoritetsbefolkningen i samma åldersgrupp var 7 %. Däremot hade 21 % av kvinnor i åldersgruppen 30–64 år i majoritetsbefolkningen gjort abort, men bara 10 % av somalierna (Jokela, Lilja, Kinnunen, Gissler, Castaneda & Koponen 2018).

Hos afrikanska kvinnor är perinatal dödlighet, låg födelsevikt och kejsarsnitt vanligare än hos den finländska befolkningen. Somaliska kvinnor är överlag rädda för att bli tvungna att genomgå kejsarsnitt. Dels på grund av att det tar längre innan de kan bli gravida igen jämfört med en vaginal förlossning, men också för att det medför en större risk för hysterektomi och missfall, vilket begränsar barnantalet. De är rädda för att deras män tar nya fruar om de inte klarar av att föda tillräckligt många barn. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015). I Malin och Gisslers studie (2009) framkommer att asfyxi är vanligt hos somaliers nyfödda barn. Somaliska kvinnor har också insulinbehandlad diabetes i högre grad än majoritetsbefolkningen. Den perinatale dödligheten bland somalier i Finland (1,2 %) är dubbelt högre än finländarnas (0,5 %). Liknande resultat har



också påvisats i undersökningar gjorda i andra europeiska länder. Perinatal dödlighet kan ha ett samband med låg födelsevikt.

Mödrarådgivningen har möjlighet att påverka moderns och fostrets hälsa positivt genom kontinuerlig uppföljning under graviditeten. Invandrarkvinnorna besöker mödrarådgivningen lika aktivt som majoritetsbefolkningen. Det är även viktigt att följa upp och informera angående mörkhyade patienters intag av D-vitamin eftersom det ofta framkommer att deras värden är för låga, 80–90 % av somalierna har D-vitaminbrist. Det beror på att mörkt pigmenterad hud behöver mer D-vitamin än ljus pigmenterad hud. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015)

Av somalikvinnorna i Finland säger sig cirka 70 % vara omskurna. Det är inte ovanligt att kvinnorna inte vet vilken grad av omskärelse de har. Detta är ett känsligt ämne som bör diskuteras individuellt vid mödrarådgivningen. Ifall omskärelsen medför risker inför förlossningen eller för uppföljningen av graviditeten rekommenderar THL:s handbok för mödrarådgivningen (2015) att kvinnans omskurna vulva öppnas i andra trimestern. Även om ämnet är känsligt bör det diskuteras vid rådgivningen för att främja kvinnans hälsa och undvika förlossningskomplikationer. Ifall man misstänker att någon familj planerar att omskära sin dotter så skall tröskeln till en barnskyddsanmälan vara låg, eftersom den finländska lagen förbjuder kvinnlig omskärelse. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015).

Somaliska kvinnor anser att man i västvärlden diskuterar omskärelse och dess risker och följer i en negativ och kränkande ton. Omskurna kvinnor klassas som sexuellt utnyttjade och döms av västerlänningar även om de agerat enligt sina förfäders sedvänja. Kvinnorna poängterar även att de redan länge själva varit emot kvinnlig könsstympning. Kvinnorna anser att vårdpersonalen inte vet hurdana familjeförhållanden de kommer från och därmed bemöter dem kränkande. Kvinnorna önskar att diskussionen kring omskärelse vore mer kultursensitiv. (Koski 2014).

### **3.8 Teoretisk utgångspunkt**

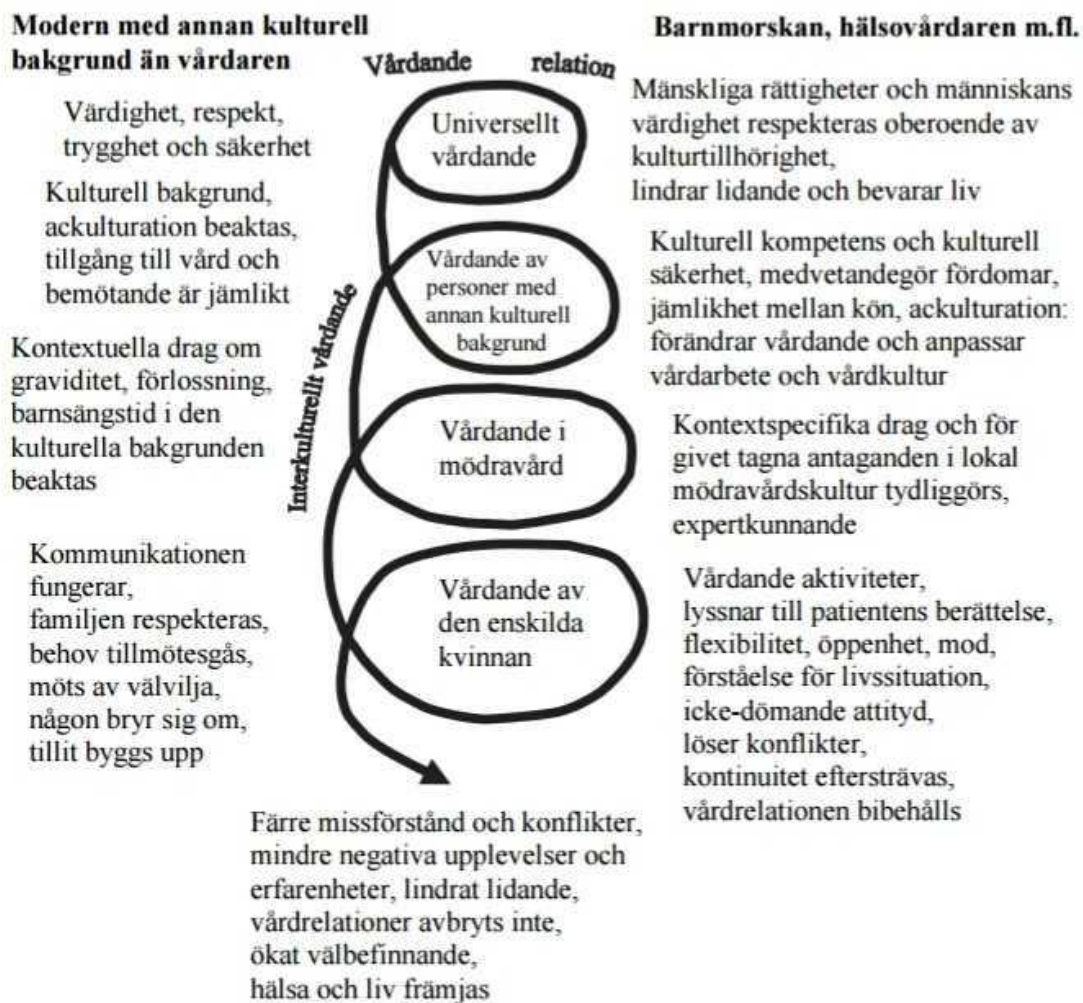
Som teoretisk utgångspunkt för studien används Wikbergs kontextuella teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis – att föda barn i en annan kultur (2014). Teorin baseras på de tidigare artiklar som hon skrivit tillsammans med Bondas och Eriksson inom ämnet. Teorin är relevant, eftersom studien baserar sig på somaliska kvinnors upplevelser av att vårdas i den finländska kulturen.

Interkulturell vård kan ske mellan en vårdare och en patient ur olika kulturer. För att vårdandet ska bli interkulturellt måste vårdaren ta hänsyn till patientens kultur. Interkulturell vård betonar jämlikheten mellan kulturerna som möts och präglas av kulturell kompetens hos vårdaren.

Vårdaren kan utveckla sin kulturella kompetens genom att vara öppensinnad i möten med patienter ur andra kulturer och vara intresserad av att lära sig av dessa. Skolning inom ämnet, till exempel genom fortbildning på arbetsplatsen kan också öka den kulturella kompetensen. Genom att inse hur den egna kulturen och samhällsnormerna påverkar vårdandet, kan vårdaren ställa sig kritisk till vårdåtgärder och rutiner i organisationen för ett mer öppensinnat bemötande. Vårdaren växer i möten med patienter från olika kulturer och kan ta till sig ett fördomsfriare bemötande, vilket även kan smitta av sig på andra. För att bli kulturellt kompetent i sitt vårdande måste vårdaren genuint vilja utvecklas. Att vårda interkulturellt främjar patientens hälsa och välbefinnande samt lindrar lidande. Ifall patienten däremot känner sig kränkt i bemötandet av vårdaren orsakar det lidande som kan förlänga patientens tillfrisknande och leda till att hen avbryter vårdrelationen.

Ur teorin framkommer fyra interkulturella vårddimensioner, vilka är; universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt vårdande. Allt vårdande ska ta hänsyn till de mänskliga rättigheterna och patientens värdighet oberoende av kultur, kontext och tidpunkt. I det universella vårdandet beaktas inte eventuella konflikter folkgrupper och länder emellan. Med det menas att vårdandet är likadant oberoende av vilken kultur man befinner sig i eller i vilken kontext och tid det sker.

Det kulturella vårdandet tar kvinnans kulturella bakgrund, jämlikhet och integration i beaktande. Patientens integration har stor betydelse i mötet med vårdaren och varje enskild patient bör mötas enligt hens behov. Omgivningen och uppväxten påverkar den kulturella identiteten. Vårdaren bör ta patientens kulturella identitet och integration i beaktande i patientmötet. Det kontextuella vårdandet handlar om sammanhanget där vårdandet sker, till exempel att i mödravården känna till hur smärta uttrycks eller synen på preventivmedel i olika kulturer.



Yttre omständigheter/omgivning:

Närmast patienten uppmuntras familjemedlemmar att delta och involveras, arbetskamrater uppmuntras att bli kulturellt kompetenta och fördomar motarbetas

I närsamhället tar vårdaren ställning för modern genom att förespråka vårdande och visa på olägenheter i vården samt i moderns livssituation och sociala förhållanden. Vårdaren hjälper kvinnan att skapa nätverk, utvecklar vård, påverkar och deltar i fortbildning, läser och deltar i forskning och motarbetar intolerans

I samhället uppmärksammar vårdaren förhållanden som kan påverka politik, ekonomi, juridik, lagar och förordningar samt utbildning som påverkar vårdandet både för patienter och vårdare

**Figur 1.** En kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårds-praxis (Wikberg 2014, 101)

I det unika vårdandet ses kvinnan som en unik individ som möts och vårdas enligt hennes önskemål med respekt för henne som individ. Genom att anpassa vårdandet efter hennes behov, så som att anlita tolk vid behov och att vara öppensinnad skapas trygghet. Det unika vårdandet förväntas leda till färre missförstånd och konflikter, lindra lidande samt främja hälsa och liv.

I ett interkulturellt vårdande ska de fyra dimensionerna ske parallellt. Vårddimensionerna kompletterar varandra och bidrar tillsammans till en god vårdrelation. Genom att på nytt analysera och tolka sina tidigare studier, fann Wikberg fem meningsbärande tolkningsmönster; vårdupplevelsen är relaterad till makt, familjen är ständigt närvarande, barnafödande och byte av kultur gör kvinnorna dubbelt sårbara, både modern och vårdaren förändras då de möts samt konflikter kan leda till förändring (Wikberg 2014).

Vårdupplevelsen är relaterad till makt; kvinnan känner sig välkommen, upplyft, får kraft och energi att tillfriskna då makten används i positiv bemärkelse av vårdaren. Då vårdaren anstränger sig för patientens skull och gör det lilla extra utöver det som uppfattas höra till vårdarens uppgifter så känner sig kvinnan omvårdad. Genom att vara medmänsklig och lyssna och försöka förstå patienten och hennes situation, anstränga sig för att förklara och visa respekt för kvinnan och hennes kultur så upplevs vårdaren som en vän vilket bidrar till att kvinnan känner sig handlingskraftig och växer som mor. Om makten används negativt, så som rasism eller fördomar orsakar vårdaren lidande hos kvinnan. Detta medför en känsla av att bli missförstådd, tillintetgjord och förnedrad vilket kan leda till försämrad hälsa och att vårdkontakten avbryts. Om språkmuren nonchaleras och tolk inte används, då det finns behov för det, så känner sig kvinnan frustrerad och maktlös. Detta kan leda till isolering och ensamhet. (Wikberg 2014).

Familjen är ständigt närvarande; fadern och barnet är involverade i mödravården, men även kvinnliga familjemedlemmar är ofta viktiga för kvinnor med annan kulturell bakgrund. Vårdaren kan ses som en professionell vän eller syster ifall kvinnan saknar familjemedlemmar i den nya kulturen. Bristande språkkunskaper hos kvinnan bidrar till försämrad integration och isolation. En oro för barnets hälsa finns i kvinnans tankar genom barnafödandet, barnet ger dock hopp och en orsak att leva. Far- och morföräldrar är ofta involverade i den nya familjen, med både goda råd och påtryckningar. Vissa råd är mer relevanta än andra i den nya kulturen. En del finner ett stort stöd av de äldre släktingarna medan andra känner sig friare i den nya kulturen, om familjemedlemmarna inte är närvarande. (Wikberg 2014).

Barnafödande och byte av kultur gör kvinnorna dubbelt sårbara; att föda barn, speciellt för första gången, är en omvälvande upplevelse för de flesta kvinnor. Fysiologiskt förlöper graviditet, förlossning och barnsängstiden rätt lika oavsett kultur. Men att föda barn samtidigt som man flyttar och byter kultur medför stora förändringar som gör kvinnorna sårbara, det beskrivs som en

dubbel börda. En rädsla för att ingenting skall förlöpa som man förväntar sig i det nya landet samt varifrån de skall få information och hjälp förekommer hos invandrarkvinnor. Vårdaren har en speciellt viktig roll att förmedla information, även det som anses självklart för finländare. Invandrarkvinnor kan ha svårt att ta emot information som är motsägelsefull eller annorlunda än den de är vana vid i sin kultur. Ju större skillnaden är kulturerna emellan, desto tyngre blir bördan för den nya modern. (Wikberg 2014).

Både modern och vårdaren förändras då de möts; i den finländska mödravården uppmuntras självständighet och öppenhet, att till exempel våga fråga om saker de undrar över. Även männen blir mer involverade i vården. Integrationen varierar beroende på levnadssituation och hur väl de har anpassat sig till den nya kulturen. En del är mera hängivna till den ursprungliga kulturen och dess traditioner. Överlag anses språket vara det viktigaste för att integreras. En del mödrar överraskas av hur kulturellt kompetenta vårdarna i Finland är och att graviditet och förlossning inte ses som en sjukdom. Vårdaren kan bli mer kulturellt kompetent i möten med kvinnor från andra kulturer. Detta kräver att vårdaren visar ett intresse för kvinnans bakgrund och är villig att förändras, vilket kan medföra en förändring i vårdkulturen. Genom att beakta olikheter kulturer emellan, till exempel hur man uttrycker smärta, kostvanor samt religion, kunde vårdaren skapa en bättre vårdrelation och själv utvecklas i sin yrkesroll. (Wikberg 2014).

Konflikter kan leda till förändring; då vårdaren inte känner till kvinnans kultur kan det leda till att vårdaren omedvetet kränker henne eller tvingar henne till att frångå sin kulturella övertygelse. Genom att vänligt och respektfullt fråga kvinnan om hennes kulturella bakgrund kan man undvika konflikter. Sannolikheten för konflikter minskar om kvinnan får träffa samma vårdare genom hela graviditeten och ha samma barnmorska under förlossningen, då skapas tillit. Konflikter eller motsättningar kan antingen leda till att vårdaren tar patientens kulturella bakgrund i beaktan och anlitar en professionell tolk för att bättre förstå varandra eller att vårdrelationen avbryts ifall kvinnan känner sig kränkt då hon inte blir hörd. (Wikberg 2014).

## **3.9 Metod**

Denna studie genomförs som en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor för att besvara studiens syfte och frågeställningar. Den kvalitativa intervjumetoden lämpar sig väl för denna studie, eftersom skribenterna önskar ta del av informanternas upplevelser och erfarenheter inom mödravården. (Henricson 2017).

### **3.9.1 Val av informanter**

I studien skedde urvalet av informanter genom kriterier som har utformats för att uppfylla studiens syfte. Till studien intervjuades fyra kvinnor med somalisk bakgrund, som är första generationens

invandrare. För att få färskare upplevelser från mödravården söktes informanter med småbarn som fötts i Finland. En undre åldersgräns lades vid 18 år eftersom det är myndighetsåldern i Finland. Informanterna är mellan 25 och 38 år och deras yngsta barn är under skolåldern. I studien används påhittade namn, som informanterna själva har valt, för att skydda deras identiteter. Hali, Hayat och Nardar kom till Finland i tidiga tonår medan Zeinab var 26 år vid ankomst och har fem barn födda i Somalia. De tre förstnämnda studerar eller arbetar och Zeinab är hemmafru. De är alla muslimer. Informanterna kommer från olika delar av Somalia, både landsbygd och storstad. Informanterna är nu bosatta runt om i Finland och har varit vårdtagare på olika sjukhus och mottagningar i mödravården. Intervjuerna gjordes på antingen svenska eller finska, enligt informanternas önskemål.

För att finna variation i informanternas upplevelser, vilket bidrar till ett rikt intervjumaterial söktes informanter som uppfyller dessa ovannämnda kriterier, men är i olika åldrar, med olika bakgrund och utbildningsnivå. Skribenternas vision var från början att enligt ett strategiskt urval söka variation hos informanterna. I praktiken blev det mer av ett bekvämlighetsurval, eftersom alla intresserade informanter som uppfyllde kriterierna välkomnades med i studien (Henricson 2017).

För att möjliggöra en god kommunikation under intervjun valdes informanter som har grundläggande språkkunskaper i finska, svenska eller engelska, eftersom ekonomiska resurser för att anlita tolk inte finns. Informanterna gavs ett informationsbrev, där studiens syfte presenteras, och en samtyckesblankett, där det framkommer att de deltar frivilligt och att de när som helst kan avbryta sitt deltagande, om de så önskar. Informationen och samtycket delgavs på något av de ovannämnda språken, enligt informantens önskan. Informanterna har gett sitt samtycke till deltagande i studien. (Bilaga 1).

Med hjälp av skribenternas privata kontakter nåddes en kontaktperson i en somalisk förening, som undersökte deltagarintresset och koordinerade två informanter till intervjuerna. Skribenterna fick kontakt med ytterligare två informanter via privata kontakter. Skribenterna fick informanternas telefonnummer och lov att kontakta dem. Den första kontakten skedde över telefon då studiens syfte presenterades. Det informerades även om att deltagandet var frivilligt och att deras identitet är skyddad. Efter att informanterna visat intresse för deltagande i studien, bokades ett möte för intervju.

### **3.9.2 Kvalitativ intervjumetod**

Intervjuerna baseras på en intervjuguide med sju öppna frågor med stödord (bilaga 2). Intervjuguiden är semistrukturerad med öppna frågor för att lägga fokus på informanten och locka fram uttömmande svar i form av berättelser. Med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide, med endast stödord som hjälp, kan skribenterna anpassa sig till vad informanten lyfter fram och sedan

ställa följdfrågor om något blir oklart i svaren. Frågorna ställs på det sätt och i den ordning som passar situationen bäst för att få ett så naturligt samtal kring ämnena som möjligt (Henricson 2017). Intervjumetoden passar somaliska informanter bra, eftersom de är ett berättande folk som lägger stor vikt vid verbal kommunikation (Hassinen-Ali-Azzani 2002). En kvalitativ intervjustudie lämpar sig bra, eftersom studiens syfte är att beskriva upplevelser som kvinnor med somalisk bakgrund har från den finländska mödravården (Henricson 2017).

Intervjufrågorna baserar sig på tidigare forskning inom ämnet som framkommer i studiens bakgrund. Frågorna är utformade för att svara på studiens syfte och frågeställningar. Eftersom syftet är att beskriva informanternas upplevelser av mödravården har frågeställningarna påverkats av Degni et al. (2014) samt Hassinen-Ali-Azzanis (2002) studiers resultat inom ämnet. I dessa studier framkommer att somaliska kvinnor överlag är nöjda med vården i Finland, men att det finns stora brister i kommunikationen och attityderna mot dem hos vårdpersonalen.

Intervjuerna skedde både hemma hos informanterna och hos skribenterna. En intervju gjordes på dator över Skype på grund av distansen mellan bostadsorterna. Vid intervjuerna hemma hos skribenterna bjöds det på kaffe eller te med dopp, för att skapa en avslappnad intervjumiljö. Intervjuerna inleddes med bakgrundsfrågor, såsom ålder, civilstånd, barnantal, utbildning och yrke för att skapa en uppfattning om informanten. Efter detta ställdes frågor om upplevelser från de olika delområdena inom mödravården. Frågor om upplevelser från mödrarådgivningen, förlossningen och BB skildes åt för att se hela vårdkedjan. Informanterna tillfrågades även om det fanns något som de saknat i mödravården. Intervjuerna varade mellan 40 minuter och 1,5 timme. Bägge skribenterna närvarade vid alla intervjuer, men turades om att ha en aktiv roll som intervjuare och båda ställde följdfrågor vid behov. Hälften av intervjuerna gjordes på finska, i dessa hade den tvåspråkiga skribenten den aktiva rollen och i de svenska intervjuerna var rollerna ombytta.

### **3.9.3 Kvalitativ innehållsanalys**

Det insamlade materialet analyserades genom en induktiv innehållsanalys som enligt Henricson (2017) är en lämplig metod för ett material med få, kvalitativa intervjuer. Genom att analysera induktivt tar studien inte endast fasta på förhand bestämda målsättningar utan ger utrymme för att lyfta fram även andra ämnen som hittas i texten. Utgångspunkten för analysen är studiens syfte och frågeställningar.

Intervjuerna bandades in som ljudfiler och transkriberades av skribenterna. Det transkriberade intervjumaterialet blev sammanlagt 69 sidor och lästes igenom flera gånger av bägge skribenterna. Eftersom analysen i studien är induktiv, blir resultatet inte helt objektivt, när skribenterna inte följer en specifik mall eller teori (Henricson 2017). Informanternas citat som

besvarar studiens syfte och frågeställningar eller väckte ett intresse hos skribenterna färgkodades i de transkriberade intervjuerna, som en markering på att de noterats. Med stöd av Henricsons analysmodell (2017, 336–338) grupperades citaten i en analysmatris, enligt vilken intervjufråga de svarar på för att förstå dess kontext. Citaten kondenserades sedan till kortare meningsenheter, med samma innebörd som de ursprungliga citaten. Ur dessa hittades subteman, vilket bara är ett eller ett fåtal ord som är kärnan av citatet. Subteman av samma karaktär bildade sedan ett tema. Matrisen förändrades mycket genom analysprocessen och efter flera genomgångar hittades fem huvudteman, som innefattar alla subteman och teman. Studiens huvudteman är integration i det finländska samhället, kommunikation i vården, stödets betydelse, bemötande i mödravården och interkulturell mödravård. Dessa lade en grund för studiens resultat. I resultatkapitlet har skribenterna gjort en analys av intervjuernas manifesta innehåll, vilket innebär att en djupare tolkning av informanternas upplevelser undvikits (Baxter 1994; Henricson 2017, 336).

Fråga	Meningsenhet "citat"	Kondenserad meningsenhet	Subtema	Tema
Berätta om dina upplevelser från mödrarådgivningen	Nardar: Se oli mulle tärkeää että sama tuttu ihminen ja hän oli semmoinen hellä ja niinku aina otti mun asiat vakavasti.	Det var viktigt för mig att ha samma barnmorska, hon tog mej på allvar.	Tillit till rdg	Stöd

Figur 2. Ett utdrag ur studiens analysmatris.

### 3.10 Etiska överväganden

Utgående från Forskningsetiska delegationen – TENK (2009), är respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, undvikande av skador samt personlig integritet och dataskydd hörnstenar för att genomföra en etiskt godtagbar forskning. Studien säkerställer att de etiska principerna följs genom ett systematiskt genomförande på detta sätt: Vid urval av informanterna tydliggörs studiens syfte och bredd. Det klargörs i samtyckesbrevet att deltagandet i studien är frivilligt och att informanterna när som helst får avbryta eller avstå sitt deltagande (Bilaga 1). Den undre åldersgränsen för informanterna är 18 år, eftersom personer yngre än 18 år i Finland är minderåriga, vilket gör intervjuerna etiskt problematiska.

Studien behandlar ämnen som för informanten kan vara mycket känsliga, såsom omskärelse, missfall, ojämlikhet och rasism. Det är mycket viktigt att intervjuerna utförs på ett respektfullt sätt i en för informanten trygg miljö. Skribenternas roll är att undersöka missförhållanden i



samhälleliga institutioner för att ge rum för förbättring, i detta fall inom mödravården. Det kan tyvärr ge informanten eller gruppen de representerar skadliga följder om resultatet framförs på ett kritiserande, respektlöst eller fördomsfullt vis. Om studien presenterar brister och problem på ett sakligt sätt, kan studien istället bidra till en förbättring av somaliska kvinnors upplevelser av mödravården i Finland. (Forskningsetiska delegationen 2009).

Integritetsskyddet är en rättighet som skyddas av Finlands grundlag. I studien efterföljs den genom en noggrann planering av dataskyddet. Intervjuerna bandas in och materialet bevaras i säkerhet på ett USB-minne avsett endast för detta ändamål, för att hindra att obehöriga får tillgång till det. Då studien presenterats kommer ljudfilerna att förstöras. Intervjuerna transkriberas och anonymiseras för att skydda informanternas integritet. (Forskningsetiska delegationen 2009).

De centrala teman som framkommit under analysen av intervjutexterna stärks av informanternas citat (Henricson 2017, 296). Informanterna har påhittade namn, som de själva valt, för att skydda deras identiteter.

### **3.11 Resultat**

I det här kapitlet presenteras de fem centrala temana i resultatet. Temana följs av citat från informanterna.

#### **3.11.1 Integration i det finländska samhället**

Informanterna anser det vara viktigt att integreras i det finländska samhället. Genom att lära sig något av de inhemska språken, studera för att uppnå examen samt komma in i arbetslivet känner informanterna sig delaktiga i samhället. Nardar har valt att tala en del finska med sina barn för att underlätta deras integration, medan hennes man talar enbart somaliska.

Mä painostan heitäkin [lapsia] oppimaan suomea, mä puhun enemmän suomea. Mä oon itse kokenut siellä koulussa kuinka vaikea olla kavereiden kanssa tai kommunikoida. 1  
(Nardar)

Nardar önskar att hennes barn ska finna en plats i samhället genom att stöda dem i den språkliga utvecklingen. Hon har själv upplevt svårigheter att kommunicera med finländska vänner i skolåldern i och med att hon kom till Finland i tonåren utan språkkunskaper utöver somaliska. Hayat poängterar att det har underlättat vardagen och gjort henne mer självständig då hon behärskar det finska språket.

*Joo, nyt on kiva kun pärjää kaikki tilanteissa. 2 (Hayat)*

Informanterna var överens om att det dagliga livet påverkades positivt då de lärt sig något av de inhemska språken. Språket var en stor del av integrationen och främjade känslan av tillhörighet i samhället. Att komma ut i arbetslivet ansågs även viktigt. De ville ut i arbetslivet, både för att komma hemifrån och träffa folk och för att bidra med gott exempel och motivation för sina barn.

Jo, det e viktigt för mej o jobba. Eftersom man kommer ut... alltså hemifrån (skratt) man int bara sitter hemma o har tråkigt med barnen. Det e nog jätteviktigt för mig iallafall att jobba och studera. (Hali)

Työ on tärkeä sekä ammatti on tärkeä! Koska ihmisen pitää elämässä olla jotain todistuksia! Koska se on hyväksi sun lapsillekin! 3 (Nardar)

Informanterna lyfter fram vikten av självständighet, vilket både språkkunskapen och arbetslivet ger dem. Nardar berättar också att hon kan visa upp sina studiebetyg åt barnen för att motivera dem till att studera och uppnå sina mål. Hon säger att genom att föregå med gott exempel kan hon ställa högre krav på dem.

Informanterna är muslimer och är överens om att deras trosuppfattning inte påverkats av flytten från hemlandet Somalia. Det framkommer att de har gjort kompromisser angående bönetider och klädsel i arbetslivet. De anser ändå att deras tro har respekterats i samhället.

[Uskonto on] yhtä tärkeä! Vähän jää niin kuin, siellä käydään moskeijassa naiset, rukoillaan, opetellaan koraania. Mutta täällä ne asiat on jäänyt vähän sivuun. 4 (Nardar)

Jå. Jå. Accepterar. Finland e bra, accepterar, inga såhär "du e muslim, tillbaka!" Nej. Alla, välkommen, välkommen. Jå, bra. (Zeinab)

Jo! Jo, faktiskt. De [tron] e respekteras visst så... iallafall den jobb som jag har nu så respekteras det. Men jag har nog vari med i sånt att något jobb som jag sku söka, till exempel där i [stad] så har dom sagt att "okej, nå vill du ta bort duken?" Så jag sa "nej att jag har nog redan tagit bort när man har, när man e i världen så har man byxor o skjorta". Så jag har ju redan tagit bort en del av min religion, elikkä, alltså en del av min sak... Jag har byxor o skjorta så jag kan int ta bort duken, duken e det viktigaste iallafall i vår religion. (Hali)

Informanterna ha goda erfarenheter från bemötandet i det finländska samhället. Även om de har uppoffrat delar av sin kultur och religionsutövning så känner de sig respekterade i arbetslivet.

### 3.11.2 Kommunikation i vården

Informanterna ansåg sig ha tillräckliga språkkunskaper i finska eller svenska för att klara sig utan tolk i mödravården. Endast Hali erbjöds tolk vid mödrarådgivningen, som hon tackade nej till. De kände allihop en stolthet över självständigheten som språkkunskapen medförde i vårdsituationer.

Eeh, ja. Di erbjöd tolk, somaliska tolk, men jag ville int... jag ville, jag ville prova min språk också på finska. (skratt) Så jag har nog valt att jag sku int vila ha tolk. Men dom sa nog att dom har somaliska tolk så kan dom fixa det. Men det var mitt val. (Hali)

Överlag fungerade kommunikationen smidigt mellan kvinnorna och mödravårdspersonalen. Dock fanns det stunder då det gemensamma ordförrådet inte var tillräckligt och en språkmur uppstod. Hayat lyfter fram en situation där hon gavs information, som hon inte kunde ta till sig, vilket ledde till otrygghet.

Minä en tiedä mitä istukka tarkoitti, minä sanoin "minä en tiedä mitä istukka tarkoittaa". Mutta mä sanoin "mä kysyn äidiltä", ja mä soitin äidille ja mä sanoin "mikä tarkoittaa istukka?" Mutta äiti silloin ei osannut paljon suomenkieli, mutta isosisko joka tullu ennen meitä suomi, äiti soitti siskolle ja kysyi mitä tarkoittaa istukka. Sisko selitti meidän kielellä äidille mikä on istukka ja äiti sitten soitti mulle ja sanoi se tarkoittaa tämä. Mä sanoin että se oli jäänyt mun vatsaan kahdeksan päivää. Äiti itki ja tuli juosten sairaalaan. Hän sanoin "miten tämä voi tapahtua?!" Toi oli vähän vaikea... 5 (Hayat)

Det framkom komplikationer under Hayats förlossning som slutade med akut kejsarsnitt efter att hon hade blivit medvetslös. Då hon vaknade upp på intensivsen var hon oviss om vad som hade skett. Hennes allmäntillstånd försämrades och hon spenderade flera dagar på sjukhus. Hon beskriver tiden som omtumlande och otrygg.

En saanut mitään [läpikäyntiä/keskustelua] eheei... tulin vaan pois kotiin ja kuukausi kerran kävin lääkärillä. Tehtiin ultraääni ja näin mutta hän ei puhunut mitään eikä kukaan puhunut mitään mitä oli tapahtunut. 6 (Hayat)

Hayat upplever inte att hon fick en genomgång angående komplikationerna som uppkom under och efter förlossningen av vårdpersonalen. Hennes erfarenheter har bidragit till en förlossningsrädsla.

Två av informanterna lärde sig först svenska när de kom till Finland. Detta blev ännu en utmaning i integreringsprocessen i och med att de lärde sig landets minoritetsspråk och dessutom tillhör en etnisk minoritet. Även om de båda är motiverade att lära sig finska poängterar Hali att det skulle ha varit bra med en svenskspråkig mödrarådgivare. Hon flyttade i vuxen ålder till en finskspråkig ort, där varken mödrarådgivare eller förlossningspersonal talade svenska med henne.

Nå det var det svåraste var att inte kunna finska, eftersom många säger att "okej, du talar svenska att varför de? Du e ju från Somalien själv att du borde lära dig finska." Men det e ju de att jag kunde int välja vilket språk jag sku lära mig, när jag kom till [svenskspråkig ort]. (Hali)

Efter flytten blev det tydligt för Hali att hon tillhör en minoritet i minoriteten, vilket både bidrog till press och motivation att lära sig ännu ett språk. Drivkraften var att klara sig självständigt, vilket hon lyfter fram i och med att hon valde bort tolkerbjudandet i mödravården.

### 3.11.3 Stödets betydelse

Att få stöd under graviditet, förlossning och barnsängstid anses viktigt. Stödet förväntas ges av familj och nära vänner. Både konkret hjälp i hemmet och mentalt stöd har uppskattats av informanterna. Hali berättar att hon saknade stöd av sin första man och kände att han begränsade henne till att bli en traditionell somalisk hemmafru. Hon fann senare en ny, man som stöttar hennes ambitioner att utbilda sig och arbeta.

Jag var nog gift två gånger. Han e den andra mannen som jag e gift med. O den första var nog svårt, att han stödjer int mig. Jag får int studera, jag får int jobba eller nå sånt. Så jag har skilja mig med honom eftersom han ville att jag sku bara ha barn och sitta hemma och int jobba och int studera. Och det var int min sak då. Men den andra mannen som jag nu har så han stöder och han förstår att jag vill jobba eller studera, göra något, int bara ha tråkigt hemma. Det.. man kan nog vara mamma och göra saker annat också. Nå kanske det e int i vår kultur vanligt att kvinnan jobbar och studerar och har barn men ändå, här har man ju annat än i vår kultur. (Hali)

Hali värnar om sin självständighet och beskriver tydligt hur det sociala umgänget och arbetet bidrar till hennes välbefinnande. Både Hali och Nardar poängterar att deras män tar ansvar för hemmet och barnuppfostran och på så vis möjliggör kvinnornas utbildning och karriär. Även Hayat skilde sig från barnets far under graviditeten och flyttade in hos sin mamma. Hon hade just fått en egen lägenhet men bestämde sig för att flytta först efter att barnet var fött. På grund av kejsarsnittet och komplikationerna vid förlossningen bad hennes mamma att hon skulle bo kvar hos henne för att underlätta den nya vardagen med barnet.

Joo, siellä [Somaliassa] siskot ja äidit tukevat ja auttavat raskausaikana ja synnytyksessä. Raskaana asuin äidin kanssa. Sain uuden asunnon mutta en muuttanut koska sanoin kun syntymä sen jälkeen minä muutan. Ja sitten kun mulle tehtiin leikkaus, äiti sanoi "sinä jäädä täällä, et voi mennä yksin sinne pärjäämään lapsen kanssa". Mä olin äidin kanssa, kun lapsi täytti 2 vuotta, sitten muutin pois. 7 (Hayat)

Det föll sig naturligt för henne att bo hos sin mamma där hon kände att hon fick mycket stöd både av sina systrar och mamma under graviditeten. Efter förlossningsupplevelsen blev behovet av stöd större. Hon lyfter fram att i Somalia stöder kvinnorna varandra speciellt under graviditet och förlossningstid. Zeinab är äldre än de andra informanterna och även den enda av dem som har fött barn även i Somalia. Hon beskriver barnsängstiden i Somalia som en tid för vila och återhämtning, något som hon har saknat i Finland.

Somalia, du född barn kommer släkten... Jå, hjälper. Här jag kommer hem från sjukhuset, jag städa... jag laga mat. Inte Somalia! Min mamma kommer o min syster kommer o min granne, alla hjälpa. Jå, städa och sopa och handla mat... Jå, jag sitta och sova efter att jag fött. Finland jag kommer hem sjukhuset, tre dagar jag sjukhuset sen jag vill handla mat. Jå jag handla... ingen vila. Nu barnen sover, jag e vaken. Klockan sex jag e vaken och jag barnen klä på sig, barnen gå till dagis... Somalien inte! Mamma o pappa sover o stora barnen vaken o hjälpa. (Zeinab)

I Somalia hjälper både kvinnorna i omgivningen och de äldre barnen till med hemsysslor och barnskötsel i större utsträckning än vad hon har upplevt i Finland. Hon säger att hennes barn vuxit upp i den finländska kulturen och att hon saknar deras hjälp i hemmet. En somalisk tradition som Zeinab uppskattar att lever kvar i hennes somaliska umgänge i Finland är att de samlar ihop gåvor eller pengar till den nyblivna mamman och hennes familj.

Somaliska kultur... Kvinna hon född bebisen, alla kvinnor kommer o hälsar hem här. O många, många kläder... Jå, presenter, o mina kläder. [...] 20 - 25 kvinnor, alla kvinnor 10€, 10€, 10€, till exempel 200 - 250€. Gå till butiken, kläder, bebiskläder och mat... O kommer många kvinnor här! O kaffe o bulla o bra. (Zeinab)

Zeinab är tacksam över att traditionen lever kvar, även om den modifierats för att passa det finländska samhället. Den materiella hjälpen ersätter ändå inte stödet hon saknar i hemmet under barnsängstiden.

Nardar uppskattar stödet hon fick i mödravården när hon kände sig osäker som ny mamma. Hon påpekar vikten av att träffa samma mödrarådgivare under hela graviditeten som tog henne på allvar. Hon fick goda råd i barnskötsel både praktiskt och teoretiskt. Hon berättar att rådgivaren till och med fyllt i pappersformulär åt henne, vilket hon upplevde hjälpsamt.

Kyllä alussa mä sain paljon tukea kun se oli mun ensimmäinen lapsi ja mä olin... kädet oli näin (näyttää peukaloa kämmenellä) mitä mä teen sit kun vauva tulee? Sain hyviä kokemuksia, kuinka huolehtia omasta lapsesta ja ne [hoitajat] antoi meille aina semmoisia

ohjeita mitä saa lukea [...] Se oli mulle tärkeää että sama tuttu ihminen ja hän oli semmoinen hellä ja niinku aina otti mun asiat vakavasti. 8 (Nardar)

Informanterna upplever överlag att de har varit trygga vid mödravården samt fått önskat stöd och information från den. Även om de kunde något av de finländska språken så uppskattade de att den skriftliga informationen var tillgänglig även på somaliska. De känner sig ha fått en god kontakt till rådgivaren och ett gott bemötande. De berättar att mödrarådgivaren ofta varit mycket hjälpsam med praktiska arrangemang kring mödravården. Kontinuiteten med samma mödrarådgivare har bidragit till den positiva upplevelsen.

### 3.11.4 Bemötande i mödravården

Informanterna är eniga om att den finländska mödravården är bra, men de har erfarenheter av fördomsfullt bemötande. De har fått frågor om de ska ha ännu fler barn, varför de vill ha så många barn och om de är tvungna att föda fler barn. Vårdarna har både skämtat om ämnet och haft seriösare diskussioner angående barnantalet, vilket irriterar en del av informanterna.

(Suck) Bara kanske att man sku int fråga dom där frågorna [angående barnantal] hela tiden. Jå... annars så e allt bra, de e de. (Hali)

Även om en del av kommentarerna varit välmenande, säger Hali att de inte känns bra att ständigt höra dessa. Nardar berättar att det i den somaliska kulturen är respektfullt att ställa frågor på ett artigt, men tydligt sätt.

Kysy suoraan! Se on meidän kulttuurissa, silloin sä kunnioitat toista ihmistä! Kyselet suoraan, "teenkö näin tai mitä mieltä olet tästä asiasta?" 9 (Nardar)

De efterlyser öppenhet och fördomsfri kommunikation med vårdpersonalen. Hali betonar vikten av att vårdpersonalen ställer frågor och visar ett intresse för vårdtagaren, speciellt i mångkulturella möten då sättet att kommunicera skiljer sig åt. Hon har upplevt besvärande situationer då hon inte har kunnat läsa av vårdarens kroppsspråk och stämningen har känts obekvämt.

Gärna mera frågor eller mera sådär öppet, att man e lite öppet, att man int e sur eller tyst. Jag vet int om man sur eller om man e arg eller om man e lite sådär e de helt normal? Jag har nog blivi van att finska människor e lite mera tysta men ändå. (Hali)

Hayat upplevde ett flertal gånger att vårdpersonalen inte uppmärksammade henne. Hon upplevde att vårdarna gärna såg till fostret och senare babyen, men inte till modern. Det skapade en känsla av maktlöshet hos henne när hon inte fick det stöd hon förväntat sig från vårdarna. Även Nardar berättar att hon upplevde ett bristfälligt bemötande från en del vårdare i mödravården, som förbisåg hennes behov av hjälp och stöd i den nya situationen som tvillingmamma, medan andra var hjälpsamma och gav henne önskat stöd.

Toiset on törkeitä, vaikka sä soitat kello ei mitään kuulu eikä kukaan tuu. Vaikka vauva itkee ja sä tarvit apua ja maitoa. Kun mulla oli yksi vauva, se oli helpompi. Kun oli kaksi vauvaa oli vaikeempi, molemmat itkee samaan aikaan ja minä imettää ja imetystyynyt piti laittaa ja niinku mulla ei oo kokemusta kuinka kaksosia niitä hoidetaan. 10 (Nardar)

Vidare berättar Nardar att hon upplevde, att vårdarna visade mer intresse för att hjälpa finländska mammor än henne på BB. Hon vill inte stämpla någon som rasist, men upplevde ett fördomsfullt bemötande gentemot henne.

Kun ne [hoitajat] tuli mun huoneeseen sammuttamaan kello, ne oli vauva sylissä "minä hoidan tämän ensin" se oli niinkuin oma... en mä tarkoita niinkuin rasistisena mutta niinkuin, ne hoiti enemmän suomalaista äitiä! [...] Ennakkoluuloja oli joo. Siitä jäi vähä ikävä tunne. Koska kun sä oot hoito alalla kaikki ihmiset sun pitää arvostaa samalla tavalla, onko tumma tai vaalea tai... vaikka saatana tulee, sun pitää hoitaa hänetkin . Sun pitää olla tasapuoleinen kaikille. Mutta... ihmiset on erilaisia. 11 (Nardar)

Nardar poängterar vårdarens plikt att vårda alla patienter jämlikt oavsett etnicitet och bakgrund. Hon upplevde tydliga skillnader bland vårdarnas sätt att bemöta henne och misstänker att det beror på hennes somaliska bakgrund.

Hali berättar om en händelse under en ultraljudsundersökning när barnmorskan upplevs vara sur samt ger fräcka kommentarer när Hali undrar varför ultraljudet tas vaginalt istället för abdominalt. Barnmorskan tar inte hänsyn till Halis smärtor och nedvärderar hennes rädslor.

Hon var lite sådär elak [...] Men sen sätter hon lite hårt, "nä, men nu gör du ont!" Så sa hon att "Ja, alltså det har ju gått säkert ett annat än det här in i din vagina". (Hali)

Även Nardar har upplevt att hennes smärtor nonchalerats i mödravården. Hon fick missfall en fredag i slutet av första trimestern och fick svåra smärtor så hon uppsökte förlossningen under jouttid före hennes inbokade skrapning följande måndag. Läkarens fräcka attityd och avsaknad av empati bidrog till en känsla av hjälplöshet hos Nardar.

Se oli semmoinen temperamentti, se sanoi mulle "mitä sä teet täällä miksi sä et voi olla kotona?" Mä sanoin "mulla on kova kipuja." "Noh tää lapsi on kuollut jo, se tulee itsestään pois. Sun pitää pysyä kotona." Mä sanoin "mutta mulla on kova kipu..." sitten se ultras mua ja sanoi "tää on... niinkuin sanottu sulla on maanantaina aika..." mä sanoin "mä en kestä tätä kipua maanantaihin asti, tee asialle jotain!" Sitten se antoi mulle yhden tabletti, eikä edes selittänyt mulle mikä se on! Vaikka mä kysyin siltä niin se sano vaan "ota vaan" ja antoi lasi vettä ja ole hyvä. Sitten mä otin ja se sanoi "mene kotiin. Etkä enää soita

ambulanssi!” Niinku semmonen! Mulla tuli pelko siitä, että älä enää soita ambulanssi! 12  
(Nardar)

Eftersom Nardar inte visste vilket läkemedel hon fått blev hon förskräckt när smärtan tilltog nästa morgon och hon hade vaginala blödningar. Slutligen beställde hennes man ambulansen åt henne och hon lades in på sjukhus där det konstaterades att blödningen orsakat en svår anemi. Läkaren som då vårdade henne visade empati och frågade ifall hon ville göra en anmälan för dålig vård. Läkarens goda bemötande och stöd resulterade i att Nardar återfick tilliten till sjukvården.

### 3.11.5 Interkulturell mödravård

Zeinab har fött barn både i Somalia och i Finland. I Somalia födde hon barnen hemma, eftersom hon varken hade råd eller möjlighet att föda på sjukhus. Dessutom var hon ensam under två förlossningar då ingen barnmorska vågade komma hem till henne på grund av oroligheter i området. Hon jämför sina graviditeter och förlossningar i de två länderna och konstaterar att de är som natt och dag.

Inte samma... Jå, Finland bra föda barn. Därför hela tiden kontroll, vikten och här (visar på fingret) kontroll [blodsocker], blod.. Jå ge massa tablett, vitamin. Jå, inte samma. Född i Finland, bra. (Zeinab)

Zeinab är tacksam över tryggheten i den finländska mödravården och uppskattar att hon får gå på hälsokontroller genom hela graviditeten, något som saknats i Somalia. Under den första graviditeten i Finland diagnostiserades hon med typ-2 diabetes, hon fick läkemedelsbehandling och måendet under graviditeterna förbättrades i och med detta.

Hali berättar att hon blev tillfrågad angående könsstympning. Hennes upplevelse av händelsen är positiv och hon anser att diskussionen var respektfull.

Jå, dom respektera å... dom ja... att fast, visst, visst e de ju fel o göra mot flickor sånt men int, kanske det var ju gammal, gammal kultur. Int vet alla människor heller som bor i Somalia att det där e förbjudet eller det där är ju fel mot kvinnor... jå, men jag fick nog diskutera med rådgivningen och fick säga min åsikt och så fråga dom att ”ska du göra åt dina flickor” ”Nej! Jag tänker int göra det” för jag har ju haft själv med problem o jag tror int den där gammal... de e ju gammal kultur så ja tror int på de. (Hali)

Genom vårdarens öppna och icke-dömande frågor kände Hali att hon fick uttrycka sin åsikt och klargöra att hon är medveten om den finländska lagstiftningen.

Informanterna är eniga om att kvinnor under graviditet och amningstiden inte fastar. En utebliven fasta på grund av graviditet eller amning kan kompenseras vid senare tillfälle. Zeinab påpekar att



hon fortfarande har 60 fastedagar, eller två ramadanmånader inestående, som hon vid lämpligt tillfälle utför.

Jå, jag graviditet och baby ammar, inte ramadan. Därför jag spara. Min mage inte bra. Jag är hungrig... Jag inte kaffe, inte frukost, inte... Ja hela tiden du fasta, inte dricker, inte äter. Finland ramadan kommer 20 timmar, 21 timmar du inte, vad heter... Inte äta, inte dricka, magen (krschsch) jå, problem. Inte somalien, inte somalien. Somalien mindre tiden, därför snart ner sol. Finland kommer sommar, sommar kommer ramadan, så inte ner solen.  
(Zeinab)

Ramadan har kommit upp i diskussioner kring kosten i mödrarådgivningen. Informanterna såg det som en självklarhet att inte fasta under graviditet och amningstiden. De kände inget behov av diskussion angående fastan vid mödrarådgivningen.

Informanterna har önskat kvinnlig vårdpersonal vid undersökningar och vid förlossningen. När kvinnlig vårdpersonal har funnits att tillgå så har informanternas önskan uppfyllts besvärsfritt. Nardar lyfter fram skillnaden mellan kultur och religion. Enligt Islam finns det inga begränsningar gällande vårdpersonalens könstillhörighet när man är sjuk och i behov av vård, däremot är det starkt inrotat i den somaliska kulturen att som kvinna undvika manliga läkare. Zeinab håller med om att hälsan går före sedvanan med att ha en läkare av samma kön.

Ei koska niinku kulttuuri... ja uskonto, se on kaksi eri asiaa. Kun uskonto sanotaan jos sä oot kipeä ei oo väliä ootko sä mies vai naislääkäri. Silloin sä oot niinku avuntarve. Mutta kulttuurissa yleensä naiset sanoo mä en halua mieslääkäri mutta mulla ei oo mitään väliä. Sama se kun mä saan apua. 13 (Nardar)

Jå, religion! Sjuk, gå vad heter... Läkare. Om du e sjuk inga skillnad, Kristus, buddhist... Läkare e läkare, jå. Muslim. Läkare, alla läkare samma. Inte svarta, inte vit. Läkare e läkare. Jå, jag sa "Inte jag vill man!" Han sa "jag här i tiden, inte kvinna. Du får?" Jag sa "Okej." Därför min religion också, inga problem. Jå, därför läkare. Inte kvinna? Man, inga problem, läkare. (Zeinab)

Informanterna lyfter upprepade gånger fram skillnaden mellan kultur och religion. Den muslimska tron är stark och de lever enligt islam men de har alla integrerats i det finländska samhället på olika sätt. Deras vardag präglas av samspelet mellan den finländska och den somaliska kulturen.

### 3.12 Metoddiskussion

Studiens syfte är att beskriva hur kvinnor med somalisk bakgrund upplever vården och bemötandet i den finländska mödravården. I bakgrunden valde skribenterna att kort beskriva Somalias historia och kultur för att få en uppfattning om informanternas bakgrund. Detta ansågs väsentligt för att ge skribenterna och läsarna en förförståelse för studiens genomförande. Skribenterna hade inga förkunskaper om landet eller kulturen och lärde sig mycket under processen. I bakgrunden användes doktorsavhandlingar och artiklar från Finland. Även rapporter från samhällseliga institutioner från både Sverige och Finland användes. Skribenterna valde medvetet att söka information från finländska källor för att få så tillförlitlig information som möjligt som kan appliceras på denna studie. För studien användes finländsk litteratur på både finska och svenska, vilket bidrog med utmaningar rent språkmässigt. Forskning gjord i andra länder, såsom USA och England, valdes bort i bakgrunden, eftersom samhället och mödravården där är annorlunda strukturerad, än den finländska och forskningen därför inte är direkt jämförbar. Utländska studier lyfts fram i resultatdiskussionen där de speglas mot studiens resultat.

Denna studie är bägge skribenters första examensarbete och har därför varit en pågående inlärningsprocess. Att finna relevanta vetenskapliga artiklar medförde svårigheter. Under arbetets gång har sökandet gett bättre resultat och skribenterna valde att skriva om bakgrunden efter några månaders arbete för bättre kvalitet. Samtidigt konkretiserades och kondenserades även syftet på studien från hur somaliska kvinnor upplever sin sexuella hälsa till upplevelser av mödravården. Beslutet underlättade artikelsökningen och gav studien en tydlig riktning.

Studien gjordes av två barnmorskestuderande i olika skeden av livet, vilket medförde utmaningar, speciellt tidsmässigt. Båda skribenterna närvarade vid informationssökningen, intervjuerna, analysprocessen och de formulerade slutligen texten tillsammans. Detta arbetssätt passade skribenterna bra och gav möjlighet för att bolla idéer och tankar samt stöda varandra i utvecklingsprocessen. Ett kriterium för att ge studiens resultat trovärdighet är att skribenterna har ett enhetligt arbetssätt (Henricson 2017), vilket lyckats genom ett tätt samarbete. Eftersom skribenterna valde att skriva tillsammans var tidsplaneringen emellanåt problematisk på grund av arbete och familj. I sin helhet var detta ändå ett lyckat koncept med fler positiva än negativa faktorer.

Skribenterna hade svårigheter att nå somaliska kvinnor för intervjuerna. Med hjälp av skribenterna privata kontakter nåddes en kontaktperson i en somalisk förening, som undersökte delatagarintresset och koordinerade två informanter till intervjuerna. Skribenterna fick kontakt med ytterligare två informanter via privata kontakter. Skribenterna försökte nå fler informanter för att få ett bredare spektrum av kvinnornas upplevelser, men trots många försök gav det inga

resultat. Informationsbrev och förfrågan om deltagande skickades ut per e-post till några kvinnor med somalisk bakgrund, men besvarades aldrig. Informanterna ombads fråga ifall någon av deras somaliska vänner ville delta i studien, men inte heller där kom det några svar. Det kan tänkas att e-post inte var någon lämplig kontaktmetod, möjligen hamnade meddelandet i skräpkorgen. Det kan ändå konstateras att de fyra informanter som deltog i studien bidrog till ett rikt och mångsidigt material.

Informanterna fick samtyckesinformationen både muntligt och skriftligt för att tydliggöra innehållet. Intervjuerna gjordes i hemmiljö med undantag för en som gjordes över Skype. Skribenterna upplevde en avslappnad stämning, efter att den första nervositeten släppt. Bägge skribenter närvarade vid alla intervjuer, men turades om att leda varannan intervju. Detta ansågs som en bra uppdelning för att diskussionen med informanten löpte naturligt då den aktiva skribenten fick en kontakt med henne. Emellanåt upplevde skribenterna, som barnmorskestuderande, att de representerade mödravården i informanternas ögon. Detta dels på grund av att informanterna först sa att de var nöjda och tacksamma över mödravården i Finland och negativa upplevelser kom till tals först efter en stunds diskussion. De uttryckte också tacksamhet till det finska samhället och riktade tacket till skribenterna. Situationen satte skribenterna i en tillfällig maktposition, som kan ha påverkat informanternas svar i början av intervjun. Ett neutralt bemötande och ett genuint intresse för informanternas berättelser kan ha bidragit till en tillit till skribenterna, eftersom diskussionerna senare blev djupare och mångsidigare.

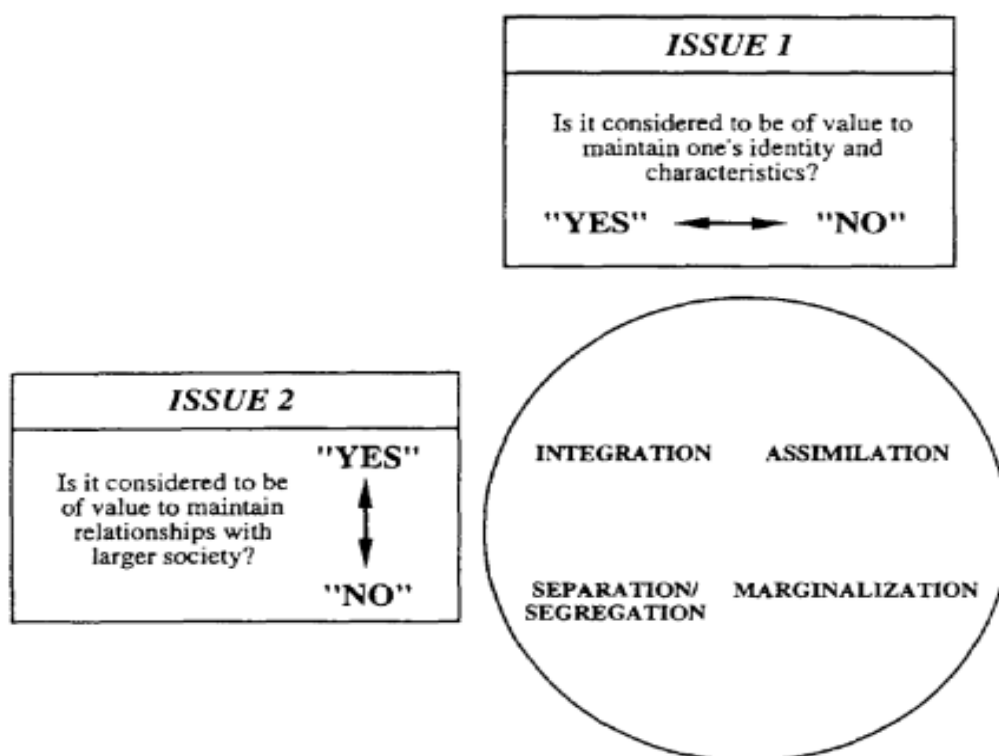
Under analysen av de transkriberade intervjuerna blev det tydligt att en språkmur har uppstått vid en del av intervjuerna och att kroppsspråk har använts flitigt av både skribenterna och informanterna. Detta resulterade även i att en djupare diskussion uteblev. Skribenterna upplevde dock inte att bristen på ett gemensamt språk hade varit så märkbar under själva intervjun. Detta kan även ses inom vården, hur användbart kroppsspråk kan vara, då ett gemensamt språk saknas. Det kunde tänkas att en tolk hade möjliggjort djupare diskussioner med mindre risk för missförstånd i vissa intervjuer. När informanterna har blivit tillfrågade om de velat ha tolk i mödravården har de avböjt, eftersom de vill utveckla sitt språk och vara självständiga. En stolthet i att vara självständig har tydligt märkts av under intervjuerna.

De transkriberade intervjuerna analyserades induktivt i en analysmatris. Det kom fram under analysen att en del intervjuer koncentrerats till några specifika upplevelser och därmed besvarades inte alla frågor av varje informant. Eftersom studien är kvalitativ är varje upplevelse ändå av intresse och berikade resultatet.

### 3.13 Spegling av resultatet

Informanterna är motiverade till att lära sig språket och integreras i samhället. De anser att språkkunskaper i de inhemska språken har spelat en avgörande roll för att finna sin plats i samhället och därmed bli självständiga i vardagen. För att integrationen ska vara jämlik i Finland görs en integrationsplan upp för varje invandrare. Planens syfte är att stödja invandraren i att lära sig något av de inhemska språken och att få färdigheter som behövs i yrkeslivet (Lag om främjande av integration 30.12.2010/1386).

Med hjälp av Berrys ackulturationsmodell (1997) kan en persons ackulturation bedömas utgående från frågorna "är det viktigt att utveckla relationer med det större samhället?" och "är det viktigt att hålla kvar vid sin kulturella bakgrund?" fritt översatt. Enligt modellen finns det fyra sätt att ackultureras, dessa är assimilation, integration, marginalisering samt separation.



Figur 3. Ackulturationsmodell (Berry 1997, 10)

Med assimilation menar Berry att invandraren fränsäger sig sin etniska och kulturella identitet och ger sig hän till den nya kulturen. Detta påverkas ofta av att samhället är negativt inställt till mångkulturalism, vilket driver invandraren till assimilation. Ifall samhället däremot är positivt inställt till nya kulturer kan invandraren integreras och bibehålla sin kulturella identitet i samspel med den nya kulturen. Att vara tvungen att assimileras i ett samhälle som inte uppskattar mångkulturalism, kan leda till att invandraren upplever diskriminering, vilket leder till

marginalisering. Ifall invandraren inte längre kan identifiera sig i den tidigare kulturen och inte heller ta till sig den nya kulturen anses hen vara marginaliserad. Separation innebär att invandraren håller fast i sin tidigare kulturella och etniska identitet och motsätter sig den nya kulturen och segregeras. (Berry 1997, 9–11)

Informanterna ger uttryck för att ha integrerats i det finländska samhället genom att lära sig språket och samhällsnormer. Det framkommer även under intervjuerna att de vill bibehålla den somaliska kulturen och islam i vardagen. De framhåller vikten av integration både för sig själva och sina barn genom ett interkulturellt levnadssätt.

Ingen av informanterna har haft tolkstöd i mödravården. En del har nekat tolk medan andra inte blivit erbjudna. Överlag har kommunikationen upplevts fungera bra i mödravården. Dock har det uppstått situationer när det gemensamma ordförrådet inte räcker till och missförstånd har uppstått. Hayats upplevelse av att inte få en genomgång av den traumatiska händelsen under förlossningen stöder Wikbergs teori (2014) om att mödrarnas hälsa och välbefinnande försämras om kommunikationen inte fungerar och informationen inte når mottagaren. Hayats tillit till vården rubbades och frågorna kring vad som egentligen hände återstår ännu flera år senare. Kan hon ha varit för chockad för att ta in informationen om den gavs och således uppleva att hon aldrig fick den? I denna situation kan konstateras att tolkstöd kunde ha bidragit till en bättre vårdupplevelse, eftersom missförstånd kunde ha undvikts. Orsaken till att informanterna nekade tolk var att de ville öva på sina språkkunskaper och klara sig självständigt. Gjordes detta på bekostnad av kvinnornas upplevelser i mödravården? Informanterna erbjöds tolk redan vid mödrarådgivningen, där de tackade nej. Det är dock i förlossningssalen och på BB som informanterna har beskrivit kommunikationen som bristfällig stundvis. I detta skede säger de sig inte ha blivit erbjudna tolkstöd längre, eftersom de har klarat sig självständigt hittills. Eftersom situationerna är så olika på mödrarådgivningen och förlossningssalen anser skribenterna att tolkbehovet borde tas i beaktande i alla nya vårdsituationer.

Informanterna anser det vara viktigt att studera och komma in i arbetslivet. Det bidrar till en självständighet för kvinnorna samt ett tillfälle att lämna hemmet. Nardar berättar om hur hon motiverar sina barn till att studera och ta examen genom att föregå med gott exempel. Enligt statistikcentralen (2005) har en stor del av somalierna en bra utbildning, vilket hjälper dem att anpassa sig till den finländska arbetskulturen. Av invandrargrupperna i Finland är somalier de som i största utsträckning har tagit examen från en yrkesskola eller högskola och arbetar inom branschen. Statistiken visar dock att diskriminering i arbetslivet är vanligast bland somalier.

Hali nämner att hennes tidigare arbetsgivare har bett henne att klä av sig huvudduken på arbetet, vilket hon vägrade, eftersom hon redan hade kompromissat med att använda byxor och skjorta.

Nardar berättar att religionsutövningen ändrats sedan hon kom till Finland. Bönetider och moskébesök har anpassats till det finländska samhället och till arbetsplatsen. Även om informanterna har uppoffrat delar av sin kultur och religionsutövning, känner de sig respekterade i samhället. Hali poängterar att det är viktigt att arbetsgivarna och medarbetarna är tillmötesgående i kompromisser angående klädsel och bönetider. Enligt Wikbergs teori (2014) om interkulturellt vårdande i mödravårdspraxis förändras både vårdaren och vårdtagaren i mötet. Detta ser skribenterna att kan implementeras också i andra kontexter där olika kulturer möts. Wikberg tar även upp vikten av yttre omständigheter som påverkar viljan av att få kulturell kompetens. Med en öppen och välkomnande attityd kan kompromisser formas. Arbetsgivaren, som är i maktposition till arbetstagaren, bör enligt teorin använda sin makt i positiv bemärkelse för att stärka och stöda arbetstagaren och därmed uppnå en god kommunikation och trygghet. Genom positiv maktutövning kan således bägge parter lära sig av varandra och få kulturkompetens. Informanternas goda erfarenheter från bemötandet i det finländska arbetslivet visar på en god öppensinnad kommunikation parterna emellan. Statistiken visar dock att diskriminering i arbetslivet är vanligast bland somalier.

Informanterna sade alla att de haft god kontakt till mödrarådgivaren och fått stöd utöver det vanliga därifrån. Rådgivaren hade hjälpt dem att fylla i pappersformulär och gjort det lilla extra för dem. Zeinab beskriver sin rådgivare som en god vän. En kontinuitet med samma mödrarådgivare har bidragit till detta. Informanternas upplevelser stöder Wikbergs teori där hon lyfter fram vikten av att få träffa samma vårdare genom hela graviditeten för att undvika konflikter och få tillit till rådgivaren. Informanterna känner även att de har fått det stöd de behöver hemifrån. I Somalia hjälper släktens kvinnor ofta varandra, medan informanterna här har fått hjälp och stöd av sina män. Hali som inte var nöjd med stödet hon fick av sin första man skilde sig och gifte sig med en annan man, som hon känner sig stöttad av. Kontakten till föräldrarna är också viktig och fastän de inte bor i samma stad som dem så ringer de varandra ofta. Enligt Wikberg (2014) är kvinnor som föder barn i en främmande kultur dubbelt sårbara. Det här bidrar till ett ökat behov av stöd från omgivningen. Ett saknat stöd från familjemedlemmarna, som inte bor i Finland, kan delvis ersättas av mödrarådgivaren under graviditeten. Avsaknaden av finländska vänner gör rådgivarens roll som professionell vän viktigare. Hassinen-Ali-Azzani (2002) beskriver att mannens roll förändras i och med flytten till Finland.

Informanterna påpekade att de är nöjda med mödravården i och med den goda uppföljningen under graviditeten och tryggheten i att få föda på sjukhus. Zeinab som har upplevt mödravården både i Somalia och i Finland lyfter fram tryggheten i den finländska mödravården, eftersom hon har erfarit dess totala motsats. I Degnis et al. (2014) studie framkommer att kvinnorna är nöjda över att vården följer upp fostrets mående. Enligt studien beskrivs förlossning i Somalia som en

synonym till döden på grund av dåligt utrustade förlossningsutrymmen och inkompetent personal. Att Zeinab enbart har positiva upplevelser av mödravården i Finland, kunde förklaras genom detta.

Även om informanterna var nöjda med den kliniska vården framkom brister i bemötandet i mödravården. Nardar upplevde, att hon inte fick den hjälp hon önskade som nybliven tvillingmamma på BB. Hon kände att de finländska mammorna prioriterades framom henne. Även fördomsfulla frågor och kommentarer angående barnantal förargar informanterna. De önskar en öppen och fördomsfri kommunikation med vårdarna. En sådan kommunikation och ett gott bemötande minskar risken för konflikter. Genom att inte ta något för givet och visa intresse för patienten och hennes kultur, kan vårdaren nå kulturell kompetens. Vårdaren får gärna ställa frågor på ett artig och respektfullt sätt (Wikberg 2014), vilket både Hayat och Nardar också påpekar. För att minimera risken för konflikter och missförstånd i vårdsituationer bör vårdaren vara medveten om sin egen kulturella bakgrund, hur vårdandet speglas i denna, och känna till vårdtagarens kulturella bakgrund och behov. Att barnmorskan har kulturkompetens för att se vårdandet ur invandrarmoderns perspektiv är en hörnsten i det interkulturella vårdandet. Genom att anpassa vårdandet enligt den enskilda moderns behov skapas en trygg och tillitsfull relation och modern känner sig sedd. Modern kan känna sig förbisedd om vårdaren inte ser till den enskilda kvinnans behov, utan vårdar utifrån sina egna kulturella preferenser och invanda mönster. Modern kan känna sig maktlös, frustrerad och ensam om hennes kulturella bakgrund nonchaleras av vårdpersonalen. Om vårdaren missbrukar makten hon har i och med sin position, skapar hon ett onödigt lidande hos modern och kränker hennes värdighet. Då blir förhållandet mellan parterna ojämlikt. Att vårda kvinnor från andra kulturer kan medföra utmaningar, men också möjligheter att utveckla kulturkompetens. För att få kulturkompetens måste vårdaren ha ett genuint intresse av kvinnans bakgrund. Vårdare kan känna sig osäkra i mötet med dessa kvinnor på grund av bristande kunskaper om kulturer och religioner och ett behov av fortbildning finns (Wikberg 2014), vilket också informanterna uppmärksammade. Degni et al. (2014) beskriver i sin studie hur kvinnor födda i Somalia generellt är nöjda med den finländska mödravården, men upplever att vårdpersonalen är otrevlig samt att kommunikationen är bristfällig. Resultatet i denna studie stärker Degnis resultat. Harper Bulman och McCourt (2002) har beskrivit hur somaliska kvinnor upplever mödravården i västra London och upptäckt att det finns stora brister i kommunikationen. Stereotyper och rasism samt bristande kulturell kompetens och kunskap kring kvinnlig könsstympning upplevdes av kvinnorna. I studien framkommer även att somaliska kvinnor inte hade samma förutsättningar för mödravårdstjänster som majoritetsbefolkningen.

Utöver att informanternas behov av hjälp och stöd i vissa situationer blivit förbisedda i mödravården, har även deras rädsla och oro förminskats av både läkare och vårdpersonal. Nardars upplevelse av hur missfallet sköttes på sjukhuset gjorde henne uppgiven och frustrerad. Hon

ifrågasätter läkarens agerande och attityd gentemot henne. Läkaren undanhöll inte bara information från Nardar, utan visade även på en ovilja att vårda henne. Det kan spekuleras i om läkaren var stressad och trött, men det försvarar ändå inte beteendet. En patient som söker vård ska aldrig behöva känna sig ovälkommen. Hali har erfarenhet av en vårdare som var hårdhänt mot henne under en vaginal ultraljudsundersökning. Vårdarens fräcka kommentarer under undersökningen, medförde lidande och otrygghet. Hali har hört liknande berättelser om samma vårdare från sina somaliska bekanta. Även om informanterna har stött på dåligt bemötande, är de nog med att poängtera att det är enskilda händelser som inte kan generaliseras.

Informanterna tillfrågades ifall en diskussion kring könsstympling tagits upp vid mödrarådgivningen. Frågan besvarades av två informanter som hade olika erfarenheter. Hali upplevde diskussionen som respektfull och uppskattade att hon fick framföra sina egna tankar kring ämnet. Hon tyckte inte att mödrarådgivarens bemötande var dömande under samtalet, utan förstod att rådgivaren ville skydda döttrarna från ingreppet, genom att fråga rakt ut hurudan syn Hali hade på könsstympling. Nardar berättar däremot att ämnet aldrig lyftes upp under rådgivningsbesöken, vilket motstrider rekommendationerna som STM utfärdat i sin verksamhetsplan: Förebyggande av omskärelse av flickor och kvinnor från 2012. Nardars barn är pojkar, vilket kan vara en anledning till utebliven diskussion.

Könsstympling är ett ämne som många barnmorskor upplever svårigheter att prata om. Det framkommer tydliga brister i den finländska mödravården angående diskussioner kring kvinnlig könsstympling. Det saknas tydliga riktlinjer i hur mödrarådgivningen lyfter fram ämnet och diskuterar utan att förolämpa kvinnan. Barnmorskornas osäkerhet gällande frågan irriterar kvinnorna som upplever situationen som obekvämt. Det framkommer att kvinnorna skulle föredra en öppen diskussion med raka frågor (Ahmed & Ylispangar 2017).

Informanterna säger att tron fortfarande är lika viktig efter flytten till Finland, men att en del religiösa uttryck har uteblivit, till exempel moskébesök på grund av logistiska skäl. Även en flexibilitet i bönetider framkommer. Deras upplevelser av trons betydelse avviker från Tiilikainens (2003) studie där det framkommer att tron kan bli viktigare efter flytten till Finland. Att avstå fastan under fastemånaden Ramadan är inte en självklarhet för somalierna under graviditeten eller amningstiden. Därför bör mödrarådgivningen uppmärksamma kvinnans inställning till fastan i samband med kostrådgivning. Vid behov kan vårdaren respektfullt diskutera och informera om eventuella risker som fastan kan medföra. Informanterna var eniga om att inte fasta under graviditet och amning. De berättade att man kan spara fastan till senare. Enligt dem var det en självklarhet att sjukdom, graviditet och amning utesluter deltagandet i fastan.



Informanterna tydliggör skillnaden mellan kultur och religion, enligt den somaliska kulturen ska kvinnor bli vårdade av kvinnor i mån av möjlighet, medan islam inte begränsar vården. De såg det som en självklarhet att ta emot den vård som erbjuds, fanns det inte en kvinnlig läkare på plats, accepterades en man. Vårdpersonalen bör i mån av möjlighet beakta kvinnans önskemål angående vårdpersonalens könstillhörighet. Även om deras önskan inte kan uppfyllas, är det viktigt att vårdaren ser till att göra vårdsituationen så trygg som möjligt för kvinnan, till exempel, genom att en kvinnlig vårdare är på plats och onödig exponering av kvinnans kropp undviks. Detta kan bidra till att kvinnan känner sig trygg och vågar berätta ärligt om sina gynekologiska besvär (Väestöliitto 2009).

### **3.14 Slutledning**

Denna studie visar att informanterna generellt är nöjda med mödravården men påvisar att det ännu finns ett utvecklingsbehov för interkulturellt vårdande. Integrationen har betydelse för vårdupplevelsen. En motivation till integrering är självständigheten det medför samt att ge barnen en jämlik möjlighet till att hitta sin plats i det finländska samhället.

Kommunikationen spelar en viktig roll i vården. Vid språkförbristningar bör det övervägas att anlita tolk, för att främja upplevelsen av vården. Tolkjänst kan dock vara ett känsligt ämne, då patientens språkkunskaper ifrågasätts. Informanternas vilja att vara självständiga och utöva sina finska och svenska språkkunskaper i vårdsituationer var överraskande stark. Vi upplever att en tolk hade kunnat främja kommunikationen i en del situationer och bidra till en bättre vårdupplevelse. Vårdterminologi är komplicerad och obekant för många, därför är det önskvärt att informationen ges på patientens modersmål.

Informanterna har enbart beskrivit positiva upplevelser från mödrarådgivningen där kontinuiteten med samma vårdare tydligt har skapat en god relation. Relationen till mödrarådgivaren upplevs överraskande betydelsefull. Stöd från familjemedlemmar är också viktigt för informanterna under graviditet och barnsängstid.

Resultatet överensstämmer med våra tidigare antaganden om att somalierna ännu möter negativa attityder i samhället, som vården är en del av. Informanterna var dock noga med att poängtera att fördomarna sitter hos enskilda individer, men ju fler vårdare som saknar kulturell kompetens desto mer strukturellt blir problemet. Vi kan konstatera att avsaknad av kulturell kompetens ligger som grund till en stor del av de fördomsfulla kommentarerna som informanterna fått, angående till exempel barnantal. Informanterna beskriver att vissa kommentarer har sagts med välvilja men varit onödiga och bringat negativa känslor hos dem. Informanterna har också

känt sig nedprioriterade på grund av sin etnicitet i vissa vårdssituationer. Dessa situationer har uppstått i möten med ny vårdpersonal, som de inte haft kontakt med tidigare.

Avslutningsvis har studien ökat vårt intresse för att utveckla vår kulturella kompetens. Som vidare forskning vore det intressant att få svar på samma frågeställningar av mödravårdspersonalen, eftersom vårt resultat enbart lyfter fram subjektiva upplevelser. En jämförelse av dessa studiers resultat skulle vara intressant.

## Källförteckning

Abdulcadir, J., Say, L. & Pallitto, C., 2017. What do we know about assessing healthcare students and professionals' knowledge, attitude and practice regarding female genital mutilation? A systematic review. *Reproductive Health*, 14(1), 64. doi: 10.1186/s12978-017-0318-1

Ahmed, U. & Ylispangar, E., 2017. *Selvitys Suomessa syntyneiden tyttöjen ympärileikkauksesta*. Fenix Helsinki ry. [Online] <http://www.fenixhelsinki.com//selvitys-suomessa-syntyneiden-tyttojen-ymparileikkauksesta/> [hämtat: 20.12.2017].

Berry, J. W., 1997. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*. 46(1), 5–34.

Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P. Mölsä, M. & Koskinen, S. toim., 2012. *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61. Helsinki: THL.

Degni, F., Suominen, S., El Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen, K. & Essen, B., 2014. Reproductive and maternity health care services in Finland: Perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethnicity & Health*, 19(3), 348–366.

Forskningsetiska delegationen (TENK), 2009. *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. [Online] <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskapriciper.pdf> [hämtat: 10.12.2017]

Harper Bulman, K. & McCourt, C., 2002. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: A case study Article. *Critical Public Health*, 12(4), 3653–80.

Hassinen-Ali-Azzani, T., 2002. *Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja: Hoitotieteen laitos.

Helsingfors stad, 2017. *InfoPankki, Livet i Finland*. [Online] <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1931-x> <https://www.infopankki.fi/sv/livet-i-finland> [hämtat: 22.12.2017]

Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Jokela, S., Lilja, E., Kinnunen T.I. Gissler, M. Castaneda A.E. Koponen, P. 2018. Births and induced abortions among women of Russian, Somali and Kurdish origin, and the general population in Finland Comparison of self-reported and register data. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18, 296.

Klementti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. red., 2015. *Handbok för mödrarådgivningen, nationell handbok*. Handbok 40. Helsinki: THL.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. toim., 2014. *Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuaali ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020*. 33. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Online] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7> [hämtat:22.12.2017]

Koski, P., 2014. *Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa*. Jyväskylä: Studies in sports, physical education and health. Jyväskylän yliopisto.

Koukkola, M., October, M., Kolimaa, M. & Klemetti, R., 2017. *Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelman 2012–2016 (FGM) loppuarviointi*. Helsinki: THL.

Malin, M. & Gissler, M., 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health*, 9 (84), <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-84>

Migrationsverket, 2013. *Kvinnor och barn i Somalia*. Rapport från utredningsresa till Nairobi, Kenya och Mogadishu, Hargeisa och Boosaaso i Somalia i juni 2012. Lifos.

Mölsä, M., 2004. *Ajat ovat muuttuneet*. Helsinki: Ihmisoikeusliitto ry, KokoNainen-projekti.

Mölsä, M. & Tiilikainen, M., 2007. Potilaana somali - Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Aikakauskirja Duodecim*, 123(4), 451–456.

Mölsä, M., Tiilikainen, M. & Punamäki, R-L., 2017. Usage of healthcare services and preference for mental healthcare among older Somali immigrants in Finland. *Ethnicity & Health*, 24(6):607–622.

Nationalencyklopedin, 2017. *Somalia*. [Online] <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/somalia> [hämtat: 20.12.2017]

Pirkkalainen, P., 2005. *Somali diaspora in Finland – assistance of the country of origin*. A Pro Gradu Thesis Sociology and master's programme in development and international cooperation. Jyväskylä: University of Jyväskylä, department of Social Sciences and Philosophy.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM), 2012. *Verksamhetsplan för att förebygga omskärelse av flickor och kvinnor 2012-2016 (FGM)* Publikation nr 13. [Online] <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3355-2> [hämtat: 20.12.2017]

Statistikcentralen, 2005. *Maahanmuuttajat vaikeuksien kautta Suomen työmarkkinoille 11.4.2005*. [Online] [http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta\\_03\\_05\\_maahanmuuttajat.html](http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_03_05_maahanmuuttajat.html) [hämtat: 2.5.2018]

Statistikcentralen, 2016. *Befolkningsstruktur 31.12.2016.* [Online]  
[http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto\\_sv.html](http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto_sv.html) [hämtat: 20.12.2017]

Statistikcentralen, 2018. [Online]. *Tabellbilaga 2. Befolkningen efter språk landskapsvis 1997–2017.*  
[http://www.stat.fi/til/vaerak/2017/vaerak\\_2017\\_2018-03-29\\_tau\\_002\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2017/vaerak_2017_2018-03-29_tau_002_sv.html) [hämtat  
10.12.2018].

Suomen somalialaisten liitto, 2017. *Somalialaiset suomessa.* [Online]  
<http://somaliliitto.fi/somalikulttuuri/somalialaiset-suomessa/> [hämtat: 20.12.2017]

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014. *Määräaikaisten terveystarkastusten keskeiset sisällöt.*  
[Online] [https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys\\_ja\\_lastenneuvola/aitiysneuvola/maaraaikaisten-terveystarkastusten-ajankohdat-ja-keskeiset-sisallot](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/aitiysneuvola/maaraaikaisten-terveystarkastusten-ajankohdat-ja-keskeiset-sisallot) [hämtat: 9.12.2017]

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. *Somalialainen kulttuuri.* [Online]  
<https://www.thl.fi/sv/web/lastensuojelukasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus/somalialainen-kulttuuri> [hämtat:  
20.12.2017]

Tiilikainen, M., 2003. *Arjen islam: Somalinaisten elämää Suomessa.* Doktorsavhandling. Tampere: Vastapaino.

Unicef, 2015. *Somalia.* [Online] <http://data.unicef.org/country/som/> [hämtat: 22.12.2017]

Unicef, 2016. *Unicef's data work on FGM/C* [Online]  
[https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf) [hämtat:  
22.12.2017]

Utrikesministeriet, 2008. *Utrikesministeriets utvecklingsinformation: Det lönar sig att investera i mödravård.* [Online]  
<http://www.formin.fi/public/default.aspx?contentid=126361&contentlan=3&culture=sv-FI>  
[hämtat: 22.12.2017]

Väestöliitto, 2017. *Uskontorajat ylittävä liitto.* [Online]  
[http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/monikulttuurinen\\_parisuhde/uskontorajat\\_ylittava\\_liitto2/](http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/monikulttuurinen_parisuhde/uskontorajat_ylittava_liitto2/) [hämtat:  
22.12.2017]

Wikberg A., 2014. *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur*. Vasa: Vårdvetenskap, socialvetenskapliga institutionen. Åbo Akademi.

WHO, World Health Organisation, 2016. *Female genital mutilation*. [Online] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> [hämtat: 22.12.2017]

Finlands författningssamling

*Lag om främjande av integration* 2010. 1386/30.12.2010. [Online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 17.1.2018]

## Bilaga 1 Informationsbrev och samtyckesblankett

Informationsbrev och samtyckesblankett på svenska

Bästa informant,

Vi, Ellen Dahl och Jenni Rönnholm, är två barnmorskestuderanden vid yrkeshögskolan Novia i Vasa. Vi skriver vårt examensarbete om Hur enskilda kvinnor med somalisk bakgrund upplever mödravården i Finland. Syftet för vår studie är att ta reda på hur kvinnorna har upplevt mödra- och förlossningsvården i Finland. För att få svar på våra frågor har vi valt att intervjua fem kvinnor med ursprung i Somalia som nu är bosatta i Finland och som har fött barn här.

Vi gör individuella intervjuer under hösten 2017. Intervjuerna bandas in och renskrivs i textform där alla uppgifter som kan identifiera informanten tas bort, därmed förblir de anonyma. Det är endast vi som intervjuar som känner till informanternas identiteter. Ljudinspelningen sparas tills vi har presenterat vårt examensarbete, därefter förstörs de. Informanten deltar frivilligt och kan närsomhelst avbryta samarbetet.

Vi värdesätter högt att få ta del av informanternas erfarenheter både till examensarbetet och för vår professionella roll som barnmorskor.

Med vänliga hälsningar

Ellen Dahl & Jenni Rönnholm

Respondenternas email adresser

050-XXXXXXX / 040-XXXXXXX

Informerat samtycke

Jag har fått information om studien och deltar frivilligt.

Ort datum:

---

Namn:

---

Informationsbrev och samtyckesblankett på finska

Arvoisa haastateltava,

Olemme, Ellen Dahl ja Jenni Rönnholm, kättilö opiskelijoita ammattikorkeakoulu Noviassa, Vaasassa. Kirjoitamme opinnäytetyötämme aiheesta Kuinka yksittäiset somalitaustaiset naiset kokevat suomalaisen äitiyshoitopalvelun. Työmme tarkoituksena on selvittää kuinka somalitaustaiset naiset kokevat äitiys- ja synnytushoidon Suomessa. Saadaksemme vastauksia kysymyksiimme olemme päättäneet haastatella viittä naista, joilla on somalitausta jotka nykyään asuvat suomessa ja ovat synnyttäneet täällä.

Haastattelemme naisia yksilökohtaisesti syksyn 2017 aikana. Haastattelut nauhoitetaan ja kirjoitetaan puhtaaksi tekstiversioksi, jossa kaikki tieto josta haastateltavan voi tunnistaa on poistettu, jolloin haastateltavat pysyvät anonyymeinä. Vain me kaksi jotka haastattelemme, tunnistamme haastateltavat. Säästämme ääninauhan kunnes opinnäytetyömme on esitelty, tämän jälkeen ääninauha tuhotaan. Haastateltava osallistuu vapaaehtoisesti ja voi milloin vain katkaista yhteistyön.

Arvostamme suuresti että saamme ottaa osaa haastateltavien kokemuksiin sekä opinnäytetyötämme että ammatillista rooliamme kättilönä varten.

Ystävällisin terveisin

Ellen Dahl & Jenni Rönnholm

Haastattelijoiden sähköpostiosoitteet

050-XXXXXXX / 040-XXXXXXX

Tietoinen suostumus

Olen saanut opinnäytetyön tiedon ja osallistun vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika:

---

Nimi:

---



## Bilaga 2 Intervjufrågor

### Intervjufrågorna på svenska

1. Bakgrundsfrågor
  - ålder, civilstånd, ankomst till Finland i vilken ålder?
2. Berätta om din familj
3. Kan du beskriva din graviditet/dina graviditeter?
4. Berätta om dina upplevelser från mödrarådgivningen
5. Berätta om din förlossning/dina förlossningar
6. Kan du beskriva hur du upplevde bemötandet med förlossningspersonalen?
7. Finns det något du saknat i mödravården?

### Haastattelukysymykset suomeksi

1. Taustatiedot
  - ikä, siviilisääty, ikä Suomeen tullessa?
2. Kertoisitko perheestäsi
3. Voitko kuvailla/kertoa raskaudestasi/raskauksistasi?
4. Kertoisitko kokemuksistasi äitiysneuvolassa
5. Kertoisitko synnytyksestäsi/synnytyksistäsi
6. Kuvailisitko, kuinka koit synnytyshenkilökunnan kohtaamisesi?
7. Koetko että jotain jäi puuttumaan neuvola ja synnytushoidossa?

### Bilaga 3 Översättning av finska citat till svenska

1. Jag uppmuntrar dem också [barnen] att lära sig finska, jag talar mer finska. Jag har själv upplevt hur svårt det är där i skolan att vara med kompisar eller kommunicera.
2. Jo, nu är det kul då jag klarar mig i alla situationer.
3. Arbete och ett yrke är viktigt! För man måste ha betyg! Det är bra även för barnen!
4. [Tron är] lika viktig! Det lämnar lite som, där går vi kvinnor i moské, ber, lär oss koranen. Men här har dessa saker blivit lite åsidosatta.
5. Jag vet inte vad moderkaka betydde, jag sa "jag vet inte vad moderkaka betyder." Men jag sa "jag frågar mamma", och jag ringde mamma och jag sade "vad betyder moderkaka?" Men mamma kunde inte så mycket finska då, men storasystemen som kommit till Finland före oss, mamma ringde systemen och frågade vad moderkaka betyder. Systemen förklarade på vårt språk för mamma vad moderkaka är och sen ringde mamma mig och sade att det betyder det här. Jag sa "den hade lämnat i min mage i 8 dagar". Mamma grät och kom springande till sjukhuset. Hon sa "hur kan detta hända?!" Det där var lite svårt...
6. Jag fick ingen [genomgång/diskussion] nehej... jag kom bara hem och gick till läkaren en gång i månaden. Det gjordes ultraljud och sånt men hen sade inget och ingen sade något om det som hänt.
7. Jo, där [i Somalia] stöder och hjälper systrarna och mammorna under graviditeten och förlossningen. Som gravid bodde jag hos min mamma. Jag fick en ny lägenhet men flyttade inte för jag sa att jag flyttar efter förlossningen. Och sen då operationen gjordes, mamma sa "du lämnar hit, du kan inte flytta och klara dig själv med barnet". Jag bodde hos mamma och när barnet fyllde två år flyttade jag bort.
8. Ja i början fick jag mycket stöd då det var mitt första barn och jag var... händerna var så här (visar tummen mitt i handen) vad gör jag sen då barnet kommer? Jag fick goda upplevelser hur jag skall sköta barnet och vi fick alltid sån där instruktioner att läsa [...] Det var viktigt för mig med samma bekanta människa och hon var sådär ljuv och tog liksom alltid mina besvär på allvar.
9. Fråga raka frågor! Det hör till vår kultur, då respekterar du en annan människa! Fråga raka frågor, "skall jag göra så här eller vad tycker du om detta?"
10. En del är ohövliga fastän du ringer på klockan hör du inget av dem och ingen kommer. Fast baby'n gråter och du behöver hjälp och mjölk. Då jag hade en baby var det lättare. Då jag hade två bebisar var det svårare, båda gråter samtidigt och jag ammar och amningsdynorna skulle läggas och jag har liksom ingen erfarenhet av hur man sköter tvillingar.

11. Då de [vårdarna] kom in i rummet för att stänga av larmet hade de en baby i famnen, "Jag sköter den här först". Det var liksom en egen... Jag menar inte rasistiskt men liksom, de skötte de finländska mammorna först! Fördomar fanns, ja. Det lämnade en olustig känsla. När du är inom vården ska du respektera alla människor lika. Oavsett om man mörk eller ljus eller... Även om Satan kommer måste du sköta honom också. Du måste behandla alla jämlikt. Men... människor är olika.
12. Hen var en sån där temperamentsfull, hen sa åt mej "vad gör du här, varför kan du inte vara hemma?" Jag sa "jag har svåra smärtor." "Nå det här barnet är redan dött, den kommer ut av sig själv. Du måste hållas hemma." Jag sa "men jag har svåra smärtor..." Sen gjorde hen ultraljud på mig och sa "det här är... som sagt har du tid på måndag..." jag sa "jag står inte ut med denna smärta till måndag, gör något åt saken!" Då gav hen mig en tablett, och berättade inte ens för mig vad det var! Även då jag frågade hen vad det var så sa hen "ta den nu bara" och gav ett glas vatten och sa "varsågod". Sen tog jag den och hen sa "gå hem och ring inte ambulansen igen!" Liksom så! Jag blev rädd, att hen sade att jag inte skulle ringa ambulansen mera.
13. Nej för som kultur... och religion, det är två olika saker. Då religionen säger om du är sjuk spelar det inte roll om du är en manlig eller kvinnlig läkare. Då är du liksom i behov av hjälp. Men i kulturen säger kvinnor oftast att de inte vill ha manlig läkare men jag har ingen skillnad. Det spelar ingen roll så länge jag får hjälp.

## 4 "They say we are like stones" – en systematisk litteraturstudie om hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa: Julia Gäddnäs och Mirjam Snellman

### Abstrakt

**Bakgrund:** Kvinnlig omskärelse har blivit vanligare i Finland i takt med den ökade invandringen. För att få en större inblick i hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans hälsa valde respondenterna att närmare undersöka ämnet.

**Syfte:** Syftet med studien är att lyfta fram hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa. Frågeställning: Hur påverkar kvinnlig omskärelse kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa?

**Metoder:** Studien är en systematisk litteraturstudie med induktiv ansats. En kvalitativ innehållsanalys gjordes på 7 kvalitativa artiklar och på 14 kvantitativa artiklar gjordes en beskrivande summering. Slutligen gjordes en jämförelse mellan kvalitativt och kvantitativt resultat.

**Resultat:** Kvinnlig omskärelse orsakar problem i sexuellt umgänge. Omskurna kvinnor känner mera smärta i samband med sex, menstruation och vid förlossning. Omskurna kvinnor har svårare att känna sexuell njutning och tillfredsställelse. Omskurna kvinnor har större risk för komplikationer vid en förlossning såsom bristningar och episiotomier. Kejsarsnitt förekommer oftare bland omskurna kvinnor. Äktenskapet kan också påverkas negativt av kvinnlig omskärelse. Omskurna kvinnor upplever mera rädsla och ångest inför både sex och förlossning, och de kan också ha en negativ kroppsuppfattning.

**Slutsats:** Kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa negativt, både fysiskt, psykiskt och socialt.

**Nyckelord:** kvinnlig omskärelse, kvinnlig könsstympning, sexuell hälsa, reproduktiv hälsa, systematisk litteraturstudie

**Nimike:** "They say we are like stones" – systemaattinen kirjallisuuskatsaus siitä, miten naisen ympärileikkaus vaikuttaa naisen seksuaaliseen ja lisääntymiseen liittyvään terveyteen

### **Tiivistelmä**

**Tausta:** Naisen ympärileikkaus on yleistynyt Suomessa, maahanmuuton lisääntymisen myötä. Saadakseen paremman käsityksen siitä, miten naisen ympärileikkaus vaikuttaa naisen terveyteen, vastaajat päättivät tutkia tarkemmin aihetta.

**Tarkoitus:** Tutkimuksen tarkoitus on tuoda esiin, miten naisen ympärileikkaus vaikuttaa naisen seksuaalisuuteen ja lisääntymisterveyteen.

**Tutkimuskysymykset:** Miten naisen ympärileikkaus vaikuttaa naisen seksuaaliseen ja lisääntymiseen liittyvään terveyteen?

**Menetelmät:** Tutkimus on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, induktiivisella lähestymistavalla. 7 laadullisista artikkeleista tehtiin kvalitatiivinen sisältöanalyysi, ja 14 kvantitatiivisista artikkeleista tehtiin kuvaileva yhteenveto. Lopuksi tehtiin vertailu kvalitatiivisista ja kvantitatiivisista tuloksista.

**Tulos:** Naisten ympärileikkaus aiheuttaa ongelmia yhdynnässä. Ympärileikatut naiset kokevat enemmän kipua yhdynnän, kuukautisten ja synnytyksen aikana. Ympärileikatuilla naisilla on vaikeampi tuntea seksuaalista nautintoa ja tyydytystä. Ympärileikatuilla naisilla on suurempi riski saada komplikaatioita synnytyksen aikana, esim. repeämiä ja välilihan leikkauksia. Keisarileikkaus tapahtuu useammin ympärileikattujen naisten keskuudessa. Naisten ympärileikkaus voi vaikuttaa myös avioliittoon negatiivisesti. Ympärileikatut naiset kokevat enemmän pelkoa ja ahdistusta ennen seksiä ja synnytystä, ja heillä voi olla myös negatiivinen käsitys omasta kehostaan.

**Johtopäätös:** Naisen ympärileikkaus vaikuttaa naisen seksuaaliseen, ja lisääntymiseen liittyvään terveyteen negatiivisesti fyysisesti, henkisesti että sosiaalisesti.

**Avainsanat:** naisten ympärileikkaus, sukuelinten silpominen, seksuaalinen terveys, lisääntymisterveys, systemaattinen kirjallisuustutkimus

**Title:** "They say we are like stones" – a systematic literature study on how female circumcision affects the woman's sexual and reproductive health

## **Abstract**

**Background:** Female circumcision has become more common in Finland with the increase in immigration. To gain a greater insight into how female circumcision affects the woman's health, the respondents chose to investigate the topic closer.

**Aim:** The aim of the study was, to highlight how female circumcision influences the woman's sexual and reproductive health.

**Question:** How does female circumcision influence the woman's sexual and reproductive health?

**Methods:** A systematic literature study with inductive approach. A qualitative content analysis was made on the 7 qualitative articles, and on the 14 quantitative articles a descriptive summary was made. Finally, a comparison was made between qualitative and quantitative results.

**Result:** Female circumcision causes problems in sexual intercourse. Circumcised women have more pain in connection with sex, menstruation and during childbirth. Circumcised women find it more difficult to feel sexual pleasure and satisfaction. Circumcised women are at greater risk of complications in childbirth, such as tearing and episiotomies. Caesarean section is more common among circumcised women. Marriage can also be adversely affected by female circumcision. Circumcised women experience more fear and anxiety before both sex and childbirth, and they can also have a negative body image.

**Conclusion:** Female circumcision affects the woman's sexual and reproductive health negatively both physically, mentally and socially.

**Key words:** Female circumcision, female genital mutilation, sexual health, reproductive health, systematic overview

## 4.1 Introduktion

Det uppskattas att mera än 200 miljoner flickor och kvinnor världen över just nu lever med konsekvenserna av kvinnlig omskärelse (WHO 2018a). I Finland lever ungefär 38 000 kvinnor och flickor med ursprung från länder där kvinnlig omskärelse utövas. Av dessa uppskattas 10 000 vara omskurna. Ytterligare 650–3080 kvinnor och flickor i Finland är i risk för att bli omskurna (Koukkula & Klemetti 2019, 11).

Eftersom det idag finns många kvinnor i Finland som är omskurna är det viktigt att vårdpersonal har kunskap om omskärelse, speciellt barnmorskorna eftersom det kan medföra fara för kvinnan och barnet under graviditet eller förlossning. Med kunskap och färdigheter kan vi rädda liv och minska lidande genom att vårdpersonalen som omskurna kvinnor kommer i kontakt med har större förståelse om ämnet.

Ingreppet inkluderar tillvägagångssätt som avsiktligt ändrar eller skadar de kvinnliga könsorganen utan medicinska orsaker. Ingreppet har inga hälsofördelar för kvinnan, utan kan orsaka svåra komplikationer för henne (WHO 2018a). Kvinnlig omskärelse är ett ämne som ofta är tabubelagt och väcker känslor. I Europa och Nordamerika har kvinnlig omskärelse länge varit ett okänt begrepp. Avlägsnande av klitoris har däremot använts som behandling för "medicinska diagnoser" såsom galenskap, onani, hysteri och epilepsi långt in på det förra århundradet. I Skandinavien användes dock inte denna behandlingsmetod (Berggren & Franck 2008, 9–13).

Vårt intresse för ämnet har växt fram gradvis under vår utbildning till barnmorskor, bland annat genom föreläsningar i skolan och genom boken *"En blomma i Afrikas öken"*. Boken är en självbiografi av Waris Dirie (1999) som även har filmatiserats. Waris blev omskuren när hon var ungefär fem år gammal. I boken följer man Waris flykt som trettonåring från Somalias öken, efter att hennes far hittat en 60-årig man, som hon skulle giftas bort med.

I denna studie vill vi lyfta fram hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa. I vårt kommande utvecklingsarbete planerar vi att publicera en artikel i någon lämplig tidskrift. Denna studie kan då spridas och hjälpa bland annat barnmorskorna i deras arbete med omskurna kvinnor. Studien är ett beställningsarbete från Maj-Helen Nyback och Anita Wikberg i projektet "Kulturell kompetens" på Yrkeshögskolan Novia.

## 4.2 Bakgrund

I den teoretiska bakgrunden beskrivs olika typer av kvinnlig omskärelse, olika bakomliggande orsaker, samt hur utbredd fenomenet är. Även Finlands lagstiftning och begrepp som används i

denna studie presenteras. Därtill förklaras det kort hur ingreppet utförs och vilka följder det kan få för kvinnan enligt tidigare studier.

#### **4.2.1 Hälsa**

WHO definierar hälsa som ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välmående, och inte endast som frånvaro av sjukdom och skröplighet. Enligt WHO hör hälsa till varje människas grundläggande rättigheter utan inverkan av ras, religion, politisk åsikt, ekonomi eller social status. (WHO 1948)

Med fysisk hälsa avses att organismen fungerar utan problem. Fysisk hälsa kan mätas objektivt men den psykiska inställningen påverkar den, till exempel kan någon känna sig sjuk redan vid en nysning medan en annan känner sig frisk tills den har feber. Exempel på sådant som försämrar den fysiska hälsan är feber, magsjuka och stukade vrister. (Fogelholm et al. 2014)

WHO definierar psykisk hälsa som ett tillstånd där individen känner till sina egna förmågor, klarar av normala utmaningar i livet, kan arbeta produktivt och bidra positivt till samhället. Psykisk hälsa är centralt i livet med tanke på att det är grundläggande i hur människor klarar av att tänka, interagera med varandra, försörja sig och njuta av livet. (WHO 2018b)

Social hälsa innebär förmågan att skapa vänskapsrelationer och tillgång till socialt stöd. Ensamhet och få vänner kan leda till sprickor i den sociala hälsan. Socioemotionella färdigheter, såsom förtroende, bidrar till en god social hälsa. (Kannas, Weckman, Eskola, Räsänen & Mustajoki 2007, 20)

#### **Sexuell och reproduktiv hälsa**

Enligt WHO är sexuell hälsa ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välmående i samband med sexualitet. Det är inte bara avsaknaden av sjukdom, dysfunktion eller svaghet, utan det kräver en positiv och respektfull inställning gentemot sexualitet och sexuella relationer. Sexuell hälsa kräver möjligheten till njutningsbara och trygga sexuella upplevelser, som är fria från tvång, diskriminering och våld. För att sexuell hälsa skall uppfyllas bör människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och fullföljas. (WHO 2010)

Sexuella rättigheter enligt WHO (2010):

- Rätt till jämlikhet och frånvaro av diskriminering
- Rätt till frånvaro av tortyr eller grymma, omänskliga eller nedvärderande handlingar eller bestraffningar
- Rätt till integritet



- Rätt till högsta möjliga hälsotillstånd (även sexuell hälsa) och social trygghet
- Rätt att gifta sig och bilda familj, att ingå äktenskap fritt och med fullständigt samtycke till de avsedda makarna samt jämlikhet i och vid skilsmässa
- Rätten till att bestämma antalet barn och mellanrummet mellan dem
- Rätt till information samt utbildning
- Rätt till yttrandefrihet
- Rätt till effektiv hjälp vid kränkningar av de grundläggande rättigheterna

Enligt WHO innebär en god reproduktiv hälsa ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexliv, förmåga att fortplanta sig, frihet att besluta om sitt barnafödande och möjlighet att få friska barn. För en god reproduktiv hälsa behövs kunskap om och tillgång till födelsekontroll och smittskydd, därtill även säkra förhållanden vid graviditet och förlossning. (Lindgren, Christensson & Dykes 2016)

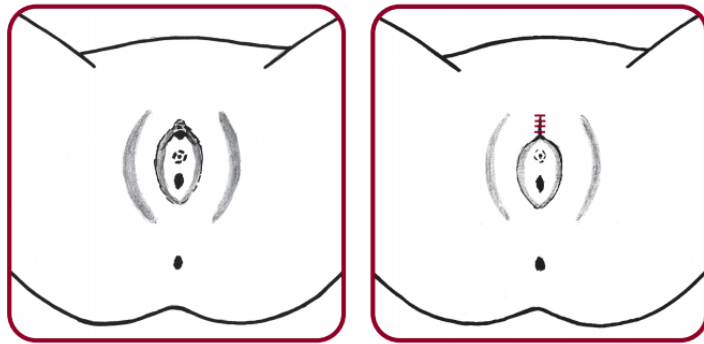
#### 4.2.2 Kvinnlig omskärelse

Kvinnlig omskärelse (kallas också kvinnlig könsstympning) omfattar alla åtgärder som innefattar delvis eller totalt avlägsnande av kvinnans yttre könsorgan eller annan skada mot kvinnans könsorgan utan medicinsk orsak. Genom migration har kvinnlig omskärelse spridits från sina traditionella områden, såsom Afrika och delar av Asien, till västvärlden (Gele, Johansen & Sundby 2012). Kvinnlig omskärelse utförs vanligen av kvinnor som är respekterade äldre, barnmorskor eller läkare (Khaja, Lay & Boys 2010).

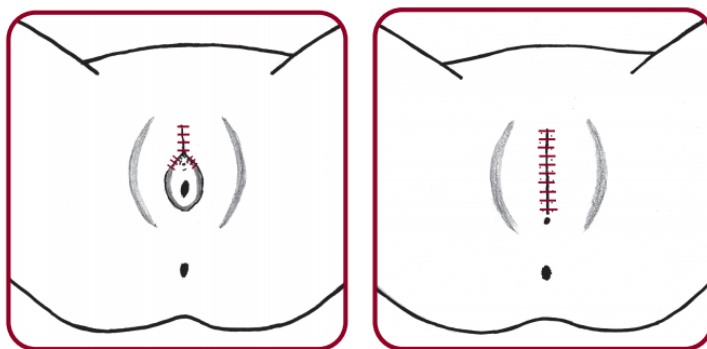
#### Olika typer av kvinnlig omskärelse

Kvinnlig omskärelse delas enligt WHO (2018a) och Khaja et al. (2010) in i fyra olika typer:

- **Typ 1:** Kallas ofta för klitoridektomi eller sunni. Denna typ omfattar delvis eller total borttagning av klitoris (en liten, starkt sexuell retbar del av det kvinnliga könsorganet, belägen strax över urinrörsmynningen), och i ovanliga fall endast borttagandet av klitorishuvan (den hudflik som omger klitoris).
- **Typ 2:** Kallas ofta för excision. Denna typ omfattar partiell eller total borttagning av klitoris och de inre blygdläpparna, med eller utan borttagande av de yttre blygdläpparna.
- **Typ 3:** Kallas för infibulation eller faraonisk omskärelse. Denna typ innebär förminskning av slidöppningen genom att skära och omplacera de inre eller yttre blygdläpparna, ibland genom att sy ihop dem. Detta sker med eller utan borttagning av klitoris.
- **Typ 4:** Denna typ omfattar alla andra skadliga åtgärder mot det kvinnliga könsorganet som inte har något medicinskt syfte, t.ex. prickning (att sticka hål på huden med ett skarpt föremål), piercing, att skära, skrapning och att bränna det genitala området.



**Figur 1.** Normalt underliv t.v. och underliv med omskärelse av typ 1 t.h. (Ihmisoikeusliitto ry. 2004, 8)

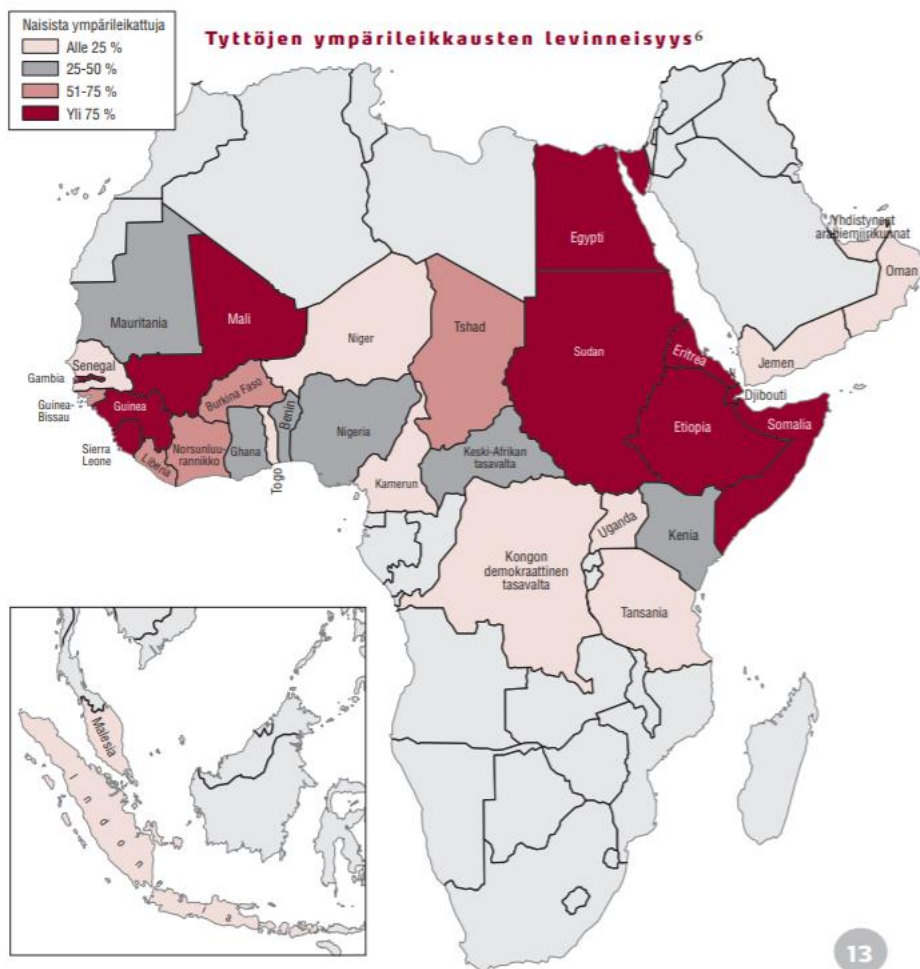


**Figur 2.** Underliv med omskärelse av typ 2 t.v. och omskärelse av typ 3 t.h. (Ihmisoikeusliitto ry. 2004, 9)

### Utbredning

Kvinnlig omskärelse förekommer bland både muslimer, kristna och folk som hör till lokala trossamfund. Kvinnlig omskärelse finns bland både rika och fattiga samt i städer och på landsbygden. (Berggren & Franck 2008, 14–15)

I Afrika är förekomsten av kvinnlig omskärelse koncentrerad till vissa regioner. Förekomsten är störst i de nordöstliga och östliga delarna och delar av västra Afrika. I de centrala och sydliga delarna av Afrika är kvinnlig omskärelse i stort sett ett okänt fenomen. Kvinnlig omskärelse förekommer också i delar av Mellanöstern och Asien, samt bland migranter från dessa områden. Se figur 1. (WHO 2018a)



**Figur 3.** Utbredning av kvinnlig omskärelse (Ihmisoikeusliitto ry. 2004, 13)

### Orsaker till kvinnlig omskärelse

Kvinnlig omskärelse kan kopplas till olika uppfattningar om religion, sexualitet, äktenskap och social acceptans. Dessa synpunkter är likadana i stora drag hos dem som förespråkar kvinnlig omskärelse, men detaljerna kan variera (Alhassan 2016). Beroende på land, område och kulturell bakgrund varierar orsakerna till ingreppet. Ingreppet kan utföras på nyfödda barn eller på barn i lekåldern. Ingreppet kan också utföras just före giftermål, under graviditet eller efter förlossning. Vanligast är att ingreppet utförs på flickor i åldern fyra till tio år (Tiilikainen, Blomster & Vanhakartano 2007, 11).

### Religion

Kvinnlig omskärelse har större utbredning i de områden där den muslimska tron är stark, men det finns ingen direkt koppling mellan kvinnlig omskärelse och religion, utan omskärelse förekommer även bland kristna och personer som hör till andra trossamfund. (Koukkula, Keskimäki, Koponen, Mölsä & Klemetti 2016; Alhassan 2016)

I Alhassans studie *"Belief systems enforcing female genital mutilation in Europe"* framkommer det att personer från samma trossamfund kan ha väldigt olika åsikter om kvinnlig omskärelse. De flesta som förespråkade kvinnlig omskärelse hörde till islam, men även bland de som tillhörde kristendomen eller lokala trossamfund fanns det de som förespråkade kvinnlig omskärelse. I studien framkom att de flesta muslimska deltagarna ansåg att kvinnlig omskärelse är en godkänd handling av profeten Mohammed, samt en god gärning för muslimer. Det var allmänt uttryckt i fokusgrupperna att kvinnlig omskärelse krävs för att en kvinna ska "rena sig" för att kunna delta i muslimska böner och fastan (ramadan). De kristna och judiska deltagarna uppfattade kvinnlig omskärelse som en religiös rit som försäkrade kvinnans sexuella renhet, även om de ofta inte kunde påvisa någon religiös text som beskrev det. Bland deltagare som tillhörde lokala afrikanska trossamfund ansågs kvinnlig omskärelse vara något som förfädernas andar krävde. De trodde att en person kunde straffas av förfädernas andar, om de inte utförde kvinnlig omskärelse på sina döttrar. (Alhassan 2016)

Kvinnlig omskärelse anses vara stärkande för tron och föra kvinnan närmare Gud, och omskurna kvinnor anses vara mer religiösa. De muslimska deltagarna ansåg i allmänhet att inte alla typer av kvinnlig omskärelse är muslimska, utan typ 3 (infibulation) anses vara haram (förbjuden). Nästan tjugo procent av de muslimska deltagarna motsatte sig kvinnlig omskärelse på religiösa grunder. (Alhassan 2016)

#### Sexualitet

Enligt Alhassans studie anser många av deltagarna att kvinnlig omskärelse minskar kvinnans sexlust. Föräldrarna ansåg att kvinnlig omskärelse är nödvändig för att hjälpa kvinnorna att behålla sin oskuld, samt motstå sex utanför äktenskap, som anses vara både skamligt och syndigt (Alhassan 2016). En annan vanlig uppfattning är att kvinnlig omskärelse, då det hjälper kvinnan att behålla sin oskuld, skulle öka chansen till ett bra äktenskap och att kvinnan är sin make trogen (Alhassan 2016; WHO 2018c). I en del samhällen där kvinnlig omskärelse utförs tror både män och kvinnor, att om en kvinna inte är omskuren så kan hon inte bli gravid och att det kan uppstå komplikationer under förlossningen (WHO 2018c).

Genom att ta bort delar som anses vara maskulina (bl.a. klitoris) anses kvinnan bli mera feminin, vacker och respektabel. Omskurna kvinnor anses även vara mera normala och hygieniska. (WHO 2018c; Ihmisoikeusliitto ry. 2004)

#### Social acceptans

I exempelvis Somalia och norra Sudan där infibulation är norm, anses kvinnans stängda vulva som ett tecken på att hon kommer från en respektabel familj, det visar också att kvinnan har fått en

god uppfostran. På en del områden i Öst- och Västafrika, sker omskärelserna ofta i samband med viktiga initieringscermonier till vuxenvärlden. Flera jämnåriga flickor blir omskurna samtidigt, och ingreppet ingår i större rituella och sociala sammanhang. Genom dessa riter lär sig flickorna vad som förväntas av dem som vuxna kvinnor, äkta makor och som mammor (Berggren & Franck 2008). Omskurna flickor är även värdefulla för familjen, eftersom de kan få en större brudgåva för henne vid giftermål (Ihmisoikeusliitto ry. 2004).

Där kvinnlig omskärelse praktiseras betraktas det som en social regel. Kvinnor som blir omskurna accepteras bättre i sina samhällen, medan de som inte låter sig omskäras kan bli utsatta för trakasserier, utstötning och fördömande. Kvinnlig omskärelse ses ofta som en del av områdets historia och samhällets kulturella tradition. Befolkningen i dessa områden stöder och utför kvinnlig omskärelse, eftersom de ser det som ett tecken på respekt gentemot de äldre i samhället. (WHO 2018c)

### **Hur ingreppet utförs**

På landsbygden och i byar är det vanligtvis äldre kvinnor eller traditionella barnmorskor som utför ingreppet. Vid ingreppet används speciella knivar, rakblad, glasbitar eller saxar. Oftast används varken bedövning eller sterila verktyg. (Tiilikainen, Blomster & Vanhakartano 2007, 15; Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Äimälä, Rusanen & Laajasalo 2015, 512–513)

Under ingreppet hålls flickan fast av de personer som närvarar. Ingreppet tar ungefär femton minuter. För att stoppa blödningen kan det ibland användas örtblandningar, gröt eller aska på såret. Efter att infibulation har utförts används taggar från akacia-trädet eller kraftig tråd för att hålla ihop de yttre blygdläpparna. Efter ingreppet binds flickans nedre extremiteter ihop, så att såret läks bättre och inte rivs upp. För att minska urinbildning får flickan endast lite vätska efter ingreppet. Rika familjer i städerna kan föra sina döttrar till sjukhus, där utförs ingreppet av utbildad personal. (Paananen et al. 2015, 512–513)

### **Risker och komplikationer**

Det finns många både kortsiktiga och långsiktiga komplikationer med kvinnlig omskärelse. På kort sikt förekommer bland annat svår vävnadssmärta, blödningar, hemorragisk chock, infektioner, svullnad av genitalvävnaden och akut urinretention. Till långsiktiga komplikationer hör bl.a. kronisk smärta i vulva, klitoralt neurom, infektioner i reproduktionsorganen, problem med menstruationen t.ex. smärtsam menstruation eller svårigheter för mensblodet att komma ut, infektioner i urinvägarna, svår och smärtsam urinering samt cystor och keloider (växande/överdriven ärrvävnad) i genitalområdet. (WHO 2018c)

### Kortsiktiga komplikationer

Kvinnlig omskärelse utförs vanligen utan smärtlindring eller bedövning vilket gör att ingreppet orsakar svår smärta. Klitoris och området runtomkring är också mycket känsliga, eftersom området har mycket nerver. När man skär i klitoris skär man också i klitorisartären vilket kan leda till svåra blödningar. Även när man skär i blygdläpparna skadas många blodkärl. Blödningar sker vanligen genast under eller efter ingreppet, men kan också börja efter den första veckan. Kvinnan kan också gå i hemorragisk chock, om hon förlorar mycket blod, vilket i värsta fall kan leda till döden. (WHO 2018c; Terry 2013)

Om omskärelsen sker på ett ohygieniskt sätt och med smutsiga verktyg och om det saknas ordentligt sårskötsel efter ingreppet kan det leda till infektioner. Infektionen leder till feber, smutsigt och inflammerat sår. När den genitala vävnaden skadas kan det orsaka en lokal inflammationsreaktion, vilket leder till svullnader i vävnaden. Svullnader kan också bero på en infektion. Som ett resultat av skadan, smärta eller rädsla att urinera kan urinretention uppstå. Urinretention kan också uppstå om urinröret täpps till under infibulation. Vanligen uppstår urinretention på grund av svullnader i den genitala vävnaden eller inflammation runt såret. (WHO 2018c; Terry 2013)

### Långsiktiga komplikationer

När genitalvävnaden skadas leder det ofta till en oelastisk ärrvävnad, och för vissa kvinnor keloider, cystor eller neurom. Detta gör att kvinnan upplever smärta i vulvaområdet som kan bli kronisk. Klitorala neurom är en godartad tumör som uppstår när den dorsala klitorisnerven skadas. Klitorala neurom kan orsaka smärta även vid lätt beröring. Keloider är upphöjda ärr som växer överdrivet och kan också bli större än det ursprungliga området som skadats. Keloider kan växa långsamt i flera månader eller år och kan vara smärtsamma eller klia. Keloider är svåra att behandla, då de kan komma tillbaka också efter att de opererats bort. (WHO 2018c)

Kvinnor som genomgått kvinnlig omskärelse har en ökad risk att få infektioner i de reproduktiva organen. Dessa infektioner kan var återkommande och kan också leda till inflammation av livmoder, äggledare och äggstockar eller någon av dem (Pelvic inflammatory disease, PID). Omskurna kvinnor löper också större risk att få urinvägsinfektioner, eftersom urinröret kan bli tilltäppt eller för att blygdläpparna täpper igen urinens normala väg. Till menstruationssvårigheter hör smärtsamma menstruationer, svårighet för mensblodet att komma ut eller att mensblod börjar lagras i vaginan och livmodern. (WHO 2018c; Reisel & Creighton 2015; Terry 2013)

Kvinnlig omskärelse kan leda till komplikationer i den sexuella hälsan. Omskurna kvinnor upplever ofta smärta i samband med sex och kan ha svårt att känna sexuell njutning. Även depression och

ångest kan vara komplikationer av kvinnlig omskärelse, vilket också i sig kan leda till svårigheter med sexuell njutning (De Schrijver 2016). Omskurna kvinnor upplever mindre sexuell lust och tillfredsställelse, samt vaginal torrhet under sex, svårt att nå orgasm och svårt med penetration av vaginan. Omskurna kvinnor tar mindre initiativ till sex, jämfört med icke omskurna kvinnor (Refaei 2016).

En del källor menar även att kvinnlig omskärelse kan leda till infertilitet, men detta har i dagsläget inte studerats tillräckligt. Detta kan bero på bäckeninfektion (Reisel & Creighton 2015). Enligt Terrys (2013) studie kan kvinnlig omskärelse också leda till infertilitet.

Vid graviditet och förlossning löper omskurna kvinnor större risk att utsättas för kejsarsnitt, blödningar efter förlossning, episiotomi, förlängd eller svår förlossning, bristning, instrumentell förlossning samt förlängd vistelse på sjukhus. Barnen löper större risk att behöva återupplivning efter födseln, att födas döda eller att dö i tidig spädbarnsålder (WHO 2018c; Gayle 2016). Under förlossningen kan omskurna kvinnor känna svåra smärtor (Refaei 2016). Även mamman kan löpa risk att dö under förlossningen om hon är omskuren. Även fistlar kan uppstå under förlossningen (Terry 2013).

Omskurna kvinnor kan också uppleva komplikationer i den psykiska hälsan. Kvinnorna har större risk för posttraumatiskt stressyndrom, rädsla inför sexuell umgänge och ångest. Omskurna kvinnor kan också uppleva traumatiska minnen från själva omskärelsen. En del omskurna kvinnor kan också utveckla depressioner till följd av omskärelsen (Refaei 2016). Omskurna kvinnor kan också uppleva en känsla av ofullständighet och underlägsenhet (Jungari 2016).

### **Deinfibulation och reinfibulation**

Typ 3 omskurna kvinnor behöver öppnas antingen under graviditeten eller vid förlossningen för att barnet skall kunna födas vaginalt, detta kallas deinfibulation (eller defibulation). Deinfibulation kan även göras ifall kvinnan så önskar för att förbättra hälsan och välbefinnande, samt för att samlag skall kunna genomföras. Vid en deinfibulation skär man upp ärrer som finns efter omskärelse, så att slidan och urinmynningen blir synliga. Vårdaren bör vara försiktig så att inte organ under ärrer förstörs. Kanterna som uppstår sys, så att de inte tar ihop med varandra på nytt. (WHO 2018c; Albert, Bailey & Duaso 2015)

Det finns fördelar för omskurna kvinnor med omskärelse av typ 3 som genomgår deinfibulation innan förlossningen, jämfört med kvinnor som har samma sorts omskärelse, men som deinfibuleras under förlossningen eller som inte alls deinfibuleras. Exempel på dessa fördelar är mindre risk för episiotomi och kortare vårdtid. Om deinfibulationen sker under förlossningen, bör ärrer klippas upp under en sammandragning. (Rouzi 2012; Albert et al. 2015)

Reinfibulation innebär att kvinnans blygdläppar sys ihop igen efter förlossningen, om hon blivit deinfibulerad inför förlossningen, vilket gör att den vaginala öppningen blir smalare (WHO 2018c).  
Reinfibulation är förbjudet enligt finsk lag. (Ihmisoikeusliitto ry. 2004, 40)

### **Omskärelse i Finland**

Under 1990-talet uppmärksammades kvinnlig omskärelse för första gången i Finland eftersom invandrarantalet då snabbt ökade. Via asylsökanden från Somalia fick man de första uppgifterna om traditionen. Finland har tagit emot flyktingar också från andra länder där kvinnlig omskärelse utförs åtminstone i viss mån t.ex. Etiopien, Sudan, Kenya, Ghana och Egypten (Tiilikainen, Blomster & Vanhakartano 2007, 17). I Finland förekommer kvinnlig omskärelse främst bland somaliska och kurdiska migranter. Bland somalier och kurder i Finland fanns starka samband mellan kvinnlig omskärelse och hög ålder samt dålig eller ingen utbildning (Koukkula et al. 2016).

### **Lagstiftning i Finland**

I Finland finns ingen särskild lag som förbjuder kvinnlig omskärelse, alla former av kvinnlig omskärelse är dock en straffbar handling enligt finländsk lagstiftning. Detta gäller även reinfibulation. Det har flera gånger kommit in lagmotioner om ett förbud mot kvinnlig omskärelse. Ingreppet skulle i Finland förmodligen klassificeras som grov misshandel. Den som medverkar i eller utför kvinnlig omskärelse riskerar upp till tio års fängelse. Detta gäller också om barnet förs utomlands för att bli omskuren. En läkare som utför ingreppet kan förlora rätten till att utöva sitt yrke. En hälsovårdare får frånga sin tystnadsplikt och är skyldig att kontakta barnskyddet om en flicka berättar att hon är rädd för att bli omskuren. Hälsovårdaren bör dock först kontakta föräldrarna. (Tiilikainen, Blomster & Vanhakartano 2007, 20–21)

#### **Grov misshandel (strafflagen)**

Om någon vid misshandel tillfogas grov kroppsskada eller en allvarlig sjukdom eller försätts i livshotande läge, om brottet begås på ett synnerligen rått eller grymt sätt, eller om det används skjut- eller eggvapen eller något annat jämförbart livsfarligt hjälpmedel och om brottet även bedömt som en helhet är grovt, skall gärningsmannen för grov misshandel dömas till fängelse i minst ett och högst tio år. Försök till grov misshandel är straffbart. (Strafflagen 1889/39, kap. 21, §6)

## **4.3 Teoretisk utgångspunkt**

I detta arbete kommer Katie Erikssons teori om hälsa och lidande att användas som teoretisk utgångspunkt. Respondenterna har valt Erikssons teori, eftersom kvinnlig omskärelse anses påverka kvinnans hälsa och skapa lidande. Kvinnlig omskärelse kan skapa lidande på flera olika sätt. Lidande och hälsa är varandras förutsättningar (Lindström, Lindholm-Nyström & Zetterlund



2018). Teorin kommer att användas i arbetets resultatdiskussion genom att resultatet speglas mot teorin.

#### **4.3.1 Erikssons syn på hälsa**

Eriksson beskriver hälsa som det "ideala" som bör vara målet för all vårdvetenskap men som aldrig kan bli identisk med verkligheten, men kan fungera som en vägledning. Hälsan måste ses som en del av det mänskliga livet, där livet bör ha en mening för att hälsan skall ha någon betydelse. (Eriksson 1996)

Eriksson beskriver hälsa som något naturligt och en rörelse mellan motsatser, det innebär att människan bör känna att hon är med och formar sin hälsa. Enligt Eriksson är hälsa sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande. Detta innebär att det är människans egen uppfattning om sin hälsa som avgör hur god hälsa individen har, en människa kan uppleva sig ha god hälsa trots sjukdom, medan någon annan upplever att de har dålig hälsa trots frånvaro av sjukdom eller dysfunktion. (Eriksson 1996)

#### **4.3.2 Erikssons syn på lidande**

Enligt Eriksson är lidande något allt igenom ont, som i sig självt inte har någon mening. Men genom att genomgå ett lidande kan varje människa ge lidandet en mening. Lidandet är en kamp mellan det onda och det goda, mellan lidande och lust. Livets och lidandets mening verkar höra samman. Då livet har en mening kan lidandet också få en mening. Alla människor kan inte lida. Det är livsviktigt för människan att kunna lida, då lidandet hör till ett av livets djupaste villkor. Genom att ta bort lidande, skulle man beröva livet dess gestalt och form. Att inte kunna lida, kan vara ett av de största och grymmaste lidandena. (Eriksson 2015, 9–13)

Lidandet har enligt Eriksson tre akter (lidandets drama); bekräftandet av lidandet, själva lidandet och försoningen. Att bekräfta lidandet innebär att man visar att man ser, detta kan ske med t.ex. en beröring eller ett ord. Själva lidandet innebär att man ger lidandet tid och rum. Varje människa som lider behöver få tid och rum för lidandet. Försoningen innebär att man skapar en ny helhet. I den nya helheten finns fortfarande lidandet, men det har fått en mening. Försoningen är den tredje akten av lidandets drama. Försoningen är så att säga ett lyckligt slut. (Eriksson 2015, 50–51)

Inom vården förekommer tre olika former av lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Med sjukdomslidande menas det lidande som upplevs i samband med sjukdom och behandling. En vanlig orsak till lidande i relation till sjukdom är smärta. Detta lidande kan ytterligare delas in i kroppslig smärta och i själsligt och andligt lidande. Kroppslig smärta är orsakad av sjukdomen och behandlingen. Det själsliga och andliga lidandet orsakas av den upplevelse av skam eller skuld som människan kan uppleva i samband med sin sjukdom eller behandling.

Vårdlidande är det lidande som kan upplevas i samband med själva vårdsituationen. Vårdlidandet kan sammanfattas i fyra kategorier; kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Kränkning av patientens värdighet är den vanligaste typen av vårdlidande. Livslidande omfattar det lidande som hänger samman med allt vad det innebär att leva, att vara människa bland andra människor. (Eriksson 2015)

#### **4.4 Syfte och frågeställning**

Syftet med denna studie är att lyfta fram hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa. Den övergripande målsättningen är att hjälpa vårdare, främst barnmorskor och hälsovårdare, att förstå en del av problematiken kring kvinnlig omskärelse. Detta för att de med fakta i bakgrunden skall kunna ge en god, evidensbaserad vård och bemöta omskurna kvinnor med stor förståelse. Frågeställningen är:

1. Hur påverkar kvinnlig omskärelse, kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa?

#### **4.5 Metod**

För att få svar på frågeställningen görs i detta arbete en systematisk litteraturstudie med induktiv ansats. Med induktiv ansats, menas att forskaren börjar i empirin, och ska så förutsättningslöst som möjligt studera det särskilda fenomenet och sedan beskriva fenomenet så korrekt som möjligt (Priebe & Landström 2017, 30–31). Respondenternas förförståelse för ämnet får inte ha någon inverkan på resultatet, eftersom innehållsanalysen skall utföras objektivt (Danielson 2017). Förförståelsen består bland annat av en självbiografi (En blomma i Afrikas Öken) och nyhetsartiklar inom ämnet, en föreläsning i skolan, samt från den vetenskapliga bakgrunden i denna studie. Vid en induktiv studie kan man från resultatet utveckla en teori eller spegla resultatet mot en teori i arbetets diskussionsdel. Kvalitativa studier avser att beskriva människors upplevelser av ett specifikt fenomen, eftersom forskarna intresserar sig för människors upplevelser och erfarenheter finns det inget som är absolut rätt eller fel (Henricson & Billhult 2017, 111).

Vetenskapliga artiklar, både kvalitativa och kvantitativa, som berör kvinnlig omskärelse och hur det påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa kommer att användas. De kvalitativa artiklarna analyseras med kvalitativ innehållsanalys. Av de kvantitativa artiklarna görs en beskrivande summering. Efter analysen av kvalitativa studier och summeringen av de kvantitativa studierna görs en jämförelse mellan resultaten från de kvalitativa och kvantitativa studierna.

#### **4.5.1 Systematisk litteraturstudie**

Vid en systematisk litteraturstudie vill man få en bild av det nuvarande forskningsläget och få underlag för att genomföra evidensbaserad vård. Systematiska litteraturstudier ska uppfylla högre krav på tillförlitlighet än översikter som baseras på författarens kunskap, därför ska det tydligt framkomma vad som inkluderas och vad som exkluderas, läsaren ska lätt kunna kontrollera textens tillförlitlighet. Genom att följa bestämda principer kan risken för att slumpen eller författarens inverkan påverka resultatet minimeras. (Rosén 2017, 375–377)

I detta arbete väljs artiklarna utgående från inklusions- och exklusionskriterierna genom två steg, en grov sällning utgående från titlar och abstrakt och ett mera ingående urval utgående från fulltextartiklar. För att läsarna ska kunna följa urvalsprocessen görs en karta, över i vilka skeden artiklar väljs bort, utgående från Prisma flödesdiagram (bilaga 1). De artiklar som inkluderas i studien kommer att sammanställas i två tabeller, en tabell över kvalitativa artiklar (bilaga 2), och en tabell över kvantitativa artiklar (bilaga 3). Med hjälp av tabellerna kan läsarna lätt bedöma studiens tillförlitlighet, genom att kontrollera varifrån resultatdelar är tagna. Resultatet sammanställs och presenteras i löpande text, samt i korthet i tabellerna över inkluderade artiklar (bilaga 2 & 3). (Rosén 2017, 375–387)

#### **4.5.2 Val av material**

Material som kommer att inkluderas i denna studie är kvalitetsgranskade (eng. peer-reviewed) originalartiklar som är publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Med "peer-reviewed" menas att två eller flera oberoende personer har granskat artikelns kvalitet innan den publicerats. Respondenterna gör även en egen enklare kvalitetsgranskning utgående från Forsberg och Wengströms modell för kvalitetsgranskning (2013). I kvalitetsgranskningen kontrolleras om studien har ett syfte och frågeställning, urval av informanter, vilken datainsamlingsmetod som gjorts och om den beskrivits bra, vilken analysmetod som använts och beskrivning av tillvägagångssätt samt om forskarna diskuterat brister och risk för bias. Studierna bör vara gjorda år 2008 eller senare, material som är äldre exkluderas. Artiklarna som söktes skulle vara skrivna på norska, danska, svenska, finska eller engelska, men endast artiklar på engelska hittades. Artiklarna söks på databaserna Cinahl (EBSCO) och PubMed. För att artiklarna skulle inkluderas måste även abstrakten vara tillgängliga via databaserna. De delar av artiklarna som analyseras är resultat- och diskussionsdelarna. (Se tabell 1)

För att välja ut sökord till databaserna gjordes en ämnesordssökning via Cinahl "Headings" och MeSH-termer (PubMed). Både Cinahl och PubMed använde "female circumcision", "sexual health" och "reproductive health" som ämnesord för aktuella artiklar, därför användes dessa som sökord

och kombinerades med "AND" för att få fram relevanta artiklar. Datainsamlingen gjordes mellan november 2018 och februari 2019.

**Tabell 1.** Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier:	Exklusionskriterier:
Syfte: Behandlar forskningsfrågan.	Syfte: Irrelevanta studier. Ex. Studier om hur deinfibulation görs.
Studiedesign: Alla studiedesigner förutom metaanalyser/metasyntes och litteraturstudier. Både kvantitativa och kvalitativa studier.	Studiedesign: Metaanalys/metasyntes och litteraturstudier.
Population: Kvinnors och mäns åsikter och attityder kring kvinnlig omskärelse.	Population: Vårdpersonalens åsikter/erfarenhet
Publikationsdatum: År 2008 - 2018.	Publikationsdatum: Innan 2008.
Språk: engelska, finska, svenska, danska, norska.	Språk: Alla andra språk.
Kvalitet: Peer-reviewed.	Kvalitet: Inte kvalitetsgranskade.
Åtkomst: Abstrakt tillgängligt online.	Åtkomst: Abstrakt inte tillgängligt.

Efter att sökningarna på ämnesorden gjorts, utfördes en grovsällning genom att läsa titlar på alla 451 artiklar som hittades, varav fem hittades genom exkluderade litteraturstudiers referenslistor. 265 artiklar togs bort utgående från titel. För att artiklarna skulle inkluderas till abstraktläsning måste titlarna innehålla orden "female circumcision", "female genital mutilation/cutting", "sexual health" eller "reproductive health" eller andra ord som tyder på ett innehåll av sexuell eller reproduktiv hälsa och kvinnlig omskärelse, eller andra titlar som antyder om innehåll av kvinnlig omskärelse ur ett hälsoperspektiv.

Efter abstraktläsning av 186 artiklar exkluderades ytterligare 113 artiklar, som inte gav svar på frågeställningen samt artiklar vars abstrakt inte kunde hittas online, eftersom detta sågs som ett tecken på opålitlighet. Följande steg var att läsa 73 artiklar i full-text, där kunde 52 artiklar exkluderas. Artiklar som uteslöts i detta steg var dubletter och litteraturstudier, samt artiklar som endast beskrev en del av studien. Artiklar som inte var relevanta för studien togs bort, det vill säga artiklar som inte gav svar på forskningsfrågan. Tre artiklar gick inte att få tag på i fulltext även om de blev beställda via bibliotekets fjärrlåneservice. Totalt 21 artiklar togs med, varav sju kvalitativa studier och 14 kvantitativa studier.

### 4.5.3 Kvalitativ innehållsanalys

På de kvalitativa studierna som inkluderades gjordes en kvalitativ innehållsanalys. En kvalitativ innehållsanalys bygger på systematiska grupperingar av text, dvs. mängden material minskas genom att man går från enskilda uttalanden till större helheter. Materialet kan bestå av text från t.ex. dagböcker, intervjuer, frågeformulär eller observationer. Man sammanför flera utsagor under olika grupper, vid en induktiv ansats grupperas de utgående från materialet. För att öka tillförlitligheten bör forskaren noggrant beskriva hur innehållsanalysen utförts. (Nyberg & Tidström 2012, 135–136; Danielson 2017, 286–299)

I detta arbete kommer innehållsanalysen att göras utgående från Elo och Kyngäs metod för kvalitativ innehållsanalys. Först läses artiklarna igenom flera gånger för att få en förståelse för innehållet. Den text som analyseras kallas för analysenhet. Därefter görs en öppen kodning genom att färgmarkera text med liknande betydelse som sedan sätts ihop till meningsenheter. Detta görs för att reducera textmassan till det mest väsentliga. Meningsenheterna får en kod/etikett som bildar ett samlingsnamn. Efter färgkodningen görs en kategorisering där meningsenheterna grupperas till kategorier. Kategorierna sätts sedan ihop till ett övergripande tema. (Elo & Kyngäs 2008)

Efter att ha läst artiklarna flera gånger, för att få en överblick av materialet, gjordes en gruppering av material med liknande betydelse genom färgmarkering med olika färger. Den text som färgmarkerats plockades in i ett Word-dokument för att ge en överblick av materialet. All text med liknande betydelse kunde grupperas till större helheter, så kallade kategorier. Utgående från citat ur kategorierna kunde ännu flera underkategorier identifieras.

### 4.5.4 Deskriptiv summering

Av de kvantitativa artiklarna som hittats gjordes en deskriptiv summering av artiklarnas resultat. Vanligtvis sammanställs resultatet av kvantitativa artiklar till en metaanalys, vilket innebär att sammanställa data från flera olika studier. Metaanalyser är en användbar metod när man vill få en översiktlig bild av ett större datamaterial. För att kunna använda sig av metaanalyser krävs bra metodkunskap och statistiska beräkningar, dessutom behöver artiklarna använda sig av samma mätmetod. Metaanalyser har en hög pålitlighet, därför kan allmänna rekommendationer baseras på resultatet. De kvantitativa artiklar som tas med i denna studie använder sig av olika mätmetoder därför kan inte en metaanalys göras, dessutom är denna metod för avancerad för ett examensarbete på kandidatnivå. Därför görs det i detta arbete endast en enklare summering av resultatet ur artiklarna. En tabell över kvantitativa artiklar (bilaga 3) görs och används som hjälpmedel för summeringen, tabellen ökar även läsarnas möjligheter till att granska studiens pålitlighet. (Forsberg & Wengström 2013; Rosén & Anttila 2017)

Sammanställningen av resultatet utgick från forskningsfrågan. Respondenterna tog fasta på alla resultat som svarar på forskningsfrågan, både likheter mellan artiklarna, men också på olikheter eller motsägande resultat. Summeringen byggs upp med samma kategorier som används i det kvalitativa resultatet för att resultaten lättare skall kunna jämföras sinsemellan.

#### **4.5.5 Etiska överväganden**

Med forskningsetik menas alla etiska överväganden som görs vid ett vetenskapligt arbete och de följer genom hela processen, från val av ämne till resultatredovisning. Med hjälp av etiska principer kan deltagarnas säkerhet, välbefinnande och rättigheter garanteras (Kjellström 2017, 58–61). Avvikelse från god vetenskaplig praxis är oetisk och oärlig verksamhet som skadar eller helt förstör forskningen. Avvikelse från god vetenskaplig praxis delas in i två kategorier; oredlighet i vetenskaplig verksamhet och försummelse av god forskningspraxis (Forskningsetiska delegationen 2012, 20–21).

Oredlighet innebär all verksamhet som avser vilseleda, t.ex. sprida falsk information eller resultat, eller att presentera någon annans forskning som sin egen. Oredlighet kan vara fabricering, förfalskning, plagiering och stöld. Försummelse innebär vårdslöshet i olika faser, t.ex. inkorrekt källhänvisning, att redovisa forskningsresultat på missvisande sätt eller att hantera forskningsmaterial oansvarsfullt. (Forskningsetiska delegationen 2012, 20–21)

I litteraturstudier finns andra etiska dilemman jämfört med t.ex. intervjustudier. En frågeställning kan vara om man får använda sig av publicerade artiklar utan författarens lov, vilket man får. Eftersom denna studie är en litteraturstudie finns inga informanter som behöver skyddas, utan etiska dilemman i denna studie kan vara plagiering, felaktiga vinklingar, feltolkningar, dåliga språkkunskaper, förfalskning och stöld. För att undvika plagiat bör det i texten framkomma noggranna källhänvisningar. Eftersom alla artiklar i denna studie är skrivna på engelska, dvs. inte på respondenternas modersmål, kommer respondenterna att vara noggranna med att översätta ord som inte förstås från början. Andra etiska dilemman kan vara att inte beskriva människogrupper på nedvärderande sätt. Förförståelsen för ämnet och förväntat resultat bör inte heller påverka resultatet. Redan i bakgrunden tas det upp hur kvinnlig omskärelse påverkar den sexuella och reproduktiva hälsan, denna förförståelse bör inte påverka resultatet. Arbetet kommer när det är färdigt att skickas till Urkund för att kontrolleras för plagiat. Under studiens gång har respondenterna försökt följa forskningsetiska delegationens riktlinjer.

## 4.6 Resultat från kvalitativ innehållsanalys

I den kvalitativa innehållsanalysen togs sju artiklar med. Studierna är utförda i Sverige, Schweiz, Kenya, Nigeria, och Spanien. Två av studierna var gjorda i Schweiz och två i Kenya. I studierna deltog allt från tre till 30 informanter. Sammanlagt deltog 77 kvinnor och 10 män. En av studierna genomfördes med fokusgruppsintervjuer med okänt antal deltagare.

Genom analysen av de kvalitativa artiklarna skapades tre kategorier, som i texten markeras som underrubriker med **fet stil**. Dessa är: **inverkan på den fysiska hälsan**, **inverkan på den psykiska hälsan** och **inverkan på graviditet och förlossning**. Under dessa kategorier identifierades ytterligare 13 underkategorier, som i texten kommer att markeras med *kursiv stil*. Detta resultat har sammanställts i en tabell för att bli mera överskådlig (tabell 2). I resultatredovisningen har respondenterna hänvisat till använda citat genom att skriva ut artikelns nummer enligt bilaga 2 med **fet stil**, så att läsarna lättare kan kontrollera tillförlitligheten. Sidnumren refererar till tidskriftens sidnummer när sådana finns angivet, i tidskrifter som publicerats endast elektroniskt hänvisas till sidans nummer i artikeln.

**Tabell 2.** Kvinnlig omskärelse och dess inverkan på kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa

Den kvinnliga omskärelsens inverkan på kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa	Inverkan på den fysiska hälsan	Inverkan på sexlivet
		Inverkan på menstruationen
		Fistlar, inkontinens och klitorala neurom
	Inverkan på den psykiska och sociala hälsan	Känslor kring sex
		Skam
		Kroppsuppfattning
		Inverkan på äktenskapet
	Inverkan på graviditet och förlossning	Rädsla och ångest
		Trång förlossningskanal
		Smärta vid graviditet och förlossning
		Deinfibulation
		Bristningar

### 4.6.1 Inverkan på den fysiska hälsan

I detta kapitel tas upp hur den kvinnliga omskärelsen inverkar på kvinnans sexuella hälsa i en fysisk kontext. Under denna kategori identifierades tre underkategorier: *inverkan på sexlivet*, *inverkan på menstruation* samt *fistlar, inkontinens och klitorala neurom*.

### **Inverkan på sexlivet**

Smärta, både under och efter samlag, är ett av de vanligaste problemen som kommer fram i artiklarna. Även själva penetreringen kan vara smärtsam. Oelastisk ärrvävnad kan vara en orsak till smärta. Smärta vid samlag kan också orsakas av klitorala neurom. Smärtan beskrivs ofta som extrem eller mycket svår. Smärtan kan påverka kvinnornas fysiska och också psykiska hälsa, samt orsaka problem i äktenskapet. Trots att hon ibland känner svåra smärtor vid samlag kan en del kvinnor inte neka mannen sex.

*"I had no idea that it would be hard and painful" (samlag) (3, s. 219)*

*"Which (sex) was experienced by them as a painful obligation rather than a pleasurable or voluntary act." (6, s. 562)*

*"These four women described the pain as severe stinging and burning, as well as painful electric discharges." (1, s. 3)*

Omskurna kvinnor kan ha svårare att bli upphetsade och känna lust. En del upplever att kroppen inte alls vill ha sex. Eftersom kvinnan inte så lätt blir upphetsad och våt kan det orsaka svårigheter vid penetrering. Kvinnor som blivit omskurna först efter att de ingått äktenskap, och därför har upplevt sex innan de blev omskurna, berättar att de innan omskärelsen kände mycket mera sexlust jämfört med som omskuren.

*"Women who are circumcised do not get aroused easily. The man will enjoy the sex, but the woman may not." (5, s. 84)*

*"The body does not feel excited for sex." (2, s. 4)*

*"But the infibulation that I have undergone, there's no desire, we don't look for nothing". (7, s. 7)*

*"Before I was cut, I used to have a lot of desire for sex.... I don't feel like having sex at all" (2, s. 4)*

Omskurna kvinnor kan uppleva att de har svårt att uppnå orgasm, känna sexuell njutning och tillfredsställelse. En del kvinnor når inte orgasm men kan ändå uppleva sexuell njutning, medan andra kan nå orgasm samt känna sexuell njutning. Sexuell njutning upplevdes ändå av en del kvinnor om de levde i ett förstående harmoniskt och kärleksfullt förhållande. Männerna kunde hitta andra sätt att stimulera kvinnan, samt få henne att njuta av den sexuella relationen och känna sexuell tillfredsställelse.



*"It's impossible to feel anything (sexual pleasure) when circumcised...they [männen] say we are like stones." (4, s. 7)*

*"Three of the women said that love, understanding and harmony made them enjoy sexual intercourse." (3, s. 221)*

*"Female circumcision causes frigidity and sexual dissatisfaction for both the husband and wife." (5, s. 84)*

*"cutting the clitoris makes a woman less sexually aroused, some other sensitive parts of the body have to be stimulated to get her aroused" (5, s. 85)*

### **Inverkan på menstruationen**

Smärta under menstruationen är en vanlig följd av kvinnlig omskärelse. Smärtan kan orsakas av att menstruationsblodet blockeras från att komma ut, då kvinnans blygdläppar sytts ihop till en smal gång. Omskurna kvinnor med detta problem upplever månatligen denna smärta.

*"The worst was the pain ... when you have your period" (7, s. 5)*

*"The most common problems cited by the women were dysmenorrhea, vaginal locking preventing blood flow during menstruation..." (7, s. 6)*

### **Fistlar, inkontinens och klitorala neurom**

En långsiktig följd av kvinnlig omskärelse är fistlar. Fistlarna kan orsakas av själva infibulationen, men kan också vara en följd av långdragna förlossningar där förlossningskanalen är för trång. När barnet fastnar i förlossningskanalen kan vävnaden gå i nekros och orsaka fistlar. Till följd av fistlarna kan kvinnan bli inkontinent, både med urin och avföring.

*"A woman who developed a vesico-vaginal fistulae when she was 18 years following a complicated, prolonged, two-day labor." (4, s. 7)*

*"This thing (FGM) and the way it was done, had contributed to me having this urine problem". (4, s. 5)*

*"It (FGM) left her with permanent damage that complicated her marriage and the delivery of her two children who were born dead." (4, s. 7)*

Klitorala neurom (Clitoral neuroma) kan vara ett möjligt problem som orsakats av kvinnlig omskärelse. Neuromet kan vara mycket smärtsamt och orsaka mycket lidande i vardagen, neuromet kan även vara asymtomatisk.

*"Traumatic clitoral neuromas were common findings associated with FGM/C scarring." (1, s. 3–5)*

*"One woman suffered from clitoral pain (when sitting, touching, washing and wearing tight clothes)." (1, s. 3)*

#### **4.6.2 Inverkan på den psykiska och sociala hälsan**

I denna kategori beskrivs det hur kvinnlig omskärelse inverkar på den psykiska och sociala hälsan. Underkategorier som hittades är: *känslor kring sex, skam, kroppsuppfattning* samt *inverkan på äktenskapet*.

##### **Känslor kring sex**

Omskurna kvinnor beskrev ofta att de känner stress, rädsla eller ångest gentemot sex, oftast på grund av smärtan de upplever. Många kvinnor kände rädsla redan innan de var gifta, eftersom de inte visste hur det skulle bli eller vilka förväntningar de kunde ha. En del kvinnor uttryckte också bitterhet och frustration i sexlivet, men beskrev ingen specifik orsak och utmaning kring upplevelser av sexualitet efter att ha blivit omskurna.

*"They described the moments preceding intercourse as "a source of stress, anxiety and pain" (7, s. 6)*

*"Extreme fear and anxiety before their marriage in relation to the idea of having sex." (6, s. 562)*

*"It reveals bitterness and frustration in her sex life." (2, s. 4)*

*"They encountered challenges in their experiences of sexuality after they got cut." (2, s. 4)*

##### **Skam**

En del omskurna kvinnor kände skam inför att prata om sex. I deras samhällen ansågs det vara tabu att prata om sex, speciellt om smärta vid sex. Kvinnorna hade sällan förväntningar på sex innan de gift sig, då sex anses vara fel att tala om. Även de kvinnor som drabbats av fistlar som följd av omskärelsen kände skam och kunde inte berätta för någon om det, eftersom det finns så lite kunskap om sådana sjukdomar, och kvinnorna kunde då få stämpeln att de är förbannade. Problematik med fistlar och inkontinens kan leda till svårigheter för kvinnan i samhället och även psykiska problem såsom depression och suicidtankar.

*"No one talks openly about pain related to sex. Shortly, it is shameful" (3, s. 219)*

*"I had no sexual expectations because I was told that sex was wrong and so I never imagined it." (5, s. 86)*

*"My husband would tell me that I would forever leak urine that it would never go away. It would make feel like I wanted to die..." (4, s. 5)*

*"The reason why I don't tell people I have this condition (fistula) is because most of them will think I am cursed, because not many knows about this illness" (4, s. 7)*

*"The value of women with fistula is far below that of other women particularly due to their incontinence." (4, s. 8)*

### **Kroppsuppfattning**

Kroppsuppfattningen efter en könsstympning kan vara förändrad. En del kvinnor berättade att de hade svårt att se på sitt eget underliv och att de kände en distans till sin egen kropp. De kunde känna sig besvikna över att det inte finns något att undersöka med sin egen kropp. Rekonstruktion av klitoris kan hjälpa kvinnorna att känna sig hela och mera feminina igen.

*"When we inquired about self-inspection, women said that they found it difficult to look at their own genitals. Women said that they felt "blocked" and some underline "a lack of initiative" during sexual intercourse. Some women mentioned a feeling of "distance" toward their bodies "as there is nothing to explore" (7, s. 7)*

*"Women who asked for a clitoral surgery to treat body image and gender identity issues experienced feeling more complete and feminine, as well as improved overall sexual function." (1, s. 3)*

### **Inverkan på äktenskapet**

Många omskurna kvinnor beskrev att de undvek intimitet, vilket hade ett negativt inflytande på deras relation. Eftersom kvinnan undvek sex, och inte tillfredsställde mannens behov, gick männen ofta till andra kvinnor. Många levde i förhållanden där kvinnan inte "får" ta initiativ till sex eller där kvinnan behandlades dåligt ifall hon hade problem med exempelvis inkontinens. En orsak till att kvinnan undvek sex var smärtan.

*"My husband left me when he saw that this problem [fistel] was not going away" (4, s. 7)*

*"He often believed that she (his wife) was just being too lazy." (5, s. 85)*

*"(pain and discomfort) led them to avoid sexual relationships and intimacy and had a negative impact on their marital relationships." (6, s. 562)*

*"The women said that they themselves did not initiate sexual relationships" (6, s. 563)*

*"Their [kvinnors] pain adversely affected their sexual lives, both physically and psychologically and negatively affected their relationships with partners." (1, s. 3)*

*"It seems more of a slave-master relationship, it seen as though the woman is the slave and the man is the master... her husband could cheat, she usually took solace [tröst] in her children if she had any. Men are licentious [utsvävande]." (5, s. 86)*

### 4.6.3 Inverkan på graviditet och förlossning

I detta kapitel behandlas det hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnan vid graviditet och förlossning, problem inom detta område hör till de vanligaste komplikationerna. Underkategorier som identifierades är: *rädsla och ångest, trång förlossningskanal, smärta vid graviditet och förlossning, deinfibulation och bristningar.*

#### Rädsla och ångest

Rädsla och ångest under både graviditet och förlossning är mycket vanligt bland omskurna kvinnor. Ofta handlade rädslan om att kvinnorna var rädda att dö under förlossningen eller vad som skulle kunna hända med barnet på grund av omskärelsen. En del var också rädda att de skulle bli tvungna att genomgå kejsarsnitt. Även rädsla för att bli inkontinent av urin eller avföring var vanligt. En rädsla för hur barnmorskorna skulle klara av att hantera deinfibulation under förlossning, förekom också.

*"All the women in this study felt fear and anxiety during pregnancy and childbirth. They had heard people talk about women who died together with their babies when giving birth because of bleeding and infections... Some mentioned that they were afraid of caesarean section." (3, s. 218)*

*"The midwife had to cut and open the stitches during my delivery. I was worried and feared how she was going to manage it". (3, s. 218)*

*"They were anxious about what might occur to them and their babies during delivery because of circumcision. For example, they were afraid of severe tearing of the vagina during childbirth and incontinence of urine and faeces that could make their husbands and communities reject them." (3, s. 218)*

#### Trång förlossningskanal

När kvinnor blir omskurna, enligt de grövre formerna såsom typ tre, sys underlivet igen så att endast ett litet hål lämnas öppet. Detta leder till att deras barn måste igenom en trång öppning vid

födelsen, ifall det inte blir kejsarsnitt eller deinfibulation. Smärta och ångest inför, under eller efter en förlossning är ofta orsakad av trånga förlossningskanaler. Förlossningen kan bli lång och utdragen, om kvinnan har en trång förlossningskanal. Den långa förlossningen kan skada barnet, ibland så att barnet blir dödfött. Långa och utdragna förlossningar kan också orsaka fistlar.

*"Her young body was wounded by the injuries of FGM/C forming a tough scar that was difficult to open during coitus and childbirth... Without access to Emergency Obstetric Care, her baby was stuck in the birthing canal, causing vaginal tissue necrosis" (4, s. 5)*

*"two reported long and painful labours" (6, s. 562)*

*"A woman who developed a vesico-vaginal fistula when she was 18 years following a complicated, prolonged, two-day labour." (4, s. 7)*

*"After a traumatic birth and labour which lasted 6 days, she was finally able to birth a dead, macerated [upplöst] baby." (4, s. 5)*

### **Smärta vid graviditet och förlossning**

Omskurna kvinnor upplever ofta extrema smärtor under förlossningen på grund av den trånga förlossningskanalen. Smärtan kan också orsakas av att vårdpersonal behöver göra en vaginal undersökning under graviditeten eller förlossningen.

*"During pregnancy they suffered from the pelvic examinations... They faced extreme pain due to the tightness of the small vaginal opening when the pelvic examinations were carried out." (3, s. 218—219)*

*"This is super rough for excised women... I mean the moment of the delivery. Because it is a part of your body, which was always natural, and that has been stitched, closed and so then it makes a double pain when you give birth." (7, s. 6)*

*"They also felt extreme pain during and after delivery." (3, s. 219)*

### **Deinfibulation**

En del omskurna kvinnor upplever att de under förlossningen, i sina hemländer, har blivit öppnade på fel sätt, vilket orsakat mera lidande för dem. Infektioner på grund av att de öppnats på fel sätt eller med smutsiga instrument var vanliga, plastikkirurgi förekom också.

*"They developed a postpartum infection because of incorrect cutting and the resulting wound infection." (3, s. 219)*

*"One woman who had postpartum complications from incorrect cutting had to undergo plastic surgery." (3, s. 219)*

*"It was wrongly cut, and later on the wound became infected." (3, s. 219)*

*"Postpartum complications..... Infected wounds resulting from incorrect cuts or unclean instruments and environment." (3, s. 222)*

### **Bristningar**

En del kvinnor drabbas under förlossningen av bristningar som kan orsaka svåra blödningar. Bristningarna kan orsakas av att infibulationsärret spricker, samt att förlossningskanalen är för trång.

*"Experienced severe tears, which caused hemorrhaging" (3, s. 219)*

*"The delivery of my second child was too quick and the child was pushed very hard. It was opened too wide, so I got a big wound that caused bleeding. As a result of the wide opening, I suffered a lot until the wound healed and left a scar after it." (3, s. 219)*

## **4.7 Deskriptiv summering av kvantitativa artiklar**

I summeringen av de kvantitativa artiklarna tas 14 artiklar med. De är utförda i elva afrikanska länder (Etiopien, Egypten, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Senegal, Sudan, Malawi, Rwanda, Uganda), två asiatiska länder (Saudiarabien, Iran), tre europeiska länder (Storbritannien, Frankrike, Sverige), och Australien och USA. En del studier samlade in information från flera länder. I studierna deltog sammanlagt 23 208 omskurna kvinnor och 18 334 icke-omskurna.

I fem av artiklarna användes Female Sexual Function Index (FSFI) (1, 4, 5, 7, 12), som är ett kort mätinstrument som används för att bedöma kvinnors sexuella funktion. FSFI mäter kvinnans sexuella funktion på följande områden; lust, upphetsning, lubrikation, orgasm, tillfredsställelse och smärta (Rosén, 2000). I övriga studier användes många olika mätinstrument.

I sammanfattningen har respondenterna hänvisat till artiklarna genom att skriva ut artikelns nummer enligt bilaga 3, så att läsarna lättare kan kontrollera tillförlitligheten.

#### **4.7.1 Inverkan på den fysiska hälsan**

Kvinnlig omskärelse påverkar alla områden (lust, upphetsning, lubrikation, orgasm, tillfredsställelse och smärta) av den sexuella hälsan negativt (4, 7, 12), och kvinnans sexuella livskvalitet påverkas negativt (2).

Enligt flera studier upplever en stor del omskurna kvinnor mera smärta i samband med sexuellt umgänge jämfört med icke-omskurna (3, 4, 7, 12, 14). En del studier som undersökte smärta i samband med sex, hittade ingen statistisk skillnad mellan omskurna och icke-omskurna kvinnor (1, 5), och omskurna kvinnor i två studier (3, 8) nämnde att de upplevde smärta, men inte när eller varför smärtan uppstod.

Sexuell lust och upphetsning påverkas enligt flera studier negativt av kvinnlig omskärelse (4, 7, 12). I några studier hittades ingen statistisk skillnad angående sexuell lust mellan omskurna och icke-omskurna kvinnor (1, 5), medan två artiklar nämner att kvinnlig omskärelse påverkar den sexuella lusten negativt (3, 14) och en studie menar att sexuell upphetsning påverkas negativt (5).

Lubrikation och orgasm påverkas enligt flera studier negativt av kvinnlig omskärelse (1, 4, 7, 12). Sexuell tillfredsställelse påverkas också negativt av kvinnlig omskärelse (1, 4, 7, 12, 14). En studie hittade ingen statistisk skillnad bland omskurna och icke-omskurna kvinnor inom alla dessa områden (5).

Endast en kvantitativ studie undersökte hur kvinnlig omskärelse påverkar kvinnans menstruation, enligt denna artikel påverkas menstruationen negativt hos en del omskurna kvinnor (8). En studie har undersökt sambandet mellan inkontinens och kvinnlig omskärelse, men ingen evidens om att kvinnlig omskärelse skulle orsaka inkontinens hittades (9).

#### **4.7.2 Inverkan på den psykiska och sociala hälsan**

Endast två av de kvantitativa studierna tog upp psykiska faktorer. I de artiklarna kommer det fram att en del omskurna kvinnor upplever att deras psykiska hälsa påverkats av omskärelsen. Problem som nämndes var rädsla för gynekologiska undersökningar (8), rädsla gentemot sex (8), hemska minnen (8) och att de som kvinnor inte tog initiativ till sex (4).

#### **4.7.3 Inverkan på graviditet och förlossning**

Rädsla inför förlossning och eventuella problem som kan uppstå under förlossningen på grund av omskärelse hittades i en artikel (6). Eftersom omskurna kvinnor med typ tre har trång förlossningskanal hade de svårigheter vid vaginala undersökningar (6, 14), samt katetrisering under förlossningen (6). Andra problem som framkom under förlossningen var förlängd första fas vid förlossningen (6), samt ett större behov av läkemedel, som ökar livmoderns kontraktioner (6).

Även andra stadiet av förlossningen var utdraget (6), och en stor del av kvinnorna behövde deinfibulation under förlossningen (6, 14). Posterolateral episiotomi krävdes också hos en del omskurna kvinnor (6, 11, 14). En artikel hade undersökt episiotomier noggrant, där kom det fram att episiotomityp varierade mycket mellan de olika typerna av omskärelse. Förekomsten av den mest avancerade episiotomien, anterior och posterior episiotomi, ökade vid de mera omfattande omskärelserna. Kvinnor som fick en episiotomi hade mycket mindre risk att få perineala bristningar och postpartumblödningar (11).

Spontana bristningar under förlossningen uppstod ofta hos omskurna kvinnor (3, 6, 13). I en studie hittades ingen ökad frekvens för kejsarsnitt hos omskurna kvinnor (3), medan det i en del studier framkom en liten skillnad (6, 10, 14). Det var lite vanligare bland omskurna kvinnor att det behövdes instrumentella hjälpmedel under förlossningen (6).

Bland omskurna kvinnor hittades också en hel del postpartum komplikationer (6). Till dessa komplikationer hör postpartum infektioner (6, 14), blödningar efter förlossningen (6, 14), samt psykiska störningar efter förlossningen (6). Bland omskurna kvinnor förekom också fler komplikationer med barnen (6). Det var vanligare bland omskurna kvinnor att barnet krävde återupplivning (6), att barnet hade svårt att andas efter födseln (6), och att barnet dog under eller efter förlossningen (6). Det var också lite vanligare bland omskurna kvinnor att barnet skadades under förlossningen (6).

#### **4.8 Jämförelse mellan kvalitativt och kvantitativt resultat**

I de kvalitativa studierna var det ganska enhetligt att de omskurna kvinnorna kände smärta i samband med sexuellt umgänge. Kvinnorna kunde också beskriva mera noggrant när smärtan uppstod och hur den kändes. I de kvantitativa studierna hittades att största delen av kvinnorna kände smärta i samband med sex, men där fanns ingen beskrivning av smärtans karaktär. Ett fåtal studier hittade ingen statistisk skillnad gällande smärta. Utifrån detta kan det konstateras att omskurna kvinnor överlag har mera smärtor vid sexuellt umgänge än icke-omskurna kvinnor.

När det gäller sexuell lust och upphetsning finns en del motsägande resultat. I kvalitativa resultatet framkommer att kvinnlig omskärelse påverkar lusten och upphetsningen negativt och att kvinnorna kan ha svårt att bli våta. Även gällande orgasm och sexuell njutning kan kvinnlig omskärelse påverka negativt. En del kvinnor kunde ändå känna njutning och männen kunde stimulera andra områden. I det kvantitativa resultatet hade största delen av studierna hittat ett samband mellan kvinnlig omskärelse och nedsatt sexuell lust, upphetsning, lubrikation och orgasm. Dock fanns det några studier som inte kunde påvisa någon skillnad. Det område som flest



studier hittat skillnader på var sexuell tillfredsställelse. Sammanfattningsvis kan det konstateras att alla aspekter på sexuell samliv påverkas negativt av kvinnlig omskärelse.

I både det kvalitativa och kvantitativa resultatet hittades det att kvinnlig omskärelse påverkar menstruationen negativt. I det kvantitativa resultatet hittades inte någon beskrivning på hur det påverkar, men kvinnorna i de kvalitativa studierna menade att de vid menstruation hade mera smärtor, samt att mensblodet blockerades bakom ärrätet och inte slapp ut.

I de kvantitativa studierna hade de inte undersökt, om kvinnlig omskärelse kan orsaka fistlar eller neurom. Däremot kunde det i de kvalitativa artiklarna ses att en del kvinnor fått klitorala neurom och fistlar som en följd av kvinnlig omskärelse. Fistlarna kunde orsakas av exempelvis långdragna förlossningar. Fistlarna kunde leda till inkontinens av urin och avföring. Däremot kunde det inte påvisas att omskurna kvinnor hade större risk för inkontinens i de kvantitativa studierna.

Gällande den psykiska hälsan hittades både i de kvantitativa och kvalitativa studierna, att omskurna kvinnor kände rädsla inför gynekologiska undersökningar och sex, och att kvinnan inte kunde ta initiativ till sex. Kvinnorna upplevde också hemska minnen från omskärelsen och psykiska störningar efter förlossningen kunde förekomma enligt de kvantitativa studierna. I de kvalitativa studierna hittades att kvinnlig omskärelse kan orsaka rädsla och ångest, skam, negativ kroppsuppfattning och hade en negativ inverkan på äktenskapet.

Både i de kvalitativa och kvantitativa studierna framkom att omskurna kvinnor löper större risk att drabbas av spontana bristningar under förlossningen. I de kvantitativa studierna framkom också att omskurna kvinnor hade större risk att behöva kejsarsnitt, instrumentella hjälpmedel och episiotomier under förlossningen, vilket kunde förhindra en del komplikationer, men detta fanns inget om i de kvalitativa studierna.

I både de kvalitativa och de kvantitativa studierna hittades att omskurna kvinnor upplever rädsla och ångest inför förlossningen och eventuella komplikationer, som skulle kunna uppstå under förlossningen. Både i de kvalitativa och kvantitativa studierna, framkom att kvinnlig omskärelse kan leda till förlängd förlossning och att kvinnan kan behöva deinfibuleras under förlossningen. I de kvantitativa studierna hittades postpartum komplikationer orsakat av kvinnlig omskärelse, såsom infektioner, komplikationer hos barnet eller mamman, medan det i de kvalitativa studierna inte hittades belägg för detta.

## 4.9 Metoddiskussion

I detta kapitel diskuteras studiens kvalitet utgående från studiens styrkor och svagheter. Studiens trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet undersöks och diskuteras. Diskussionen görs utgående från Henricsons (2017, 412–416) beskrivning om hur man gör en metoddiskussion.

Respondenterna valde att använda en induktiv ansats för att studien skulle få en öppen analys och inte styras av en förutbestämd teori. En deduktiv ansats kunde ha använts, men det skulle till stor del ha styrt vilket resultat som kom fram. I studien användes både kvalitativa och kvantitativa studier för att få fram en större helhet, med både personliga erfarenheter på djupet och vad en större population beskriver. Detta gav studien en större bredd och omfattning, vilket kan ses som en styrka.

Eftersom ämnet som valdes är mycket intimt och känsligt valde respondenterna att göra en systematisk litteraturstudie. Kvantitativa enkäter eller kvalitativa intervjuer kunde också ha besvarat frågeställningen, men eftersom ämnet är känsligt ansåg respondenterna att en systematisk litteraturstudie passade bäst. Respondenterna tror även att det skulle ha varit svårt att få kvinnornas förtroende att prata om dessa intima frågor tillsammans med studerande på yrkeshögskolenivå. Det fanns mycket underlag för en systematisk litteraturstudie, då det har gjorts många forskningar inom ämnet. Frågeställningen är ganska smal, vilket ytterligare lämpar sig för en litteraturstudie (Rosén 2017).

Respondenterna utförde datainsamlingen på två databaser med omvårdnadsfokus (Cinahl och Pubmed) eftersom det ökade chanserna att hitta relevanta artiklar. Flera databaser kunde ha använts, men respondenterna ansåg att datamaterialet var tillräckligt efter sökningen på Cinahl och Pubmed. Sökord som användes hittades genom att söka MeSH-termer på PubMed och Cinahl Headings på Cinahl. Detta gjordes för att få fram de rätta sökorden som benämner kvinnlig omskärelse, sexuell hälsa och reproduktiv hälsa. Sökkombinationerna "female circumcision" AND "sexual health" och "female circumcision" AND "reproductive health" användes eftersom respondenterna ansåg att dessa kombinationer gav flest relevanta artiklar efter att ha prövat flera olika sökord och sökkombinationer. Datainsamlingen skedde i flera omgångar mellan november 2018 och februari 2019, detta gav respondenterna möjlighet att hitta artiklar som publicerades i slutet av år 2018.

Endast granskade vetenskapliga artiklar (peer reviewed) användes för att studien skulle få större trovärdighet. Respondenterna gjorde dessutom en enkel kvalitetsgranskning av artiklarna, kvalitetsgranskningen är beskriven i kapitlet "Val av material". Eftersom respondenterna inte har så stor kunskap om hur en kvalitetsgranskning görs, kunde den ha gjorts bättre och därför vara

pålitligare. Respondenterna gjorde kvalitetsgranskningen på hälften av artiklarna var, vilket sänker tillförlitligheten. Alla artiklar som inkluderades är dock "peer reviewed", vilket höjer pålitligheten. Totalt sju kvalitativa artiklar samt 14 kvantitativa artiklar togs med i studien, vilket respondenterna ansåg vara tillräckligt. Alla artiklar hade kvinnlig omskärelse som huvudämne och någon del som besvarade studiens syfte och frågeställning, detta ses som en styrka i studien.

Respondenterna gjorde hela dataanalysen tillsammans, efter att enskilt ha läst igenom alla artiklar flera gånger, vilket gör att respondenterna hela tiden hade två olika synvinklar och kunde diskutera tillsammans. Av de kvalitativa artiklarna gjordes en kvalitativ innehållsanalys. Under dataanalysens gång har respondenterna så förutsättningslöst och systematiskt som möjligt försökt tolka och analysera artiklarnas resultat. Respondenterna har försökt lägga den egna förförståelsen åt sidan för att resultatet inte ska påverkas. Man kan dock aldrig vara helt säker på att den egna förförståelsen inte har påverkat resultatet på någon punkt. Av de kvantitativa artiklarna gjordes en deskriptiv (beskrivande) sammanfattning. Vanligtvis görs metaanalyser av kvantitativa artiklar, därför kan det anses vara en svaghet att respondenterna använt sig av en enklare metod. Dock skulle en metaanalys inte ha varit möjligt eftersom respondenterna inte hade tillgång till rådata. Även den deskriptiva sammanfattningen bör göras så förutsättningslöst som möjligt. Här kan det till viss del ha kommit med en del av respondenternas förförståelse, eftersom sammanfattningen gjordes efter innehållsanalysen, vilket kan ha gjort att respondenterna hade förväntningar på vad som kunde hittas i de kvantitativa artiklarna. Respondenterna har dock försökt att inte ha några förväntningar för att få fram ett pålitligt och korrekt resultat.

Respondenterna anser att studiens resultat inte går att generaliseras på alla omskurna kvinnor, eftersom studien inte är inriktad på specifika typer av kvinnlig omskärelse och kvinnornas problem till stor del beror på hur stor deras skada av omskärelsen är. De vetenskapliga artiklar som användes har undersökt kvinnor med olika typ av omskärelse, vilket kan ha påverkat artiklarnas resultat och då även denna studies resultat, detta kan även vara en orsak till motsägelser i resultatdelen.

Respondenterna har under arbetets gång tagit etiska överväganden i beaktning. Respondenterna har försökt undvika felaktiga vinklingar genom att inta en objektiv inställning, dock kan förförståelsen eventuellt ha spelat in. Missförstånd på grund av språkskillnader har undvikits genom användning av översättningsprogram vid behov. Genom arbetets gång har respondenterna varit noggranna med källhänvisningar för att undvika plagiat.

## 4.10 Resultatdiskussion

I detta kapitel presenteras huvudresultaten och dessa speglas mot tidigare forskning samt mot Erikssons teori om hälsa och lidande. Respondenterna reflekterar även över resultatet. Resultatdiskussionen görs utgående från Forsberg och Wengströms (2013) beskrivning av hur man gör en resultatdiskussion.

### 4.10.1 Resultatdiskussion utifrån tidigare forskning

De mest väsentliga fynden som framkom i denna studie var att omskurna kvinnor upplevde smärta både vid sex och förlossning, rädsla och ångest inför både sex och förlossning, skam, och att omskärelsen inverkade negativt på äktenskapet och den sexuella njutningen. Infibulerade kvinnor hade även en trängre förlossningskanal, vilket kan leda till att de behöver deinfibuleras inför en förlossning och hade ökad risk för bristningar i samband med förlossningen.

Smärta i samband med sex var ett resultat som framkom i största delen av artiklarna. Detta hittades också i De Schrijvers (2016) studie där det framkom att omskurna kvinnor ofta känner smärta i samband med sex. I WHO:s (2018c) handbok "*Care of girls and women living with female genital mutilation – a clinical handbook*" framkom också att det var vanligt att omskurna kvinnor kan uppleva kronisk smärta i genitalområdet. Smärta vid sex kan också leda till svårigheter med att känna sexuell njutning, vilket De Schrijver (2016) också beskrev i sin studie. I Refaei (2016) studie framkom också att omskurna kvinnor kan uppleva vaginal torrhet under sex, samt svårigheter med penetration, vilket i sig också kan leda till smärta vid sex. Vid förlossning framkom det i denna studie att omskurna kvinnor känner mera smärta vid förlossningen. I WHO:s (2018) handbok och Gayles (2016) studie framkom att omskurna kvinnor kan uppleva svåra förlossningar och har större risk att få bristningar, detta stöds av denna studies resultat, vilket i sig kan ge mera förlossningssmärter.

Menstruationsproblem bland omskurna kvinnor var också en vanlig komplikation som framkom i denna studie. Kvinnorna kunde känna svåra smärtor under menstruationen, vilket också stöds av Reisel och Creightons (2015) studie samt WHO:s (2018c) handbok. Enligt dessa studier kan menstruationsblodet ha svårt att komma ut och lagras bakom ärrvävnaden, vilket också framkom i denna studies resultat.

I denna studie framkom att omskurna kvinnor kan ha svårt att känna sexuell tillfredsställelse och lust samt ha svårt att uppnå orgasm. Enligt Refaei (2016) kan omskurna kvinnor uppleva mindre sexuell lust och tillfredsställelse samt ha svårt att nå orgasm. Detta framkommer också i De Schrijvers (2016) litteraturstudie.

Det framkom i denna studie att omskurna kvinnor kan känna mera rädsla och ångest gentemot sex och skam gentemot att prata om ämnet. Detta stöds av Refaeis (2016) studie, där det framkommer att omskurna kvinnor kan ha traumatiska minnen från tillfället när omskärelsen utfördes. I denna studies kvalitativa innehållsanalys framkom det att äktenskapet påverkades negativt av kvinnlig omskärelse, till stor del av att kvinnorna undvek sex, eftersom det inte var njutbart för dem. Detta är ett resultat som inte fanns beskrivet i bakgrundslitteraturen. I Refaeis (2016) studie framkom dock att omskurna kvinnor tar mindre initiativ till sex, rädsla och ångest skulle kunna vara en av orsakerna men även kulturen kvinnorna lever i. Detta kan leda till problem i äktenskapet.

Deinfibulation kan behövas hos infibulerade kvinnor (typ 3), eftersom den vaginala öppningen är för trång, detta framkommer både i studiens resultat samt i WHO:s (2018) handbok och i Albert et al. (2015) studie. I denna studie framkom att omskurna kvinnor har större risk att behöva kejsarsnitt eller instrumentella hjälpmedel under förlossningen samt episiotomier, vilket stöds av Gayles (2016) studie samt WHO:s (2018c) handbok. I Gayles (2016) studie framkom att barnen hade större risk för komplikationer under eller efter förlossningen, vilket också framkom i denna studies kvantitativa resultat. Exempel på dessa komplikationer är att barnet är dödfött eller att barnet kan behöva återupplivning efter förlossningen.

Respondenterna anser att studiens resultat gav svar på frågeställningen samt syftet. I resultatet framkommer det hur kvinnlig omskärelse påverkar både den sexuella hälsan och den reproduktiva hälsan negativt.

#### **4.10.2 Spegling av resultatet mot Erikssons teori om hälsa och lidande**

I detta arbete har respondenterna valt att använda Erikssons teori om hälsa och lidande. Genom arbetets gång har respondenterna sett kopplingar mellan resultatet och teorin.

Respondenterna tolkar Erikssons (1996) teori som att omskurna kvinnor med de komplikationer som framkommit i studien kan leva ett gott liv, där hon upplever sig ha en god hälsa trots komplikationer. Eriksson (1996) menar att man kan känna att man har ohälsa trots att man fysiskt är frisk. Detta tolkar respondenterna som att omskurna kvinnor utan konkreta problem ändå kan uppleva sig ha ohälsa. I resultatet framkom att omskurna kvinnor hade svårt att känna sexuell tillfredsställelse och en stor del andra fysiska, psykiska och sociala problem, vilket kan leda till frånvaro av välbefinnande. Enligt Eriksson (1996) är hälsa bland annat en känsla av välbefinnande, medan frånvaro av välbefinnande kan leda till en känsla av ohälsa.

Enligt Eriksson (1996) bör människan också få vara med och forma sin hälsa. Eftersom omskärelsen ofta utförs i tidig ålder har flickan inte någon möjlighet att själv välja om hon blir

omskuren eller inte. Omskärelsen kan leda till många olika komplikationer, och eftersom flickan oftast inte själv väljer att bli omskuren kan detta innebära att hon inte heller känner att hon varit med och format sin hälsa. Detta kan också leda till en känsla av ohälsa.

I denna studies resultat var fysisk smärta, både i vardagssituationer och under förlossningar, vanligt förekommande bland omskurna kvinnor. Detta tolkar respondenterna som ett sjukdomslidande utgående från Erikssons (2015) teori. Även under olika undersökningar och deinfibulation upplevde en stor del av omskurna kvinnor smärta och obehag, vilket kan ses som ett lidande i samband med vård och behandling. I studiens resultat framkom också att omskurna kvinnor kan känna skam, rädsla och ångest i olika situationer, detta kan tolkas som själsligt lidande vilket Eriksson (2015) beskriver som en del av sjukdomslidande.

I en del fall när en omskuren kvinna fått många eller svåra komplikationer till följd av omskärelsen uppkom depression och suicidala tankar, detta tolkar respondenterna som ett tecken på livslidande utgående från Erikssons (2015) teori. Frånvaro av sexuell tillfredsställelse, som framkom i studien kan likaså tolkas som ett livslidande utgående från Erikssons (2015) teori. Sexuellt umgänge och sexuell tillfredsställelse är av stor vikt för både den fysiska och psykiska hälsan, och om denna bit av hälsan faller bort kan det bli till ett livslidande. Omskurna kvinnor har större risk att få dödfödda barn, vilket respondenterna ser som en stor sorg i livet. Detta tolkar respondenterna utgående från Erikssons (2015) teori som både ett själsligt lidande samt som ett livslidande.

Omskurna kvinnor, speciellt infibulerade (typ 3), har trängre vaginalöppning vilket skapar problem vid penetrering och förlossning. Det medför större risker och mera lidande, bland annat i form av smärta, detta tolkar respondenterna, utgående från Erikssons (2015) teori, som ett sjukdomslidande. Utebliven deinfibulation eller episiotomi under förlossningen kan innebära ett vårdlidande i form av utebliven vård, då det kan öka risken för bristningar och andra komplikationer som i sig också är ett sjukdomslidande.

Eriksson (2015) skriver också att lidande delas in i tre akter; bekräftande av lidande, själva lidandet och försoning. Detta tolkar respondenterna som att det är viktigt att vårdpersonal pratar om omskäreelse med förståelse i all kontakt med omskurna kvinnor, till exempel genom att samtala om hur kvinnan känner och tänker kring sin omskäreelse. Det är nödvändigt att fråga hur kvinnans liv påverkas av omskärelsen för att eventuellt kunna hjälpa henne senare med försoningen. Respondenterna tolkar Erikssons (2015) teori som att man behöver låta omskurna kvinnor vara i sitt lidande, innan de kan komma till en försoning. Försoningen kan innebära att kvinnan accepterar sin kropp som den är och eventuellt att problem kan lindras.

## 4.11 Slutledning

Sammanfattningsvis har studien kommit fram till att kvinnlig omskärrelse kan påverka kvinnornas sexuella och reproduktiva hälsa negativt, både ur ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv. Studiens resultat kan ge vårdpersonal en större förståelse för hur kvinnlig omskärrelse påverkar den sexuella och reproduktiva hälsan. Detta kan hjälpa vårdpersonal med vårdandet och bemötandet av omskurna kvinnor. Vidare forskning behövs för att ta reda på hur de olika typerna av kvinnlig omskärrelse specifikt påverkar kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa, eftersom olika typer av omskärrelse inverkar på olika sätt. Vidare skulle det också behövas mera forskning på hur man kan hjälpa omskurna kvinnor i vardagen med olika problem. Nedan följer en tabell över några exempel på vårdåtgärder vid de olika komplikationer som framkom i studien (tabell 3). Dessa exempel är endast respondenterna egna tankar.

**Tabell 3.** Förslag till vårdåtgärder vid olika komplikationer efter kvinnlig omskärrelse

Komplikation	Vård
<b>Inverkan på sexlivet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Smärta</li> <li>• Svårt att bli upphetsad och att känna lust</li> <li>• Svårt att känna sexuell njutning och tillfredsställelse</li> <li>• Svårt att uppnå orgasm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Glidmedel vid svårigheter med att bli våt</li> <li>• Deinfibulation (remiss till läkare)</li> <li>• Råd och tips om andra områden som kan beröras för att bli upphetsad</li> <li>• Öppenhet mellan partners, förståelse</li> <li>• Par terapi</li> </ul>
<b>Inverkan på menstruation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Smärta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deinfibulation (remiss till läkare)</li> <li>• Smärtlindring</li> </ul>
<b>Fistlar, inkontinens och klitorala neurom</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Smärtlindring</li> <li>• Kirurgiska åtgärder (remiss till läkare)</li> <li>• Inkontinensskydd (information)</li> </ul>
<b>Känslor kring sex</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rädsla och ångest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par terapi</li> <li>• Samtalsterapi, gruppamtal</li> </ul>

<b>Skam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtalsterapi, gruppsamtal</li> <li>• Stöd</li> </ul>
<b>Kroppsuppfattning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtalsterapi</li> <li>• Stöd</li> <li>• Rekonstruktion av underlivet (remiss till läkare)</li> </ul>
<b>Inverkan på äktenskapet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par terapi</li> <li>• Samtalsterapi, gruppsamtal</li> <li>• Stöd</li> </ul>
<b>Rädsla och ångest inför graviditet och förlossning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtal på mödrarådgivningen</li> <li>• Vid behov remiss till klinik för förlossningsrädsla</li> <li>• Samtalsterapi, gruppsamtal</li> </ul>
<b>Trång förlossningskanal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deinfibulation (remiss till läkare)</li> <li>• Episiotomi</li> </ul>
<b>Smärta vid graviditet och förlossning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• God smärtlindring</li> <li>• Deinfibulation (remiss till läkare)</li> </ul>
<b>Deinfibulation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aseptiken viktig för att undvika infektioner.</li> <li>• Rekonstruktion av underlivet. (remiss till läkare)</li> </ul>
<b>Bristningar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deinfibulation och ev. episiotomi för att förebygga svåra bristningar. (remiss till läkare)</li> <li>• Noggrann handledning under förlossningen.</li> </ul>



## Källförteckning

Abdulcadir, J., Tille, J.-C., & Petignat, P., 2017. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reproductive Health*, 14, 1–7. doi: 10.1186/s12978-017-0288-3.

Albert, J., Bailey, E., & Duaso, M., 2015. Does the timing of deinfibulation for women with type 3 female genital mutilation affect labour outcomes? *British Journal of Midwifery*, 23(6), 430–437.

Alhassan, Y. N., Barret, H., Brown, K.E., & Kwah, K., 2016. Belief systems enforcing female genital mutilation in Europe. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(1), 29–40.

Alsibiani, S.A., & Rouzi, A.A., 2010. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and Sterility*, 93(3), 722A–724.

Andersson, S.H.A., Rymer J., Joyce D.W., Momoh C., & Gayle C.M., 2012. Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: A case–control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(13), 1606–1611.

Andro, A., Combois, E., & Lesclingand M., 2014. Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine*, 106, 177–184. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.02.003.

Berggren, V., & Franck, M., 2008. *Kvinnlig könsstympning* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Biglu, M.H., Farnam A., Abotalebi P., Bilgu S., & Ghavami M., 2016. Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 3–8. doi: 10.1016/j.srhc.2016.07.002.

Chu, T., & Akinsulure-Smith, A.M., 2015. Health Outcomes and Attitudes toward Female Genital Cutting in a Community-Based Sample of West African Immigrant Women from High-Prevalence Countries in New York City. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(1), 1–21.

Danielson, E., 2017. Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

De Schrijver, L., Leye, E., Merckx, M., 2016. A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: The crucial role of counselling. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(4), 269–275.

Dirie, W., Miller, C., & Trädgårdh, E., 1999. *En blomma i Afrikas öken* (1. uppl., ny tr.). Malmö: Bra böcker.

- Elo, S., & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
- Esho, T., Kimani, S., Nyamongo, I., Kimani, V., Muniu, S., Kigundu, C., Ndavi, P., & Guyo J., 2017. The 'heat' goes away: Sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya. *Reproductive Health*, 14(1), 164. doi: 10.1186/s12978-017-0433-z
- Eriksson, K., 1996. *Hälsans idé* (2. uppl.). Stockholm: Liber/Almqvist Wiksel.
- Eriksson, K., 2015. *Den lidande människan* (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Fogelholm, M., Reinikkala, P., Sundman, T., Norkko, C., Könönen, P., & Huuhka, H., 2014. *Hälsa: Hälsokunskap för gymnasiet. 1, Hälsans grunder* (1. uppl., 1. tr.). Helsingfors: Schildts & Söderströms.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Forskningsetiska delegationen, 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. [Online] [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [hämtat: 11.5.2018]
- Gayle, C., Rymer, J., 2016. Female genital mutilation and pregnancy: Associated risks. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(17), 978-983.
- Gele, A.A., Johansen, E. B., & Sundby, J., 2012. When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health*, 12(1), 697–706. doi:10.1186/1471-2458-12-697
- Gudu, W., & Abdulahi M., 2017. Labor, delivery and postpartum complications in nulliparous women with female genital mutilation admitted to Karamara hospital. *Ethiopian Medical Journal*, 55(1), 11–17.
- Henricson, M., & Billhult, A., 2017. Kvalitativ metod. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., 2017. Diskussion. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Ihmisoikeusliitto ry., 2004. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. [Online] <https://ihmisoikeusliitto.fi/wp->

content/uploads/2014/05/Tyttöjen\_ja\_naisten\_ymparileikkaus\_Suomessa\_Suositus\_sosiaali\_ja\_terveydenhuollon\_henkilostolle\_IOL\_2011.pdf [hämtat: 10.12.2018]

Ismail, S., Abbas, A., Habib, D., Morsy, H., Saleh, M., & Bahloul, M., 2017. Effect of female genital mutilation/cutting; types I and II on sexual function: Case-controlled study. (Report). *Reproductive Health*, 14, 1–6. doi: 10.1186/S12978-017-0371-1-ReproductiveHealth.

Jungari, S. B., 2016. Female genital mutilation is a violation of reproductive rights of women: Implications for health workers. *Health & Social Work*, 14(1), 25–31.

Kannas, L., Weckman, P., Eskola, K., Räsänen, P. & Mustajoki, P., 2007. *Hälsökunskap för gymnasiet*: 3. Helsingfors: Schildt.

Khaja, K., Lay, K., & Boys, S., 2010. Female circumcision: toward an inclusive practice of care. *Health Care for Women International*, 31(8), 686–699. doi:10.1080/07399332.2010.490313

Kjellström, S., 2017. Forskningsetik. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Koukkula, M., Keskimäki, I., Koponen, P., Mölsä, M., & Klemetti, R., 2016. Female Genital Mutilation/Cutting among Women of Somali and Kurdish Origin in Finland. *Birth*, 43(3), 240–246.

Koukkula M., & Klemetti R., 2019. *Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen (FGM) estämisen toimintaohjelma* (Sosiaali- ja terveysministeriö) [online] [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161355/J\\_01\\_Tyttöjen\\_ja\\_naisten\\_sukuelinten\\_silpominen\\_V.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161355/J_01_Tyttöjen_ja_naisten_sukuelinten_silpominen_V.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [hämtat: 12.2.2019]

Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A., 2016. *Reproduktiv hälsa - barnmorskans kompetensområde* (Upplaga 1:1.). Lund: Studentlitteratur AB.

Lindström, U., Lindholm Nyström, L., & Zetterlund, J., 2018. Theory of Caritative Caring. In: M. Alligood, red., *Nursing theorists and their work* (9. Ed.). St Louis, Missouri: Elsevier.

Litorp, H., Franck, M., & Almroth, L., 2008. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2008, 87(7), 716–722.

Lundberg, P. C., & Gerezgiher, A., 2008. Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden. *Midwifery*, 24(2), 214–225.

- Mwanri, L., & Gatwiri, G., 2017. Injured bodies, damaged lives: Experiences and narratives of Kenyan women with obstetric fistula and female genital mutilation/cutting. *Reproductive Health*, 14, 1-11, doi: 10.1186/s12978-017-0300-y.
- Nyberg, R., Tidström, A., 2012. *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Owojuyigbe, M., Bolorunduro, M-E., & Busari, D., 2017. Female genital mutilation as sexual disability: Perceptions of women and their spouses in Akure, Ondo State, Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 80–91.
- Paananen, U. K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A., Rusanen, S. & Laajasalo, S., 2015. *Kätilötyö: Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika* (6. uud. p.). Helsinki: Edita.
- Pereda, N., Arch, M., & Pérez-González, A., 2012. A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 32(6), 560–565.
- Peterman, A., & Johnson, K., 2009. Incontinence and trauma: Sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula. *Social Science & Medicine*, 68(5), 971–979.
- Priebe, G., & Landström, C., 2017. Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Refaei, M., Aghababaei S., Pourreza A. & Masoumi, S.Z., 2016. Socioeconomic and Reproductive Health Outcomes of Female Genital Mutilation. *Archives of Iranian Medicine*, 19(11), 805–811.
- Reisel, D., & Creighton, S., 2015. Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*, 80(1), 48–51
- Rodriguez, M. I., Say, L., Abdulcadir, J., & Hindin, M., 2017. Clinical indications for cesarean delivery among women living with female genital mutilation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 139(1), 21–27.
- Rodriguez, M. I., Seuc, A., Say, L., & Hindin, M., 2016. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: A secondary analysis. *Reproductive Health*, 13, 1-7. doi: 10.1186/s12978-016-0242-9.

Rosén, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. & D'Agostino, R., 2000. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208.

Rosén, M., 2017. Systematisk litteraturöversikt. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Rosén, M., Anttila A., 2017. Metaanalys. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Rouzi, A., Al-Sibiani, S., Al-Mansouri, N., Al-Sinani, N., Al-Jahdali, E. & Darkhouse, K., 2012. Defibulation during vaginal delivery for women with type III female genital mutilation. *Obstetrics & Gynecology*, 120(1), 98–103.

Rouzi, A., Berg, R., Sahly, N., Alkafy, S., Alzaban, F., & Abduljabbar, H., 2017. Effects of female genital mutilation/cutting on the sexual function of Sudanese women: A cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 62.e1–62.e6.

Terry, L., Harris, K., 2013. Female genital mutilation: A literature review. *Nursing Standard*, 28(1), 41

Tiilikainen, M., Blomster, K. & Vanhakartano, E., 2007) *Female circumcision in Finland*. Helsinki: Finnish League for Human Rights.

Varol, N., Dawson, A., Turkmani, S., Hall, J., Nanayakkara, S., Jenkins, G., Homer, E., & McGeechan, K., 2016. Obstetric outcomes for women with female genital mutilation at an Australian hospital, 2006–2012: A descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 1-10. doi: 10.1186/s12884-016-1123-5.

Villani, M., Griffin, J., & Bodenmann, P., 2016. In Their Own Words: The Health and Sexuality of Immigrant Women with Infibulation Living in Switzerland. *Social Sciences*, 5(4), 71, 1–12.

WHO, 1948. *Constitution of the world health organization*. [Online] <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> [hämtat: 3.10.2018]

WHO, 2010. *Sexual and reproductive health – Defining sexual health*. [Online] [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) [hämtat: 11.5.2018]

WHO, 2018a. *Female Genital Mutilation*. [Online] <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> [hämtat: 7.5.2018]

WHO, 2018b. *Mental health: strengthening our response* [Online] <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [hämtat: 11.5.2018]

WHO, 2018c. *Care of girls & women living with female genital mutilation – a clinical handbook*. [Online] <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1> [hämtat 12.12.2018]

Yassin, K., Idris, H., & Ali, A., 2018. Characteristics of female sexual dysfunctions and obstetric complications related to female genital mutilation in Omdurman maternity hospital, Sudan. *Reproductive Health*, 15, 1–N.PAG. doi: 10.1186/s12978-017-0442-y.

### **Finlands författningssamling**

Strafflagen 19.12.1889/39 [Online] [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) [hämtat: 14.5.2018]

### **Figurförteckning**

Figur 1. Normalt underliv t.v. och underliv med omskärelse av typ 1 t.h. (Ihmisoikeusliitto ry. 2004, 8) (s. 108)

Figur 2. Underliv med omskärelse av typ 2 t.v. och omskärelse av typ 3 t.h. (Ihmisoikeusliitto ry. 2004, 9) (s. 108)

Figur 3. Utbredning av kvinnlig omskärelse (Ihmisoikeusliitto ry. 2004, 13) (s. 109)

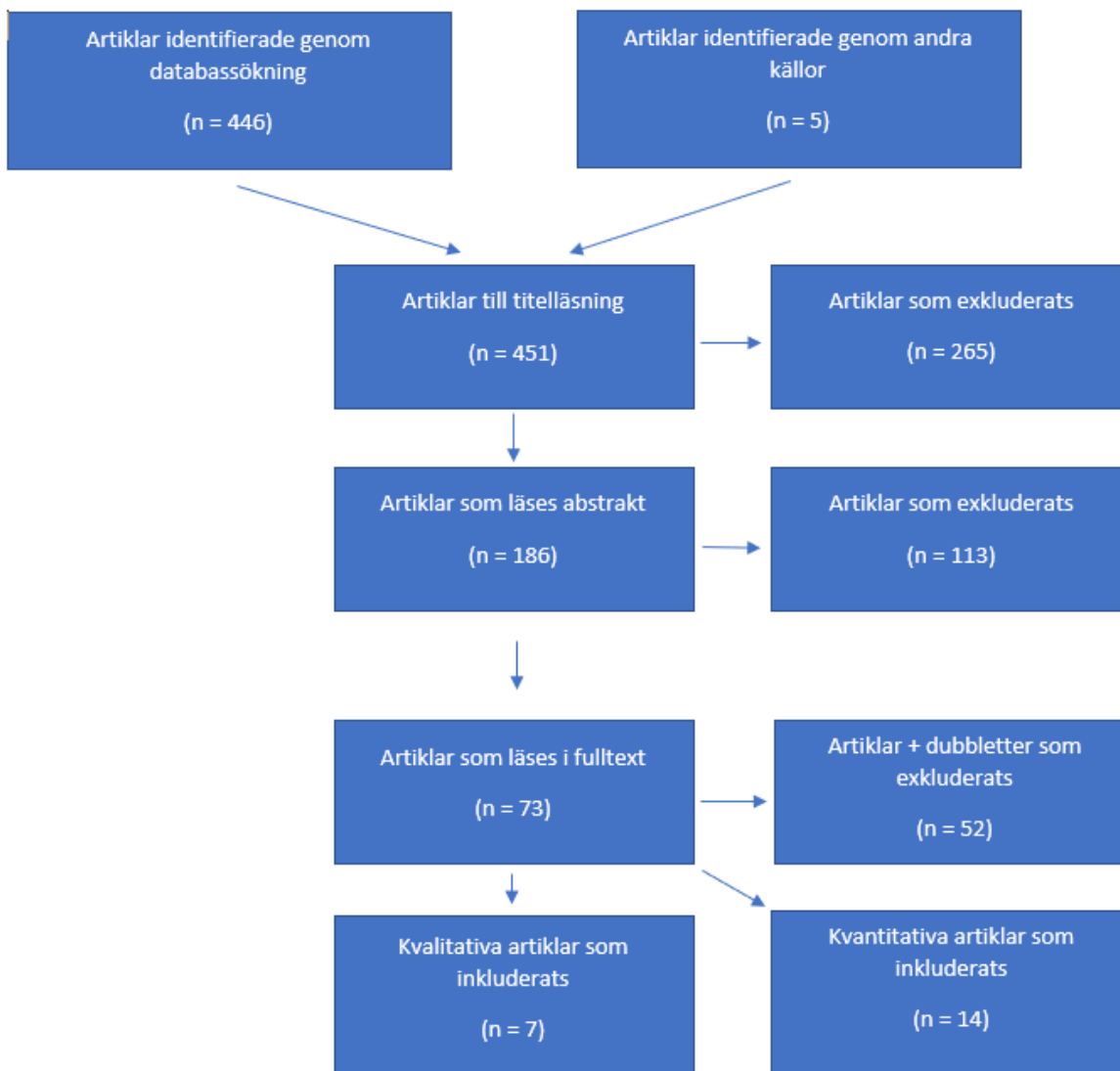
### **Tabellförteckning**

Tabell 1. Inklusions- och exklusionskriterier (s. 118)

Tabell 2. Kvinnlig omskärelse och dess inverkan på kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa (s. 121)

Tabell 3. Förslag till vårdåtgärder vid olika komplikationer efter kvinnlig omskärelse (s. 137-138)

## Bilaga 1. Prisma flödesdiagram



## Bilaga 2. Tabell över kvalitativa artiklar

	Författare, årtal och tidskrift	Titel	Syfte	Metod, material	Resultat
1.	Abdulcadir, J., Tille, J-C., & Petignat, P., 2017, <i>Reproductive Health</i>	Management of painful neuroma after female genital mutilation/cutting.	Syftet var att utvärdera symtom och hantering av kvinnor med klitorala neurom efter kvinnlig omskärelse.	Kvalitativ studie som utförts på ett universitetssjukhus i Schweiz. 7 kvinnor som kommit till sjukhuset identifierades. Dessa kvinnors sjukhusjournaler lästes och socio-demografisk, klinisk, kirurgisk och histopatologisk information samlades in.	Sex av kvinnorna genomgick rekonstruktion av klitoris. Klitoral smärta fanns hos 4 utav kvinnorna. Smärta vid samlag 2/7. Kronisk smärta 1/7. Post-traumatic klitoral neurom kan vara en konsekvens utav kvinnlig omskärelse, och kan orsaka smärta eller vara asymtomatisk.
2.	Esho, T., Kimani, S., Nyamongo, I., Kimani, V., Muniu, S., Kigonde, C., Ndavi, P., & Guyo, J., 2017, <i>Reproductive Health</i>	The 'heat' goes away: sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya	Syftet med studien var att undersöka den sexuella upplevelsen bland gifta kvinnor i Mauche Ward, Nakuru County.	Både kvalitativ och kvantitativ datainsamlingsmetod användes. Kvantitativa data erhöles från 318 gifta kvinnor, en enkät användes. Kvalitativa data erhöles från 5 fokusgrupper och 2 fallberättelser. Vid analysen utvecklades teman som analyserades. Studien utfördes i Kenya.	FGM påverkar kvinnornas orgasmer, lubrikation och tillfredsställelse negativt. Men ingen statistisk skillnad på lusten, upphetsningen och smärta hittades. Kvinnan har svårt att känna sexuell upphetsning och lust. Kvinnorna upplevde bitterhet och frustration i sexlivet.
3.	Lundberg, P., & Gerezgiher, A., 2008, <i>Midwifery</i>	Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among	Att undersöka immigrantkvinnors upplevelser av kvinnlig omskärelse under graviditet,	Kvalitativ studie med etnografiskt närmelsesätt. 15 frivilliga immigrantkvinnor från Eritrea intervjuades med semi-strukturerade öppna frågor. Intervjuerna bandades in. Studien gjordes i Sverige, och	Alla 15 kvinnor kände rädsla och ångest under sin graviditet, de var oroliga inför förlossningen pga. omskärelsen. De flesta upplevde extrem smärta pga. omskärelsen, bland annat i samband med sex, gynekologiska undersökningar och förlossningar. Tre av kvinnorna sade att de



		Eritrean immigrant women in Sweden	förlossning och efter förlossning.	kvalitativ innehållsanalys användes som analysmetod.	kan njuta av sex tack vare kärlek, förståelse och harmoni.
4.	Mwanri, L., & Gatwiri, G., 2017, <i>Reproductive Health</i>	Injured bodies, damaged lives: experiences and narratives of Kenyan women with obstetric fistulae and Female Genital Mutilation/Cutting	Syftet var att lyfta fram sambandet mellan kvinnlig omskärelse och obstetriska fistlar.	Kvalitativ studie, som utförts i Kenya. Semi-strukturerade intervjuer. 30 kvinnor, som levde med obstetriska fistlar i Kenya, deltog. Narrativ analysmetod användes.	Kvinnlig omskärelse kan orsaka obstetriska fistlar. Kvinnans sexuella lust och upphetsning var nedsatt. Problem hos mamman och barn i samband med förlossning framkom, även död.
5.	Owojuyigbe, M., Bolorunduro, M-E., & Busari, D., 2017, <i>Reproductive Health Matters</i>	Female genital mutilation as sexual disability: perceptions of women and their spouses in Akure, Ondo State, Nigeria	Att beskriva uppfattningar och hanteringssätt hos par som lever med konsekvenserna av kvinnlig omskärelse i form av sexuell dysfunktion.	Kvalitativ studie, som gjorts i Nigeria. En beskrivande tvärsnittsstudie med 10 manliga och 12 kvinnliga respondenter. Fördjupade intervjuer gjordes. För analysen användes Atlas.ti version 7.5.7, och öppen kodning.	Kvinnor rapporterade smärta vid samlag och att de inte så lätt blir upphetsade. Ibland kunde de njuta av sex och ibland inte. Kvinnorna rapporterade också att de hade svårt att nå orgasm, samt att kvinnlig omskärelse orsakar sexuell otillfredsställelse för både kvinnan och mannen. Kvinnorna kände sig också rädda för sex.
6.	Pereda, N., Arch, M., & Pérez-González, A., 2012, <i>Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>	A case study perspective on psychological outcomes after female genital mutilation	Syftet med studien var att lyfta fram psykiska och sexuella konsekvenser av kvinnlig omskärelse.	Kvalitativ studie som utförts i Spanien. Tre kvinnor deltog i en intervju-studie. Först gjordes en gruppintervju, sedan en semi-strukturerad intervju. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys.	Blödning och smärta var vanligt förekommande. Kvinnorna rapporterade också att de kände extrem rädsla och ångest inför sex. Problem under förlossning var också vanligt. Vaginal torrhet och svårigheter med att nå orgasm förekom.
7.	Villani, M., Griffin, J., & Bodenmann, P., 2016, <i>Social Sciences</i>	In their own words: the health and sexuality of	Syftet var att undersöka den sexuella hälsan	Kvalitativ studie från Schweiz. Åtta kvinnor deltog i en semi-strukturerad, fördjupande	Alla kvinnor i studien rapporterade låg nivå av sexuell tillfredsställelse och reproduktiv hälsa. Smärta både under menstruation och

		immigrant women with infibulation living in Switzerland	bland immigrantkvinnor som lever med kvinnlig omskärelse i Schweiz.	intervju. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys.	sex förekom. Problem under förlossning var det största problemet för de flesta kvinnorna. En del kvinnor hade också dålig självbild orsakad av kvinnlig omskärelse.
--	--	---	---	--	---

## Bilaga 3. Tabell över kvantitativa artiklar

	Författare, årtal och tidskrift	Titel	Syfte	Metod, material	Resultat
1.	Alsibiani, S., & Rouzi, A., 2010, <i>Fertility and Sterility</i>	Sexual function in women with female genital mutilation	Syftet med studien var att jämföra den sexuella funktionen bland omskurna kvinnor jämfört med kvinnor som inte är omskurna.	Kvantitativ studie i form av en enkätstudie. 130 omskurna kvinnor och 130 icke-omskurna kvinnor deltog i studien. En arabisk översättning av FSFI (female sexual function index) enkäten användes. Studien är gjord i Saudi Arabien.	I kategorierna lust och smärta fanns heller ingen statistisk skillnad. De övriga kategorierna; upphetsning, lubrikation, orgasm, tillfredsställelse och total poäng fanns en statistisk skillnad. Omskurna kvinnor hade lägre poäng inom alla dessa kategorier.
2.	Andersson, S.H.A., Rymer, J., Joyce, D.W., Momoh, C., & Gayle, C.M., 2012, <i>An International Journal of Obstetrics and Gynecology</i>	Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study	Syftet med studien var att undersöka omskurna kvinnors sexuella livskvalitet jämfört med icke-omskurna kvinnor.	Kvantitativ enkätstudie. 73 omskurna kvinnor och 37 icke-omskurna kvinnor deltog i studien. Enkäten SQOL-F (Sexual Quality of Life – Female) användes. Studien är gjord i London	Omskurna kvinnor hade betydligt lägre poäng än kontrollkvinnorna. Sexuellt aktiva omskurna kvinnor med typ III skilde ur mest. Även bland sexuellt inaktiva kvinnor hade omskurna kvinnor betydligt lägre poäng.
3.	Andro, A., Combois, E., & Lesclingand, M., 2014, <i>Social</i>	Long-Term consequences of female genital mutilation in a European context: Self perceived health of FGM	Syftet med studien var att undersöka långsiktiga konsekvenser av kvinnlig omskärelse.	Kvantitativ. Case-Control studie med enkäter. 678 omskurna kvinnor och 1706 icke-omskurna	De mest påfallande olikheterna berörde sexlivet. Risken för mycket smärtsamt första samlag, otillfredsställande sexliv och upprepade smärtor, bristande lust och brännande känslor vid samlag var större bland

	<i>Science &amp; Medicine</i>	women compared to non-FGM women		kvinnor. Studien är gjord i Frankrike.	omskurna kvinnor. Angående barnafödande hittades inga påtagliga risker för kejsarsnitt, blödning eller användning av tång bland omskurna kvinnor. Bristningar under förlossning var vanligare bland omskurna kvinnor.
4.	Biglu, M-H., Farnam, A., Abotalebi P., Bilgu, S., & Ghavami, M., 2016, <i>Sexual &amp; Reproductive Healthcare</i>	Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions	Syftet med studien var att undersöka hur kvinnlig omskärelse påverkar gifta omskurna kvinnors sexuella funktion jämfört med icke-omskurna kvinnor i Kurdistan, Iran.	Kvantitativ enkätstudie. Case-Control studie med 280 kvinnor (140 omskurna och 140 icke-omskurna). En persisk översättning av FSFI-enkäten användes. Studien är gjord i Iran.	Icke-omskurna hade betydligt högre FSFI poäng jämfört med omskurna kvinnor. Skillnader förekom inom alla kategorier; sexuell lust, upphetsning, lubrikation, orgasm, tillfredsställelse, smärt och totalpoäng. Totalpoäng bland omskurna kvinnor var 17,9 jämfört med 25,3 bland icke-omskurna kvinnor.
5.	Chu, T., & Akinsulure-Smith, A., 2016, <i>Journal of Aggression, maltreatment &amp; Trauma</i>	Health outcomes and attitudes toward female genital cutting in a community-based sample of West African immigrant women from high-prevalence countries in New York City	Syftet med studien var att undersöka förekomst av kvinnlig omskärelse, demografiska skillnader, hälsoreultat samt kunskap och attityder till kvinnlig omskärelse bland immigranter.	Kvantitativ enkätstudie gjord via dator. 67 kvinnor deltog, varav 45 var omskurna och 22 inte var omskurna. En mängd olika verktyg användes för att samla in data, bl.a. FSFI. Studien är gjord i USA.	Omskurna kvinnor rapporterade oftare vaginal smärta. I FSFI fanns inga större skillnader mellan omskurna och icke-omskurna kvinnor. Störst skillnad fanns i kategorin upphetsning. Omskurna kvinnor rapporterade inte mera komplikationer vid barnafödelse än icke-omskurna kvinnor.
6.	Gudu, W., & Abdulahi, M., 2017, <i>Ethiopian Medical Journal</i>	Labor, delivery and postpartum complications in nulliparous women with female genital mutilation	Syftet med studien var att bedöma förlossnings- och postpartumkomplikationer bland omskurna förstföderskor samt utvärdera attityder mot	En kvantitativ studie med strukturerade enkäter. 288 förstföderskor deltog. Av dessa var 264 omskurna. Studien är gjord i Etiopien.	Problem under 1: a stadiet av förlossningen upptäcktes bland 79,2 % av kvinnorna. Förlängd första fas (medel 10h), svårt med gynekologisk undersökning, användning av Pitocin (oxytocin, läkemedel som hjälper livmodern att sammandras) var vanligt. Försekat andra skede förekom bland 66 %.

		admitted to Karamara hospital	eliminering av kvinnlig omskärelse.		Alla med typ III behövde defibulation under förlossningen, posterolateral episiotomi gjordes bland 64,6 %. 29 % brast under förlossningen. 17 % förlöstes med kejsarsnitt. Postpartum komplikationer upptäcktes bland 39 %. Blödningar hos 25,7 %, infektioner hos 24 %, psykisk instabilitet hos 12 %. 42 % hade fetala eller neonatala komplikationer.
7.	Ismail, S., Abbas, A., Habib, D., Morsy, H., Saleh, M., & Bahloul, M., 2017, <i>Reproductive Health</i>	Effect of female genital mutilation/cutting; types I and II on sexual function: case-controlled study	Syftet med studien var att undersöka hur kvinnlig omskärelse av typ I och II påverkar egyptiska kvinnors sexuella funktion.	Kvantitativ Case-Control studie. 197 omskurna kvinnor och 197 icke-omskurna kvinnor deltog. En arabisk översättning av FSFI-enkäten användes. Studien är gjord i Egypten.	Kvinnlig sexuell dysfunktion hittades bland 83,8 % av omskurna kvinnor jämfört med 64,5 % av icke-omskurna kvinnor. Totala FSFI-poängen var 19,82 bland omskurna kvinnor och 23,34 bland icke-omskurna kvinnor. Poängen i alla enskilda kategorier var lägre hos omskurna kvinnor än hos icke-omskurna kvinnor.
8.	Litorp, H., Franck, M., & Almroth, L., 2008, <i>Acta Obstetrica et Gynecologica</i>	Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden	Att undersöka kunskap om, attityder mot och praktisering av kvinnlig omskärelse bland kvinnor, som ursprungligen kommer från länder där kvinnlig omskärelse praktiseras, och som deltar i förlossningsvård och preventivrådgivning i Sverige	34 öppna frågor användes i en intervju-enkät och en gynekologisk bedömning utfördes. 40 kvinnor deltog, av 49 inbjudna. Deskriptiv statistik användes som analysmetod. Studien är gjord i Sverige.	Problem vid mens, förlossning och samlag var vanliga. Även andra gynekologiska problem, rädsla för sex och gynekologiska undersökningar förekom.
9.	Peterman, A., & Johnson, K., 2009, <i>Social</i>	Incontinence and trauma; Sexual Violence, female genital cutting and proxy	Att undersöka sambandet mellan inkontinens och två	Data från fyra afrikanska länder. DHS (Demographic and Health	Sexuellt våld är en faktor till inkontinens i Rwanda och Malawi (inte i Uganda), men inga

	<i>Science &amp; Medicine</i>	measures of gynecological fistula	eventuella orsaker: sexuellt våld och kvinnlig omskärelse.	Survey) användes. Studien är gjord i Malawi, Uganda, Rwanda och Etiopien	samband hittades mellan kvinnlig omskärelse och inkontinens.
10.	Rodriguez, M., Say, L., Abdulcadir, J., & Hindin, M., 2017, <i>Gynecology &amp; Obstetrics</i>	Clinical indications for cesarean delivery among women living with female genital mutilation	Syftet med studien var att jämföra primära indikationer för kejsarsnitt bland patienter med olika typer av kvinnlig omskärelse.	1659 kvinnor (480 icke-omskurna och 1179 omskurna kvinnor) inkluderades. Beskrivande statistik användes. Studien är gjord i sex afrikanska länder (Burkina Faso, Uganda, Kenya, Nigeria, Senegal och Sudan)	Kvinnlig omskärelse var associerad med kejsarsnitt, bland Kvinnor med oklara medicinska indikatorer.
11.	Rodriguez, M., Seuc, A., Say, L., & Hindin, M., 2016, <i>Reproductive Health</i>	Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis	Att undersöka sambandet mellan episiotomityp och obstetriska resultat bland omskurna kvinnor typ 3	Data samlades in vid 28 gynekologiska kliniker i sex afrikanska länder Korstabuleringar och multivariabel logistikregression användes för mätningarna. Studien är gjord i Burkina Faso, Uganda, Kenya, Nigeria, Senegal och Sudan.	Episiotomier bland omskurna kvinnor typ 3 skyddade mot analsfinkterskador och blödningar efter förlossningar
12.	Rouzi, A., Berg, R., Sahly, N., Alkafy, S., Alzaban, F., & Abduljabbar, H.,	Effects of female genital mutilation/cutting on the sexual function of	Syftet med studien var att bedöma hur kvinnlig omskärelse påverkar den	En kvantitativ tvärsnittsstudie. Klinisk undersökning av kvinnorna utfördes. 107 kvinnor deltog. En arabisk	Kvinnlig omskärelse är associerad med sexuell dysfunktion.

	2017, <i>American Journal of Obstetrics &amp; Gynecology</i>	Sudanese women: a cross-sectional study	sexuella funktionen hos sudanesiska kvinnor.	översättning av FSFI (female sexual function index) enkäten användes. Studien är gjord i Saudiarabien	
13.	Varol, N., Dawson, A., Turkmani, S., Hall, J., Nanayakkara, S., Jenkins, G., Homer, E., & McGeechan, K. 2016, <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i>	Obstetric outcomes for women with female genital mutilation at an Australian hospital, 2006–2012: a descriptive study	Att jämföra obstetriska resultat efter förlossning mellan icke omskurna och omskurna kvinnor i Australien	196 omskurna kvinnors och 8852 icke omskurna kvinnors obstetriska resultat analyserades med hjälp av databaser. Studien är gjord i Australien	Omskurna kvinnor hade liknande obstetriskt resultat efter en förlossning som de icke omskurna kvinnorna, men de hade mera första och andra gradens bristningar. Omskurna kvinnor hade även mera kejsarsnitt, men orsaken var inte deras omskärelse.
14.	Yassin, K., Idris, H., & Ali, A., 2018, <i>Reproductive Health</i> .	Characteristics of female sexual dysfunctions and obstetric complications related to female genital mutilation in Omdurman maternity hospital, Sudan	Att avgöra ifall kvinnlig omskärelse har ett samband med sämre sexuell funktion eller inte, och ifall det är skillnad mellan typ ett och typ tre. De vill även undersöka ifall kvinnlig omskärelse medför problem efter en förlossning, genom att följa med från inskrivningen på sjukhus till vaginal förlossning och sex månader efteråt.	En prospektiv observations kohortstudie, data insamlades under sex månader på sjukhus i Sudan eller sex månader efter förlossning. 230 omskurna kvinnor (67,8 % typ 3 och 32,2 % typ 1) och 190 icke omskurna kvinnor deltog. Australien är gjord i Sudan.	Smärta vid samlag (76 %), blödning efter första samlaget (35,2 %), minskad sexuell lust (62,6 %), minskad sexuell tillfredsställelse (40,9 %) och behov av att klippas upp inför första samlaget (30,4 %). Vid förlossningar behövde 76,4 % en episiotomi. Kvinnlig omskärelse var i denna studie en tydlig faktor till sexuella komplikationer. Typ av kvinnlig omskärelse hade ingen tydlig inverkan på komplikationerna.

## 5 Hur ska vi förstå varandra? – En kvalitativ studie om barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål på BB och förlossning: Sara Jansson

### Abstrakt

År 2016 minskade antalet personer som pratar något av de inhemska språken i Finland med 8 000 och antalet personer med främmande modersmål ökade med 24 000 (Statistikcentralen 2017). Genom detta arbete vill respondenten lyfta fram kommunikationens värde i vården av kvinnor under en förlossning och på BB-avdelning.

Syftet med studien är att beskriva barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål i mödravård i sjukhusmiljö.

Datainsamlingen bestod av intervjuer med sju barnmorskor. Intervjuerna transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008).

Genom analysen bildades fem huvudteman för resultatet: *Att överkomma språkbarriären; Skillnader mellan förlossning och BB-avdelning; Mötet; Vården; Vårdrelationen*. I resultatet framkommer att barnmorskorna upplever det utmanande och givande att vårda kvinnor med främmande modersmål. Barnmorskorna upplever att det viktigaste för att uppnå en god vårdrelation med kvinnor med främmande modersmål är att visa att man bryr sig och att vara närvarande. Barnmorskorna nämner också vilka hjälpmedel de använder för att underlätta kommunikationen. Det är viktigt att kvinnan får tillräckligt med stöd under förlossningen för att hjälpa henne hantera smärtan. Resultatet speglades mot Coffmans och Rays (1999) teori om ömsesidig interaktion (eng. mutual intentionality).

Förslag på förbättringar inom vården är att en tolk skulle träffa kvinnan varje dag medan hon är på BB och tolkar skulle vara tillgängliga dygnet runt. För att öka stödet för kvinnor som saknar anhöriga under förlossningen, kan tillgängligheten till doulor med gemensamt språk med kvinnan öka.

**Nyckelord:** barnmorska, BB, erfarenhet, förlossning, invandrare, kommunikation, upplevelse





**Title:** How are we going to understand each other? – A qualitative study about midwives' experience of communicating with women who speak a foreign language in the maternity and postnatal ward

### **Abstract**

In 2016 the number of people speaking any of the native languages decreased with 8 000 and the amount of people speaking foreign languages increased with 24 000 (Statistikcentralen 2017). With this study the respondent wants to highlight the value of communication when caring for women in a maternity and postnatal ward in a central hospital.

The aim of this study is to describe midwives' experience of communicating with women speaking a foreign language during maternity care in a hospital setting.

The data was collected through interviews with seven midwives. The interviews were then transcribed and analysed through qualitative content analysis according to Elo and Kyngäs (2008).

The analysed data was divided into five main themes describing the midwives' experiences: *To overcome the language barrier; Differences between labour care and postnatal care; The encounter; The care; The caring relationship*. The results show that giving care to women with a foreign language is both challenging and rewarding. The midwives believe that the most important factor to achieve a good caring relationship with the women is to show compassion and to be present. It is important that the women are supported during delivery to help them cope with the pain. The midwives also discussed the methods they use to be able to communicate with the women. The result was reflected to Coffman's and Ray's (1999) theory about Mutual Intentionality.

To improve the care, an interpreter could meet the woman every day on the postnatal ward and interpreters could be available twenty-four-seven. In order to increase the support for women without relatives during labour, the accessibility to doulas who speak the same language as the women could to be improved.

**Keywords:** Communication, Experience, Foreign, Immigrant, Labour, Midwife, Postnatal care

## 5.1 Introduktion

Föreställ dig att du flyttar till ett land där de talar ett språk du inte kan. Det kan vara Spanien eller kanske Kina. Efter någon månad i det nya landet blir du gravid. Du ska fortfarande bo kvar och inte åka tillbaka till Finland igen. Efter nio månader är det dags att föda, du kan ännu inte det nya språket flytande, men några få ord har du i förrådet. Din partner, som kan språket, är fast i trafiken på väg till sjukhuset. Din läkare eller barnmorska, vem det nu är som förlöser i det nya landet, kan inte engelska och absolut inte finska eller svenska. Du blir lite orolig över hur förlossningen ska gå då ni inte delar ett gemensamt språk och din partner inte hunnit dit ännu.

Med det ökade antalet personer som talar främmande språk i Finland, ökar även antalet kvinnor med främmande modersmål inom mödravården. Enligt statistikcentralen hade 353 993 personer av befolkningen i Finland främmande modersmål i slutet av 2016. Av dessa pratade ca 75 000 ryska, 49 000 estniska, 22 000 arabiska och 19 000 somaliska. Antalet personer som pratar något av de inhemska språken minskade med 8 000 och antalet personer med främmande modersmål ökade med 24 000. (Statistikcentralen 2017)

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785) ska patientens kultur och modersmål tas i beaktande inom vården (§3, mom. 2). Om inget gemensamt kontaktspråk hittas eller patienten själv ordnar tolkningen, ska enligt språklagen (2003/423) tolk tillkallas (§18, mom. 3). På Vasa Centralsjukhus tillkallades tolk totalt 1 666 gånger år 2016, vilket är ca 2 000 timmar. Det behövdes tolkning från och till 25 olika språk. Sjukhuset använde sig också av personalens olika språkkunskaper och även anhöriga användes som tolk (Vasa Centralsjukhus 2017).

Intresset för att göra denna studie har ökat efter hand då jag tänkt på hur kort vårdkontakten är på förlossnings- och BB-avdelningar. En förlossning, om den inte sätts igång, är inte planerad och tolkar är inte alltid tillgängliga. Så hur är upplevelsen för barnmorskan eller läkaren som ska förlösa dig i det nya landet då denne försöker sitt bästa för att kommunicera med dig och få dig att känna dig trygg?

## 5.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att beskriva barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål inom mödravård i sjukhusmiljö. Denna studie görs för att öka kunskapen om kommunikationens värde på förlossnings- och BB-avdelningar och ta reda på hur barnmorskor överkommer språkbarriären.

För att uppnå syftet ställs två forskningsfrågor:

Fråga 1: Vilka erfarenheter har barnmorskor av att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål?

Fråga 2: Hur upplever barnmorskor att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål?

## 5.3 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrunden beskrivs kultur inom vården, kommunikation inom vården, mödravård i sjukhusmiljö och tidigare forskning om vårdares upplevelser. Eftersom syftet med studien är inriktad på mödravård i sjukhusmiljö ligger fokus på förlossnings- och BB-avdelning.

### 5.3.1 Kultur inom vården

Herlitz definierar kultur som en typ av gemensam livsform där människorna beter sig på liknande sätt (Herlitz 2006, 9). Denna livsform och beteende formas av gemensamma värderingar, tro, normer, traditioner, utövningar och materiell och icke-materiell information. Vi lär oss från barnsben hur den kulturella gruppen fungerar och anpassar oss efter den, vilket sedan formar oss till dem vi är och som vi för vidare från generation till generation (Leininger & McFarland 2002, 73; Newman Giger & Davidhizar 2008, 2).

Trots likheterna människorna emellan inom en kultur kan man inte säga att alla individer är likadana och tänker på samma sätt. Utöver att vi hör till en stor kultur hör även varje individ till mindre kulturer och grupperingar, så kallade subkulturer, som har sina önskade beteenden och tillåtna uppföranden. Dessa subkulturer kan exempelvis vara kamratkrets, arbetsplats och grannskap. (Herlitz 2006, 16–17)

Herlitz (2006, 19) påstår att kulturen inte ständigt är den samma utan kan förändras tack vare människorna som lever i den eller på grund av rådande förhållanden. Det sker ständigt en växelverkan mellan kultur och individ, där de båda påverkar varandra. Flyttar vi till ett annat land anpassar vi oss till den nya kulturen och kommer människor från den nya kulturen till ett land påverkas den ursprungliga kulturen (Wikberg 2014, 43). Då en person flyttar till ett nytt land är det inte enbart språk och kulturella koder som denne ska anpassa sig till. Även dofter, ljud och färger kan vara nya och främmande (Herlitz 2006, 24). Vid flytten tar individen med sig sin kultur och väljer själv hur mycket man vill låta sig påverkas av den nya kulturen. Man kan anpassa sig till den nya kulturen genom att tona ner det kulturellt och etniskt specifika som skiljer en ur mängden eller tvärtom, betona det extra mycket. Det kan även hända att man isolerar sig helt från det nya samhället och enbart umgås med andra personer som delar samma språk och traditioner. (Herlitz 2006, 25, 28–30)

Det finns kulturella skillnader, inte enbart traditioner och levnadssätt, utan även synen på orsak till sjukdom och lidande skiljer sig kulturer emellan (Wikberg 2014, 96). Vårdandet påverkas av vårdarens kulturella kompetens och patientens anpassning till den nya kulturen. I en god vårdande relation ska patientens kulturella bakgrund tas i beaktande och respekteras (Wikberg 2014, 23, 43, 96). Vården ska vara patientcentrerad och ske utgående från patientens kultur för att minska lidandet. Tas patientens kultur med i vården främjas hälsa, välbefinnande och tillfredsställelse (Galanti 2008, 2; Wikberg 2014, 23, 43).

Vårdaren ska lyssna till det patienten har att säga vilket ökar dennes känsla av välvilja. Genom att anpassa vården till individen uppnås respekt och patienten kan känna sig trygg. Vårdaren ska vara närvarande, lyssna, ha vänligt bemötande och vara öppen för att lära sig om patientens kultur för att nå och upprätthålla en god vårdrelation (Wikberg 2014, 99–100). Då fördomar och rasism uppstår inom vården ökar patientens lidande och förtroendet minskar. Patienten har då svårare att hålla sig till rekommendationerna, avbryter vården eller i värsta fall undviker vården helt (Wikberg 2014, 97).

### **5.3.2 Kommunikation inom vården**

Kultur och språk kan inte särskiljas enligt Hanssen (2008, 43) och Herlitz (2006, 13) stöder även detta påstående, genom att säga att alla kulturer har en egen grammatik, precis som

språket byggs upp av grammatik. Den kulturella grammatiken styr beteenden, symboler, regler och värderingar. Grammatiken påverkar hur vi använder kroppsspråket och hur nära vi står den vi kommunicerar med (Herlitz 2006, 13).

Kommunikation betyder kontakt mellan människor och överföring av information (Svenska akademiens ordlista 2015). Kommunikationen delas in i en verbal och icke-verbal del. Den verbala kommunikationen består av ord, grammatik, röstförändring, rytm i talet, hur snabbt man pratar, uttal och tystnad. Denna del utgör endast en tredjedel av kommunikationen. Den resterande delen är icke-verbal och består av ögonrörelse, ansiktsuttryck, beröring och kroppsspråk. (Hanssen 2008, 45; Newman Giger & Davidhizar 2008, 24)

Kommunikationen har flera mellanhänder. Den består av en sändare som ger ut informationen, ett överföringssätt som är signaler eller symboler, en mottagare och ett gensvar. Faktorer som påverkar denna process är fysisk och psykisk hälsa, ämnet som diskuteras, kunskap om ämnet, social färdighet, attityd mot den andra personen, personliga behov, och kulturella värderingar. (Newman Giger & Davidhizar 2008, 23)

Problem i kommunikationen sker när vårdaren och patienten inte pratar samma språk, de pratar samma språk men uppfattar språkets symbolik fel eller då patienten/anhörig nyanserar språket på annat sätt (Hanssen 2008, 60). Kommunikation är en viktig del i vårdandet, eftersom god kommunikation mellan vårdare och patient motiverar patienten att samarbeta med vårdaren och ta hand om sin egen hälsa. Då kommunikationen inte fungerar och det finns en kulturskillnad uppstår en känsla av hjälplöshet för både vårdaren och patienten. Om kommunikationen inte fungerar påverkas även patientens fysiska tillfrisknande negativt och förmågan att hantera smärta försämras (Newman Giger & Davidhizar 2008, 20–21).

Då patienten och vårdaren talar olika språk borde man vända sig till en professionell tolk. Den professionella tolken är neutral, har tystnadsplikt och har erfarenhet av att tolka. Tolken bör dessutom vara av samma kön som patienten, speciellt viktigt är detta för kvinnor på förlossningsavdelningar, eftersom graviditet och förlossning i vissa kulturer inte diskuteras mellan olika kön. (Hanssen 2008, 60, 67–68)

Ibland används dock okvalificerade tolkar såsom familjemedlemmar. Att tillkalla hjälp från en okänd tolk kan för vissa patienter upplevas som förolämpande och uppfattas som ett tecken på att deras kunskaper i det nya språket inte är tillräckliga (Hanssen 2008, 63–64). Hanssen (2008, 64) skriver att orsaken till att inte tillkalla tolk framförallt är sparåtgärder, det tar både tid och pengar att ta hjälp av en tolk, medan en anhörig redan finns på plats. På grund av olika kulturell bakgrund kan det vara svårt för vårdaren att uppfatta vad patienten har på hjärtat, eftersom de inte delar samma referensram. Den anhöriga översätter inte allting allt och ibland är inte översättningen tillräckligt bra. En bra tolk är inte enbart tvåspråkig utan även bikulturell (Hanssen 2008, 65, 67).

### 5.3.3 Mödravård i sjukhusmiljö

Enligt den etiska koden för barnmorskor ska barnmorskan ta avstånd från maktutövning, kränkande bemötande, dålig eller utebliven vård och den individuella patientens kultur ska respekteras (International Confederation of Midwives 2014, 2). Barnmorskan ska möta kvinnan där hon är i livet och anpassa sitt arbete till kvinnans individuella behov. Kvinnan har rätt att få tillräckligt med information anpassad för henne för att kunna ta beslut och barnmorskan ska stödja hennes val (Suomen Kättilöliitto 2004).

Genom att barnmorskan ger kvinnan valfrihet, ger tillräcklig information, möter hennes önskemål, observerar och följer upp genom kommunikation och iakttagelser, ökar kvinnans känsla av trygghet och kontroll (Lindgren, Rehn & Wiklund 2014, 74). Under förlossningen ska barnmorskan vara lyhörd, visa empati, observera kvinnan och skapa en tillitsfull relation. Tryggheten hjälper kvinnan att släppa taget och följa med i förlossningsförloppet (Lundgren 2009a, 45; 2009b, 77). Barnmorskan kan visa sitt stöd, inte enbart genom ord utan även genom att visa det med sitt kroppsspråk. Kroppsspråket kan sända ut signaler som lugnar ner en orolig mamma och öka hennes självkänsla (Hogg 2009, 273).

Känslan av stöd inverkar på om kvinnan upplever en god förlossning eller inte. Stödet ska finnas där genom hela förlossningen med endast få korta avbrott. Barnmorskan sköter flera förlossningar samtidigt och har inte alltid möjlighet att ge tillräckligt med stöd åt kvinnan. Stödet kan då istället komma från partnern, familjemedlemmar, eller en doula (Lundgren 2009b, 75–76; Wikberg 2014, 99). I boken *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning* (Lindgren et al. 2014, 29) skriver författarna att det i flera studier har

visat sig att kontinuerligt stöd minskar smärtupplevelsen, minskar användningen av smärtstillande, ökar spontan vaginalförlossning, gör förlossningen kortare samt förbättrar förlossningsupplevelsen. Stödet upplevs också bättre ifall det kommer från en person som inte är anställd på avdelningen, till exempel en anhörig eller en doula (Lundgren 2009b, 75).

Doula kommer från grekiskans ord för *en stödjande kvinna som är med under förlossningen*. Ett annat ord för doula är hjälpkvinna. Dessa hjälpkvinnor användes mycket förr i tiden och är en sed som håller på att komma tillbaka (Lundgren 2009b, 75). Speciellt för kvinnor som saknar anhöriga kan doulan vara ett bra stöd. Kvinnan träffar doulan före och efter förlossningen och får på så vis ett starkare band till denna hjälpkvinna. Under förlossningen hjälper doulan till med kommunikationen mellan kvinnan och barnmorskan. Doulan ger information till kvinnan och hjälper henne att uttrycka sina behov och önskemål (Lundgren 2009b 75–76; Lindgren et al. 2014, 29).

Någon timme efter förlossningen förflyttas den nyblivna mamman till en postpartumavdelning, BB (Vasa Centralsjukhus 2016). På BB är barnmorskans roll att övervaka mamman och barnet, ge handledning om amning och barnavård, stöda föräldrarna att anpassa sig till den nya rollen, informera om kvinnans fysiska och psykiska återhämtning, samt ha ett postpartumsamtal (Ellberg 2009, 433). Postpartumsamtalet sker 1–3 dagar efter förlossningen då föräldrarna och barnet hunnit återhämta sig. Samtalet ger möjlighet för föräldrarna, eller modern och den som deltog under förlossningen, att ventilera sina tankar och bearbeta de känslor som uppstått (Ellberg 2009, 435). Föräldrarna får möjlighet att ställa frågor om förlossningen och om de upplevde någonting traumatiskt. Faktorer som kan påverka hur öppet föräldrarna vill diskutera känslorna är deras personligheter och hurdan kultur de har (Ellberg 2009, 435). Barnmorskan ska vara lyhörd och lyssna till föräldrarna så att de känner att de kan uttrycka sina känslor, både positiva och negativa, samtidigt kan barnmorskan lägga märke till tecken som senare kan leda till allvarigare psykiska reaktioner (Ellberg 2009, 435). 1–3 dagar efter förlossningen får den nyblivna familjen åka hem (Vasa Centralsjukhus 2016).

#### **5.3.4 Vårdares upplevelser**

Detta kapitel är en sammanfattning av artiklar som berör vårdares upplevelser av kommunikation och användning av tolk. Artiklarna har sökts fram på databaserna CINAHL



with Full Text, EBSCO Academic Search Elite och PubMed. Sökorden som använts är: *midwife, communication, immigrant, labour, foreign* och *experience*, i olika kombinationer. Sökningarna begränsades så att artiklarna inte är äldre än 2007, med undantag av en artikel som är från 2003. Artikeln skriven av Wikberg, Eriksson och Bondas är tagen ur en doktorsavhandling skriven av Wikberg (2014) och har inte sökts fram via databaserna.

Respondenten läste först artiklarnas rubriker och om någon rubrik stämde in på det som söktes lästes abstraktet. Därefter lästes artiklarna igenom i sin helhet för att sedan avgöra om de är relevanta för denna studie. Totalt valde respondenten att använda 8 artiklar. Artikeln från 2003 är den enda av de valda artiklarna som beskriver barnmorskors upplevelser av kommunikation i akuta situationer, såsom en förlossning. Innehållet är relevant och användbart i denna studie och respondenten valde därför att ta med den trots att den är skriven tidigare än 2007.

I flera av artiklarna framkommer det att icke fungerande kommunikation och språkbarriären är de största utmaningarna i vårdandet av utländska kvinnor (Ng & Newbold 2011, 564; Akhavan 2012, 4; Wikberg, Eriksson & Bondas 2012, 645; Balaam, et al. 2013, 1924; Boerleider, Francke, Manniën, Wieggers, & Devillé 2013, 1662; Haith-Cooper 2014, 800). Kommunikationen är viktig för att låta patienten ta del av sin egen vård, bygga upp en god vårdrelation, få patienten att känna sig trygg och ökar patientens förtroende för vårdaren (Akhavan 2012, 4; Haith-Cooper 2014, 802; Hemberg & Vilander 2017, 827). Bristfällig kommunikation och kulturella olikheter bidrar till att utländska kvinnor söker vård mer sällan och saknar kunskap om hur vårdsystemet fungerar, vilket sätter dem i en skör situation (Ng & Newbold 2011, 570; Akhavan 2012, 5; Wikberg, Eriksson & Bondas 2012, 645; Balaam et al. 2013, 1924; Boerleider et al. 2013, 1662).

För att underlätta kommunikationen ska vårdaren vara kreativ (Hemberg & Vilander 2017, 826). Flera av artiklarna nämner att vårdarna använder sig av kroppsspråk, tolk, bilder och broschyrer på flera olika språk för att kommunicera (Cioffi 2003, 302; Akhavan 2012, 7; Boerleider et al. 2013, 1664; Hemberg & Vilander 2017, 826). Användningen av professionell tolk ansågs vara till stor hjälp (Akhavan 2012, 7). Men det kunde också vara problematiskt. Talade patienten ett ovanligt språk kunde det vara svårt att hitta en tolk som talade samma språk som patienten (Cioffi 2003, 301). I akuta situationer, som en oplanerad förlossning, var det inte alltid möjligt att få en tolk på plats och inte på nätter

och helger (Cioffi 2003, 302; Haith-Cooper 2014, 798). Vid nödfall kunde man använda telefontolkning, men det upplevdes som obekvämt (Cioffi 2003, 302). Andra problem vid användningen av professionell tolk var också mängden information som gick att tolkas på en gång, om tolken tolkade rätt, och tiden det tog att använda tolk (Cioffi 2003, 302; Akhavan 2012, 7; Haith-Cooper 2014, 799).

Då ingen professionell tolk har möjlighet att komma, är det lätt att använda anhöriga som tolk istället. Enligt Hemberg och Vilanders (2017, 828) studie upplever vårdarna det lättare att använda den anhörige som tolk, eftersom denne känner patienten väl och då också får ta del av vården. Däremot nämns i flera andra studier problematiken med att använda en anhörig som tolk. Det uppstår frågor om den anhöriga tolkar allting, hur bra tolkningen blir, konfidentialitet och missförstånd (Ng & Newbold 2011, 570; Haith-Cooper 2014, 799). Används mannen som tolk kan det hända att han fattar besluten, utan att fråga kvinnan (Haith-Cooper 2014, 799). Användningen av översättningsprogram skulle underlätta kommunikationen och vårdaren kan då vara säker på att patienten får rätt information, men ännu 2014 (802) ansåg Haith-Cooper att de inte var tillräckligt utvecklade för att kunna användas inom vården.

Vårdarna upplevde det både utmanande och givande att vårda kvinnor med främmande modersmål och annan kultur (Cioffi 2003, 303; Boerleider et al. 2013, 1662). De kulturella utmaningarna var traditioner som går emot barnmorskans rekommendationer och patientens syn på barnmorskans kompetens (Ng & Newbold 2011, 567; Boerleider et al. 2013, 1663). Både patienten och vårdaren behöver respektera varandras kulturer för att få en god vårdrelation (Hemberg & Vilander 2017, 827). Vid vård av en patient från en främmande kultur är det viktigt att visa omsorg genom att vårdaren är empatisk, vänlig, respektfull och ger tid för patienten (Cioffi 2003, 303; Balaam et al. 2013, 1927; Hemberg & Vilander 2017, 825). Vårdarna föreställde sig även hur det skulle vara att vara i patientens situation för att uppnå en bättre vårdrelation (Cioffi 2003, 303).

#### **5.4 Teoretisk utgångspunkt**

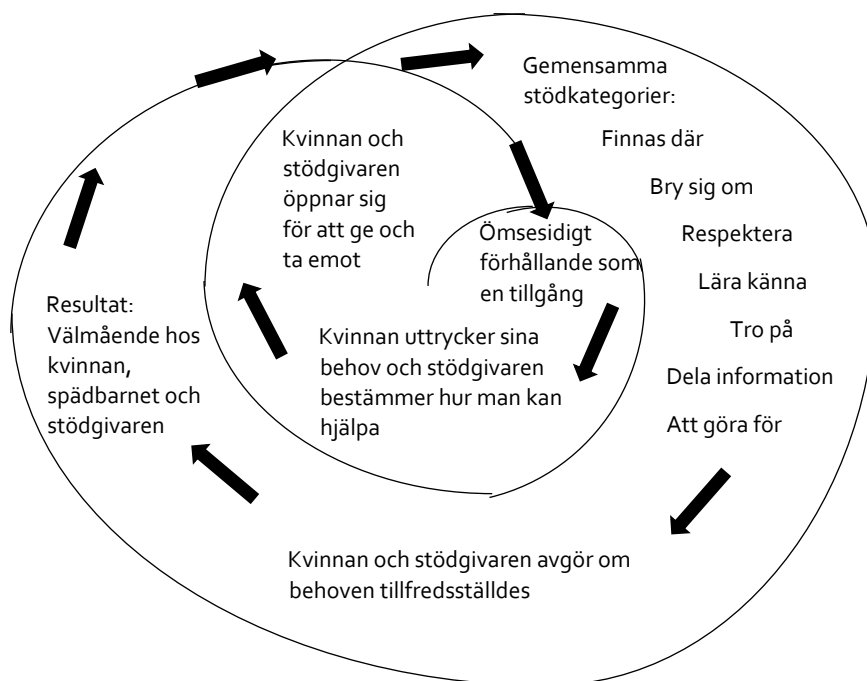
Till denna studie har Coffmans och Rays teori om ömsesidig interaktion (eng. mutual intentionality) valts, som teoretisk utgångspunkt. Denna teori valdes, eftersom den på ett tydligt sätt förklarar vilka faktorer som påverkar hur känslan av stöd hos den gravida kvinnan uppnås. I teorin framkommer även kommunikationens vikt i relationen mellan

vårdaren och patienten. Teorin använder benämningen stödgivare i betydelsen närstående. Men i de fall där kvinnan inte har anhöriga kan barnmorskan fungera som den huvudsakliga stödgivaren.

Coffmans och Rays studie har syftet att utforska utvecklingen av socialt stöd hos unga afroamerikanska kvinnor med högrisk graviditet, samt att skapa en modell utgående från studien för att bättre förstå hur stödprocessen ser ut. Tidigare har det gjorts studier på hur det sociala stödet påverkar graviditeten, men själva processen hur den gravida kvinnan och hennes närstående ger och tar emot stöd har inte undersökts tidigare. (Coffman & Ray 1999, 480–481)

Stödets förlopp illustreras som en spiral (Figur 1) för att symbolisera ett föränderligt förhållande mellan den gravida kvinnan och stödgivaren. Pilarna representerar det naturliga förloppet av hur stödet uppnås. (Coffman & Ray 1999, 483)

### Hela stödprocessen sker inom en föränderlig och sociokulturell kontext



**Figur 1.** Coffmans och Rays modell av stödprocessen utgående från teorin om ömsesidig interaktion (eng. mutual intentionality) (1999, 484). Fritt översatt av respondenten.

*Ömsesidigt förhållande som en tillgång.* Att ge och ta emot stöd är en avsiktlig process inom det ömsesidiga förhållandet. För att uppnå en tillitsfull relation ska kvinnan känna att

barnmorskan möter de behov hon har och genom att lita på barnmorskan känner kvinnan stödet i relationen. (Coffman & Ray 1999, 483–484)

*Kvinnan uttrycker sina behov och stödgivaren bestämmer hur man kan hjälpa.* Behoven kvinnan uttrycker påverkas av hennes personliga styrkor, värderingar, kultur, hälsa, kunskapsnivå samt av fostret. Många behov är konstanta och kräver kontinuerligt stöd, till exempel hälsa, glädje, trygghet och tröst. Då kvinnan uttrycker sina behov är det upp till stödgivaren att avgöra hur behoven ska tillfredsställas. För barnmorskan kan det vara att man delar med sig av sin kunskap, ger information eller erbjuder vård. (Coffman & Ray 1999, 484–485, 491)

*Kvinnan och stödgivaren öppnar sig för att ge och ta emot,* detta är även kärnan i modellen. Den handlar för stödgivaren om att aktivt ge den hjälp som kvinnan söker efter, och för kvinnan att aktivt ta emot den hjälp som erbjuds. (Coffman & Ray 1999, 485)

*Gemensamma stödkategorier.* Dessa kategorier beskriver vad som är stödjande enligt de gravida kvinnorna och deras närstående. Huvudkategorin är att *finnas där*, med underkategorierna: *bry sig om, respektera, lära känna, tro på, dela information och att göra för* (Coffman & Ray 1999, 487). *Finnas där* innebär att en person finns där för kvinnan och är villig att ge henne den hjälp hon behöver, det kan vara en anhörig eller barnmorskan. Bara vetskapen om att någon kan ge henne stöd kan vara stödjande i sig själv (Coffman & Ray 1999, 486). *Bry sig om* är att visa kärlek, empati, ömhet, trösta och dela med sig. Barnmorskan kan genom att använda kvinnans förnamn, fråga hur hon mår, samt dela sorg och glädje med henne visa att hon bryr sig (Coffman & Ray 1999, 487). *Respekt* fås genom att kommunicera öppet och ärligt. Det är viktigt att acceptera och bekräfta varje gravid kvinna så som hon är och inte döma eller avvisa henne (Coffman & Ray 1999, 487). Att *lära känna kvinnan* uppnås genom att lyssna på henne, visa förståelse, dela med sig av egna erfarenheter och se henne. Hon känner sig då som en person och inte ett objekt (Coffman & Ray 1999, 487). *Tro på* innebär att kvinnan och stödgivaren tror på varandras förmågor att uppmuntra, stötta, hjälpa och klara av svåra situationer (Coffman & Ray 1999, 488). Till *dela information* hör att kommunicera, lära och ge råd. Det förväntas av barnmorskan att ha tillräcklig kunskap för att ge rätt information (Coffman & Ray 1999, 488). Med *att göra för* menas att barnmorskan förser kvinnan med tillbehör som behövs för att vårda babyen eller erbjuder olika tjänster, exempelvis ordna transport. För

närstående innebär det att hjälpa kvinnan i vardagen och finnas där för henne (Coffman & Ray 1999, 488).

*Kvinnan och stödgivaren avgör om behoven tillfredsställs.* Stödgivaren ska vara uppmärksam på vilka behov kvinnan uttrycker och hjälpen som erbjuds behöver möta hennes behov. Detta är nyckeln till att stödprocessen ska fungera och ha positiv effekt. (Coffman & Ray 1999, 488, 490)

*Resultat: välmående hos kvinnan, spädbarnet och stödgivaren.* Hos kvinnan tar detta sig i uttryck genom ökad självkänsla, andlig förnyelse, och försoning med familj och vänner. Relationen mellan kvinnan och hennes stödgivare kan förstärkas och förändras ifall kvinnan har fått tillräckligt med stöd, men otillräckligt stöd kan leda till att relationen eller vårdförhållandet avslutas. (Coffman & Ray 1999, 489)

## **5.5 Genomförande av studien**

I detta kapitel kommer datainsamlingsmetod, urval av deltagare, kvalitativ innehållsanalys och etiska aspekter som använts i denna studie att beskrivas. Det redogörs också för det praktiska genomförandet under varje rubrik.

### **5.5.1 Kvalitativ forskningsmetod**

Syftet med denna studie är att beskriva barnmorskors erfarenheter och upplevelser genom att använda kvalitativ forskningsmetod bestående av intervjuer. Denna metod har fokus på mötet mellan intervjuaren och informanten (Danielson 2012a, 165). Den får fram kunskap om hur ett fenomen tolkas och erfars av personer som tagit del av detta. Informanten får med egna ord beskriva hur denne upplevt ett fenomen och ökar på så vis intervjuarens förståelse för upplevelsen (Henricson & Billhult 2012, 132). Kvalitativ forskningsmetod är ämnad för en mindre grupp personer (Danielson 2012a, 165) och i denna studie deltog 7 barnmorskor.

Intervjuerna bestod av 8 öppna frågor som var semistrukturerade (Bilaga 1). Frågorna skapades på förhand och fungerade som stöd för intervjuerna (Danielson 2012a, 167). Respondenten anpassade sig till vad som kom upp i intervjuerna och både informanten och respondenten hade möjlighet att påverka hur resultatet utformades. Denna

intervjumetod valdes för att informanterna fritt skulle berätta om sina erfarenheter och upplevelser och då ge ett rikt material att analysera (Danielson 2012a, 167).

Under intervjuernas gång märkte respondenten att frågorna inte gav tillräckligt svar på frågeställningen i studien. Respondenten valde att lägga till två frågor och en följdfråga. Frågorna som lades till var *Upplever du att du kan ge samma stöd åt kvinnor med främmande modersmål som åt finländska kvinnor?* och *Hur upplever du att relationen till kvinnor med främmande språk blir?* Följdfrågan var *Hur upplever du att använda familjemedlem som tolk?*

### **5.5.2 Urval av deltagare och genomförande av intervjuerna**

För att delta i studien behövde informanterna arbeta som barnmorska i förlossningssalen eller på BB och på grund av respondentens språkkunskaper, kunna prata flytande svenska. För att få tillräckligt med material var det önskvärt att 7–10 barnmorskor skulle ställa upp för intervju. Sammanlagt deltog 7 barnmorskor som har 4–30 års erfarenhet av att arbeta både på förlossning och BB eller på någondera.

Intervjuerna utfördes under barnmorskornas arbetstid i ett skilt rum på avdelningen eller i personalens kafferum. Intervjuerna spelades in på respondentens telefon med lov av barnmorskorna. Det tog i medeltal 17 minuter att utföra en intervju och sammanlagt blev det 120 minuter inspelat material. Efter intervjuerna lyssnade respondenten genom dem och transkriberade allting. Intervjuerna lyssnades genom flera gånger för att försäkra att transkriberingen och det inspelade materialet stämde överens. Sammanlagt blev det 50 sidor skrivet material.

### **5.5.3 Kvalitativ innehållsanalys**

Den kvalitativa innehållsanalysen är en metod som passar när skrivet, visuellt eller verbalt material ska analyseras (Elo & Kyngäs 2008, 107). Innehållsanalysens syfte är att beskriva variationer genom att identifiera likheter och olikheter i texterna (Hällgren Graneheim & Lundman 2012, 189). Den tillåter forskaren att testa teoretiska problem och ökar förståelsen för materialet (Elo & Kyngäs 2008, 108). Syftet med denna studie är att beskriva och öka förståelsen för barnmorskornas upplevelser och erfarenheter utgående från de transkriberade intervjuerna. Vilket gör att den kvalitativa innehållsanalysen passar för denna studie. Analysen kommer huvudsakligen att ske utgående från Elo och Kyngäs förklaring på den kvalitativa innehållsanalysprocessen.

Innehållsanalysen kan utgå ifrån en induktiv eller deduktiv ansats (Elo & Kyngäs 2008, 109). Den induktiva innehållsanalysen utgår inte från en modell eller en teori utan baserar sig på upplevelser som kommer fram i datamaterialet (Danielson 2012b, 335). För denna studie valdes därför den induktiva metoden för att ge svar på syftet.

Den induktiva innehållsanalysprocessen delas enligt Elo och Kyngäs (2008, 110) in i 3 faser: *förberedelsefas*, *organiseringfas* och *rapporteringsfas*. I förberedelsefasen läste respondenten genom de transkriberade intervjuerna flera gånger för att förstå texterna och få en tydlig helhetsbild (Elo & Kyngäs 2008, 109). Nästa steg i processen var organiseringsfasen, till den hör öppen kodning, att bilda kategorier och abstraktion. Vid den öppna kodningen skrevs anteckningar ner i marginalen samtidigt som materialet lästes genom (Elo & Kyngäs 2008, 109). De anteckningar som hade likadant innehåll markerades med en gemensam färg i texterna. Fem olika färger användes; grått, rosa, turkos, gult och grönt. För varje färg skapades skilda dokument där anteckningarna ingick. I varje dokument organiserades de färgade citaten enligt likadant innehåll och gemensamma kategorier skapades utgående från innehållet (Elo & Kyngäs 2008, 111). Abstraktion innebär att ett samlingsnamn, tema, skapas utgående från innehållsspecifika ord ur kategorierna (Elo & Kyngäs 2008, 111). Resultatet blev fem övergripande teman innehållande kategorier och underkategorier. I rapporteringsfasen presenterades resultatet i en tabell. För att öka trovärdigheten ytterligare användes citat ur materialet för att visa läsaren ursprunget av resultatet (Elo & Kyngäs 2008, 112).

#### **5.5.4 Etiska aspekter**

För att denna studie ska vara tillförlitlig och etiskt giltig följer den anvisningar för god vetenskaplig praxis. Det innebär att respondenten utför studien på ett hederligt, omsorgsfullt och noggrant sätt (Forskningsetiska delegationen 2012). Respondenten har angett alla källor som använts och texten är skriven med egna ord. För att förstärka trovärdigheten i resultatet används citat ur intervjuerna. Eftersom denna studie endast har en författare är det extra viktigt att hänvisa till noggrannheten och inte låta egna åsikter påverka utformningen (Forskningsetiska delegationen 2012).

Före informanternas kontaktades skickades en anhållan om lov att utföra studien till ansvarig överskötare (Forskningsetiska delegationen 2009). Efter godkännande skickades ett informationsbrev per e-post till ansvarig avdelningsskötare som sedan

vidarebefordrade informationen till barnmorskorna (Bilaga 2 och 3). I informationsbrevet framgick syftet med studien, datainsamlingsmetoden, beräknad tid för intervjuerna, hur materialet kommer att användas, att deltagandet är frivilligt och kontaktuppgifter vid intresse att delta i studien. Informanter har rätt att få tillräckligt med information om studien, innan de beslutar om de vill delta eller inte (Forskningsetiska delegationen 2009). Intervjufrågorna skickades ut tillsammans med informationsbrevet så att informanterna kunde bekanta sig med dem. Före intervjuerna började, skrev informanterna under ett skriftligt samtycke.

För att skydda informanterna ska det inte vara möjligt att identifiera vem som deltagit då studien publiceras (Forskningsetiska delegationen 2009). Alla identifierbara uppgifter har tagits bort ur materialet, såsom namn, arbetsplats och orter. Det insamlade datamaterialet ska behandlas på ett omsorgsfullt sätt och inte sparas på oskyddade ställen (Forskningsetiska delegationen 2009). Ljudfilerna sparades på respondentens telefon som har säkerhetskod och raderades efter fullständig transkribering. Allt datamaterial sparades på respondentens dator som har lösenord. Säkerhetskopior har sparats på respondentens Dropbox som enbart respondenten har tillgång till. De identifierbara uppgifter som sparats för fortsatt kontakt har förvarats på ett annat ställe än analysmaterialet. Efter publicerad studie ska allt datamaterial förstöras (Forskningsetiska delegationen 2009), respondenten kommer att förstöra datamaterialet efter publicerat utvecklingsarbete.

## **5.6 Resultat**

Nedan kommer resultatet för denna studie att redogöras med en utförlig förklaring till alla teman och kategorier. För att få en överskådlig helhet finns en tabell över resultatet bifogad i slutet av arbetet (Bilaga 4).

Respondenten fann genom analysen fem övergripande teman: *Att överkomma språkbarriären*, *Skillnader mellan förlossning och BB-avdelning*, *Mötet*, *Vården* och *Vårdrelationen*. Dessa teman är indelade i kategorier och underkategorier. Till varje underkategori finns citat från intervjuerna som blivit namngivna för att göra dem mer personliga. Det har kontrollerats med de informerade samtycken att namnen som används inte är barnmorskornas riktiga namn. För att inte låta egna tolkningar påverka



citaten har de inte blivit renskrivna till standardsvenska utan är skrivna så som barnmorskorna har uttryckt sig.

### **5.6.1 Att överkomma språkbarriären**

Det första temat beskriver hur barnmorskorna går till väga för att överkomma språkbarriären och kunna kommunicera med kvinnor med främmande modersmål. Barnmorskorna är kreativa i sitt arbete och använder många olika metoder. Kroppsspråket är det hjälpmedel som barnmorskorna använder mest, följt av den professionella tolken. Finns inte en professionell tolk tillgänglig kan den anhörige tolka istället, om inte kvinnan kommer till sjukhuset ensam. Det finns utmaningar med alla de olika hjälpmedlen och de ersätter inte ett gemensamt språk. Temat har tre kategorier: *Olika sätt att kommunicera*, *Anhörig som tolk* och *Professionell tolk*. Alla tre kategorierna har flera underkategorier.

#### **Olika sätt att kommunicera**

Den första kategorin delas in i fem underkategorier: *Kroppsspråk*, *Bilder som stöd*, *Material på andra språk*, *Översättningsprogram* och *Hjälpmedlen ersätter inte ett gemensamt språk*. Dessa beskriver vilka hjälpmedel barnmorskorna använder för att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål och hur de upplever att använda dessa hjälpmedel. Oftast förstår kvinnorna vad barnmorskorna menar då de använder de olika hjälpmedlen, men ibland krävs det att barnmorskorna försöker på flera olika sätt för att kvinnan ska förstå.

#### **Kroppsspråk**

Hjälpmedlet som barnmorskorna använder mest är sin egen kropp. I situationer där det inte finns tillgång till något annat kommunikationssätt är kroppsspråket nära till hands. Barnmorskorna upplever att de kan visa mycket genom olika miner och gester, och i de flesta fall förstår kvinnan vad de menar.

*”En annan sak e de att om de kommer sådana situationen att måste få dom att veta hu di ska göra att... ibland måste man, om man vill att di gå på alla fyra så måste man själv till alla fyra”* Laura

*”... hadd en gång en kvinna no som va helt ensam, mannen va hemma me dihär andra barnen, å hon prata ingenting, inget annat än sitt eget språk, så där va no bara kroppsspråk... ofta så brukar man klara sig på dom få ord som man kan kommunicera me å kroppsspråk, att oftast så brukar e gå”*

Emilia

*”... om int e går me ord... till exempel, så då e ju kroppsspråke väldigt viktigt, man kan vis jätte myki... allt möjligt me miner å... liksom kroppsspråk å sådär å gester... å sånt, så he funkar ju rätt så bra...”*

Monika

## Bilder som stöd

Barnmorskorna nämner att de på avdelningarna har tillgång till bilder med olika situationer och ord på andra språk som de kan använda för att kommunicera. Däremot var det ingen av de intervjuade som själva använde sig av detta i sitt arbete. Det kan bero på att de nyligen börjat använda bilderna på avdelningen och barnmorskorna inte hunnit bekanta sig med dem ännu.

*"... jo he har vi ju åxå (bilder), men ja tycker faktiskt int att ja använder di så mycke. Ja vet int att ere för att vi ha int haft di förr att man ha int lärt sej att vi har dom, man kommer int på att gå hämt di"*

Karin

*"... nå vi har ju sånahär... va heter e nu... bildstöd... ha vi, ha vi nyligen fått. (...) Så där hadd dom laga färdit sånhär bild stöd, me olika sånde situationer å ord där e finns på olika språk då, på svenska och dehär andra språke. Ja ha int använt mig så myki av e, he ha ja int måst ja erkänna. men att ja vet att några av mina kollegor ha använt de. Så att... no ha de vari ti hjälp ha ja förstått."*

Emilia

## Material översatta till andra språk

Några av de material som barnmorskorna använder har också blivit översatta till de vanligaste invandarspråken, så som engelska, ryska och somaliska. De material som är översatta är information och föreskrifter som ges ut på BB. Pratar däremot kvinnan ett mer ovanligt språk eller en dialekt finns inte materialet översatt till det språket. Materialen kräver också att kvinnan eller hennes anhörig är läskunnig för att kunna förstå vad det står.

*"Att dehäran om di bara e läskunniga så... så har vi information att ge... åså har vi ju då på några språk liksom av en del av våra föreskrifter ha vi på andra språk å du kan ge dem åt, åt föräldrarna å be att di sir igenom dem"* Lisa

*"... sen vi har ju printade sånhär... från olika länder... uttryck å bilder som vi kan visa å fråga, vi har en vet int fem sex olika språk å visa å fast, fö alla kan ju int läsa heller så de räcker ju int me att man ger text åt dom fö dom förstår int"* Johanna

## Översättningsprogram

Olika översättningsprogram, bland annat Google translate, är bra hjälpmedel för att få en dialog med kvinnan. Har kvinnan funderingar kan hon använda ett översättningsprogram som översätter till barnmorskans språk som då förstår vad hon undrar. Barnmorskorna kan på samma vis skriva in sitt svar eller sin fråga till kvinnan genom översättningsprogrammet och kvinnan får då informationen på sitt egna språk. Det är även användbart då kvinnan inte kan läsa eller skriva, eftersom hon då kan prata på sitt språk och det översätter till barnmorskans språk. Däremot ifrågasätter barnmorskorna tillförlitligheten i översättningen och använder det inte som första alternativet.

*"... ibland kan vi använda Google translate just fö någån, någån ord bara, å ja ha haft föderskor som själv ha haft på telefonen åh, dedär Google translate där du själv talar in på ditt eget språk åså översätter den ti de andra språke... å de e jätte behändigt att de finns..." Lisa*

*"... att man försöker, man vill ju dom väl å vill, försöker ju så långt man bara kan å... ibland ha vi tajji Google ti hjälp, men då e de allti en sån risk att de int står där (det inte är rätt), att de sista alternative, om att man int har nå gemensamt språk" Johanna*

*"Å där visst ere så att int funkar e ju hundra procent int (Google translate), men ganska långt förstår man lite va, va man funderar på me varandra... Eller sen om he e såna som int ens kan skriva å läsa, vilket vi också har, så har dom att dom pratar in på sitt språk å sedan så läser e opp då på... på finska..." Susann*

Hjälpmedlen ersätter inte ett gemensamt språk

Trots att barnmorskorna har många hjälpmedel de kan använda, då de inte har ett gemensamt språk med kvinnan, händer det sig att kvinnan ändå inte förstår vad de menar. Fastän barnmorskorna upplever att hjälpmedlen är tydliga, är de inte alltid tydliga för kvinnan. Med olika kulturella referensramar uppfattas språket på olika sätt. Förstår inte kvinnan vad barnmorskan menar måste barnmorskan försöka kommunicera på ett annat sätt, så att de båda förstår varandra.

*"... då hade de också som svårt de va svårt fö dem att förstå kroppsspråke och även dehär bilderna... fast di endå e ganska tydliga tycker ju vi själva men de e int alls sagt att de e lika tydligt fö patienten." Lisa*

*"... alltså ibland kan man kommunicera jätte myki me en människa som man int delar ett språk me, å båda förstår ganska bra va he handlar om. Vi bjuder på oss själva å vi har gester å... å... visar på vår egen kropp å allt sånt. Medan ibland använder man precis samma teckenspråk å sånt å sedan ere en som int verkar förstå nästan nånting." Susann*

*"Eller kanske dom int förstår int... Då måst man nolla sig igen å så jaha att nu tar ja de på ett annat sätt å försöker igen..." Johanna*

### **Anhörig som tolk**

Den andra kategorin är uppdelad i två underkategorier: *En tillgång* och *Hur långt kan den anhörige tolka*. Dessa beskriver hur barnmorskorna upplever att använda den anhörige som tolk, för att kunna kommunicera med kvinnan. Det går lätt att ha den anhörige att hjälpa till eftersom denne är med kvinnan då hon kommer till avdelningen. Däremot är barnmorskorna osäkra på hur bra tolkningen blir och om allting som sägs tolkas.

En tillgång

Barnmorskorna upplever att den anhörige är en tillgång. Den anhörige är med kvinnan och kan hjälpa till med tolkningen redan från början. Barnmorskorna upplever att det ofta är

mannen som har lärt sig något av de inhemska språken, medan kvinnan enbart talar sitt modersmål.

*"... om int kvinnan kan, så e de ofta så att mannen ha vari i arbetslive elä fått lär sig då antingen finska elä svenska elä så att han då kan engelska... Så där e ju mannen då en tillgång för oss, att man via honom då kan... kan liksom tolka å sådär..."* Monika

*"... många gånger upplever ja att de e männena som då ha lärt sej någån av de inhemska språkerna som snabbare än, då att att di då ibland som hjälpa å tolka att om di bara e här så kan di, kan di vara ti hjälp."* Lisa

Hur långt kan den anhörige tolka

Däremot uppstår frågan bland barnmorskorna, hur långt de kan låta den anhörige tolka innan de ska tillkalla en professionell tolk. Det som barnmorskan också måste ta hänsyn till är om kvinnan vill att den anhörige ska tolka det som diskuteras, bland annat om det gäller mer privata ämnen. Ibland blir barnmorskorna också fundersamma över hur bra tolkningen blir och om den anhörige tolkar allting som sägs, eftersom barnmorskorna inte vet hur det andra språket är uppbyggt.

*"... går genom hemfärdsråden att där kommer ju opp allt sånt som tillexempel om samlag efter förlossningen å de kanske int e nånting som di vill diskutera me den familjemedlemmen elä att di ska alls höra å veta om, där måst man ju fråga de också att e dehär nån som du vill att vi tolkar me elä ska vi boka en annan tolk."* Lisa

*"... ja ha int riktigt använt dom (anhöriga) heller just fö att gå genom nå sånde stora viktiga faktamässiga saker, utan mer som för att, för denhä kontinuerliga dialogen me mamman att hu har hon e just nu å upplever on å hu känner on e."* Susann

*"... svår sak ibland me att hu långt ska man ha männen å tolka, å i vilket skede ska man ta in en... en professionell tolk. Å speciellt just om vi tycker att e blir... lite sådär... halv skumt me hans tolkning så då... då brukar vi ju ganska snabbt ring en liksom professionell tolk fö att undvik sånde saker just att e blir... saker som int han berättar å sådär (...) För ibland tycker man att hon pratar så myki, å sen när han ska tolka åt oss så säger han bara nånting jätte lite..."* Monika

### **Professionell tolk**

Den tredje kategorin beskriver hur barnmorskorna upplever att använda en professionell tolk för att kommunicera med kvinnan. Det underlättar kommunikationen med kvinnan, men enligt barnmorskorna finns det även utmaningar med att använda en professionell tolk. Kategorin har fyra underkategorier som beskriver detta närmare: *Underlättat arbetet, Tillgänglighet, Telefontolkning* och *Tolkas allting rätt*.

### Underlättar arbetet

Den professionella tolken upplevs underlätta arbetet för barnmorskorna. Hittar barnmorskan inte ett gemensamt språk med kvinnan är det en tillgång att kunna ringa efter en tolk från tolkcentralen och få hjälp med kommunikationen. Tolken behövs för att få en dialog med kvinnan och veta hur hon känner, och barnmorskorna kan ge information tolkat till hennes språk.

*"... ja tycker no att vi har bra hjälp av tolkarna. Å att många gånger så sku vi ju int klar oss utan heller" Karin*

*"... de tycker ja no går bra. He underlättar ju no en hel del" Emilia*

*"... he e ju jätteviktigt fö oss att vi har möjlighet ti få tolk... mm, just att man får den här informationen ti föräldrarna å... å att vi får vet va, liksom va di funderar på, å va di har behov av... ja alltså he e ju jätteviktigt... å ja tycker att e fungerar bra..." Monika*

### Tillgänglighet

Tolkarna är däremot inte tillgängliga dygnet runt och har inte alltid möjlighet att komma till sjukhuset på kort varsel. Kommer en kvinna till förlossningen mitt i natten finns inte en tolk tillgänglig och inte heller under veckoslut. Det är problematiskt ifall barnmorskorna inte kan kommunicera med kvinnan och ingen tolk kan komma till sjukhuset.

*"Förstås värre e att om dom (kvinnan och anhörig) kommer under nätterna... de va nattetiden också... eller om di kommer under veckoslute" Laura*

*"... lättare ere ju ti, tillexempel på BB å gynavdelningen, för att där kan man ju planer in att okej du kommer i mårån klockan 10 typ... så då har dom som lättare ti planer än att vi ringer mitt i natten å sej nu behöver vi en tolk." Emilia*

*"... e ju he att om vi liksom måst få snabbt ti förlossningen, då kan e va svårare (att få tag i en tolk)..." Monika*

### Telefontolkning

Kan tolken inte komma till sjukhuset kan tolkningen ske per telefon. Är det ett ovanligare språk, eller en dialekt, kan tolkcentralen ordna telefontolkning från en helt annan ort. Det upplevs däremot av barnmorskorna som otympligt att ha tolken via telefon då de inte kan se varandra och tolken är långt borta.

*"De som e knepit ibland e he att vissa språk... så får vi int som en människa hit utan då måst vi ta telefontolkning å he tycker ja kan va... He e svårt, he e svårt... ti som ring ti X å få som via tolkcentralen där" Monika*

*"... å ibland e, kan va så sällsynt språk så man har telefontolk ti X elä nånstans i lande..." Johanna*

*"... men just hede ti ring ti X å få en tolk å sådär, så he känns lite sådär... bökit på nå sätt, ja vet int... Fö då känner int patienten själv heller dendär människan så he blir som en... främmande människa som e jättelångt bort åså vi två här" Monika*

Tolkas allting rätt

Ibland blir barnmorskorna fundersamma om tolken tolkar allting rätt, eftersom barnmorskorna inte vet hur det andra språket är uppbyggt. De tolkar som används har inte alla gånger lärt sig termer som används inom sjukvården och det försvårar tolkningen. Vissa ämnen är inte kulturellt passande och då vill inte tolken berätta för kvinnan, utan måste tolka ämnet så att det passar kvinnans kultur. Ibland kan det höras på tolkens ton att han eller hon inte tolkar som barnmorskan menar.

*"... men man får ibland den känslan att säger dom va ja... säger? Ja kom på en gång när hon sa nånting så sa ja "sa du?" "nä men man kan int säg de" sa hon... om så... men då sa ja "du måst säg de, men säg de på ett annat sätt" eller att hon blev jättearg på mig å ropa så sa ja "nå nu sa du int som ja sa, ja ha int sagt åt dig å ropa" att, att ja hör på hennes uttryck att nu... så sa ja "nu sa du int som ja sa", mm... hon sa... hon erkänd sen... så sa ja "gå ut å ta lite frisk luft nu å kom igen om en stund" Men man vågar ju int säga." Johanna*

*"... då e man ju lite osäker att hur översätter dom, va berättar dom, att de e ju de som e lite svårt då int man kan dedär andra språke. Så då ja ha sagt en mening på fem ord så kanske han seir en... fem meningar. Så blir e såde att okej va berättar du nu, hu myki berättar du." Emilia*

*"... ja tycker ofta så ha man haft den där känslan av att "översätter den här tolken faktisk he man säger?" eller... gör dom int he. Att vi har, vi använder ju tolkarna då främst via den här tolkcentralen här i X å he betyder att int e dom ju alla utbildade... inom sjukhusterminologi å sånt int" Susann*

## **5.6.2 Skillnader mellan förlossning och BB-avdelning**

Det andra temat är indelat i två kategorier: *Förlossning* och *BB-avdelning*. Barnmorskorna upplever att det finns skillnader i kommunikationen i förlossningssalen och på BB-avdelningen. Under förlossningen upplever barnmorskorna att de klarar sig bra med kroppsspråket för att kommunicera med kvinnan. I början av en förlossning kan tolken vara med och förklara vad som kommer att hända, men det är sällan som tolken är med under en hel förlossning.

På BB-avdelningen tillkallas tolken samtidigt som läkaren ska undersöka kvinnan. Det är mycket information som ska ges och kräver därför att en professionell tolk är närvarande. Barnmorskorna vill också gå igenom med kvinnan och hennes eventuella stödperson hur de upplevt förlossningen och förklara hur det gått samt svara på deras frågor. Eftersom barnmorskorna tillkallar tolken en gång till BB-avdelningen då all information ges på

samma gång, kan inte barnmorskorna vara säkra på att kvinnan minns all den information som hon fått.

### Förlossning

Den första kategorin delas in i två underkategorier: *Barnmorskorna klarar sig med kroppsspråk* och *Önskvärt med kvinnlig tolk*. Dessa beskriver hur barnmorskorna kommunicerar med kvinnan i förlossningssalen. Där upplever barnmorskorna att de klarar av att kommunicera med hjälp av kroppsspråket. Det är sällan en tolk är med under en hel förlossning. Tolken kan vara med i början av förlossningen eller en igångsättning då barnmorskan går igenom det viktigaste med kvinnan. Helst ska tolken vara kvinnlig om denne måste vara med under en hel förlossning. Finns ingen kvinnlig tolk tillgänglig, måste den manliga tolken stå bakom ett draperi och får inte se kvinnan.

#### Barnmorskorna klarar sig med kroppsspråk

Under förlossningen är barnmorskorna oftare utan tolk. Tolken kan vara med i början av förlossningen då barnmorskan går igenom med kvinnan vad som kommer att hända och det viktigaste hon behöver veta inför förlossningen, såsom olika smärtlindringsmetoder. Är det något akut hinner inte tolken komma dit i tid och då upplever barnmorskorna att föräldrarna ändå accepterar att de inte förstår allting. I förlossningssalen upplever barnmorskorna att de klarar sig med att använda kroppsspråket för att kommunicera.

*”Att myki tycker ja att vi under förlossningarna, så vi har mer sällan me en tolk under en hel förlossning, no ha e hänt nångång he också, men just att dom e i början eller att man går igenom att va kan händ å vilka typer av smärtlindringar, elä ere en igångsättning så då brukar vi ju no allti ha före igångsättningen e” Susann*

*”... men på förlossningen så, så kommer man ganska långt me kroppsspråk faktiskt. Att där funkar e, tycker ja, bättre.” Monika*

*”... som i själva förlossningsvården så där ere ju, där tror ja int dom tar så jättehårt på om int dom kanske förstår varenda ord. Visst vill dom ju va, vill dom ju vet va som händer förstås, men att... men att dom kanske mera accepta... dom kanske accepterar bättre att kanske in, om de e bråttomt om e sku va nå akut.” Emilia*

#### Önskvärt med kvinnlig tolk

Behövs det en tolk i förlossningssalen är det önskvärt att tolken är kvinna, men alla gånger finns inte kvinnliga tolkar tillgängliga som pratar rätt språk. Ibland väljer kvinnorna då att hellre vara utan tolk än att ha en manlig främling med sig under sin förlossning. Får

däremot den manliga tolken vara med under förlossningen, måste han stå bakom ett draperi för att han inte ska se kvinnan som föder.

*"... tolken kan no kom me men ibland så finns int e tillgängligt en kvinnli tolk tillexempel så då, nå no ha vi haft män som ha stått bakom draperi å tolka no... Men de, ibland väljer kvinnorna hellre att va utan tolk. Iställe för att ha nån manli"* Karin

*"... i vissa kulturer så, så e dom ju, vill dom int ha manliga tolkar, å finns de bara manli tolk så... no brukar man få e ti funk men... att dom måst då stå bakom nå skynke elä nånting å int, dom får som int se den här kvinnan"* Emilia

*"Å sen om e nu e nå riktigt sån här speciellt språk så... ibland ha vi haft nån manli tolk då fastän man int får ha di, så då står dom bakom draperie där å tolkar, när de int finns nån..."* Johanna

### **BB-avdelning**

Den andra kategorin har två underkategorier: *Mycket information som ska ges* och *Vad minns kvinnan av den information hon fått*. På BB-avdelningen är tolken viktig. Det är mycket information som ska ges till den nyblivna modern och hennes stödperson. Det är viktigt att barnmorskorna kan ge information åt kvinnan och får veta vad de båda funderar på. Användning av tolk är viktigt för att barnmorskorna och kvinnan ska förstå varandra och minska missförstånd. Tolken tillkallas en gång till BB-avdelningen och då ska all information tolkas på en gång, samtidigt som läkaren också är med och undersöker kvinnan. Barnmorskorna är fundersamma över hur mycket kvinnan minns av informationen hon fått, då all information ges samtidigt.

Mycket information som ska ges

Före kvinnan åker hem är det mycket information som ska ges om barnavård, återhämtning efter förlossningen och hur rådgivningen fungerar. Barnmorskorna bokar in en tid då tolken kan komma till avdelningen samtidigt som läkaren. Då får kvinnan all den information hon behöver på en gång. Barnmorskorna vill även samtala med kvinnan om hur hon har upplevt förlossningen och förklara vad som har hänt och varför vissa åtgärder behövde göras. Det är viktigt att gå genom detta med kvinnan för att minska risken för att trauman uppstår. Barnmorskorna vill också veta vad kvinnan funderar över och besvara eventuella frågor hon har kring förlossningen och vården av babyn.

*"... att där (på BB) har man som kanske bättre tid att använda sig av tolken å gå genom saker å ting å sådär att... å just om e ha vari nå akut, att e ha blivi kejsarsnitt elä... eller nån sugkoppsförlossning eller om babyn ha vari dåli när den ha fötts å... den ha måsta öh, få intensivvård så... så speciellt i såna case så ere viktigt att man får tag på en tolk å att man får som förklarat åt dom (föräldrarna)." Emilia*

*"Plus att vi vill veta också hu di ha upplevt saker å ting å att di vet, vet va som ha hänt å att int e lämnar nå oklarheter. Så senast här på BB så försöker vi ha en... en tolk (...) för att he e så myki*



*information å, he e som så myki di behöver vet om allt möjligt. (...) man kan bok in en tid sen den dan dom åker hem så får di samtidigt prat me barnläkaren.” Monika*

Vad minns kvinnan av den information hon fått

Däremot uppstår frågan hos barnmorskorna vad kvinnan minns av den information hon fått, då allting getts på samma gång. Det är en nackdel att tolken endast tillkallas en gång medan kvinnan är på BB-avdelningen. Samtidigt skulle det inte vara ekonomiskt möjligt för sjukhuset att tolken kommer flera gånger per dag och tolkar små råd hela tiden.

*“... att fastän man tolkar, till exempel på BB, allt på en gång inom en liten tid så va som lämnas hit (i huvudet)... när de e också när man, fast när man pratar finska elä svenska så vi vet att de, man kan int ta emot så myki (information)” Laura*

*“... vi kan int ta tolk hit varje dag fö minsta råd vi ska ge. Utan vi tar tolken kanske en gång då vi ger all information. För att de e en kostnadssak åxå förstås. Int ere väl praktiskt möjlit heller att di ska... öh kom varje dag elä flera gånger om dan, de går ju int.” Karin*

### 5.6.3 Mötet

Det tredje temat beskriver vilka kvinnor barnmorskorna möter i sitt arbete på förlossningen och på BB-avdelningen. Temat är uppdelat i två kategorier: *Varierande möten* och *Kulturskillnader*. Barnmorskorna möter i sitt yrke kvinnor från många olika länder med olika kulturer. Kvinnorna befinner sig i olika livssituationer med olika bakgrunder. Anledningen till att de kommit till Finland är varierande. Barnmorskorna tycker att det är intressant och lärorikt att få ta del av kvinnornas kulturer. Samtidigt försvårar kulturskillnaderna också vården av kvinnorna och den nyfödde.

#### Varierande möten

Den första kategorin är indelad i två underkategorier: *Många av föderskorna talar ett främmande språk* och *Kvinnor med olika bakgrund*. Barnmorskorna möter utländska kvinnor från många olika länder i sitt arbete varje vecka. Kvinnorna har sökt sig till Finland av olika orsaker, för att skydda sig från krig eller för att deras män vill studera i Finland.

Många av föderskorna talar ett främmande språk

Barnmorskorna uppger att de möter kvinnor med främmande modersmål i stort sett varje vecka, en stor andel av föderskorna kommer från andra länder. Det som påverkar hur ofta mötet sker är bland annat var asylcentralerna är belägna.

*“Å sen när vi har dom här asylcentralerna runtomkring så, så de påverkar ju vårt jobb å” Johanna*  
*“... nå no ere ju ganska ofta. Vi har ju mycke invandring här i X... och no sku ja nästan säg att de e... i stort sätt varenda vecka... åtminstone varannan vecka... stöter man no på. Att vi har no ganska många utländska kvinnor som föder här” Emilia*

*"... vi har ju no en väldit stor andel av våra föderskor som har annat modersmål än svenska å finska, så att åtminstone varannan vecka. Om int nu varje vecka, så varannan vecka." Susann*

Kvinnor med olika bakgrund

Barnmorskorna berättar att kvinnorna de möter kommer från många olika länder och har olika livssituationer. Någon har kommit till Finland för en månad sedan, medan andra har bott i landet en längre tid. Orsaken till att de kommit till Finland kan vara att deras män kommit hit för att studera eller så söker de skydd i det nya landet.

*"Många olika länder... Vi har allt från... ja nu senast träffa ja en kvinna från USA. Å sen har vi ju från sydamerika å... hela Europa, Afrika, Asien... Så att he e no ganska... varierande ja... faktiskt, å sen just från Balkan länderna å... mellanöstern" Monika*

*"... ibland från flyktingförläggningen å sen kan de no vara di som stadigvarande bor i Finland... att vissa ha kommi fö nån månad sedan, andra kan ha vari opp ti tio år" Lisa*

*"... i form av asylsökande eller... eller som... just ha vari me sina män... som studerar här elä som jobbar här. Att he e ganska varierande" Susann*

### **Kulturskillnader**

Den andra kategorin är indelad i fyra underkategorier: *Uttrycka smärta*, *Barnavård*, *Skillnader mellan könen* och *En rikedom att få arbeta med olika kulturer*. I mötet med kvinnor från andra länder lägger barnmorskorna märke till kulturella drag hos kvinnorna och deras anhöriga. I vården av kvinnan märker barnmorskorna hur smärta uttrycks i olika kulturer och hur kvinnan tar hand om det nyfödda barnet. Barnmorskorna lägger också märke till att det finns skillnader mellan könen i en del kulturer. Det är givande för barnmorskorna att få ta del av andra kulturer och lära sig nya sätt att se på saker.

Uttrycka smärta

Under förlossningen uttrycker kvinnorna sin smärta på olika sätt beroende på hur deras kultur är. Någon vill skrika ut sin smärta och en annan vill behålla smärtan inom sig. Det försvårar arbetet för barnmorskorna, eftersom de inte vet om det bara är kulturellt eller om de verkligen är sjuka. Enligt den finska kulturen som barnmorskorna använder som referensram har kvinnan inte överdrivet mycket ljud då de har ont. En kultur, där smärtan ska uttryckas med mycket ljud, kan därför upplevas av barnmorskorna, som att kvinnan är mycket sjuk eller överdriver sin smärta.

*"Åså vet man int hur sjuka dom e när dom uttrycker de lite olika, då de hör ti kulturen att man ska uppföra sig si elä så" Johanna*

*"Men sen ere å väldit... ganska stor skillna förstås från person ti person, men också mellan olika kulturer att hu di, hu di beskriver sitt tillstånd där di just e ..." Monika*

*"... de va ja som sen va å tala me henne om förlossningen efteråt också. Å då sa hon bara att "Ja he gick no bra, men he värsta va att att att ja fick som så myki smärtlindring, för att å att ja int som fick skrik ut min smärta. Att he va he värsta" Susann*

#### Barnavård

Efter förlossningen märker barnmorskorna av kulturskillnaderna då det kommer till barnavård. I en kultur tar mamman automatisk spädbarnet till bröstet, medan det i en annan kultur är en familjemedlem som sköter spädbarnet den första tiden. Det kan vara svårt att veta hur kvinnorna gör i olika kulturer och då de inte kan kommunicera, är det svårt för barnmorskorna att förklara varför det görs på ett visst sätt här.

*"... just att kanske de e barnmorskans roll just att de e så svårt att veta deras kultur hu brukar di göra å sådär att just att vi vill gärna lyfta dom (bebisn) hit till huden å såna saker att få dom att... förstå de att betydelse att de sku just såna saker som e viktiga till oss att få dom att förstå att de e sådär."*

Laura

*"Vissa tar automatiskt ti bröste att de hör till deras kultur att amma. Å vissa säger bara bort me babyn, ingen hudkontakt att... För dom har vissa kulturer att nån familjemedlem sköter väl första tiden nästan den här babyn (...) så då måst man försöka, dom säger "No milk"... å bara att försöka truga å förklara att de gör gott både fö dig å babyn att..." Johanna*

#### Skillnader mellan könen

I olika kulturer är det skillnad mellan könen och det är önskvärt att både vårdarna och tolken är kvinnliga. I tolksituationen kan det uppstå obekväma situationer om tolken är manlig och det är kvinnliga ämnen som ska diskuteras, eftersom allting inte diskuteras mellan man och kvinna i vissa kulturer. Barnmorskorna märker också att kvinnorna inte är integrerade på samma sätt som männen. Männen har arbeten och lärt sig språken, medan kvinnorna har skött om barnen och inte kommit ut i samhället i lika stor grad.

*"... ofta e de på patienternas begäran som di... klart de e en kultursak fö många att de helst ska vara en kvinnli tolk, att samma att di föredrar kvinnliga läkare också" Lisa*

*"Men he e ju oftare då att man kommunicerar via honom. För att många gånger ere så att kvinnorna e int som integrerade på samma sätt, di ha kanske vari hemma hela tiden me barn å... så di kommer kanske int ut i samhälle å lär sig di här språkena lika snabbt som männen gör." Monika*

*"... att fömedlar faktist den dä manliga tolken också om vi pratar om kvinnornas... skötsel av sig själv efter en förlossning å vi pratar om efterblödningar å sånt, att går e allti fram. He e no ja lite sådär fundersam till... (...) man vet redan att i kulturen ere sån att dom int pratar me sina män om såna här saker, så hu sku dom nu prat då me någon utomstående manli tolk om de" Susann*

En rikedom att få arbeta med olika kulturer

Barnmorskorna upplever att det är intressant att ta del av andra kulturer. Det är givande att se hur kvinnor från olika kulturer tar hand om sina nyfödda barn och det utvecklar barnmorskorna i deras arbete.

*”De e jätte intressant att möta dom här kvinnorna och att... få ta del av... deras kultur... och... att si som att de finns olika sätt att si på saker å ting. (...) he e väldigt givande ofta... å he utvecklar också mej som människa, tycker ja.” Karin*

*”... de e som rolit också att å si liksom hu di i andra kulturer gör just me nyfödda å sådär att man får ju som en bit av en annan värld på samma gång” Lisa*

*”De e tilika me en rikedom att man lär ju sig allti någån...” Johanna*

#### **5.6.4 Vården**

Det fjärde temat är indelat i tre kategorier: *Utmanande, Hinder för att kommunikationen ska fungera* och *Följder då kommunikationen inte fungerar*. Att vårda kvinnor med främmande modersmål upplevdes av barnmorskorna som utmanande. Känslor som frustration och hjälplöshet infann sig hos barnmorskorna då kommunikationen inte fungerade. Ibland vet inte barnmorskorna var de ska börja då en kvinna kommer till förlossningsalen och de inte delar ett gemensamt språk. Andra faktorer som hindrar att kommunikationen ska fungera är kvinnans smärttillstånd och rädsla. Den bristande kommunikationen leder till att rädslan ökar hos kvinnan, vilket också påverkar hennes förlossningsupplevelse negativt. Det går inte att förutsäga hur förlossningen kommer att gå och ibland blir det inte alls som barnmorskorna har tänkt sig. Däremot upplever barnmorskorna att de flesta förlossningarna blir bra i slutändan och föräldrarna är nöjda.

##### **Utmanande**

Den första kategorin är uppdelad i tre underkategorier: *Att förstå varandra, Barnmorskorna vet inte var de ska börja* och *En känsla av hjälplöshet uppstår hos barnmorskorna*. Dessa underkategorier beskriver vad barnmorskorna upplever då de vårdar kvinnor med främmande modersmål. En viktig del av vården på förlossningen och på BB-avdelningen är att få ett fungerande informationsflöde mellan barnmorskorna och kvinnan. Det som är utmanande då barnmorskorna och kvinnan inte delar ett gemensamt språk är att förstå varandra. Blir informationsflödet bristande känner sig barnmorskorna hjälplösa.

Att förstå varandra

En av utmaningarna då kvinnan talar ett annat språk än barnmorskan, är att förstå varandra. Kvinnan kan nicka och instämna med det som barnmorskan säger, men sedan märker barnmorskan att kvinnan inte förstod vad som blivit sagt. Det är viktigt att kvinnan får den information hon behöver för att förbättra hennes upplevelse, men då hon inte har lärt sig termer som används inom sjukvården, är det svårt för henne att förstå. Samtidigt är det på barnmorskans ansvar att förklara med en terminologi som är anpassad till patienten. Barnmorskorna anser inte att de har svårare att utföra sitt jobb trots utmaningen och de gör sitt bästa.

*"... men no ha man märkt no att, att di di gör såhär (nickar) å sen håxar man (kommer på) att nää hon förstodde int alls va ja menade fastän di sku så gärna villa smajla å "mm jåå kyllä" di några ord som di kan, "kiitos" ofta säger di å men men sen märka att int ha di förstätt va man ha mena Men vi gör vårt bästa" Laura*

*"... ja sir som att utmaningen e no där att vi får faktiskt dom, att di får den informationen som dom behöver" Susann*

*"No ere ju ganska utmanande, de e de, att försöka kommunicera å få människan ti förstå åå... dom kanske inte har lärt sig såna förlossningstermer å sjukvårdstermer på vårat språk, så då kan e ju va ganska svårt på de sätte. (...) men att... int upplever ja att he e på de sätte nå... ööh... int har ja svårare att utföra mitt jobb..." Emilia*

Barnmorskorna vet inte var de ska börja

Då barnmorskan och kvinnan talar olika språk uppstår problem redan från början, speciellt då hon kommer till förlossningen. Barnmorskorna försöker ta reda på vad kvinnan pratar för språk, men de vet inte var de ska börja. De ser att kvinnan behöver hjälp, men det är svårt att reda ut vad hon behöver hjälp med. De kan se att hon är gravid, men de behöver veta hur långt gången graviditeten är och av vilken orsak kvinnan har sökt sig till förlossningsavdelningen.

*"... man vill hjälpa dom, men man vet int heller riktigt... hur man ska göra å... ja... så då börja, börja nysta på dehär på någån sätt i nån ända å försök få reda på... (...) å dom kommer å dom står där å visar å... så då måst man "arabia?" man börjar som att "pratar ni finska, svenska?" "nä" åså då "engelska" "nä", "arabia?" "nä" åså försöker man som vilket språk, man vet int var man ska börja ens int" Johanna*

*"... ibland kan e va lite svårt liksom dedär ti... ti fö de första liksom få reda på varför di kommer in å sådär, speciellt om di kommer ti förlossningen å sådär så... så innan du ha liksom... innan du ha som kommi dem in lite på... på djupe, sådär att, att man får fram nån information om varför di e inne å sådär... så de kan va lite svårt att man förstår varann där" Monika*

En känsla av hjälplöshet uppstår hos barnmorskan

Då kvinnan kommer till avdelningen och barnmorskorna inte vet var de ska börja känner sig barnmorskorna otillräckliga och hjälplösa. Barnmorskorna kan inte förklara för kvinnan allt vad de skulle vilja och de upplever att de inte kan stöda kvinnan i svåra situationer. Det finns en önskan hos barnmorskorna att de skulle förstå kvinnan bättre och finnas där för henne.

*”De känns ju... ja, tomt. Man e ju rätt så hjälplös... mamman har ont å man vet, man sir att hon e gravid, men man vet int riktigt hur långt å allt dehär men... Rådgivningskorte kan e stå en del men int allt om dom nyligen ha kommi å... bara dimper in här sen me nån som ha skjutsa hit dom... så då e man rätt så... man känner sig hjälplös...” Johanna*

*”No e de ju svårt, att man känner ju sej som otillräckli då man int kan ge all den information man sku vila å dehär å vara ti stöd i olika situationer.” Lisa*

*”... de e både positivt å negativt att he e ju klart att många gånger så önskar man att man sku kunna förstå varandra bättre än va man kan...” Karin*

*”... men då i såna sorgliga fall (intrauterin fosterdöd) så ere no svårt, då sku man vila kunna mera... ge... ge mera stöd... å som... finnas där. Då int kommunikationen funkar...att då man sku vila kunna berätta mera å förklara å... finnas där.” Emilia*

### **Hinder för att kommunikationen ska fungera**

Den andra kategorin är indelad i två underkategorier: *Kvinnan går in i sin panik* och *Inget gemensamt språk*. Både språket och panik utgör hinder för att barnmorskorna ska få en fungerande kommunikation med kvinnan. Språkkunskaperna hos invandrarkvinnor är mycket varierande, någon kan lite svenska eller finska, medan andra inte kan ett ord. Barnmorskorna upplever också att kvinnans bristande språkkunskaper utgör ett större hinder då de ska vårda en förstföderska jämfört med en omföderska. Den icke-fungerande kommunikationen kan leda till att kvinnan blir så rädd att hon får panik, vilket sätter helt stopp för att kommunikationen ska fungera.

*Kvinnan går in i sin panik*

Smärta och rädsla kan leda till att kvinnan får panik och inte kan lugna sig tillräckligt för att ta in det lilla som barnmorskorna kan kommunicera med henne. Det blir en ond cirkel där bristande kommunikation leder till att kvinnan blir rädd och mer smärtpåverkad. Vilket i sin tur leder till att kommunikationen fungerar ännu sämre. Går kvinnan in i sin panik så lyssnar hon inte på vad barnmorskorna har att säga och barnmorskorna får inte någon kontakt med henne. Det leder till svåra situationer och en negativ förlossningsupplevelse för kvinnan.

*"... ibland de är förstås jättesvårt när di om till exempel om de blir nån situation att di blir jättesjuka å man får ingen kontakt så känner man no sej... de e jättesvår situation..."* Laura

*"... nån kaotisk situation däffö att hon får panik å går in i sin rädsla... å då lyssnar hon int å... å då ere som svårt... å få ögonkontakt å liksom nån slags kontakt för att hon... hon liksom hon klarar int av... å, å... lugna sig så pass myki så att on sku som lyssna ens he lilla man kan prat, elä vis me kroppsspråk..."* Monika

Inget gemensamt språk

Många av de kvinnor som kommer för att föda inte har lärt sig något av de inhemska språken. Någon kan engelska och då kan kommunikationen ske på det språket, men hittar barnmorskorna inget gemensamt språk försvårar det kommunikationen. Barnmorskorna upplever också att det är svårare med en förstföderska som inte kan språket, än med en kvinna som har fött barn tidigare. Detta beror på att omföderskor vet hur en förlossning går till då de upplevt förlossningar tidigare, jämfört med en förstföderska där allting är främmande.

*"Nå de e ganska varierande, de beror ju på att vissa kan ju lite finska elä svenska å då går e ju lite lättare att, att kommunicera me dom, eller om dom kan engelska då kan vi också kommunicera på de sätte."* Emilia

*"Där kan också va jättevarierande att vissa e ju såna som ha kommi... under graviditeten, kanske bara en månad innan elä två månader innan... Elä sedan ere sådana som kan ha vari många år i lande men som int riktigt ändå talar, kanske svenska elä finska, elä kanske kan några ord på finska elä svenska"* Susann

*"Ibland e de jättesvårt... om dom int har nå språk... i synnerhet förstföderskor, omföderskor vet lite va de går ut på å de här, men förstföderskor har int allti samma peiling (koll) på läge... dom flesta..."* Johanna

### **Följder då kommunikationen inte fungerar**

Den tredje kategorin är indelad i fem underkategorier: *Kvinnan dramatiserar sitt tillstånd för att barnmorskan ska förstå, Rädsla uppstår hos kvinnan, Känsla av frustration uppstår hos barnmorskan, Förlossningen blir inte som planerat och I slutändan går det oftast bra.* Dessa beskriver de följder barnmorskorna upplever att icke-fungerande kommunikation kan leda till. I slutändan upplever barnmorskorna att en förlossning oftast går bra trots att kommunikationen inte fungerar felfritt. Däremot händer det ibland att kvinnan lyssnar på sin kropp istället för barnmorskan och komplikationer som kunde undvikits uppstår. Kvinnans sätt att kommunicera med barnmorskan och få henne att förstå, kan vara att dramatisera sin smärta med kroppsspråket och med ljud. Detta upplevs däremot som utmanande av barnmorskorna, då de inte vet hur sjuk kvinnan faktiskt är. Då kommunikationen blir bristande upplever barnmorskorna att kvinnan blir rädd och detta

kan medföra en negativ upplevelse av förlossningen. Barnmorskorna blir också frustrerade då de inte får kommunikationen att fungera och kvinnan inte förstår vad de menar. Vid bristande kommunikation utför även barnmorskorna vårdåtgärder, utan att kvinnan förstår varför de görs.

Kvinnan dramatiserar sitt tillstånd för att barnmorskan ska förstå

Barnmorskorna upplevde att då de inte delade ett gemensamt språk med kvinnan, dramatiserar kvinnan sitt tillstånd. Kvinnan kan uttrycka sin smärta med mycket ljud och få det att låta jobbigt. Att dramatisera sitt tillstånd med kroppsspråket är ett sätt för kvinnan att kommunicera med barnmorskorna och få barnmorskorna att förstå vad hon menar. Det blir däremot svårt för barnmorskorna att skilja mellan riktig smärta och om kvinnan överdramatiserar sin smärta.

*”Smärtan att komma sådär me ljud å sådär, att ibland de e svårt att veta att e de faktiskt... e di faktiskt sådär sjuka elä e de bara kulturellt? Men förstås man måste ta allvar på allt att ...int kan man bara tänka att nåå de e bara dendär kulturen”* Laura

*”Å då kan man också ibland märk just att att di kanske för att di int har ett språk så kanske di... liksom e mer dramatiska i sitt... kroppsspråk å hu di låter å sånt fö di vill som på he sätte få en att förstå att he e, att he e jobbit å sådär”* Monika

*”... afrikansk kvinna som... under hela förlossningen så va hon jätte högljudd å alltså hon som skrek ut sin smärta. (...) Å hon hadd ju då fått... epidural å tilläggsdoser å de ena å de andra å ändå så skrek hon myki å barnmorskorna tänkt att hon e no som jättesjuk den här å behöver som mer hjälp.”*  
Susann

Rädsla uppstår hos kvinnan

Då kommunikationen blir bristande upplever barnmorskorna att kvinnan blir rädd och detta kan medföra en negativ upplevelse av förlossningen. Barnmorskorna vill få en uppfattning om hur kvinnan upplever det, för att sedan kunna förmedla till kvinnan vad som kommer att hända och kunna hjälpa henne. För att minska att rädsla uppstår hos kvinnan, tycker barnmorskorna att det är viktigt att dela information med henne och låta henne ta del av sin egen vård.

*”... fö ibland tycker ja att man upplever att di kanske känner sig lite som rädda, fö att di vet int va som händer... så där tycker ja de e viktigt att man försöker få en bra uppfattning om... va som pågår fö dom just nu så man sen kan så bra som möjligt ge den där informationen om... om hu vi sir på e å sen va vi kommer å gör.”* Monika

*”... om e händer nånting under förlossningen att dom måst gå på snitt eller... eller att int e går som man tänker sig så då ere viktigt att vi får fömedlat att faktiskt, va ere som händer.”* Susann

*”För att om du int får den där kontakten så att då sir man ofta att dom e väldigt rädda å då kanske förlossningen till exempel blir en, en, en mindre trevli upplevelse för dom bara därför, för att int den*



*där informationen går fram. (...) Men ja tycker i alla fall att he e viktigt just ti få så bra informationsflöde som möjligt, för att för att undvika som onödiga rädslor å sån där...*" Monika

Känsla av frustration uppstår hos barnmorskan

När barnmorskan inte får förmedlat det hon vill till kvinnan och får henne att förstå vad hon menar uppstår en känsla av frustration. Barnmorskorna blir också frustrerade då de inte lyckas lugna ner kvinnan och hennes man, då de kommer till förlossningen. Finns det inget gemensamt språk blir det en svår situation för barnmorskorna och frustrationen blossar upp. Frustrationen är en följd av icke-fungerande kommunikation. Barnmorskorna betonar däremot att det inte är kvinnans fel.

*"... ibland ha ja nu känt såna känslorna också när di kommer in å di kan inget språk å di bara ropar å man får inget vet du sån där man blir lite irriterad också ibland. När man får ingen... å om mannen också e sån som kan ingenting (språk) å bara... bara vet du så där... så att man sku... fö man försöker no lugna ner dom å så där men om de inte... så... får man kanske känslan ibland att man e lite irriterad"* Laura

*"... man ju bli frustrerad åå... att hu man än försöker förklara så liksom att de absolut int den andra kvinnans fel elä patientens fel att di int förstår, men men visst upplever man själv en frustration att att... att man liksom int kan, kan förmedla de va man vill..."* Lisa

Förlossningen blir inte som planerat

Icke-fungerande kommunikation kan leda till att en förlossning inte blir som planerat. Komplikationer kan uppstå under förlossningen för att kvinnan inte förstått eller hört vad barnmorskan sagt. Kvinnan lyssnar på vad kroppen säger och gör som kroppen signalerar, t.ex. att krysta, fastän barnmorskan säger att hon inte får krysta i detta skede. Då kvinnan inte förstår vad barnmorskorna menar, händer det sig i viktiga situationer att barnmorskorna utför en åtgärd, utan att kvinnan förstår vad som händer.

*"Du måst ju bara handla då... när dom int förstår... å just i en sån här vikti situation"* Johanna

*"... man måst ju va väldit så där... man måst bara gör he man kan ... åså hoppas man att e går bra..."* Monika

*"He finns ju såna situationer ibland... när int kanske di riktigt förstår å int hör å sen lyssnar dom int när man säger att dom får int krysta (...) hon lyssna int alls på mig ja vet int om hon försto heller fastän ja försöka me sånahär vanliga säg Stop å No å Nej å alla möjliga så man sku verkligen förstå, men... hon gjord sitt... enlit sin... ja... kroppen sa väl att krysta, så hon krysta... så då kan e bli sånhär komplikationer sen..."* Johanna

I slutändan går det oftast bra

Även om kommunikationen blir bristande brukar det i slutändan oftast gå bra. På sätt eller annat får barnmorskorna kommunikationen att fungera tillräckligt bra för en problemfri förlossning. Kvinnan förstår inte all information som ges, men föds en frisk nyfödd utan

problem upplever barnmorskorna att kvinnan är nöjd i alla fall. Barnmorskorna upplever också ibland att kvinnorna har den inställningen från början, att de inte kommer förstå allting som sägs. En barnmorska påpekar att om det inte är en komplicerad förlossning så sköter naturen mycket själv.

*”Sku no seija att di mesta gånger så ha vi no ändå fått de å fungera på någå sätt att man... ha forstått varann” Lisa*

*”... no händer e ju att, att... viss information går förbi att dom int förstår... men att... i slutändan så brukar dom no ändå vara nöjda, di hä föräldrarna fast int dom kanske förstår allting, så länge som e slutar väl fö allihopa. (...) dom har väl kanske en sån... inst... janå inställning å då di kommer att att ”vi vet att di kan int vårt språk” dom kanske e införstådda att dom kan int förstå allt.” Emilia*

*”... å ibland så går e jättelätt fast man int ens kan kommunicera me dom.” Karin*

*”Men förlossningen e på de sätte... om de går bra... så naturen sköter ganska mycket så på de sätte.” Laura*

### 5.6.5 Vårdrelationen

Det femte temat är uppdelat i två kategorier: *Bemötandet* och *Relationen*. Ett gott bemötande är viktigt för att få en god vårdrelation. Barnmorskorna vill bemöta kvinnorna som de själva skulle vilja bli bemötta, om de var i samma situation som kvinnan. Då kvinnan och barnmorskan inte delar gemensamt språk upplever barnmorskorna att relationen till kvinnorna blir ytligare. Det finns flera faktorer som påverkar hur relationen mellan barnmorskan och kvinnan blir. Utöver språket påverkar också personkemin relationen. Barnmorskorna upplever, att då de inte delar gemensamt språk med kvinnan uppstår en annan tillit till barnmorskorna, där kvinnan litar på att barnmorskorna gör sitt bästa, utan att hon nödvändigtvis förstår vad de gör.

#### Bemötandet

Den första kategorin har två underkategorier: *Bemöta kvinnan som barnmorskorna själva vill bli bemötta* och *Barnmorskan ska finnas där för kvinnan*. Underkategorierna beskriver hur barnmorskorna vill bemöta kvinnan som kommer till förlossningen. Barnmorskorna upplever att om de tänker sig in i kvinnans situation och hur de själva skulle vilja bli bemötta i en sådan situation, så vet de hur de ska bemöta kvinnan. Under förlossningen ska barnmorskan finnas där för kvinnan och vara närvarande.

Bemöta kvinnan som barnmorskorna själva vill bli bemötta

Barnmorskorna tycker att det är viktigt att tänka ur kvinnans perspektiv för att ha ett bra bemötande. Barnmorskorna brukar fundera, hur det skulle vara för dem, om de skulle vara

i ett land där det inte delar språk med någon och hur de själva skulle vilja bli bemötta. De vill bemöta kvinnorna vänligt, öppet, visa empati och visa att de är där för kvinnans skull, för att hon ska känna sig trygg.

*"... fö man måst ju tänk sig själv om man sku va i ett annat land å man kan int språke, å man hamnar å föda barn där så man vet ju att man kommer int å kunna kommunicera ti hundra procent"*

Emilia

*"... om man då försöker att åtminstone att man själv betar sig så vänlit som man kan, så no vill man he att, i den situationen att man sku träff på en sån människa där själv också. (...) att ja tror att man kommer där långt me att man... visar empati å... man e... vänli å man e öppen å man... ja... man e intresserad å villi å visar att, att man e där fö deras skull..."* Susann

Barnmorskan ska finnas där för kvinnan

Under en förlossning upplever barnmorskorna att det viktigaste är att man är närvarande och är någon som kvinnan kan lita på. Då barnmorskan och kvinnan inte delar gemensamt språk kan barnmorskan visa detta genom ögonkontakt och beröring. Genom sitt kroppsspråk kan barnmorskorna uppmuntra kvinnorna.

*"... men under själva förlossningen så... så tror ja att, att he viktigaste e att man e närvarande å man e vänli å man e nån som dom kan lit på"* Susann

*"... men man förstås man försöker sen, när man kan inte språket så kan man försöka me kroppen vara... vara närvaro. Tycker de e ganska viktigt just de där att man försöker vara rikti rikti sådär att... me där å titta till ögonen å så där att... att känna dom å så att... röra mera dom å så där å uppmuntra dom me kroppensspråk å vara så där närvaro"* Laura

## Relationen

Den andra kategorin är indelad i tre underkategorier: *Ytligare relation*, *Personkemens inverkan på relationen* och *Kvinnan har en annan tillit till barnmorskorna*. Den bristfälliga kommunikationen gör att barnmorskorna upplever att kvinnan litar på att de gör sitt bästa även om hon inte förstår allting. Relationen till kvinnorna blir ytligare, men kan ändå bli bra relationer. Utöver språket påverkar även personligheter hur relationen utformas.

Ytligare relation

Relationen till kvinnorna blir ytligare då barnmorskan inte har ett gemensamt språk med kvinnan. Relationen påverkas av att barnmorskorna inte kan kommunicera naturligt med kvinnan och måste fokusera på vissa viktiga saker. Detta leder till att kvinnorna får den information som de behöver, men ett djupare samtal uteblir.

*"... mycke sitter ju no i just att hu man kan prat å hu... å kan man va naturli på de här språke å så där å... men att he blir ju väldit, he blir väldit som ja sa lite ytligare helt enkelt, ytligare relationer..."*

Emilia

*"... e känns som att man behöver... lite som... mm... man måst koncentrer sig på vissa viktiga saker... man kan som int brodera ut på samma sätt... för att he blir fö myki å he blir fö svårt... känns e som (...) Di får de som e viktigast, men sen int de där andra..."* Monika

Personkemin inverkan på relationen

Hur relationen blir påverkas också av personkemin. Kommer barnmorskan och kvinnan bra överens personlighetsmässigt, kan relationen bli bra fastän de inte delar ett gemensamt språk. Samtidigt som relationen också kan bli dålig fastän barnmorskan och kvinnan pratar samma språk. De kulturella dragen inverkar också på hur relationen blir, eftersom kulturen påverkar hur en person uppför sig och hur öppen personen är att skapa en relation till vårdaren. Förlossningsalen är en plats där barnmorskorna kommer nära kvinnan och kan skratta tillsammans med henne, om kommunikationen inte lyckas som de vill.

*"Att där handlar e ganska långt om hu man... kommer överens me människor som person, å hu man stämmer överens... ääh... personlihetsmässit å sånt..."* Susann

*"... man skrattar ju ofta... tisammans me dom då de inte blir ti nånting."* Karin

*"De e ju också sånhär personliheter att, å kulturer som påverkar de här möte."* Johanna

*"... om man tänker förlossningsjobbe så... beroende, no kan ju säkert barnmorskor där också jobb på olika sätt, men att he e... ett jobb där man ändå kommer tycker ja ganska... elä som nära denhä människan... Oberoende att talar man finska elä svenska eller... eller språk att... ja..."* Susann

Kvinnan har en annan tillit till barnmorskorna

Barnmorskorna upplever att kvinnorna har en annan tillit till dem. Då kvinnorna inte förstår vad barnmorskorna säger, måste kvinnorna bara lita på att barnmorskorna gör sitt bästa och att det kommer gå bra.

*"Å de tror ja no dom har den inställningen då di kommer hit å, di som int riktigt kan varken finska, svenska elä engelska. Dom bara litar på att vi, vi sköter vårt jobb. Så, så fast kommunikationen int riktigt fungerar så brukar dom no ändå va, åtminstone vara relativt nöjda."* Emilia

## 5.7 Diskussion

I detta kapitel kommer metoden som användes för detta examensarbete att diskuteras och arbetets förlopp. Resultatet kommer att diskuteras genom en spegling mot bakgrunden i början av detta arbete och mot Coffmans och Rays teori om ömsesidig interaktion.

### 5.7.1 Metoddiskussion

I metoddiskussionen ska respondenten granska kvaliteten i arbetet. Metoden kan diskuteras med hjälp av begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet (Henricson 2014, 472–473). Trovärdighet innebär att respondenten granskar om studien gett svar på syftet och frågeställningarna. För att öka trovärdigheten kan styrkor och svagheter i utförandet av studien, och analysens pålitlighet diskuteras (Henricson 2014, 473–474). Pålitlighet i arbetet innebär att en noggrann redovisning av urval, datainsamlingsmetod och dataanalys har gjorts (Henricson 2014, 474). Utifrån trovärdigheten och pålitligheten kan respondenten diskutera om resultatet i studien kan generaliseras och överföras till andra kontext (Henricson 2014, 475).

Datainsamlingsmetoden som valdes för denna studie var kvalitativa intervjuer. Den valda metoden var lämplig och har gett svar på syftet och frågeställningarna i denna studie. En svaghet i utförandet av intervjuerna var att respondenten inte hade utfört en provintervju före intervjuerna med barnmorskorna började, vilket resulterade i att de två första intervjuerna var mycket korta och ytliga. De övriga intervjuerna var djupare och barnmorskorna har fritt berättat om deras upplevelser. Efter de två första intervjuerna märkte respondenten också att intervjufrågorna inte gav tillräckligt bra svar på forskningsfrågorna och valde därför att lägga till några frågor, vilka nämndes i metodkapitlet.

Ytterligare en svaghet var att intervjuerna utfördes på avdelningen i personalens kafferum eller i ett avskilt rum. I de intervjuer som utfördes i kafferummet förekom störningsmoment. Någon kom in och började prata eller så före en monitor ljud. Däremot påverkade inte detta hur öppet barnmorskorna pratade om sina upplevelser. Alternativt hade respondenten kunnat komma överens med barnmorskorna om att träffas utanför arbetstid och på så vis kunnat välja ett intervjuställe med mindre risk för störningar.

Det tog länge för respondenten att få tillräckligt med informanter till studien. Det var enbart en barnmorska som kontaktade respondenten inom utsatt tid. Efter intervjun med denna tillfrågades fler barnmorskor på avdelningen om de var intresserade av att delta i studien och tre andra barnmorskor visade då intresse. Avdelningsskötaren kontaktades igen för att få flera intresserade barnmorskor och ytterligare en barnmorska kontaktade respondenten. Efter den intervjun tillfrågades barnmorskorna på avdelningen om de ville

delta och två visade intresse. En orsak till detta kan vara att barnmorskorna har mycket att göra under sina arbetsskift och tänker att någon annan ställer upp. Om barnmorskorna får se vem det är som kommer att intervjuas och frågan är ställd direkt till dem, kanske viljan att delta ökar, jämfört med om förfrågan kommer per e-mail.

En styrka i utförandet av denna studie är att den enbart har en skribent, vilket innebär att samma person har varit med och skrivit hela arbetet och tagit del av alla intervjuer. Däremot finns det vissa begränsningar i att skriva ensam, bland annat att inte kunna dela tankar och idéer på samma vis som om man vore flera. Respondenten har tagit itu med detta genom att fråga kurskamrater om hjälp, då det behövts och respondenten har också vänt sig till handledande lärare då frågor uppstått. Vid analysen av intervjuerna har både handledaren och en kurskamrat tillfrågats att läsa genom resultatet, för att säkerställa att det är relevant och baserat på data och inte egna åsikter.

I metodkapitlet har respondenten noggrant förklarat tillvägagångssätt vid datainsamlingen och vid dataanalysen. Det var svårt i början att förklara utgående från teori hur studien kommer att gå till väga, men i slutet av studien har tillvägagångssättet förklarats tydligt.

För att öka trovärdigheten i denna studie skulle respondenten ha kunnat förbereda sig inför intervjuerna på ett bättre sätt för att få ut det mesta ur dem. Antalet deltagare var sju, vilket är tillräckligt för en kvalitativ studie, men längden på intervjuerna kan ifrågasättas. Skulle denna studie göras igen, föreslås en mer utförlig intervjuguide och att en provintervju utförs. En styrka i denna studie är att deltagarnas arbetserfarenhet är varierande, vilket har gett bredare svar på intervjufrågorna.

Vid en kvalitativ studie är det svårt att kunna generalisera resultatet, eftersom antalet deltagare är få och baserar sig på personliga upplevelser. Däremot kan resultatet överföras till liknande kontext (Danielson 2012b, 341). Patienter med utländsk härkomst vårdas även på andra avdelningar än förlossning och BB. Vårdarna kan uppleva likadana känslor, som barnmorskorna uttryckte vid vård av patienter med främmande modersmål. Även tillgången till tolk är det samma för alla, som vårdar patienter dygnet runt. Då en tolk inte finns tillgänglig, har vårdare inom andra områden tillgång till att använda sitt kroppsspråk för att kommunicera med patienten. Skillnaderna som barnmorskorna upplevde mellan vården i förlossningssalen och på BB-avdelningen kan jämföras med vården på en akut

avdelning och en bäddavdelning. Till den akuta avdelningen behövs tolken snabbt, medan det går att boka in en tid för tolken att komma till en bäddavdelning.

### **5.7.2 Spegling av resultatet**

Syftet med denna studie var att beskriva barnmorskors upplevelser och erfarenheter av att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål. Diskussionen börjar med att svara på den första forskningsfrågan *Vilka erfarenheter har barnmorskor av att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål?* och går vidare till att svara på den andra forskningsfrågan *Hur upplever barnmorskor att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål?* Svaren på frågeställningarna kommer att speglas mot bakgrunden i början av detta arbete och den tidigare forskningen om vårdares upplevelser av kommunikation. Resultaten kommer sedan att speglas mot Coffmans och Rays teori om ömsesidig interaktion.

#### **Barnmorskornas erfarenheter av kommunikationen**

Barnmorskorna i denna studie berättade att de använder både verbala och icke-verbala sätt att kommunicera. De var kreativa och mångsidiga i sitt arbete. Enligt Newman Giger och Davidhizar (2008) består den icke-verbala kommunikationen av ögonrörelser, ansiktsuttryck, beröring och kroppsspråk. Barnmorskorna använde mycket sin egen kropp för att kommunicera med kvinnorna. De påpekade också att det är viktigt att ha ögonkontakt och röra vid kvinnorna för att kommunicera och få dem att känna sig trygga. Hemberg och Vilander (2017) poängterar att vårdarna ska vara kreativa i sitt sätt att kommunicera och använda olika metoder. Andra studier (Cioffi 2003; Akhavan 2012; Boerlier et al. 2013) nämner att vårdarna kan använda sig av bilder och material på andra språk för att kommunicera. Barnmorskorna i denna studie berättade att de på avdelningen har tillgång till att använda bilder som stöd och material på andra språk.

För att använda den verbala kommunikationen berättade barnmorskorna att de tog hjälp av de anhöriga eller tillkallade en professionell tolk. Barnmorskorna nämnde att om den anhörige redan var på plats, så kunde denne hjälpa till ifall ingen professionell tolk hade möjlighet att komma till sjukhuset på kort varsel. Problematiken med att använda anhörig som tolk, ansåg barnmorskorna var tillförlitligheten i tolkningen och om de tolkar allt som sägs. Detta påpekar även Ng och Newbold (2011) och Haith-Cooper (2014). Samma författare skriver också att en tolk inte alltid har möjlighet att komma till sjukhuset i akuta situationer eller till oplanerade förlossningar. Cioffi (2003) instämmer med detta och

tillägger att det kan vara svårt att få tag på en tolk om patienten talar ett ovanligare språk. Det påpekade också barnmorskorna. Vid ett ovanligare språk kunde barnmorskorna använda telefontolkning, men det upplevde de som obekvämt. I Cioffi's (2003) studie upplevde också deltagarna att det var obekvämt att använda telefontolkning.

### **Barnmorskornas upplevelser av kommunikationen**

Barnmorskorna upplevde att det var lättare att få en tolk till BB-avdelningen än till en förlossning, eftersom kvinnorna var några dagar på BB och det då var lättare att boka in en tid som tolken kunde komma. Barnmorskorna ifrågasatte dock om tolken tolkade allting rätt, eftersom tolken ibland erkänt att den inte tolkade rätt. Ett annat problem var också att tolken fick komma samtidigt som barnläkaren och då fick kvinnan all information hon behövde på en gång. Barnmorskorna blev fundersamma över hur mycket kvinnan minns efter att få all information samtidigt, men de poängterade också att det inte skulle vara ekonomiskt och praktiskt möjligt att tolken kommer flera gånger till sjukhuset. Cioffi (2003), Akhavan (2012) och Haith-Cooper (2014) menar alla att ett problem med användningen av professionell tolk är hur mycket information som går att tolkas på en gång. Andra problem författarna nämner vid användning av professionell tolk är också om tolkningen blir rätt.

Barnmorskorna upplevde att utöver språket så var smärttillstånd och panik hinder för att kommunikationen skulle fungera. Newman Giger och Davidhizar (2008) menar att faktorer som påverkar kommunikationen bland annat är fysisk och psykisk hälsa. De påpekar också att icke-fungerande kommunikation försämrar patientens förmåga att hantera smärta. De menar också att då kommunikationen inte fungerar så uppstår en känsla av hjälplöshet både hos patienten och vårdaren, vilket barnmorskorna i denna studie också uttryckte. Barnmorskorna upplevde också vården som utmanande, men samtidigt givande. Detta upplevde även deltagarna i studierna gjorda av Cioffi (2003) och Boerleider et al. (2013).

Vid vården av kvinnor med annan kultur upplevde barnmorskorna att det var svårt att förklara för dem varför bland annat amning och hudkontakt är viktigt. I studierna gjorda av Ng och Newbold (2011) och Boerleider et al. (2013) framkom att utmaning i vården var kulturella skillnader som går emot barnmorskans rekommendationer. En annan utmaning



var också kvinnornas syn på barnmorskans kompetens. I denna studie nämnde inte barnmorskorna att kvinnorna ifrågasatt deras kompetens.

Vid bemötandet av kvinnor med främmande modersmål och kultur berättar barnmorskorna att det viktigaste är att man är närvarande, vänlig, uppmuntrar, visar att man bryr sig och tänker ur kvinnans perspektiv för att hon ska känna sig trygg. Detta framkommer också i studierna gjorda av Cioffi (2003), Balaam et al. (2013), Wikberg (2014) och Hemberg och Vilander (2017). Dessa skriver i sina studier att vårdaren ska vara empatisk, vänlig, närvarande och tänka ur kvinnans perspektiv.

Det som inte framkom i de tidigare forskningarna, är de känslor som uppstår i samband med vården av patienter med främmande modersmål. Barnmorskorna uttryckte känslor av frustration, då kvinnan inte förstod vad de menade. Många gånger kände barnmorskorna sig otillräckliga och ville ge mer stöd åt kvinnorna, än de upplevde att de kunde. Barnmorskorna berättade också att relationen till kvinnorna blir ytligare och kvinnan får en annan tillit till barnmorskan då de inte delar ett gemensamt språk. I akuta situationer utförde barnmorskorna åtgärder, utan att kvinnan förstod vad som hände. Enligt Akhavan (2012), Haith-Cooper (2014) samt Hemberg och Vilander (2017) är kommunikationen viktig för att bygga upp en god vårdrelation, låta patienten ta del av sin egen vård och ökar patientens tillit till vårdaren.

#### **Spegling mot teorin om ömsesidig interaktion**

Enligt Coffman och Ray (1999) behöver kvinnan känna att barnmorskan möter de behov hon har för att uppnå en tillitsfull relation. Det vill säga barnmorskorna behöver förstå vad kvinnan menar. Detta kan vara orsaken till att kvinnan överdramatiserar sitt tillstånd, för att barnmorskorna verkligen ska förstå hennes situation. Det försvårar dock vården av kvinnan, eftersom barnmorskorna inte kan vara säkra på att hon verkligen har sjukt eller om det är kulturellt att uttrycka smärta med mycket ljud.

Det finns konstanta behov som kvinnan uttrycker vilka behöver kontinuerligt stöd, såsom hälsa, glädje, trygghet och tröst (Coffman & Ray 1999). Barnmorskorna vill få kvinnan att känna sig trygg, genom att de visar att de finns där för henne och har ett gott bemötande. Glädjen uppkom då kommunikationen inte blev som de ville och både kvinnan och barnmorskan kunde skratta åt det tillsammans. Barnmorskorna främjade fostrets och kvinnans hälsa genom att i akuta situationer utföra vårdåtgärder, utan att kvinnan förstod

vad som hände, vilket är både positivt och negativ. Situationen kan kontrolleras, men kvinnan får inte ta del av sin vård och vet inte vad som händer, vilket kan upplevas otryggt. Att trösta kvinnan i svåra situationer var också en utmaning. Barnmorskorna kände sig otillräckliga och kunde inte finnas där för att stötta kvinnan, eftersom de inte kunde kommunicera med henne.

Barnmorskorna ville uppnå en god vårdrelation med kvinnan genom att finnas där för henne, uppmuntra henne, visa att de bryr sig och vara empatiska. I Coffmans och Rays (1999) teori är att finnas där för kvinnan, bry sig om henne, dela information och uppmuntra faktorer som kvinnorna upplever stödjande. Enligt resultatet av denna studie kunde barnmorskorna uppnå alla dessa, förutom att ge information. Barnmorskorna upplevde det utmanande att få kvinnan att förstå den information de gav henne. Kommunikationen fungerade inte felfritt alla gånger och det förekom missförstånd.

Barnmorskorna upplevde att kvinnorna i slutändan var nöjda med den vård de fått, så länge både hon och barnet mådde bra. I slutet av Coffmans och Rays modell om stödprocessen visar det sig om stödet varit tillräckligt. Resultatet är att kvinnan och stödgivaren mår bra och är nöjda. En stor del av processen, är att dela information med kvinnan. Det upplevdes enligt barnmorskorna som utmanande och de lyckades inte alla gånger få kvinnan att förstå vad de menade. Eftersom stödprocessen inte fungerar helt och hållet, skulle det betyda att kvinnorna är nöjda över andra saker än stödet de fått, t.ex. över att barnet mår bra, förlossningen gått bra eller andra faktorer i den vårdande relationen. Den stödande delen kan också ha kommit från någon annan än barnmorskan under förlossningen ifall någon anhörig var med kvinnan.

### **5.7.3 Slutledning**

Genom denna studie har min och förhoppningsvis andras förståelse för kommunikationens betydelse ökat. I början av processen hade jag inte mycket kunskap om ämnet i fråga och var skeptisk till att detta arbete kunde bidra med någonting. Nu i slutskedet upplever jag att studien har bidragit med intressanta resultat. Den har fått mig att inse problematiken med att inte kunna kommunicera med en patient i akuta situationer och vad det kan leda till.

Denna studie kan bidra med nyttig information för blivande barnmorskor hur de ska gå till väga för att kommunicera med kvinnor med främmande modersmål, då de en dag blir

färdiga och själva står där med en kvinna framför sig och *"inte vet var de ska börja ens."* (Johanna). Denna studie ger konkret svar på vilka hjälpmedel barnmorskor använder i sitt yrke och visar vad icke-fungerande kommunikation kan leda till. Studien ger också svar på hur vårdaren ska uppnå en god vårdrelation med sin patient, då de inte delar ett gemensamt språk.

En intressant aspekt ur resultatet är att fastän barnmorskorna har många hjälpmedel de kan använda i sitt arbete för att kommunicera, så upplevde barnmorskorna att de inte räckte till. Känslor som hjälplöshet och frustration infann sig, då de inte kunde kommunicera med patienterna. De hjälpmedel som barnmorskorna upplevde var enklast att använda var översättningsprogram och professionell tolk. Däremot kunde inte barnmorskorna vara säkra på tillförlitligheten i översättningen och i tolkningen. Haith-Cooper (2014) menade också att översättningsprogram inte är tillräckligt utvecklade, för att använda inom vården. Ett gemensamt språk är viktigt inom vården och vidare forskning krävs för att utveckla tillförlitliga översättningsprogram. Alternativt skulle tolkcentralerna kunna utbilda tolkar specifikt för att tolka inom sjukvården. Detta skulle möjliggöra att tolken förstår medicinska termer och eventuellt höja tillförlitligheten i tolkningen. Det skulle också kunna ordnas tolkar som är tillgängliga dygnet runt och på helger. Även samarbete mellan olika länder skulle öka tillgängligheten till tolkar via telefonen.

Barnmorskorna nämnde att de blev osäkra på hur mycket kvinnan minns av den information hon får, då tolken kommer till BB-avdelningen en gång. Orsaken till att tolken endast besöker kvinnan en gång, var att det skulle vara praktiskt omöjligt att göra på ett annat sätt och kostsamt. För att kvinnan ska förstå allting och minnas vad som blivit sagt skulle tolken behöva komma en kort stund varje dag till avdelningen och kvinnan få information vartefter. Med fördel kan det vara samma tolk som besöker kvinnan för att öka hennes förtroende till tolken. Det skulle innebära att tolken är närvarande flera kortare pass istället för ett långt pass som kan ta flera timmar. Resultatet skulle vara att kvinnan vågar öppna sig mera med tolken närvarande och hon skulle minnas den information hon får.

Ett annat intressant fynd var uppkomsten av den onda cirkeln där icke-fungerande kommunikation ledde till att kvinnan blev rädd, vilket ökade hennes smärta som i sin tur

ledde till att kommunikationen fungerade ännu sämre. Studier visar att otrygghet minskar hanteringen av smärta (Newman Giger & Davidhizar 2008, 21; Lundgren 2009b, 75). För att undvika detta skulle det vara viktigt att kvinnan får känna sig trygg och har någon med sig under hela förlossningen. Tillgång till doulor med samma kultur och språk som kvinnan, skulle öka kvinnans känsla av trygghet och underlätta kommunikationen mellan barnmorskan och kvinnan.

Sammanfattningsvis behövs mer forskning för att utveckla smidigare översättningssystem att använda inom vården. En utvecklingsmöjlighet skulle vara att en tolk besöker kvinnan varje dag medan hon är på sjukhuset och ger information åt henne vartefter, istället för att ge all information på en dag. En utbildning för tolkar specifikt inom sjukvården skulle kunna ordnas för att vårdpersonal ska vara säkra på att de tolkar rätt. Under en förlossning behöver kvinnor som kommer ensamma eller är mycket rädda få mera stöd för att inte förlossningen ska bli en hemsk upplevelse och hjälpa dem hantera sin smärta. Tillgången till doulor och tolkar dygnet runt, skulle öka stödet under förlossningen.

## Källförteckning

Akhavan, S., 2012. Midwives' views on factors that contribute to health inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11(47), 47–56.

Balaam, M-C., Akerjordet K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A-M., Ensel, A., Gouni, O. & Severinsson, E., 2013. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919–1930.

Boerleider, A., Francke, A., Manniën, J., Wiegers, T., & Devillé, W., 2013. "A mixture of positive and negative feelings": A qualitative study of primary care midwives' experiences with non-western clients living in the Netherlands. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1658–1666.

Cioffi, J., 2003. Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 299–306.

Coffman, S., & Ray, M., 1999. Mutual intentionality: A theory of support processes in pregnant African American women. *Qualitative Health Research*, 9(4), 479–492.

Danielson, E., 2012a. Kvalitativ forskningsintervju. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E., 2012b. Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ellberg, L., 2009. Den okomplicerade barnsängstiden. Ingår i: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & I. Lundgren, red., *Lärobok för barnmorskor (3 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

Forskningsetiska delegationen (TENK), 2009. *Etikprovning inom humanvetenskaperna*. [Online] <http://www.tenk.fi/sv/etikprovning-inom-humanvetenskaperna> [Hämtat: 20.1.2018]

Forskningsetiska delegationen (TENK), 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. [Online] [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [Hämtat: 13.11.2017]

Galanti, G-A., 2008. *Caring for patients from different cultures (Fourth edition)*. USA: University of Pennsylvania press.

Haith-Cooper, M., 2014. Mobile translators for non-Englishspeaking women accessing maternity services. *British Journal of Midwifery*, 22(11), 795–803.

Hemberg, J. & Vilander, S., 2017. Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 822–829.

Hanssen, I., 2008. *Omvårdnad i ett kulturellt samhälle (3 uppl.)*. Malmö: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A., 2012. Kvalitativ design. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., 2014. Diskussion. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Herlitz, G., 2006. *Kulturgrammatik – hur du ökar din förmåga att umgås över gränserna*. Malmö: Liber

Hogg, B., 2009. Den okomplicerade förlossningen. Ingår i: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson, & I. Lundgren, red., *Lärobok för barnmorskor (3 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Hällgren, Graneheim, U. & Lundman, B., 2012. Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: B. Höglund-Nielsen, & M. Granskär, red., *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

International Confederation of Midwives, 2014. *International code of ethics for midwives*. [Online] [http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf](http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf) [Hämtat: 13.2.2018]

Leininger, M. & McFarland, R., 2002. *Transcultural nursing – concepts, theories, research & practice (third edition)*. USA: McGraw-Hill Companies, Inc.

Lundgren, H., Rehn, M. & Wiklund, I., 2014. *Barnmorskans handläggning vid normal förlossning – forskning och erfarenhet*. Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I., 2009a. Professionellt förhållningssätt. Ingår i: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren, red., *Lärobok för barnmorskor (3 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I., 2009b. Stöd under förlossningen. Ingår i: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren, red., *Lärobok för barnmorskor (3 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Newman Giger, J. & Davidhizar, R.E., 2008. *Transcultural nursing - assessment and intervention (fifth edition)*. USA: Mosby Elsevier.

Ng, C., & Newbold, B., 2011. Health care providers' perspective on the provision of prenatal care to immigrants. *Culture, Health and Sexuality*, 13(5), 561–574.

Statistikcentralen, 2017. *Arabiska blev den tredje största gruppen med ett främmande språk som modersmål*. [Online] [http://www.stat.fi/til/vaerak/2016/vaerak\\_2016\\_2017-03-29\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2016/vaerak_2016_2017-03-29_tie_001_sv.html) [Hämtat: 5.5.2017]

Suomen kättilöliitto, 2004. *Laatua kättilötyöhön-kättilötyön eettiset ja laadulliset perusteet*. [Online]

[https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla\\_taidolla\\_tunteella.pdf](https://asiakas.kotisivukone.com/files/suomenkatiloliitto.kotisivukone.com/tiedostot/tiedolla_taidolla_tunteella.pdf) [Hämtat: 17.2.2018]

Svenska akademiens ordlista, 2015. [Online]

<http://spraakdata.gu.se/saolhist/start.phtml?lemma=kommunikation&submitbn=Detaljer&mode=SAOLprod&med=SAOL13',SAOL14> [Hämtat: 23.5.2017]

Vasa Centralsjukhus, 2016. *Förlossningssalen*. [Online]

[https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for\\_patienter/enheter/polikliniker-och-mottagningar/forlossningssalen/](https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/enheter/polikliniker-och-mottagningar/forlossningssalen/) [Hämtat: 1.10.2017]

Vasa Centralsjukhus, 2017. *Tolktjänster*. [Online]

[https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for\\_patienter/sjukhusguiden/pa-sjukhuset/tolktjanster/](https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/sjukhusguiden/pa-sjukhuset/tolktjanster/) [Hämtat: 18.9.2017]

Wikberg, A., 2014. *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur*. Vasa: Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Wikberg, A., Eriksson, K., & Bondas, T., 2012. Intercultural caring from the perspective of immigrant new mothers. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 41(5), 638–649.

#### Finlands författningssamling

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=vård#L2P3> [Hämtat: 7.12.2017]

Språklag 6.6.2003/423 <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2003/20030423#L3P18>

[Hämtat 7.12.2017]

## Bilaga 1. Intervjufrågor



### Intervjufrågor

Syftet med studien är att beskriva barnmorskornas erfarenheter och upplevelser av att kommunicera med kvinnor med annat språk än barnmorskans modersmål vid mödravård i sjukhusmiljö.

1. Bakgrundsfakta om barnmorskan
2. Hur ofta möter du kvinnor med annat modersmål än finska eller svenska på förlossningsavdelning?
3. Kan du berätta om mötet med kvinnor med annat modersmål än dig själv
4. Hur har du upplevt att kommunicera med kvinnor med annat modersmål än finska eller svenska?
5. Kan du berätta hur du har gjort för att kommunicera med dessa kvinnor
6. Kan du berätta om någon situation då kommunikationen inte fungerat
7. Kan du berätta om hur du upplevt användningen av tolk
8. Är det något ytterligare som du vill tillägga?



## Bilaga 2. Informationsbrev till avdelningsskötaren



Sida, (, )

Sara Jansson  
Barnmorskestuderande

Bästa avdelningssköterska!

Jag är en tredjeårsstuderande till barnmorska vid Yrkeshögskolan Novia. Till utbildningen hör ett examensarbete för sjukskötarexamen. Syftet med studien är att beskriva de erfarenheter och upplevelser barnmorskor har av att kommunicera med kvinnor med annat modersmål än finska eller svenska, vid mödravård i sjukhusmiljö.

Studien kommer att bestå av intervjuer och jag söker 7-10 barnmorskor. Jag önskar att så många som möjligt från Er avdelning vill delta.

Jag kommer att genomföra intervjuerna i november-december. På grund av språkkunskaper kommer intervjuerna att vara på svenska. Materialet som erhålls kommer att behandlas konfidentiellt och inga namn kommer att nämnas. Intervjuerna kommer att bandas in, transkriberas och analyseras. Efter godkänt arbete i maj 2018 kommer allt datamaterial att raderas. Studien kommer sedan att publiceras elektroniskt så att andra kan ta del av studien.

Vid oklarhet och frågor ber jag Er att vänligen kontakta mig.

Med vänliga hälsningar,

Sara Jansson

Tel:                      e-post:

Ledande handledare Anita Wikberg, Yrkeshögskolan Novia,

Tel:                      e-post:

## Bilaga 3. Informationsbrev till barnmorskorna



Bästa Barnmorska!

Jag är en tredjeårsstuderande till barnmorska vid Yrkeshögskolan Novia. Jag skriver nu mitt examensarbete med syftet att beskriva de erfarenheter och upplevelser Ni barnmorskor har av att kommunicera med kvinnor med annat modersmål än finska eller svenska vid mödravård i sjukhusmiljö.

Studien kommer att bestå av intervjuer på svenska och jag söker 7-10 barnmorskor som vill delta. Längden på intervjun är ca. 30 minuter och Er tid uppskattas! Intervjuerna kommer att bandas in, transkriberas och analyseras. Materialet som erhålls kommer att behandlas konfidentiellt. Enstaka citat kommer att användas i det slutliga arbetet, men inga namn kommer att nämnas. Det är frivilligt att delta i studien och Ni får avbryta när helst ni vill.

Ni kommer att underteckna ett informerat samtycke före intervjun som ingen annan än skribenten kommer att ha tillgång till. Efter godkänt arbete i maj 2018 kommer allt datamaterial att raderas. Studien kommer sedan att publiceras elektroniskt så att andra kan ta del av studien.

Era erfarenheter är av värde för att belysa hur viktig kommunikationen är. Jag kommer även att hösten 2018 skriva ett utvecklingsarbete utgående från denna studie. Utvecklingsarbetet gör det möjligt för mig att utveckla studien och göra någonting praktiskt av den.

Intervjuerna kommer att genomföras i november-december. Vid intresse och frågor ber jag Er vänligen kontakta mig före **30.11.2017**

Tack på förhand!

Med vänliga hälsningar,

Sara Jansson

Tel e-post

Ledande handledare: Anita Wikberg, Yrkeshögskolan Novia,

Tel e-post

## Bilaga 4. Resultattabell

Tema	Kategori	Underkategori
Att överkomma språkbarriären	Olika sätt att kommunicera	Kroppsspråk
		Bilder som stöd
		Material på andra språk
		Översättningsprogram
		Hjälpmedlen ersätter inte ett gemensamt språk
	Anhörig som tolk	En tillgång
		Hur långt kan den anhörige tolka
	Professionell tolk	Underlättar arbetet
		Tillgänglighet
		Telefontolkning
Tolkas allting rätt		
Skillnader mellan förlossning och BB-avdelning	Förlossning	Barnmorskan klarar sig med kroppsspråk
		Önskvärt med kvinnlig tolk
	BB-avdelning	Mycket information som ska ges
		Vad minns kvinnan av den information hon fått
Mötet	Varierande möten	Många av föderskorna talar ett främmande språk
		Kvinnor med olika bakgrund
	Kulturskillnader	Uttrycka smärta
		Barnavård
		Skillnader mellan könen
En rikedom att få arbeta med olika kulturer		
Vården	Utmanande	Att förstå varandra
		Barnmorskorna vet inte var de ska börja
		En känsla av hjälplöshet uppstår hos barnmorskorna
	Hinder för att kommunikationen ska fungera	Kvinnan går in i sin panik
		Inget gemensamt språk

	Följder då kommunikationen inte fungerar	Kvinnan dramatiserar sitt tillstånd för att barnmorskan ska förstå
		Rädsla uppstår hos kvinnan
		Känsla av frustration uppstår hos barnmorskan
		Förlossningen blir inte som i slutändan går det oftast bra
Vårdrelationen	Bemötandet	Bemöta kvinnan som barnmorskorna själva vill bli bemötta
		Barnmorskan ska finnas där för kvinnan
	Relationen	Ytligare relation
		Personkemin inverkan på relationen
		Kvinnan har en annan tillit till barnmorskorna

## 6 Afrikanska invandrarkvinnors upplevelse av graviditet, förlossning, barnsängstiden och av stöd i vården i Finland: Anna Lillas

### Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att beskriva upplevelsen av barnafödande i Finland hos kvinnor med en annan kulturell bakgrund. Forskningsfrågorna är: Hur upplever invandrarkvinnor barnafödande i finländsk kultur? Vilken typ av stöd har invandrarkvinnor fått under barnafödandet?

I den teoretiska bakgrunden använder jag evidensbaserad litteratur, statistik, internet-källor och vetenskapliga forskningsartiklar. Som teoretisk utgångspunkt har jag använt Wikbergs teori om interkulturellt vårdande. Studien är kvalitativ och datamaterialet består av intervjuer med fem invandrarkvinnor. Materialet har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet visar att invandrarkvinnorna överlag är nöjda med den vård och det stöd de fått under barnafödande i Finland, medan kommunikationshinder, språkhinder och förutfattade meningar fortfarande skapar utmaningar i vården. Resultatet är indelat i tre teman med egna kategorier och underkategorier.

I temat *kommunikation* presenteras hur informanterna har upplevt att kommunikationen fungerat i samband med barnafödandet. Det handlar om användning av språk och hur ett gemensamt språk är en förutsättning för god kommunikation. Det handlar också om information; hur man fått information och hur man har upplevt dess nytta.

I temat *relationer* presenteras informanternas upplevelser av vården och stödet under barnafödandet. Vem de har fått stöd av och om har det upplevts som tillräckligt bra? Har man upplevt att man blivit respekterad i vården och har man fått känna sig trygg?

I temat *reflektion* presenteras informanternas förväntningar på vården och stödet under barnafödandet samt hur förväntningarna mötts. Informanternas förändringsförslag för hur barnafödande ser ut i Finland och deras tankar om framtiden angående barnafödande presenteras.

**Nyckelord:** barnafödande, förlossning, graviditet, invandring, kvinnor, upplevelser

**Nimike:** Afrikkalaisten maahanmuuttajanaisten kokemuksia raskaudesta, synnytyksestä, lapsivuodeajasta ja hoidossa saadusta tuesta Suomessa

### Tiivistelmä

Lopputyön tarkoitus on kuvailla maahanmuuttajanaisten kokemuksia lapsensaannista Suomessa. Maahanmuuttajanaيسilla tarkoitan naisia, joilla on toinen kulttuurillinen tausta ja jotka eivät ole syntyneet Suomessa. Tutkimuskysymykset ovat: Miten maahanmuuttajanaiset kokevat lapsensaannin suomalaisessa kulttuurissa? Minkälaista tukea maahanmuuttajanaiset ovat saaneet lapsensaannin aikana?

Teoreettisessa taustassa on käytetty näyttöön perustuvaa kirjallisuutta, tilastoita, internetlähteitä ja tutkimusartikkeleita. Teoreettisena lähtökohtana on käytetty Wikbergin teoriaa kulttuurien välisestä hoitamisesta. Tutkimus on laadullinen ja aineisto perustuu viiden maahanmuuttajanaisen haastatteluun. Haastattelut on analysoitu laadullisella sisältöanalyysillä.

Lopputulos näyttää, että maahanmuuttajanaiset ovat yleisesti tyytyväisiä lapsensaannin aikana saamansa hoitoon ja tukeen. Kommunikaatiohaitat, kieliesteet ja ennako-oletukset ovat kuitenkin yhä haasteita hoidossa. Tulos on jaettu kolmeen teemaan. Kaikissa teemoissa on omat kategoriat ja alakategoriat. Ensimmäinen teema on *kommunikaatio*. Siinä esitetään kuinka naiset ovat kokeneet kommunikaation toimivan lapsensaannin yhteydessä. Se käsittelee kielenkäyttöä ja kuinka yhteinen kieli on edellytys hyvälle kommunikaatiolle. Se käsittelee myös tiedonantoa ja neuvontaa, miten sitä on saatu ja kuinka hyödylliseksi se on koettu. Toinen teema on *suhteet*. Siinä esitetään naisten kokemus hoidosta ja tuesta lapsensaannin aikana. Keneltä maahanmuuttajanaiset ovat saaneet tukea ja onko sen koettu riittävän. Ovatko naiset kokeneet itsensä kunnioitetuksi hoidossa ja ovatko he saaneet tuntea olevansa turvassa. Kolmas teema on *reflektointi*. Siinä esitetään naisten odotukset hoidosta ja tuesta lapsensaannin aikana ja kuinka näihin odotuksiin on vastattu. Teemassa esitetään myös naisten muutosehdotukset lapsensaannin hoitoon ja tukeen Suomessa, sekä myös heidän ajatuksiaan tulevaisuudesta lapsensaantiin Suomessa liittyen.

**Avainsanat:** lapsensaanti, synnytys, raskaus, maahanmuutto, nainen, kokemus

**Title:** African female immigrants' experiences of pregnancy, childbirth and post partum and of support in health care in Finland

**Abstract**

The aim of this thesis is to describe the experience of childbearing in Finland as a woman with another cultural background. The research questions are: How do immigrant women experience childbearing in the Finnish culture? What kind of support have immigrant women received during childbearing?

In the theoretical background, evidence based literature, statistics, internet sources and scientific research articles are used. As a theoretical basis Wikberg's theory on intercultural caring has been used. The study is qualitative and as the data material consists of interviews with five immigrant women. The data has been analyzed with qualitative content analysis.

The results show that immigrant women in general are satisfied with the care and support they receive during childbearing in Finland, while problems with communication, problems with language and prejudices still are challenges in nursing. The results are divided into three themes and each has its own categories and subcategories.

In the theme *communication* I present how the informants have experienced the communication during childbearing. It is about the use of language and about how speaking a common language is a condition for good communication. It is also about information, how the informants have got information and if they have found it beneficial.

In the theme *relations* I present the informants' experiences of care and support during childbearing. From whom have they got support and have they experienced that it was sufficient? Have they been respected during the care and have they felt safe?

In the theme *reflection* I present the informants' expectations about care and support and if these expectations were met. I also present the suggestions for change regarding childbearing in Finland and their thoughts on the future associated with childbirth.

**Key words:** childbearing, birth, pregnancy, puerperium, immigration, women, experience

## 6.1 Inledning

I det här arbetet har fem invandrarkvinnor fått berätta om sina upplevelser av barnafödande och det stöd som de fått inom vården och av andra människor. Varenda kvinna och mamma är unik, liksom även deras upplevelser. Med barnafödande menar jag i det här arbetet graviditeten, förlossningen och barnsängstiden. Vården har skett på mödrarådgivningen, i förlossningssalen, på BB och i kvinnornas hem.

Att vara gravid, föda barn och bli mamma är en stor förändring i livet och att uppleva det i en annan kultur än sin egen kan vara omvälvande. Det är många olika faktorer som spelar in i en kvinnas upplevelse av barnafödande. Det kan vara deras egna tidigare erfarenheter, hur de blir bemötta, attityder och fördomar om invandrare och även politiken och juridiken som finns i samhället (Wikberg 2014).

Andelen invandrare och olika kulturer ökar i Finland, inklusive asylsökande och flyktingar samt de som flyttar till Finland av andra skäl (såsom arbete eller familjeskäl), också människor som talar ett annat språk som modersmål än något av Finlands officiella språk ökar (Statistikcentralen 2017). I och med att det finns fler invandrare så är det också viktigt att man i vården beaktar deras möjliga specialbehov, till exempel behov av tolkning.

Vården och stödet under barnafödande i Finland upplevs vara bra för det mesta. Skötarna har yrkeskunskap och lyssnar på sina patienter. Invandrarna upplever att vården är jämlik i Finland, att det inte är någon skillnad hur man ser ut eller var man kommer ifrån. Men samtidigt har man också upplevt andras fördomar och känt sig otrygg. Det som kan visa sig vara problematiskt är förutfattade meningar hos vårdarna och speciellt problem med kommunikationen. Kommunikationsproblem, eller mera specifikt att inte ha ett gemensamt språk mellan patienten och vårdaren, är en av de största utmaningarna i vården av invandrare. Vårdaren kanske inte får all den information som de behöver för att ge den bästa vården och kan inte tydligt förmedla vad som sker och vad som ska göras. Samtidigt kan patienten känna sig missförstådd och rädd för att inte förstå vad som händer eller varför. (Wikberg, Eriksson & Bondas 2012; Wikberg 2014)

## 6.2 Teoretisk bakgrund

I den teoretiska bakgrund kommer jag att presentera förlossningens olika skeden, hur man kan stöda en kvinna under förlossningen som anhörig och vårdare, speciella behov som



invandrarkvinnor kan ha i vården och till sist presenteras olika studier som gjorts i Finland inom detta ämne.

### **6.2.1 Förlossningens olika skeden**

Förlossningen kan delas in i tre skeden, de är öppningsskedet, utdrivningsskedet och efterbördsskedet. Det första skedet är öppningsskedet, livmoderhalsen utplånas och öppnas och barnet förs genom förlossningskanalen. Öppningsskedet varar för en förstföderska i genomsnitt fyra och en halv timme och för omföderskan ungefär två och en halv timme (Hagberg, Maršál & Westgren 2014, 112). Sammandragningarna börjar och de kommer allt starkare och snabbare. Fosterhinnorna brister oftast när livmoderhalsen är ungefär 5 centimeter öppen, om hinnorna inte brister av sig själv, kan barnmorskan ta håll på hinnorna manuellt. Vid slutet av öppningsskedet blir sammandragningarna mer intensiva, barnet har roterat och livmoderhalsen är fullt utvidgad. Smärtupplevelsen varierar stort från kvinna till kvinna och mellan olika förlossningar. (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson 2010, 93–101)

I utdrivningsskedet föds barnet fram, det är den fysiskt mest ansträngande delen för kvinnan under förlossningen. Det brukar, för förstföderskan, räcka ungefär 60 minuter, men för omföderskan kan det räcka bara enstaka kontraktioner, oftast ungefär 30 minuter, men variationen är stor (Hagberg et al. 2014, 112). Kvinnan känner av krystimpulsen och uppmuntras att krysta. Barnets huvud föds fram följt av resten av kroppen, nu kan mamman om hon så önskar få ta barnet i sin famn. När moderkakan inte längre fungerar och navelsträngen därmed inte längre pulserar, klipps den av. (Borgfeldt et al. 2010, 102)

Till sist kommer efterbördsskedet, tiden efter att barnet fötts fram, ända tills moderkakan och hinnorna fötts, det räcker ungefär 30 minuter (Hagberg et al. 2014, 112). Livmodern drar sig nu samman och moderkakan lossnar och föds. Moderkakan och hinnsäcken kontrolleras så att de är fullständiga. Vulva och vagina inspekteras och sys vid behov. Barnet kontrolleras och undersöks av barnmorskan. Under de följande två timmarna kan mamman tvätta sig själv, det är viktigt att hon urinerar. Mammans livmoderskontraktioner och blödningar kontrolleras, hon uppmanas också till den första amningen. Efter detta börjar barnsängstiden. (Borgfeldt et al. 2010, 103)

### **6.2.2 Den gravida kvinnans emotionella stöd under förlossningen**

Under förlossningen spelar stödpersonen till den blivande mamman en viktig roll. Stödpersonen kan vara barnets pappa, en släkting, en vän, en doula eller någon annan. Oftast litar mamman mera på en jämlik partner än på professionell vårdpersonal som stöd. Barnmorskan har också en viktig, men kanske en mer utomstående, roll i förlossningen. (Haataja 2011, 56)

Det är bra om mamman har fått möjlighet att tala om sina förväntningar och önsknings med stödpersonen före förlossningen, om vad som är viktigt för henne. Det är viktigt att förbereda sig för förlossningen tillsammans, man kan dock inte förbereda sig för allting. Stödpersonen har som uppgift att "läsa" av mamman under förlossningen, t.ex. om de vill bli rörda eller om man ska låta bli. Det är viktigt att mamman vet att stödpersonen är där för henne. Största delen av sjukhusen accepterar flera stödpersoner, t.ex. pappan och doulan. (Haataja 2011, 56–60)

I Finland ordnar man inte i regel möten med barnmorskor före förlossningen, i andra länder finns det dock system där mamman sköts av samma team eller barnmorska under hela graviditeten och förlossningen. Barnmorskorna är experter på kvinnors hälsa och normala förlossningar och kan ge mamman olika förslag om hur ens förlossning kan bli en trygg och en positiv upplevelse. Barnmorskans uppgift i förlossningssalen är inte bara att stöda en mamma, de kan ta hand om flera kvinnor samtidigt och ha andra uppgifter som att dokumentera, sköta teknik och så vidare (Lundgren 2009, 75–79; Haataja 2011, 60–61)

Till barnmorskans uppgifter hör att skapa en trygg och säker atmosfär för kvinnan som föder, acceptera och stöda stödpersonen som kvinnan valt, att inte lämna kvinnan ensam om hon inte önskar det, uppmärksamma de unika behoven som varje kvinna har, stöda kvinnan och förmedla att barnmorskan tror på hennes förmåga, ge kontinuerligt stöd och många andra uppgifter. Genom att skapa en trygg miljö kan man hjälpa kvinna att ha en känsla av kontroll eller att lita på att släppa kontrollen. (Lundgren 2009 75–79)

I en meta-analys från 1999 (Scott, Klaus & Klaus 1257–1264) där man använde sig av tolv randomiserade kliniska studier, varav två var från Finland (resten var bl.a. från Frankrike och Förenta Staterna) studerade man kontinuerligt stöd av en doula under förlossningen. Man kom fram till att när man hade en doula med vid förlossningen fanns det många fördelar för mamman, bl.a. mindre användning av epidural, en större andel av kvinnorna ammade sina barn och mamman och barnet hade en närmare relation. (Scott et al. 1999, 1257–1264)

I samma studie talar man också om att bara ha en pappa som stöd vid förlossningar inte är lika bra som att ha en doula eller båda. Man talar om att papporna är mera oerfarna, har svårt att bemöta både sina egna och mammans behov och att de ofta finner det svårt att observera, acceptera och förstå kvinnans naturliga beteende under förlossningen. Man argumenterar att alla mammor skulle behöva ha en kvinna som utbildning som stöd under graviditeten. (Scott et al. 1999, 1257–1264)

### 6.2.3 Statistik om invandring och språk i Finland

I det här kapitlet presenteras officiell statistik från Finland. Invandringen i Finland, vilka språk man talar och också annan statistik bl.a. om äktenskap och hälsorelaterade frågor presenteras.

#### Invandring

År 2016 fanns det ungefär 50 700 människor med finländsk bakgrund i Finland som är födda utomlands. Det fanns 365 000 människor med utländsk bakgrund, varav 307 000 var födda utomlands. Enligt statistikcentralen år 2016 fanns det ungefär 244 000 människor med utländskt medborgarskap som bor i Finland, det är ca 4,4 % av Finlands befolkning. Största delen av människorna hade medborgarskap i Estland, Ryssland, Irak och Kina. Var tionde person mellan 25–44 år, som var stadigvarande bosatt i Finland, hade utländsk bakgrund, vid slutet av år 2015. (Statistikcentralen 2017)

År 2016 flyttade 35 905 människor till Finland, varav 12 913 var från EU-länder, det är mera än någonsin tidigare. Största delen av människorna flyttade från Irak, Estland, Ryssland, Sverige och Afghanistan. År 2016 beviljades 9375 människor finländskt medborgarskap, vilket är det största antalet under Finlands självständighetstid. De vanligaste tidigare hemländerna var Ryssland, Somalia, Irak, Estland och Afghanistan. (FOS, Finlands officiella statistik 2017)

En asylsökande är en utlänning som kommer till Finland och söker skydd och uppehållsrätt, medan en flykting har redan beviljats asyl i Finland (Inrikesministeriet). År 2015 kom det 32 476 asylsökande till Finland, det är ungefär tio gånger fler än de föregående åren, 2010–2014 har det varit 3088–4018 per år (Statistikcentralen 2016). År 2015 tog man också emot 1815 flyktingar. År 2016 kom det 5651 asylsökande till Finland. De största grupperna av asylsökande har kommit ifrån Irak, Afghanistan, Syrien och Somalia. Av asylsökanden har 22 027 fått beslut vid slutet av år 2016. Asyl har beviljats till ungefär 4600 människor och 3200 människor har fått uppehållstillstånd. Mest positiva beslut angående beslut av asyl fick de som kom från Irak, Afghanistan och Syrien. Mest negativa beslut angående beslut av asyl fick de som kom från Irak, Afghanistan och Serbien. (FOS 2016a)

#### Språk

År 2016 fanns det ca 354 000 människor i Finland som hade ett annat modersmål än finska, svenska eller samiska, det är 6,4 % av Finlands befolkning. De största språken efter de inhemska språken är ryska, estniska, arabiska, somaliska, engelska, kurdiska och kinesiska. Arabiska gick förbi somaliska och engelska år 2016 (FOS 2016b).

## Familj och hälsa

År 2016 gifte sig 1861 kvinnor med utländska män och 2010 män med utländska kvinnor. Över hälften av immigranter flyttar till Finland på grund av familjeskäl. Andra vanliga skäl till att människor flyttar till Finland är arbete, flyktingskap och studier (Statistikcentralen 2015, 16–17).

Av alla kvinnor med utländsk bakgrund berättade 12 % att de använde hormonella preventivmedel (t.ex. p-piller). Kvinnor från Estland, EU-, Efta- och Nordamerikanska områden använde oftast hormonella preventivmedel, medan kvinnor från delar av Afrika använde hormonella preventivmedel mer sällan än andra kvinnor med utländsk bakgrund. (Statistikcentralen 2015, 156)

Av personer med utländsk bakgrund har 70 % av kvinnorna fött barn, det är fler än finländska kvinnor med i genomsnitt 62 %. Andelen kvinnor som fött minst tre gånger var större bland finska kvinnor (31 %), än hos kvinnor med utländskt bakgrund (25 %). Av kvinnorna med utländsk bakgrund som fött tre eller flera barn var största grupperna från Afrika. (Statistikcentralen 2015, 156–157)

Kvinnor med utländsk bakgrund upplever också en aning mera missfall än finländska kvinnor, 23 % av kvinnor med utländsk bakgrund jämfört med 20 % av finländska kvinnor. Kvinnor som upplevt flera missfall var ungefär lika stor i båda grupperna. Kvinnor med utländsk bakgrund utför också mera aborter än finländska kvinnor, 23 % jämfört med 17 %. (Statistikcentralen 2015, 157).

Problem som kan uppstå i samband med förlossning såsom perinatal dödlighet, låg födelsevikt hos barn och för tidig förlossning är enligt det finländska registret från åren 1999–2001 vanligare hos befolkningen som flyttat från Somalia, Nordafrika, Mellanöstern och i något mån också hos dem som flyttat från Östeuropa och Sydasien än hos den finländska befolkningen som är född i Finland. (Statistikcentralen 2015, 161)

### 6.2.4 Speciella vårdbehov hos invandrarkvinnor

Invandrarkvinnor tillhör en social grupp som är utsatt för hälsorisker såsom låg födelsevikt hos deras barn och för tidig födsel. Dessa kvinnor har upplevt bristfälligheter i hälsovård i relation till deras hälsoproblem, språkliga hinder och tillgång till hälsotjänster efter att de immigrerat. (Balaam 2013, 1927)

Språk- och kommunikationshinder är vanligt bland invandrare och de kan ofta behöva extra stöd eller tolk (Wikberg & Bondas 2010; Akhavan 2012; Wikberg et al. 2012; Degni, Suominen, Essén, El Ansari & Vehviläinen-Julkunen 2012; Degni, Suominen, El Ansari, Vehviläinen-Julkunen & Essén 2014). Professionella tolkar av samma kön som patienten behövs, om man inte har ett gemensamt språk mellan vårdaren och patienten kan inte en vårdande relation uppstå (Wikberg

& Bondas 2010; Wikberg et al. 2012). Ansvar för en fungerande kommunikation mellan kvinnan och vårdaren ska inte ligga på den enskilda patienten, utan ansvaret ska ligga på vårdaren eller organisationen. Om en kvinna känner att hon behöver tolk, ska inte detta ifrågasättas eller förnekas [henne](#) (Robertson 2009, 207).

Många invandrarkvinnor kan bära med sig traumatiska upplevelser, t.ex. sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld som kan vara mer eller mindre förträngt. Det kan ta sig uttryck på många olika sätt, en kvinna kanske reagerar inåt och blir tyst och känner paniken på insidan medan en annan kanske får panik. Det kan leda till att det är svårt att göra undersökningar på dessa kvinnor och till olika förlossningskomplikationer. (Robertson 2009, 206–207)

Invandrarkvinnor behöver få behålla sin integritet i sitt nya land, de behöver vårdande relationer för att hjälpa dem att ha tillgång till vård för mödrar. Invandrarkvinnor kämpar ofta för att få mening i sina nya liv i nya länder för att kunna hantera, kommunicera, knyta kontakter och åstadkomma en säker graviditet och förlossning (Balaam et al. 2013, 1927). Att flytta till ett nytt land påverkar en person i alla aspekter, det är en livsprocess, en total omställning (Robertson 2009, 204–205). Vårdpersonalen behöver utveckla rutiner som hjälper de invandrade kvinnorna att få en kontinuerlig vård och minska hindren de upplever i vården. Att följa och förbättra invandrarnas hälsa är viktigt för att upprätthålla lämpliga vårdtjänster (Balaam et al. 2013, 1927).

Kvinnor som kommer från en annan kultur och föder barn i den nya kulturen är dubbelt sårbara och ensamma. Det är en stor förändring att flytta till ett annat land och lära sig att leva i den nya kulturen, likaså är att föda barn också en stor förändring i livet, speciellt om det är första barnet. Det kan beskrivas som ett dubbelt krav eller en dubbel börda. (Wikberg 2014, 91–93)

I en studie från Sverige arrangerade man intervjuer med tio invandrarkvinnor som hade haft en doula med som stöd i sin förlossning. Doulorna kom från samma kultur som kvinnorna själva, de var alltså också invandrare. Alla som deltog i studien var positivt inställda till idén om kommunala doulor och åtta av tio var nöjda med det stöd de fick från doulan under förlossningen och skulle rekommendera dem åt sina vänner. Många var glada över att ha någon som förstod både deras modersmål och svenska med i förlossningen och att få möta doulan före förlossningen upplevdes som en viktig sak. Dessutom önskade många att man skulle kunna få möta doulan ännu efter förlossningen. (Akhavan 2012, 833–848)

### **6.2.5 Studier om Finland**

I en finländsk studie av hur somaliska kvinnor upplever vården på mödrarådgivningar, familjeplaneringsrådgivningar och i samband med förlossningar, var deras upplevelser för det mesta positiva. Man var nöjd med att de medicinska tjänster som erbjuds är säkra både för modern

och barnet, att utrustningen och teknologin är av hög kvalitet, att man följer med graviditeten före födseln samt modern och barnet efter förlossningen, moderskapspaketet, korrigerande operationer av könsstympling och att service för mödrar är tillgänglig för alla. Däremot var de somaliska kvinnorna missnöjda med vårdpersonalens kulturella kompetens. Man önskade att vårdpersonalen skulle ha bättre kunskap om den somaliska kulturen och religionen (t.ex. synen på prevention av graviditet och kejsarsnitt) och kommunikation och man upplevde att en del av vårdpersonalen hade ovänliga attityder gentemot dem. (Degni et al. 2014, 348–366)

Wikberg et al. publicerade en artikel år 2012 där man intervjuat och observerat 17 invandrarkvinnor som bott i Finland mellan två månader till tio år. Också i den här studien var kvinnorna för det mesta nöjda med vården. Ett av de största hindren var att hitta ett gemensamt språk och kommunikation. Kvinnorna önskade att de skulle ha fått möjligheten att tala om sin kultur med vårdarna, men upplevde att detta sällan hände. Det var lättare att få information om man var finländare. Det är viktigt att informera invandrarna om hur det finländska mödravårdssystemet fungerar och varför man gör vissa saker som t.ex. ultraljud. Kvinnorna var nöjda med den lugna attityden till graviditet och förlossning, de förberedande kurserna upplevdes som något fint. Smärta uttrycktes och upplevdes på olika sätt, vilket ledde till lidande för en del kvinnor på grund av att man inte förstod varandra. Också det finländska sättet med snabb återhämtning, självständighet, att aktivt ta hand om sitt nyfödda barn och den snabba hemförlovingen kunde upplevas som någonting svårt. (Wikberg et al. 2012, 638–649)

I en annan artikel som baserar sig på samma studie av Wikberg, Erikson och Bondas publicerad år 2014, har man kommit fram till att negativa upplevelser bestod av känslan att man inte fått tillräckligt med information eller stöd på grund av kommunikationssvårigheter eller vårdarnas attityd gentemot invandrarna. Ekonomin upplevdes generellt som bättre i Finland än i kvinnornas hemländer, man upplevde att mödravård av bra kvalitet inte är dyrt för mödrarna i Finland. Många kvinnor upplevde ensamhet och saknad av sina familjer då de inte kunde komma till dem i Finland, t.ex. en kvinnas mamma fick inte inresetillstånd. (Wikberg et al. 2014, 85–100)

Vårdande beskrivs av immigranter som snällhet, känslan av att någon tar hand om en och hör på ens problem, professionell kunskap, beröring, att vara lyhörd och förklara, respekt för kultur, religion och familj, något som är mera än rutin, samt kontinuerlig vård. Icke vårdande upplevs som att vårdaren inte talar med eller inte lyssnar på patienter, inte frågar, förstår eller förklarar, lämnar patienten ensam, ropar, inte rör kvinnan eller grälar. (Wikberg & Bondas 2010)

I en studie från Finland publicerad år 2012 intervjuade man 15 läkare, 17 sjuksköterskor och barnmorskor för att studera kommunikationen och kulturella frågor mellan somaliska

invandrarkvinnor och hälsovårdspersonal. Det största problemet verkade enligt båda grupperna vara språkhindret mellan vårdarna och invandrarna inom hälsovården. Det verkar finnas ett behov av kvalificerade tolkar med medicinsk kunskap inom vården. Generellt tyckte man att sjuksköterskor och barnmorskor hade bättre relationer med invandrarna än läkare, för att de träffade kvinnorna oftare och spenderade mer tid med dem. Frågor såsom preventivmedel och att mannen är den som den gör besluten i familjen, ansågs vara svårt att hantera av många inom hälsovårdspersonalen. I studien medger man dock att resultaten av studien kan vara specifika för somaliska immigranter och kanske inte kan generaliseras till alla immigranter. (Degni et al. 2012, 330–343)

### **6.3 Syfte och frågeställningar**

Syftet med detta examensarbete är att beskriva upplevelsen av barnafödande i Finland hos kvinnor med en annan kulturell bakgrund. Genom detta vill jag försöka lära mig hur man bättre kan stöda invandrare under barnafödande och också hur man kan stöda familjer och anhöriga bättre. För att uppnå mitt syfte ställer jag följande frågor:

Fråga 1: Hur upplever invandrarkvinnor barnafödande i finländsk kultur?

Fråga 2: Vilken typ av stöd har invandrarkvinnor fått under barnafödandet?

### **6.4 Interkulturellt vårdande i mödravårdspraxis**

Som teoretisk utgångspunkt till examensarbetet har Anita Wikbergs teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis (2014) valts. Teorin om interkulturellt vårdande är menad för patienter och vårdare med olika kulturell bakgrund och dess mål är att befrämja hälsa och liv samt lindra lidande (Wikberg 2014, 78–103).

Vårdrelationen mellan patienten och vårdaren påverkas av inre och yttre omständigheter. Inre omständigheter består av universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt vårdande samt av vårdande relationen och hälsa, välbefinnande och lidande. Yttre omständigheter består av t.ex. patientens familj, vänner och ekonomi samt av vårdarens utbildning och kulturella kompetens. Med mödravård menar man vård under graviditeten, förlossningen och barnsängstiden. (Wikberg 2014, 78–103)

Med universellt vårdande menar man saker som är lika för alla i världen, alltså oberoende av kultur eller tid. Det universella vårdandet är lika i alla kulturer, såsom i Finland eller Ungern och kontexter, såsom mödravård eller palliativ vård. Det handlar om saker som att värdigheten respekteras

oberoende vilken kultur man tillhör, att man får känna trygghet och säkerhet, att mänskliga rättigheter ses till och att lidande lindras och liv bevaras. (Wikberg 2014, 78–103)

Kulturellt vårdande innebär saker som är lika inom en kultur eller en etnisk grupp, t.ex. finländare. Exempelvis uttrycks smärta på olika sätt i olika kulturer. Ur moderns perspektiv kan det betyda vårdares nivå av kulturell kompetens och kulturell säkerhet, att man medvetandegör fördomar som man har och jämlikheten mellan könen. För patienten betyder det bland annat tillgång till vård och jämlikt bemötande. Ackulturation kan förändra vårdande och anpassar vårdandet och vårdkulturen. (Wikberg 2014, 78–103)

Med kontextuellt vårdande menar man vård som är lika i ett visst sammanhang. Nu talar vi om sammanhanget mödravård, alltså mödrarådgivning, förlossning och barnsängstiden, men man kan också tala till exempel om vård i sammanhanget äldrevård. Mödravårdsspecifika drag är bl.a. övergången från kvinna till mor. Vårdaren kan tydliggöra för patienten de drag för mödravårdskulturen som man har i sin egen kultur samtidigt som man kan söka kunskap om de specifika dragen som patienten har i sin egen kultur, t.ex. amningsvanor kan vara variera i olika kulturer. (Wikberg 2014, 78–103)

I unikt vårdande beaktar man den enskilda människan och patienten. Vårdaren ska ha flexibilitet, öppenhet och mod, lyssna till patientens berättelse, ha förståelse för olika livssituationer, ha en icke-dömande attityd, lösa konflikter, samt sträva till kontinuitet och att vårdrelationen bibehålls. Patienten behöver känna att kommunikationen fungerar, att hennes familj respekteras, att hennes behov tillgodoses, att hon möts med välvilja och att någon bryr sig om henne så att tilliten byggs upp. (Wikberg 2014, 78–103)

Till den inre vårdrelationen hör också en vårdande relation, där båda parter om den fungerar strävar till ett gemensamt förstående och samarbete för att nå hälsa. En positiv vårdande relation där vårdaren strävar till kulturell kompetens krävs för att interkulturellt vårdande kan ske. Moderns hälsa, välbefinnande och/eller lidande påverkar också det kulturella vårdandet. Om alla nivåer av vårdande beaktas och de yttre omständigheterna är bra, resulterar det i välbefinnande, en främjad hälsa och lindrat lidande. Men om olika nivåer av vårdande ignoreras resulterar det i lidande för patienten, som då löper risk för att t.ex. avbryta vårdrelationen, vilket kan leda till risk för hälsan. (Wikberg 2014, 78–103)

Inom mödravården påverkas patienten av olika yttre omständigheter. Närmast patienten är hennes egen familj, som ska uppmuntras att delta och ska involveras i vården. När man vårdar en kvinna i mödravården har man alltid minst två patienter, mamman och barnet, oftast flera som t.ex. pappan eller syskon. I närsamhället påverkas patienten av hennes livssituation och sociala



förhållanden, t.ex. en asylsökande kan vara oroad över sin egen framtid i landet och de rättigheter de har kan variera. (Wikberg 2014, 101)

Yttre omständigheter som påverkar vårdaren närmast är arbetskamraterna. Man ska uppmuntra varandra till kulturell kompetens samt känna igen och motarbeta fördomar. I närsamhället kan vårdaren delta i fortbildning, motarbeta intolerans, själv söka mera information, skapa nätverk och utveckla vården för att öka kulturell kompetens. I samhället påverkas både vårdaren och patienten av politik, ekonomi, juridik, lagar och förordningar samt utbildning. (Wikberg 2014, 101)

## **6.5 Kvalitativ forskning**

Valet av forskningsmetod beror på vilket syfte och frågeställningar man har. Som mitt syfte vill jag veta hur invandrarkvinnor upplever barnafödande i Finland, därför har jag valt en kvalitativ metod. Henricson och Billhult och skriver "det primära syftet när forskare använder kvalitativ metod är att skapa kunskap om ett fenomen så som det tolkas, erfars och vilken mening som tillskrivs fenomenet, av människor". (Henricson & Billhult 2017, 111–115)

Enligt Starrin och Svensson (1994, 21–23) är målet i en kvalitativ forskning att bestämma och identifiera ännu okända eller otillfredsställande kända företeelser, innebörder och egenskaper med avseende på variationer, strukturer och processer. Man vill veta t.ex. vad ett fenomen handlar om, vad det innebär och vad det kännetecknas av. Med kvalitativ metod vill man studera människors upplevda erfarenhet av ett fenomen och det har sitt ursprung i holistiska traditioner (Henricson & Billhult 2017, 111–115).

I en kvalitativ forskning blir det sagda ordet och patienternas beskrivningar, t.ex. intervjuer, det datamaterial som analyseras och tolkas (Billhult 2012, 130). Kvalitativ metod är systematiserad kunskap om hur man går tillväga för att gestalta beskaffenheten hos något, det handlar om hur man skall karaktärisera något (Starrin & Svensson 1994, 164). Avsikten med kvalitativa studier är att studien ska ske i personens naturliga miljö. Inom kvalitativ forskning använder man sig själv som ett forskningsinstrument. Man behöver som forskare vara flexibel, anpassningsbar och ha ett öppet förhållningssätt mot det man studerar. Man kan göra datainsamling i kvalitativa studier genom t.ex. olika typer av intervjuer eller observation (Henricson & Billhult 2017, 111–115).

### **6.5.1 Semistrukturerad intervju**

Jag valde att göra min datainsamling som en semistrukturerad intervju. Intervjuer är en passande form för datainsamlingsmetod när man vill förstå informanternas erfarenheter. I en semistrukturerad intervju ställer forskaren öppna frågor till informanten. Man följer oftast en intervjuguide och kan också ställa frågor om det som informanten berättar utöver de planerade

frågorna, så kallade stödfrågor. Man kan också använda sig av stödord i intervjuguiden och ta upp de orden om inte informanten själv nämner dem. Det kan finnas till exempel sex till åtta breda frågor, alltså övergripande frågor som ger möjlighet till rika och breda svar, i en semistrukturerad intervju. Intervjuguiden ska helst inte vara större än ett vanligt papper i A4-storlek för att inte störa intervjusituationen. I en intervjustudie ses forskaren som en medskapare i datamaterialet, det betyder att resultaten inte kan ses som oberoende av forskaren (Danielson 2012a, 163–168; Henricson & Billhult 2017, 115;)

Som intervjuplats har jag försökt vara på en lugn plats, där informanterna fått känna sig trygga, t.ex. i deras eget hem. Intervjuerna har varit ungefär 30 minuter långa, beroende på hur mycket informanterna velat dela med sig. Det är också viktigt att jag som intervjuare kan mitt ämnesområde bra och att jag också är väl införstådd i de frågorna som jag ställer till informanterna (Danielson 2012a, 167–168).

### **6.5.2 Urval**

Urvalet av informanter till studien görs med hänsyn till det ämne man ska studera. Både för många eller för få informanter kan orsaka problem för analysen av studien (Danielson 2012a, 165). I kvalitativa studier jämfört med kvantitativa studier är det oftast ett mindre antal informanter. Det är viktigt att hitta de rätta personerna för en kvalitativ studie, de personer som har rika erfarenheter i det man studerar och också helst olika upplevelser av samma erfarenhet för att få en god variation. Man väljer ut informanterna, valet är alltså inte slumpmässig (Henricson & Billhult 2017, 115–116).

Jag intervjuade fem kvinnor för min studie. Informanterna skulle vara invandrarkvinnor, alltså de skulle själva vara födda i ett annat land än Finland. Jag hade inga krav på vilken orsak kvinnorna har haft till migrationen, t.ex. studier eller arbete. Informanterna skulle ha varit med om minst en förlossning i Finland. De måste kunna tala engelska, finska eller svenska för att kunna intervjuas, eftersom de är de språk jag kan och eftersom jag inte hade möjlighet att använda mig av tolk för denna studie.

Alla fem intervjuer skedde i november 2017. Jag fick tag på två av mina informanter via en yrkeshögskola i Finland genom att skicka e-post till de grupper som gör sina studier på engelska och på grund av att jag inte fick tillräckligt med informanter genom detta så har resten, det vill säga tre informanter, fått tag på via personliga kontakter. Alla informanter intervjuades på engelska enligt deras önskemål och intervjuerna bandades in med informanternas lov. Tre intervjuer utfördes i informantens hem och två utfördes i ett mötesrum vid en yrkeshögskola i Finland.

Efter att själva intervjun hade gjorts så transkriberade jag (lyssnade och skrev ordagrant ner) intervjun. I transkriberingen åtskilde jag intervjuaren och informanten, samt gjorde den anonym genom att koda intervjuerna med nummer och ändra namn. Transkriberingen ska läsas flera gånger samtidigt som man lyssnar på intervjun för att märka möjliga felaktigheter (Danielson 2012a, 172–173). Av transkriberingarna gjorde jag sedan en kvalitativ innehållsanalys, alltså tolkade det innehåll som jag fått av datainsamlingen (Danielson 2012b, 335–342).

### 6.5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Innehållsanalys kan antingen vara kvalitativ eller kvantitativ, det kan också vara antingen induktivt eller deduktivt. Självt har jag arbetat kvalitativt och induktivt, för att få ett så rikt material som möjligt när man inte begränsas av färdiga kategorier. Efter den induktiva analysen har jag jämfört analysen med den teoretiska utgångspunkt jag valt. Kvalitativ innehållsanalys passar bra till att analysera de mångfasetterade och sensitiva ämnen som man ofta behandlar i vårdvetenskap. (Elo & Kyngäs 2008, 113–114)

Den kvalitativa innehållsanalysen kan göras så avancerad som forskaren vill. Analysen består av analysenhet, domän, meningsenhet, kod och kategori och/eller tema. Med analysenhet menar man t.ex. en intervju eller en bloggtext, alltså det material man analyserar. Domän är en del av analysenheten, t.ex. svar på en viss intervjufråga. Meningsenhet består av ord, meningar eller stycken med gemensamt budskap. Kod består av ett enda ord som fungerar som en etikett för meningsenheten. Kategorier svarar på vad texten innehåller, det kan finnas underkategorier under kategorier med gemensamt innehåll. Teman kan finnas med för en djupare tolkning, en röd tråd som binder samman alla kategorier. (Danielson 2017, 286–288)

När man gör en kvalitativ innehållsanalys ska texten först läsas flera gånger så att innehållet blir klart för läsaren, varefter man kan bilda meningsenheter, underkategorier, kategorier och teman (Danielson 2017, 292). I en induktiv analys går man från meningsenheterna till de större kategorierna, medan man i deduktiv analys baserar kategorierna på en färdig modell och arbetar från det generella till det specifika (Elo & Kyngäs 2008, 109).

Om man i analysen använder för små meningsenheter (som t.ex. enstaka ord) kan det orsaka splittring eller sönderfall. Men om man använder för stora meningsenheter (t.ex. hela stycken) kan det bli svårt att analysera innehållet. Man kan välja att analysera mellan det manifesta (de sagda orden) och det latent materialet (paus i talet, suckar, ton på rösten, m.m.). Självt har jag analyserat också det latent materialet i mina intervjuer för att det är nästan omöjligt i en kvalitativ analys att inte tolka och för att få ett så rikt material som möjligt. (Elo & Kyngäs 2008, 109–111)

Kvaliteten i studien ska påvisas genom validitet och reliabilitet. Det betyder att man visar hur man har kommit fram till sina resultat genom att visa hur man gjort sin analys, att processen är genomskinlig. Man kan visa det t.ex. med citat från det material man analyserat för att ge exempel för de underkategorier och kategorier man presenterar, men det är viktigt att man håller informanternas personlighet anonym i citaten. (Elo & Kyngäs 2008, 112–113)

Efter att ha lyssnat på och läst intervjuerna flera gånger har jag understrekat meningsenheter i materialet och gett dem enkla koder, som t.ex. språk eller respekt. Sedan samlade jag meningsenheterna i ett skilt dokument och märkte ut från vilken intervju de var och printade ut dem. När jag hade alla meningsenheter framför mig började jag läsa igenom dem och bilda kategorier.

Den första analysen blev ett resultat som jag ansåg vara för enkelt, det fanns ännu mera att få av resultatet. Så det gjordes en ny kategorisering. Det nya resultatet, efter att jag slagit ihop några av underkategorierna är det slutgiltiga resultatet.

## **6.6 Etiska överväganden**

Enligt TENK (Forskningsetiska Delegationen) är de etiska principerna för forskning; respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, undvikande av skador samt personlig integritet och dataskydd. Med självbestämmanderätt menar man att informantens deltagande i en studie ska vara frivilligt och att informanten har fått tillräcklig information om studien. Man har också som informant rättighet att när som helst avbryta sin medverkan i en studie. Alla informanter har fått information om studien på förhand i form av ett samtycke (se bilaga 1), de har tillfrågats om lov och gett lov att spela in intervjun och har också blivit muntligt informerade i samband med intervjun. (Forskningsetiska delegationen 2009, 5–7)

Med undvikande av skador menar man att man undviker att förorsaka olägenheter för informanterna när material till studie samlas in och när det senare publiceras, detta innebär t.ex. att man som forskare visar respekt för informanten (Forskningsetiska delegationen 2009, 8–9). När jag gjort en datainsamling genom att intervjua mina informanter behöver jag speciellt tänka på just denna punkt. Jag måste tänka på att respektera mina informanter och att inte kränka dem på något sätt, jag behöver ha känslighet och etiskt kunnande. Kjellström (2012, 85–86) talar om intervjuareffekten, där informanten kan anpassa det hon eller han säger till det som intervjuaren vill höra. Känsliga ämnen kan också vara svåra att tala om och då hamnar informanterna i en sårbar situation. Alla informanter har fått möjligheten att på förhand läsa de frågor som jag kommer att ställa (se bilaga 2) och har fått möjligheten att låta bli att svara, om de så önskar.

Med personlig integritet och dataskydd menar man att forskningsmaterialet ska hållas konfidentiellt. Identifierbara uppgifter ska inte sparas i onödan. Om man sparar en informants uppgifter ska det alltid finnas en orsak bakom och man ska vara aktsam om var man sparar material. Helst bereds det en version av materialet utan identifierbara uppgifter, som sedan analyseras för arbetet och i många fall förstörs datainsamlingsmaterialet efter analysen och publikation av arbetet. När jag transkriberade intervjuerna ändrade jag alla namn som informanterna använde och kodade intervjuerna med nummer så att informanterna skulle förbli anonyma. (Forskningsetiska delegationen 2009, 9–16)

Jag har fått två av mina informanter via en yrkeshögskola i Finland. Får att få kontakta möjliga informanter via yrkeshögskolan har jag gjort en etisk förfrågan och fått godkännande av enhetschefen för yrkeshögskolan för min studie.

## 6.7 Resultatredovisning

I den kvalitativa analysen kom det fram tre övergripande teman med tillhörande kategorier och underkategorier. (Se tabell 1.) Jag kommer att presentera alla underkategorier med ett citat som är på engelska, det vill säga språket som informanterna använt. Alla informanternas namn har blivit ändrade.

Jag har intervjuat fem kvinnliga informanter mellan 32 och 38 år. Alla informanterna är födda i kontinenten Afrika, men inte i samma land. Informanterna har bott i Finland mellan fem och femton år och har flyttat till Finland på grund av studier eller giftermål. Informanterna har ett till fyra barn och deras senaste förlossning i Finland har skett (vid tidpunkten för intervjun) för mellan sju månader och sju år sedan.

**Tabell 1. Presentation av resultat.**

Tema	Kategori	Underkategori
Kommunikation	Språk	<i>Ideal kommunikation</i>
		<i>Fungerande kommunikation</i>
		<i>Bristfällig kommunikation</i>
		<i>Språkplanering</i>
		<i>Språk angående partnern</i>
	Information	<i>Informanternas kunskapskällor</i>
		<i>Språket i informationen</i>
		<i>Tillräcklig information</i>
		<i>Information som upplevdes nyttig</i>
		<i>Otillräcklig information</i>
		<i>Saker som man önskar att man hade vetat</i>
Relationer	Stöd	<i>Upplevelse av bra stöd</i>
		<i>Upplevelse av otillräckligt stöd</i>
		<i>Stöd från andra</i>

		<i>Stödperson i förlossningen</i>
		<i>Stöd från partnern</i>
		<i>Stöd till partnern</i>
	Trygghet och Säkerhet	<i>Upplevelse av trygghet och säkerhet</i>
		<i>Att lita på personalen</i>
		<i>Upplevelse av otrygghet och osäkerhet</i>
	Respekt	<i>Upplevelse av kontroll</i>
		<i>Upplevelse av respekt</i>
		<i>Jämlikhet och individualitet</i>
Reflektion	Förväntningar	<i>Upplevelse av respektlöshet</i>
		<i>Uppfyllda förväntningar</i>
	Förändring	<i>Skilnader i förlossningskulturen</i>
	Framtiden	<i>Förändringsförslag</i>
		<i>Åsikt om framtida förlossningar i Finland</i>

### 6.7.1 Kommunikation

Det första temat jag presenterar är kommunikation. Det som presenteras är vilka språk man talat under vårdtiden och språken man fått information med samt hur informanterna har upplevt att de har blivit förstådda. Temat är delat i två kategorier: språk och information. I kategorin *språk* presenteras hur informanterna upplevt kommunikationen fungera under barnafödandet. Har de blivit förstådda och har man förstått dem och vilka konsekvenser det har haft på deras upplevelse av barnafödande. I kategorin *information* presenteras kunskapen som informanterna har haft, skaffat eller saknat under barnafödande. Information som de tyckt att de fått nytta av, om den är tillräcklig och vad de tycker att de har saknat.

#### Språk

I kategorin språk presenterar jag fem underkategorier som handlar om vilka upplevelser informanterna har haft i vården som har att göra med språk, kommunikation och att bli förstådd, samt vad informanterna önskar sig angående språk och hur deras partner har inverkat på användningen av språk i vården. Språk som använts i vården av informanterna var engelska, svenska och finska. Alla informanter hade upplevt att kommunikationen hade fungerat i någon del av vården under barnafödande, endera i förlossningssalen eller på mödrarådgivningen. När kommunikationen inte fungerar kunde man se att det ledde till lidande för informanterna och att deras upplevelse av barnafödandet var mera negativt.

#### Ideal kommunikation

I underkategorin *ideal kommunikation* presenterar jag det som informanterna upplevt som väldigt bra kommunikation, när de varit mer än nöjda. Informanterna upplevde att de blev förstådda och de kände sig bekväma, man hade tagit dem i beaktande genom att de fått ha en vårdare som talar

ett språk som de förstod och själva kunde kommunicera bra med. Fyra av informanterna berättade om situationer där de upplevt att kommunikationen fungerat klanderfritt.

*“Because, for example with my first child, uh, they got me a midwife who could English, who could speak English. Which was very important for me because in that situation, yeah, this foreign language is not so easy and made it hard to express myself, so I, they, they got me a midwife who could English.”*

– Ava

*“I think it was, there, there it was in English. It was in English. All the time that I was, in English. So it felt good, it felt comfortable.”* – Delilah

#### Fungerande kommunikation

I underkategorin *fungerande kommunikation* presenterar jag sådana fall när informanterna upplevt att kommunikationen fungerar, men inte perfekt och det ännu skulle finnas rum för förbättring. Informanterna har upplevt att de blivit förstådda, men att de inte har kunnat kommunicera med det språk de varit mest bekväma med eller att när de inte kunde kommunicera med sitt modersmål lämnades vissa nyanser i kommunikationen bort, som de saknade. Alla informanter hade upplevt fungerande kommunikation i någon del av vården under barnafödandet.

*“Yes [I understood], I think so, yeah, because it was always good to, to, to understand fully what is happening, yeah. So I would have liked that [to speak in her native language] but I was speaking English so I thought it was okay. Yeah, it went well.”* – Charlotte

*“It would be nice to express things in my own language, like I said, there are things you can only express in your own language. But at the end of the day, then I always think like, I’m still getting quality care. You have to weigh out what’s more important, at the end of, I’m lucky enough to know the Finnish language and that I can still express myself so, in that way I didn’t feel like I lost out on anything.”* – Brooklyn

#### Bristfällig kommunikation

I underkategorin *bristfällig kommunikation* har informanterna upplevt att kommunikationen med vårdpersonalen inte fungerat. Man har inte talat samma språk eller blivit förstådd. Det är en informant som upplevt att hon inte alls blivit förstådd eller själv kunnat förstå vad som händer och att hela hennes förlossningsupplevelse påverkades av det.

*"The nurse that I got, she didn't even speak a word of English. So we had a very bad communication problem. So I think she didn't understand me. I did not even understand her." – Delilah*

*"So I felt like she just wanted me to push, push, push, push, get the baby out, get the baby out. So, but it would have been nice to really understand. This was my first child. What's going on? What does it mean to? Yeah, so I think she got this one word, push, and that's what she said, push." – Delilah*

### Språkplanering

Två av informanterna önskade att man skulle kunna ordna och planera användningen av språk bättre i vården. De önskade att man i mån av möjlighet skulle ordna med vårdare som talar samma språk som patienten och att fler vårdare skulle kunna engelska, som informanterna tyckte att är ett internationellt språk, ett språk som många förstår.

*"So I think the nurses should be able to speak among each other, like you speak better English, you take care of that. They should be able to communicate with each other and come up with, like, how can we help these mothers in a better way." – Delilah*

### Språk angående partnern

I underkategorin *språk angående partnern* presenterar jag hur mammans partner kan ha en påverkan på vilket språk som används i vården. En informant berättade om att när hon gick ensam till rådgivningen talade hon svenska med vårdaren, men att när hennes man var med talade de finska. Två av informanterna hade sina män att hjälpa dem att översätta eller förklara något för dem, när de var i en situation där de inte förstod språket själva.

*"If my husband was with me then it was Finnish because he doesn't understand Swedish or speak Swedish. But when I went alone then it was Swedish." – Brooklyn*

*"I used to go to the hospital with my husband and he would translate for me sometimes, but most times I was speaking English." – Charlotte*

### Information

I kategorin *information* presenterar jag sex underkategorier. De handlar om var informanterna har skaffat information, vilket språk man använt i informationen, bra och dåliga upplevelser angående språk och vad informanterna tycker att var bra att veta och vad de önskat att någon hade berättat för dem. Man upplevde att man fick information från mödrarrådgivningarna, speciellt om man



frågade efter det. Upplevelsen av att om man fått tillräckligt med information varierade, en del upplevde att de fått det, medan en del önskar att de skulle ha fått mera stöd i form av information.

#### Informanternas kunskapskällor

Informanterna hade fått mest information om graviditeten, förlossningen och barnsängstiden från rådgivningen och vårdpersonalen. Men de hade också fått information av vänner, familjemedlemmar, litteraturen och internet.

*“Of course I did a lot of investigation myself as well, but I had a good feeling all the time I went to neuvola or the rådgivningen, so it was good.” – Delilah*

*“I got a mail that we have to meet somewhere with other pregnant women and a human was there to show us how to breastfeed, how to save milk, how to pump an all that. Yeah, so I got some knowledge about that. But... What I didn't get was how to shower the baby after the hospital. So I just, those I learned from youtube.” – Emma*

#### Språket i informationen

Alla informanter blev tillfrågade om de fått handboken *Vi väntar barn (THL 2017)* på rådgivningen och vilket språk de hade fått den på. Alla informanter hade fått boken på svenska eller finska, ingen hade fått boken på engelska fastän THL har publicerat den på engelska också.

*“It was all in Swedish. They don't have, they don't have English. Sadly.” – Ava*

*“And the thing was as much as I read from the internet like in English websites and all that, well, the information was not the same because they relate more to this health care system in the US. So in this week they do this there, but it's not the same here. So yeah. You still want to read this [guidebook] because it's based on the Finnish health care system.” – Brooklyn*

#### Tillräcklig information

I den här underkategorin presenterar jag sådana fall när informanterna upplevt att de fått tillräckligt eller bra med information. Informanterna tyckte om att man kunde fråga vårdpersonalen vad som helst och de svarade på deras frågor, att de blev informerade medan graviditeten framskred och att man regelbundet följde med hur de mätte och hur allt stod till med barnet under graviditeten. Största delen av informanterna hade upplevt att de fått tillräckligt med information.

*“During the visits also I could ask any question and if there was something at home I could always call and ask. I felt like I got enough information. It was just about asking and you’ll get it.” – Brooklyn*

*“You’re not left with so many questions. You see the progress and you feel the heart beating, things like that. So in that sense I think it’s great, it’s really great in terms of, yeah, you’re really informed as, as you progress.” – Ava*

#### Information som upplevdes nyttig

I underkategorin information som upplevdes nyttig, presenterar jag de saker som informanterna upplevde att var bra att veta under barnafödandet och som de var nöjda över att någon hade berättat för dem. Informanterna var glada över att vårdarna hade lärt dem hur man sover tillsammans med barnet, hur man bär och ger mat åt barnet, hur man kan ha barnet i sina kläder, att man också fick information om relationen med sin partner under barnafödande, vad man ska och inte ska äta under graviditeten, hur man kan motionera under graviditeten, vad som händer i kroppen under graviditeten och förlossningen, och att man gjorde hembesök efter förlossningen.

*“In the prenatal care I got this, it was good that, you also got information. It was not just about you being expectant and the child, it was also about the relationship between you and your partner, it was also taken into consideration. [...] So that I felt was very nice” – Brooklyn*

*“But my midwife she came to my home. [...] When she came she showed me like so many other things what I’m supposed to do. So I think it was helpful in a way. It was, it was really helpful.” – Emma*

#### Otillräcklig information

I underkategorin *otillräcklig information* presenterar jag de upplevelser av att inte ha fått tillräckligt med information som informanterna berättat om. Informanterna kände sig inte tillräckligt förberedda, då vårdarna på rådgivningen koncentrerade sig bara på tester och att de inte visste vad de själva skulle läsa om. De upplevde att när de inte hade tillräckligt med information blev situationen mer skrämmande. En av informanterna berättade om att man aldrig kan vara hundra procent förberedd, för vad som kommer att hända.

*“All those kind of information I should have, but I feel like I did a lot of reading myself. All though maybe I didn’t even know what to read. [...] You know when you don’t have information it’s so scary [to give birth].” – Delilah*

Saker som man önskar att man hade vetat

I underkategorin *saker som man önskar att man hade vetat* presenterar jag de saker som informanterna talat om att de önskar att någon hade berättat åt dem, saker som de önskar att de hade vetat. Informanterna önskade att de hade fått information om förlossningen i mera detalj, mera information om tiden efter förlossningen, mera information om kejsarsnitt, information om olika krystningspositioner, om att man inte kan få smärtmedicin förrän förlossningen kommit igång tillräckligt långt och att man kommer att ha smärtor ännu efter förlossningen. Alla informanter önskade mer information om olika saker.

*“They assume it’s automatic that you know it’s going to be hard, it’s going to. But I think it would be nice to be given a heads up, a little, just a little. Yeah. It’s gonna be rough maybe one or two weeks.”*

– Ava

*“I think we should get, mother should get information on that. Not just you have a c-section. Because I think they assume everybody knows what it is and most people don’t.”* – Delilah

### 6.7.2 Relationer

Det andra temat jag presenterar är *relationer*. Inom temat finns det tre kategorier: stöd, trygghet och säkerhet, samt respekt. Relationerna som informanterna hade (t.ex. relationen med barnets pappa) och de relationer som informanterna skapade (t.ex. relationen med barnmorskan) spelade stor roll i hur upplevelsen av barnafödandet blev. Relationen mellan vårdaren och kvinnorna varierade mycket, en del upplevde att deras vårdare stödde dem bra och att de var där för dem, medan en del av informanterna upplevde att de blivit lämnade ensamma. Man kunde se att när vårdarna tog emot kvinnorna med ett öppet sinne, utan fördomar, hade det en positiv inverkan på vårdrelationen. Allt inom vården kunde inte vårdarna påverka och det kunde resultera i otrygghet för kvinnorna.

#### Stöd

I kategorin *stöd* presenterar jag sex underkategorier. De är *upplevelse av bra stöd*, *upplevelse av otillräckligt stöd*, *stöd från andra*, *med i förlossningen*, *stöd från partnern* och *stöd till partnern*. Det kommer att handla om hur informanterna upplevt att stödet har varit, vem de har fått stöd av, vem de haft med i förlossningen och hur man stöttat deras partner. Alla informanter hade upplevt bra stöd i någon del av barnafödandet. En del av informanter hade ändå upplevt att de blivit utan stöd eller att de inte hade fått tillräckligt stöd.

### Upplevelse av bra stöd

I underkategorin *upplevelse av bra stöd* presenterar jag det som informanterna berättat om att ha upplevt tillräckligt med stöd och att de varit nöjda med de stöd de fått. En informant uttryckte att hon var nöjd med hur hennes vårdare förklarade allting som görs och som händer. De upplevde att vårdarna var människor som såg dem och uppskattade att de kunde tala öppet med dem. De upplevde att vårdarna inte var där bara som praktiskt stöd utan också som mentalt stöd och att de tog bra hand om mammorna. Med vårdare menas här barnmorskor och hälsovårdare från mödrarådgivningen, barnmorskor och vårdare under förlossning och barnsängstiden på sjukhuset, och läkare.

*"It's normally a good experience, yeah. I thought it was, it all went well. I can't say anything bad about it, because I didn't have any bad experience support vice, yeah. It all went well." – Charlotte*

*"The lady there she was like trying to, you know, she's nice, she was really nice, coming close to help you know, the situation. All the time she's checking me, trying to check my, um, vital signs and all that. Trying to check the monitor and see what's going on there because... Yeah, I got really good support because, I just told you I [experienced that I] got a VIP treatment." – Emma*

*"Yeah, I felt like they were, not just with the practical support, but they also saw me as the mother who was giving birth and they encouraged me like to, uh, like not to give up. To keep... pushing and pushing." – Brooklyn*

### Upplevelse av otillräckligt stöd

I underkategorin *upplevelse av otillräckligt stöd* presenterar jag de upplevelser som informanterna berättat om när de önskar att de skulle ha fått mera stöd. En av informanterna upplevde att stödet som hon fick av sjukhuspsykologen angående förlossningsrädsla inte hjälpte. Informanterna upplevde att inte få smärtlindring var ett otillräckligt stöd. En informant upplevde att stödet på sjukhuset var bra, men att när hon kom hem skulle hon ha önskat få mera stöd. En annan informant upplevde att på förlossningssjukhusen ser man på mammor bara som patienter som man vill bli av med, för att få in nästa patient. En annan informant upplevde att man tar bara hand om barnen och glömmer bort mammorna. En informant upplevde att hon på sjukhuset lämnades helt utan stöd både under och strax efter förlossningen. Fyra av informanterna berättade om situationer var de upplevt otillräckligt stöd.

*"Of course, um, like how I told you, mentally [supported], yes from the hospital, but mentally home, maybe not so much. 'Cause when you come back then you have to carry on with everything all by*

*yourself and you are tired, sometimes fatigue, but, yeah, you have to, you just have to... embrace it.”*  
– Charlotte

*“I still remember when they put the baby here [on my chest] and they disappeared. [...] But sometimes I think they should have given more support.”* – Delilah

#### Stöd från andra

I underkategorin *stöd från andra* presenterar jag det som informanterna berättat om det stöd de upplevt ha fått av andra mammor, familjemedlemmar (utom partnern) och vänner. Många av informanterna berättade att de inte hade sin egen familj nära, bara den familj som de bildat i Finland. Två av informanterna upplevde rådgivningens mammagrupp – alltså mammor som träffar varandra efter förlossningen som fått sina barn ungefär samtidigt – som en av de bästa sätten av stöd de upplevt under barnafödandet.

*“I am just alone. Except for now the family that I have made. But I don’t have my own [family], like actual [family], back home.”* – Ava

*“I got to be in a group with new mothers after the childbirth that was also very nice. [...] I think it’s nice. Especially if you don’t know anyone else who is in that similar situation, at least you have these ones who you know, yeah. Because it all depends on if you get along, that, that it’s a good idea, a very good idea.”* – Brooklyn

#### Stödperson under förlossningen

I underkategorin *stödperson under förlossningen* presenterar jag vem informanterna planerade att ha med i förlossningen och vem de hade med under förlossningen. Alla informanter planerade att ha med sin man under förlossningen och önskar att ha det i framtiden. Tre av informanterna hade med sin man under alla sina förlossningar. En informant hade med sin vän när situationen fortskred så snabbt att hennes man inte hann med och en av informanterna fick inte ta med sin man till operationssalen, när det gjordes en akut kejsarsnitt.

*“I had my work mate who was supposed to come in case to be left with the boy. In case the baby comes. So she came to be left with the boy. So she was actually with me, at like, besides me then when I gave birth.”* – Ava

*"I wished to have my husband with me. But due to the situation, because I was supposed to have like normal de-, like delivery, not c-section, but due to the situation, it was urgent, so they didn't allow him to follow me in." – Emma*

#### Stöd från partnern

I underkategorin *stöd från partnern* presenterar jag det som informanterna berättat om det stöd som de fått av de stödpersoner de har haft med under förlossningarna. Informanterna upplevde för det mesta sina stödpersoner som viktiga för dem, som ett bra stöd under förlossningen. En av informanterna upplevde att hennes man försökte stöda henne under förlossningen, men att det inte hjälpte henne.

*"Well it was very good to have my husband there. Like I am not in this alone and he actively helped me and he was holding my hand and holding my hand and especially when it was time to push." – Brooklyn*

*"My husband was there with me to, um, how would I say this? Like twenty-four seven or two four seven. He was there, just there. Um, trying to make me feel good, but, um, it was not helping. I'm feeling what I'm feeling." – Emma*

#### Stöd till partnern

I underkategorin *stöd till partnern* presenterar jag det som informanterna delat om det stöd som sjukhusets personal gett åt deras stödperson under förlossningen och under barnsängstiden på sjukhuset. Informanterna upplevde att man tog också deras stödpersoner i beaktande under sjukhusvistelsen. Man gav råd åt dem om vad de kan göra under förlossningen, frågade hur de mådde och visade också åt dem hur man tar hand om barnet efter förlossningen.

*"I remember they asked a lot, that they asked if my husband is fine or if he needs some fresh air and, and they advised him like where to stand and what to do to support me better. Yeah and I felt like he was taken into consideration also." – Brooklyn*

*"Yeah because they would work together [my husband and midwife] and yeah, and tell, tell for example my first birth, tell my partner what to do, how to help. So they were really great with the helping." – Ava*

## Trygghet och säkerhet

I kategorin *trygghet och säkerhet* finns det fem underkategorier. De är *upplevelse av trygghet och säkerhet, att lita på personalen, upplevelse av otrygghet och osäkerhet, upplevelse av kontroll och upplevelse av att sakna kontroll*. Kategorin handlar om den trygghet och säkerhet som informanterna upplevt eller saknat under barnafödande. Alla hade upplevt sig trygga i något skede av barnafödandet, men också känslor av otrygghet kom fram. Otryggheten berodde mycket på känslan av att de inte hade kontroll över situationen och de var rädda.

### Upplevelse av trygghet och säkerhet

I underkategorin *upplevelse av trygghet och säkerhet* presenterar jag de upplevelser som informanterna delat med sig när de känt sig trygga och säkra i vården som de fått. Informanterna upplevde att vårdarna var lugnande, fick en att känna sig som hemma och att de kan sitt arbete. Största delen av informanterna upplevde sig trygga och säkra under hela barnafödandet.

*"I felt secure. [...] Yeah, so there was no point where I felt that unsecure." – Brooklyn*

*"And like I said the midwives, they take very good care, like they make you feel at home also. Yeah, yeah, so it was safe, I felt safe." – Charlotte*

### Att lita på personalen

I underkategorin *att lita på personalen* presenterar jag om informanternas förtröstan på vårdarnas yrkeskunskap. Informanterna upplevde att vårdarna på sjukhuset var professionella och att de visste vad de håller på med. De upplevde att de var i trygga och erfarna händer. Informanterna litade på att vårdarna tar hand om dem på det bästa möjliga sättet.

*"I considered that they were professionals. They knew what they are doing. So it didn't matter whether I was supposed to know what I was doing or I know they will get the job done and do it well." – Brooklyn*

*"So I went prepared for that, so I was... How will I say? I was, I was feeling safe in the hands of the doctor and the nurses because I trust them." – Emma*

### Upplevelse av otrygghet och osäkerhet

I underkategorin *upplevelse av otrygghet och osäkerhet* presenterar jag en informants upplevelse av att känna otrygghet och osäkerhet under förlossningen. Det var på grund av många olika saker:

hon hade inte ett gemensamt språk med vårdaren, hon blev lämnad ensam och det var hennes första förlossning.

*“But if I had only that midwife, then, yeah, she left and never came back when the baby was born. [...] And I, it would have been nice to have, um, a little, um, make me feel... in safe hands.” – Delilah*

#### Upplevelse av kontroll

I underkategorin *upplevelse av kontroll* presenterar jag det informanterna berättat om när de har känt att ha kontroll över situationen de är i och hur den kontrollskänslan leder till en känsla av trygghet och säkerhet, samt vad informanterna har sagt om de situationer de känt att de inte har haft kontroll över. Informanterna kände sig som de inte hade kontroll i situationer som när man inte frågade vad de vill, när förlossningen fortskred väldigt snabbt och man kände att man inte hann med och när ens nyfödda barn hamnade i intensivövervakning. Situationerna var både sådana som vårdarna skulle ha kunnat göra något annorlunda (fråga vad patienten önskar) och situationer som man oftast inte kan inverka på (snabb förlossning och det nyfödda barnets hälsotillstånd). En informant talade mycket om när hon i sin andra förlossning kände att hon hade kontroll över situationen. Hon fick smärtlindring och fick själv bestämma om, i vilken position hon skulle krysta. Informanten kände sig självsäker och trygg för att hon tyckte att hon hade kontroll över situationen.

*“I was really in panic. It accelerated so fast. From zero to a hundred and you know everything like yeah, but, also it took me almost two days to hit me like yeah, the baby is actually out.” – Ava*

*“I was told that my baby is somewhere in the intensive care up there. So then I am like, okay what is happening? I, I really don’t like that idea. I really wanted them to bring him close to me.” – Emma*

*“So I felt more confident with the second one. I know what I want and I will say it and I will have to say it so they know, yeah. [...] I felt like I was in control. I could say no this is not working this is working.” – Brooklyn*

#### Respekt

I kategorin *respekt* presenterar jag tre underkategorier. De är *upplevelse av respekt*, *jämlikhet och individualitet*, samt *upplevelse av respektlöshet*. Det kommer att handla om informanternas upplevelser av att bli eller inte bli respekterade i vården, om de har känt sig rättvist behandlade och om de har känt sig att de fått vara sig själva eller om de känt sig annorlunda.



### Upplevelse av respekt

I underkategorin *upplevelse av respekt* presenterar jag, de upplevelser av att bli respekterade under barnafödande, informanterna har delat med sig. Nästan alla av informanterna berättade om att de känt sig respekterade och förstådda under barnafödandet. Informanterna berättade att de kände sig normala.

*“Yes, I did [feel respected]. I think that they are not segregative or racist or, yeah. I think that it went okay. I felt respected. I felt normal. Like, yeah, just usual.” – Charlotte*

### Jämlikhet och individualitet

I underkategorin *jämlikhet och individualitet* presenterar jag de upplevelser av att vara jämlik med andra och samtidigt beaktas som en individ i vården, som informanterna har berättat om. Informanterna kände att de kunde vara sig själva, att de inte behövde låtsas vara någon annan än den de var. De kände sig som en individ, att alla var unika. Vårdarna såg människan och inte bara arbetet de gjorde. De tyckte att man blir rättvist behandlad i Finland, att alla kvinnor är jämlika.

*“I think it’s fair, that’s a good thing. It doesn’t matter whether you’re foreign or, it, it’s fair to everybody. And you’re treated as an individual, that’s what they do.” – Ava*

*“I felt like I could be myself. I didn’t have to pretend to be something or someone.”*

*– Brooklyn*

### Upplevelse av respektlöshet

I underkategorin *upplevelse av respektlöshet* presenterar jag det som informanterna berättar om när de upplevt att de inte blivit respekterade under barnafödandet. Två av informanterna upplevde att någon inom vården behandlat dem respektlöst under barnafödandet. Båda informanterna sade också att de inte tycker att alla vårdare i Finland är respektlösa, de ansåg att det beror på individen. En av informanterna talade om hur hon kände sig annorlunda. Hon kände sig utomstående, som en utlänning. En av informanterna hade också upplevt kränkande kommentarer från en annan patient.

*“So when she came [the doctor] and the way she just, um, like, okay I’ll give you the paper but whatever happens to you is your problem. So I’m like there’s so many ways to say that. [...] So the way she said it. I’m like okay, whatever, just give me the paper and let me go.” – Emma*

*"I feel that because I was foreign I was different. That's how I felt. [...] But you can feel, like the way the Finnish woman is treated is different from the other one. You can even see it, you can feel it." – Delilah*

*"But I still remember we shared this room with a Finnish woman and... She kept saying I don't want to share a room with foreigners." – Delilah*

*"I think it depends on the nurses also. Do they, are they exposed to different cultures? Or is it just here where they just see a foreigner come and go? So I think it's more about the individual midwife who is taking care of you than the whole Finnish community." – Delilah*

### **6.7.3 Reflektion**

Under temat *reflektion* finns tre kategorier. Kategorierna är *förväntningar*, *förändring* och *framtid*. Varje kategori har en eller två underkategorier. I det här temat reflekterar informanterna över hur de upplevt sina förlossningar jämfört med vad de förväntat sig och vilka förväntningar de har på framtiden angående barnafödande. Informanternas förväntningar bemöttes för det mesta. De hittade skillnader i förlossningskulturerna, både sådant de upplevde att vara bättre i deras hemländer och sådant de upplevde var bättre i Finland.

#### **Uppfyllda förväntningar**

I kategorin *förväntningar* presenterar jag två underkategorier. Första underkategorin är *uppfyllda förväntningar*, där informanterna reflekterar över vad de förväntat sig av mödravården och hur förväntningarna har blivit bemötta. Andra underkategorin är *skillnader i förlossningskulturen*, där informanterna jämför förlossningskulturer mellan Finland och sina hemländer.

#### **Uppfyllda förväntningar**

Största delen av informanterna upplevde att deras förväntningar av mödravården blev uppfyllda. Informanterna var nöjda med hur allt hade gått, det fanns inget som de önskade att de skulle ändra.

*"Yeah, I think that they did a very good job, yeah, they used to take care of the moms as well, yeah, it was good. So I think my expectations were met." – Charlotte*

*"But with my second born I felt like all my needs were met, like, I don't think there's anything I would change." – Brooklyn*

### Skillnader i förlossningskulturen

En av informanterna hade själv fött barn i ett annat land än Finland, men inte hennes hemland, och två av informanterna hade varit med om när släktingar fött i deras hemländer. Två av informanterna ville inte jämföra förlossningskulturerna. Det som informanterna berättade om var både saker som de tycker är bättre i Finland och saker de tycker att är bättre i deras hemländer. Det som upplevdes att vara bra i Finland, som saknades i informanternas hemländer, var hur vårdarna behandlar patienter, att kejsarsnitt inte är lika vanligt och att mannen är mera närvarande under förlossningen. Det som upplevdes vara bättre i informanternas hemländer var stödet man får efter förlossningen i hemmet av vänner och släktingar och att mängden ultraljud är fler än i Finland.

*"For example in [homeland] it's not very common for the, the man to be present in the birthing room, but here it's quite natural for the man to be present. In [homeland] most women deliver more or less alone. Just you and the medical staff. But here, yeah, here you can have somebody with you and it's normal." – Ava*

*"The way it was taken care of in Finland, it's the opposite. Yeah, it's completely the opposite way. I was given a treatment like VIP, to say. For you it's nothing because you are used to it. But to me, it like, I would say I was given a presidential treatment." – Emma*

*"I think it's not so much different, maybe after the pregnancy, after, no, after the childbirth maybe. 'Cause with this help and all this, it's more comfortable to live in Africa." – Charlotte*

### Förändring

I kategorin *förändring* kommer jag att presentera en underkategori, den är *förändringsförslag*. I kategorin finns det förslag på förändringar som informanter önskar i vården av gravida kvinnor, vården av kvinnor som föder och vården under barnsängstiden.

#### Förändringsförslag

Under intervjuerna kom nästan alla informanter fram med saker som de önskar och föreslog att man kunde ändra i den finländska mödrahälsovården. Alla informanter nämnde olika saker. Saker som informanterna önskade att man skulle ändra på var att man skulle låta fler anhöriga än bara familjen hälsa på vid förlossningsavdelningen, att ge smärtlindring snabbare, ha mera ultraljud under graviditeten, att man skulle få stanna längre på sjukhuset, att flera vårdare skulle kunna

engelska eller att man skulle erbjuda tolk och att föderskans stödperson alltid skulle få följa med på kejsarsnittet.

*"Maybe they should also put, like English should be, uh, some like nurses should at least be able to speak English or then have a translator who can speak anything." – Delilah*

*"I think most, most um, most new moms would love to be much longer in the hospital. 'Cause they took care of everything, they took care of your baby, of you and, yeah." – Charlotte*

## **Framtiden**

I kategorin *framtiden* har jag en underkategori, den är åsikt om framtida förlossningar i Finland, där informanterna berättar om sin personliga åsikt att föda i Finland.

### *Åsikt om framtida förlossningar i Finland*

Alla informanter blev tillfrågade hurdana känslor de har om tanken att föda ett barn till i Finland om man inte räknar med hur många barn de önskar att ha, utan bara tänker på hur de känner för den finländska mödravården. Alla informanter svarade på frågan och berättade att de skulle välja att föda på nytt i Finland. Två av informanterna skulle även rekommendera att ha en förlossning i Finland till andra människor.

*"I would actually recommend for someone to come and have birth in Finland." – Ava*

*"Yes, I would definitely, no question. The care is very high quality and... and really nothing to complain about. Yeah, yeah I think I would have another child in Finland and recommend other people to have children in Finland." – Brooklyn*

## **6.8 Diskussion**

I diskussionen har jag tagit modell från Henricson bok (2017) *Vetenskaplig teori och metod*, från idé till examination inom omvårdnad (Mårtensson & Fridlund 2017, 411–438). Först kommer jag att påvisa hur jag säkerställt kvaliteten i examensarbetet i metoddiskussionen, sedan att beskriva och jämföra resultaten.

### **6.8.1 Metoddiskussion**

I metoddiskussionen kommer jag kritiskt att diskutera kvaliteten i mitt examensarbete. Jag kommer att påpeka styrkor och svagheter i arbetet, samt diskutera validiteten i det.

### **Valet av metod**

Studien gjordes induktivt för att inte begränsa analysen eller styras av en teori. Att ha en deduktiv analys skulle ha kunnat ge en annan infallsvinkel till datamaterialet och kunnat ge ett tydligare resultat men då skulle också en del av innehållet ha löpt risk att falla bort för att de inte skulle ha passat in i matrisen.

Kvalitativ metod valdes för att besvara studiens syfte. Studiens syfte skulle ha varit svårt att svara på med en kvantitativ metod på grund av syftets natur (att studera hur man upplever ett fenomen) och möjligheterna till datamaterial (mängden av informanter).

### **Urval och datainsamling**

Urvalet i examensarbetet formades främst av praktiska skäl och kriterierna var ganska vida. För att kunna svara på syftet i studien krävdes att informanten skulle vara en kvinnlig invandrare, som skulle vara född i ett annat land än Finland, men det fanns inga krav på hur länge man skulle ha bott i Finland eller varför man flyttat. Det andra kriteriet var att informanterna skulle ha fött minst ett barn i Finland, det fanns inga kriterier om hur länge sedan förlossningen skulle ha skett.

Resten av kriterierna var formade av praktiska skäl. Som att informanten måste kunna tala svenska, finska eller engelska för att kunna intervjuas. Utan det här kravet skulle studien ha kunnat få en annorlunda resultat. I och med att informanterna kunde något av de språken som största delen av människorna i Finland förstår eller talar, har en stor inverkan på resultatet och stängde ut möjliga informanter.

Till studien intervjuades fem kvinnor av sex som visade intresse. En av de som visade intresse intervjuades inte på grund av distansen, en intervju skulle inte ha kunnat genomföras personligen. De informanter som valdes till studien hade alla studerat i Finland och var utbildade, vilket har betydelse för resultatet. De var alla från Afrika, fastän inte från samma område, vilket kan ge ett mer begränsande resultat än om informanterna skulle ha kommit från andra kontinenter.

För att stärka kvaliteten på studien kunde urvalet ha bestämts av mer specifika kriterier och i och med det gett ett mer specifikt resultat. Ett annat alternativ skulle ha varit att ha flera informanter. Mättnaden i studien är otillräcklig. Informanterna kom med nya saker i varje intervju och det skulle ha funnits mycket mera material och erfarenheter att dra nytta av. Det var svårt att hitta ens fem informanter och sökningen av informanter kunde ha gjorts bredare.

### **Analysprocessen och resultatet**

Med trovärdighet (eng. *credibility*) menar man att "författarna tydliggör för läsaren att skapad kunskap är rimlig och att resultatet äger giltighet" (Mårtensson och Fridlund 2017, 431). Trovärdigheten i denna studie påverkas av att analysen är gjord ensam av skribenten, vilket medför att analysen är gjord bara från en persons perspektiv. Då intervjuerna och analysen är gjord av samma person är det dock lättare för skribenten att tolka och uppfatta nyanser i datamaterialet i och med att skribenten själv varit på plats där hon sett och lyssnat på informanterna.

Man kan påvisa pålitlighet (eng. *dependability*) genom att författarna beskriver sin förförståelse (Mårtensson och Fridlund 2017, 432). Skribenten för examensarbetet kommer från en annan bakgrund än informanterna och har inte personliga erfarenheter av det ämnet som hon studerar, alltså att föda i en annan kultur. Den finländska kulturen är hennes egen, vilket inte är fallet för de som hon intervjuat. Intervjuerna har utförts på ställen som informanterna själv valt och har bandats in med en mikrofon. Intervjuerna är gjorda och transkriberade av samma person.

Med bekräftelsebarhet (eng. *confirmability*) menar man att "analysprocessen är tydligt beskriven och författaren noggrant verifierar sina ställningstaganden under hela forskningsprocessen" (Mårtensson och Fridlund 2017, 432). Bekräftelsebarheten av studien är påvisad genom de många citaten av informanterna.

När resultaten kan överföras till andra grupper, kontexter eller situationer kallas det överförbarhet eller *transferability* (Mårtensson och Fridlund 2017, 432). Resultatens överförbarhet till andra grupper är svårt att bedöma, medan överförbarheten till andra kontexter (t.ex. barnrådgivning, sjukhusvård) eller situationer kan vara möjlig.

### **6.8.2 Resultatdiskussion**

Som helhet är de intervjuade kvinnorna nöjda med den vård och det stöd som de fått under barnafödande i Finland. Största delen av kvinnorna kände sig trygga under hela barnafödandet och de litar på personalens yrkeskunskap. Kvinnorna kände sig trygga när de kände sig ha kontroll över situationen och när de tyckte att de blev förstådda. Alla kvinnorna hade, i något skede av barnafödande, upplevt att de blivit förstådda, fastän upplevelsen kanske inte var densamma genom hela barnafödandet.

Kvinnorna upplevde otrygghet i barnafödandet när de inte kände att de hade kontroll över situationen eller att de inte blev förstådda, t.ex. på grund av att de inte har ett gemensamt språk med vårdaren. När man inte talar samma språk som vårdaren och inte kan bli förstådd leder det

till lidande, när kommunikationen inte fungerar. Det fanns en önskan om förbättring av vårdarnas språkkunskaper och möjlighet till tolk. Betydelsen av att ha ett gemensamt språk mellan vårdaren och patienten kommer också fram i resultatet. Att ha ett gemensamt språk och att ha möjligheten att förstå varandra är grunden till en vårdande relation. Att inte förstå varandra skapar otrygghet och osäkerhet.

Kvinnor hade upplevt att de blivit respekterade i vården och då beskrev de att de kände sig jämlika men också individuellt vårdade. Kvinnorna berättade att de tycker att man behandlar alla jämlikt i Finland och att man kan vara sig själv och att vården anpassas till individen. Kvinnor hade också upplevt att de inte blivit respekterade, då visade det sig i känslor av att vara annorlunda och att bli kränkt.

Det som kommer bäst fram är hur bemötandet av de här kvinnorna spelar en stor roll i upplevelsen av barnafödandet. De kvinnor som man tagit emot med öppenhet, respekt, utan att döma och med vilja till samarbete har fått en bra vårdande relation och genom den relationen fått en bra upplevelse av barnafödande. Medan de som inte blivit respekterade eller sedda av vårdpersonalen har haft en negativ upplevelse. Bemötande och kulturell kompetens behövs av vårdare för att uppnå hälsa och ökat välbefinnande hos patienterna.

Det tvetydigaste resultatet kommer fram i vad kvinnorna berättade att har varit nyttigt att veta före förlossningen och vad de önskar att någon hade berättat för dem, och i deras förslag om förändring i vården av barnafödande. Informanterna nämnde alla olika saker som de önskade förändra i vården vid barnafödande.

Ett förslag var att fler anhöriga än bara pappan och syskonen skulle få hälsa på det nyfödda barnet och mamman på avdelningen. Skälet till att det är bara en begränsad mängd besökare som får komma till avdelningen, är att man vill minimera spridning av infektioner. Vidare önskade kvinnorna att man skulle få smärtlindring snabbare. Det är många saker som spelar en roll för vilken smärtlindring man erbjuder kvinnor i förlossningsarbete, det är viktigt att se till att förlossningen inte stannar av och fostrets och mammas säkerhet. Man önskade också flera ultraljudsundersökningar under graviditeten, extra ultraljud görs dock inte i Finland utan medicinska skäl.

Kvinnorna önskade att deras stödperson alltid skulle få följa med till kejsarsnittet. Idag är det vanligen ordnat så att vid ett planerat kejsarsnitt får partnern följa med, men om det blir en akut kejsarsnitt får partnern inte följa med. Om partnern alltid skulle få följa med skulle det behövas

mera resurser inom vården, vid en akut snitt behöver också partnern stöd och det skulle behövas någon från personalen som skulle ta hand om henne eller honom. Dessutom, om det är riktigt akut, kan tiden mellan beslutet att göra ett snitt tills barnet är ute bara vara minuter.

Kvinnorna önskade att de skulle få stanna längre på sjukhuset, det är en sak som skulle kunna vara möjligt att utföra. Vårdarna kunde lära sig känna igen de individer som behöver mera stöd och känner sig osäkra inför hemförlovingen och låta dem vara en längre tid på avdelningen. En annan möjlighet skulle också vara att erbjuda mera stöd i hemmet strax efter en förlossning, kanske då via mödra- eller barnrådgivningen. De önskade att flera vårdare skulle kunna tala engelska eller erbjuda tolk. Att använda sig av tolk blir allt vanligare inom vården och den yngre generationen av vårdare verkar ofta vara bättre på engelska, men det finns ännu mycket att bättra på.

Som fortsatt forskning skulle man t.ex. kunna fokusera på en mer specifik grups upplevelse av barnafödande i Finland, som personer från samma land (t.ex. Somalia) eller samma region (t.ex. södra Asien). Man skulle också kunna göra en studie med invandrare från så många olika länder och regioner som möjligt, det skulle säkert dock kräva ett större forskningsteam. Ett annat intressant ämne skulle vara att studera invandrarnas upplevelse om specifikt mödrarådgivningen, barnsängstiden eller att uppfostra barn i Finland.

### **Jämförelse med teorin interkulturellt vårdande i mödravårdspraxis**

I det här kapitlet jämför jag resultaten med Wikbergs teori om interkulturellt vårdande i mödravårdspraxis, som jag presenterat tidigare i arbetet (Wikberg 2014, 78–103). Resultaten som framkommit från studierna stöder för det mesta i teorin om interkulturellt vårdande. Det är inte någonting som motsäger teorin, medan en del av det som tidigare framkommit i bakgrunden har dock inte kommer fram i denna studie.

Resultatet som framkommit i intervjuerna stöder teorin. Man kan se att när informanterna upplevt att de har blivit förstådda (både med språket som blivit talat och att man har lyssnat på dem), respekterade och att man tagit emot dem med öppenhet har deras upplevelse av barnafödandet varit positivt. Medan när deras upplevelser har varit negativa så har informanterna upplevt att de blivit missförstådda, att kommunikationen inte fungerat och att man mött dem med dömande attityd.

I resultaten kan man se att kvinnorna saknar sina familjer som är i hemlandet och att deras partner är viktig för dem under barnafödandet. Man kan se att många av dem har nytta av och är glada över att få lära känna andra kvinnor som är i samma situation som de är. Många av dem har skapat



ett nätverk av vänner och bekanta i sitt nya hemland. Yttre omständigheter som kan påverka kvinnan finns i hennes närmaste omgivning, närsamhället och samhället.

I teorin interkulturellt vårdande i mödravårdspraxis talar man om att när den vårdande relationen mellan mamman och vårdaren fungerar leder det till lindrat lidande, ökad välbefinnande samt att hälsa och liv befrämjas. Medan om relationen inte fungerar kan det leda till missförstånd, konflikter och negativa upplevelser.

### **Jämförelse med tidigare forskning**

I resultatet kan man se att en del av informanterna upplevt brister i kommunikationen och att alla har behövt stöd i kommunikationen på något sätt. En del av dem har inte haft ett gemensamt språk med vårdaren och en del av dem har kommunicerat med ett språk som de har bristfälliga kunskaper i. I tidigare studier nämns det flera gånger att språk- och kommunikationshinder är vanliga hos invandrare och att de kan behöva mera stöd med det (Wikberg & Bondas 2010; Wikberg et al. 2012; Degni et al. 2012, 2014; Akhavan 2012).

Största delen av informanterna var nöjda med uppföljningen av barnafödandet, fast en del av informanterna var också av annan åsikt och hade önskat sig mera stöd. Vårdarna i denna studie upplevdes för det mesta som snälla och professionella. I andra studier gjorda i Finland var också informanterna som intervjuades för det mest nöjda med det vård de fått (Wikberg et al. 2012; Degni et al. 2014).

Ovänliga attityder hos vårdare gentemot invandrare upplevdes av informanterna i detta examensarbete, så gjordes också det i Degnis et al. studie (2014) och Wikbergs et al. studie (2014). En av informanterna i den här studien talade mycket om detta, hon hade upplevt otillräckligt stöd efter förlossningen. Wikberg et al. (2012) skrev om att det finländska sättet av självständighet (snabb hemförloving o.s.v.) upplevdes svårt av invandrare.

## Källförteckning

Akhavan, S. 2012. *Foreign-Born Women's Experiences of Community-Based Doulas in Sweden—A Qualitative Study*. *Health Care for Women International*, 33(9), 833–848.

Balaam, M-C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A-M., Ensel, A., Gouni, O. & Severinsson, E. 2013. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919–1930.

Billhult, A. 2012. Enkäter. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E. & Andersson, U. 2010. *Obstetrik och gynekologi* (4., [uppdaterade] uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Degni, F, Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2012. Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(2), 330–343.

Degni, F., Suominen, S., El Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen, K. & Essén, B., 2014. Reproductive and maternity health care services in Finland: Perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethnicity and Health*, 19(3), 348–366.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

FOS, Finlands officiella statistik. 2016a. *Befolkningsstruktur* [e-publikation]. ISSN=1797-5387. Helsinki: Statistikcentralen [hämtat: 27.9.2017]. Åtkomstsätt: [http://www.stat.fi/til/vaerak/2016/vaerak\\_2016\\_2017-03-29\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2016/vaerak_2016_2017-03-29_tie_001_sv.html)

FOS, Finlands officiella statistik. 2016b. *Befolkningsstruktur* [e-publikation]. ISSN=1797-5387. Tabellbilaga 2. *Befolkningen efter språk enligt landskap 1996–2016*. Helsinki: Statistikcentralen [hämtat: 27.9.2017]. Åtkomstsätt: [http://www.stat.fi/til/vaerak/2016/vaerak\\_2016\\_2017-03-29\\_tau\\_002\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2016/vaerak_2016_2017-03-29_tau_002_sv.html)

FOS, Finlands officiella statistik. 2016c. *Erhållande av finskt medborgarskap* [e-publikation]. ISSN=1797-7150. Helsinki: Statistikcentralen [hämtat: 27.9.2017]. Åtkomstsätt: [http://www.stat.fi/til/kans/2016/kans\\_2016\\_2017-05-12\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/kans/2016/kans_2016_2017-05-12_tie_001_sv.html)

Forskningsetiska delegationen. 2009, *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Helsingfors. [Online] [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi) [hämtad: 18.5.2017]

Haataja, M. 2011. *Hyvä syntymä: Kirja odottavalle äidille*. Helsinki: Tammi.

Hagberg, H. T., Maršál, K. T. & Westgren, M. T. 2014. *Obstetrik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Danielson, E., 2012a. Kvalitativ forskningsintervju. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E., 2012b. Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E., 2017. Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. 2017. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M & Billhult, A. 2017. Kvalitativ metod. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. 2012. Forskningsetik. I: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I., 2009. Stöd under förlossningen. Ingår i: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren, red., *Lärobok för barnmorskor*. (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Mårtensson, J. & Fridlund, B. 2017. Ingår i: M. Henricson, red., *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Scott, K. D., Klaus, P & Klaus, M. 1999. The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine*, 8(10), 1257–1264

Starrin, B., & Svensson, P. 1994. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Statistikcentralen. 2015. *Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014*, [Online] <http://www.stat.fi> [Hämtat: 26.4.2017]

Statistikcentralen. 2016. *Statistisk årsbok för Finland 2016*, [Online] <http://www.stat.fi> [Hämtat: 26.4.2017]

Statistikcentralen. 2017. *Statistisk årsbok för Finland 2017*, [Online] <http://www.stat.fi> [Hämtat: 17.1.2018]

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. *Meille tulee vauva – opas*, 2017, [Online] [https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/lait\\_oppaat/neuvola/oppaat\\_ja\\_esitteet\\_perheille/meille\\_tulee\\_vauva\\_opas](https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/lait_oppaat/neuvola/oppaat_ja_esitteet_perheille/meille_tulee_vauva_opas) [Hämtat: 25.1.2018]

Wikberg, A., Bondas, T. 2010. A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well Being*, 5(1), 4648

Wikberg, A., Erikson, K., Bondas, T. 2012. Intercultural Caring From the Perspectives of Immigrant New Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41(5), 638–649.

Wikberg, A. 2014. *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande: Att föda barn i en annan kultur*. Doktorsavhandling. Vasa: Åbo Akademi. Socialvetenskapliga institutionen, vårdvetenskap.

Wikberg, A., Erikson, K., Bondas, T. 2014. Immigrant New Mothers in Finnish Maternity Care: An Ethnographic Study of Caring. *International Journal of Childbirth*, 4(2), 85–100.

## Bilaga 1 Informerat samtycke på engelska



Informed consent about participation in the thesis **"Immigrants Experiences on Giving Birth in Finland"** (*free translation*)

Hello, my name is Anna Lillas and I am studying midwifery at the University of Applied Sciences Novia. My thesis is about immigrants' experiences on giving birth in Finland. The thesis is a part of a project called Cultural Competence in Caring.

The aim is to through interviews examine and describe the experience of giving birth in Finland as a woman with a different cultural background. The purpose is to learn and understand how better to support immigrants, families and relatives in maternal health services.

The interview can be conducted in English, Swedish or Finnish. Participation in this study is voluntary but I would be grateful if you would share your experiences of giving birth in Finland. The interviews will be recorded on tape and written down, your names and other information that could be recognized will be removed. The interviews can be stopped and the participant withdraw from the study at any time without any consequences. Citations may be used in the thesis. Only the supervisor and the writer will have access to the material which will be destroyed after the thesis has been published.

Thank you for your participation! The thesis and the following developmental work will probably be published in Theseus.

With kind regards,

Writer  
Anna Lillas  
Novia University of Applied science  
Tel. 040 5314421  
annalillas@edu.novia.fi

Supervisor and Teacher of Caring  
Anita Wikberg  
Novia University of Applied science  
Tel. 044 7805326  
anita.wikberg@novia.fi

**Participant**

Informed consent

I have received information, participate voluntarily and allow citations to be used in "Immigrants Experiences on Giving Birth in Finland".

City and date

Signature

**Bilaga 2. Intervjufrågor på engelska**INTERVIEW GUIDE*Anna Lillas*

How old are you?

From what country are you? (born and other residential countries)

What culture/religion/ethnic group do you belong to?

Why did you come to Finland?

How long have you been in Finland?

Do you have family and/or friends in Finland?

How many children do you have? (living/dead)

Are all your children born in Finland?

When was your latest childbirth?

Could you tell me about your latest childbirth/childbirths in Finland?

Who did you have with you during childbirth?

Could you tell me about the support you received during childbirth?

Can you tell me about if you felt secure during childbirth?

Could you tell me about what information and knowledge you received before your childbirth? (Where did you get it? Do you think it was sufficient?)

Is there something else you wish you would have known before your childbirth?

What do you wish would have been done differently during your childbirth?

Could you tell me what expectations you had about childbirth? (Did the experience meet your expectations?)

Can you tell me about if you felt respected and understood during childbirth? (Why/why not?)

How did you feel that your family or support person were considered during childbirth?

What feelings and thoughts do you have about possibly having another childbirth in Finland?

Is there something else you wish to tell me?

## 7 "Det är vi som ser dem som stympade" – Kvinnlig omskärelse och dess utmaningar för vårdpersonalen – en "scoping review": **Frida Rantanen**

### **Abstrakt**

Den ökade invandringen har medfört att vi vårdar allt fler kvinnor från länder där omskärelse görs. Examensarbetet handlar om kvinnlig omskärelse, och syftet med studien är att undersöka vilka utmaningar vårdpersonalen ställs inför i samband med vården av omskurna kvinnor. Arbetet görs för att öka kunskapen och beredskapen hos vårdpersonal som arbetar med omskurna kvinnor. Som metod har skribenten använt sig av "scoping review" (sv. översiktsstudie) och analysen är gjord som en tematisk analys. Materialet i studien består av 11 kvalitativa studier och en studie med blandad metod.

Resultatet av analysen ledde till 7 teman och 14 kategorier. Dessa sju teman beskriver utmaningar i vården av kvinnor som blivit omskurna, bl.a. utmaningar i vårdpersonalens kunskap, omskurna kvinnornas övertygelser, kunskap och gemenskap, kommunikationen mellan vårdpersonalen och kvinnor som blivit omskurna, vårdpersonalens bemötande av kvinnor som blivit omskurna, psykiska och fysiska konsekvenser av omskärelse samt etiska utmaningar som kan ingå i vården av omskurna kvinnor.

Utifrån teorin och resultatet i studien presenterar skribenten vård- och utbildningsrekommendationer för vårdpersonal som vårdar kvinnor som blivit omskurna. Vårdpersonalen behöver mer utbildning och fortbildning om kvinnlig omskärelse, ett professionellt förhållningssätt, användning av tolk och interkulturellt vårdande. Tabun kring kvinnlig omskärelse måste brytas och gemensamma riktlinjer för vården av kvinnor som blivit omskurna behövs.

**Nyckelord:** Kvinnlig omskärelse, könsstympning, interkulturellt vårdande, scoping review



**Nimike:** "Me näemme heidät silvottuina" – Naisten ympärileikkaus ja terveydenhuollon ammattilaisten haasteet – "scoping review"

### **Tiivistelmä**

Lisääntynyt maahanmuutto on johtanut siihen, että hoidamme yhä enemmän naisia, jotka tulevat maista joissa ympärileikkaus tehdään. Opinnäytetyön aihe on naisten ympärileikkaus, ja aiheena on tutkia mihin haasteisiin terveydenhuollon ammattilaiset törmäävät hoitaessaan ympärileikattuja naisia. Opinnäytetyön tarkoitus on lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietämystä sekä valmiutta ympärileikattujen naisten hoidon yhteydessä. Menetelmänä tekijä on käyttänyt "scoping review":iä, ja analyysi on tehty temaattisena analyysinä. Materiaali koostuu yhdestätoista laadullisista sekä sekamenetelmillä tehdyistä artikkeleista.

Analyysin tulos johti 7 teemaan sekä 14 kategoriaan. Teemat kuvailevat haasteita ympärileikattujen naisten hoidossa ja kuvaavat mm. terveydenhuollon ammattilaisten tiedonpuutetta, ympärileikattujen naisten uskomuksia, tuntemuksia ja yhteisöä, hoitohenkilökunnan ja ympärileikatun naisen välistä vuorovaikutusta, hoitohenkilökunnan asenteita ympärileikattuja naisia kohtaan, ympärileikkauksen psyykkisiä ja fyysisiä seuraamuksia sekä eettisiä haasteita joita esiintyy ympärileikattujen naisten hoidossa.

Tulosten ja teoreettisen taustan perusteella tekijä kirjoitti hoito- sekä koulutussuositukset hoitohenkilökunnalle jotka hoitavat ympärileikattuja naisia. Hoitohenkilökunta tarvitsee lisää koulutusta naisten ympärileikkauksesta, ammatillisesta lähestymistavasta, tulkin kanssa työskentelystä sekä kulttuurien välisestä hoitotyöstä. Hiljaisuus naisten ympärileikkauksen ympärillä tulee loppua ja on välttämätöntä kehittää yhteiset toimintaohjeet hoitohenkilökunnalle koskien ympärileikattujen naisten hoitoa.

**Avainsanat:** Naisten ympärileikkaus, sukuelinten silpominen, kulttuurien välinen hoitotyö, scoping review

**Title:** "It is us who see them as mutilated" – Female circumcision and the challenges it causes the health care professionals – a scoping review

### **Abstract**

The increased immigration has resulted in caring for more and more women from countries where female circumcision is done. The subject of this thesis is female circumcision, and the aim is to examine the challenges it causes the health care professionals. The study objective is to increase knowledge and to prepare health professionals that work with women, who have been circumcised. The author has used scoping review and thematic analysis as methods in the thesis. The 11 articles used as the data material of the study are qualitative except one, where mixed method was used.

The analysis of the material led to 7 themes and 14 categories. The themes describe challenges in the care of women who have been circumcised and contain challenges in the health professionals knowledge about the care of women who have been circumcised, the circumcised women's beliefs, knowledge and community, the communication between health professionals and women who have been circumcised, the health professionals' treatment and attitudes of women who have been circumcised, the psychological and physical consequences of female circumcision and the ethical challenges that might be present in the care of women who have been circumcised.

The author combined the results and the theoretical background and made recommendations about practice and further education for health care professionals who care for women who have been circumcised. Health care professionals need more education about female circumcision, a professional approach, the usage of an interpreter and intercultural caring. The silence around female circumcision must end and common guidelines about the care of circumcised women are required.

**Key words:** female circumcision, female genital mutilation, intercultural caring, scoping review

## 7.1 Introduktion

Kvinnlig omskärelse, som även kallas kvinnlig könsstympning och på engelska "female genital mutilation", "female genital cutting" och "female circumcision", har i vissa regioner varit en tradition sedan 5000 år tillbaka och finns som en del av samhället än idag. Kvinnlig omskärelse innebär borttagande eller ändring av det kvinnliga könsorganet på grund av andra än medicinska orsaker. Det utförs ofta p.g.a. kulturella skäl och förorsakar flickor och kvinnor livslångt fysiskt, psykisk och socialt lidande. (Terry & Harris 2013)

På grund av immigrationen till Finland från länder där kvinnlig omskärelse är en tradition, behöver finländsk vårdpersonal kunskap om det. Varje vecka föder omskurna kvinnor barn i Finland (Salminen 2017), men ännu kan barnmorskor känna sig förvånade och vilsna då det kommer fram att mamman som ska föda är omskuren. I vissa fall har det hänt att man upptäckt att den blivande modern är omskuren först i samband med förlossningen (Salonen 2017).

Kvinnlig omskärelse kan leda till problem vid förlossningen, och omskurna kvinnor har ökad risk för t.ex. blödningar och infektioner. En del omskurna kvinnor har endast ett litet hål för urin och menstruationsblod kvar, och deras könsorgan måste således skäras upp innan förlossningen, så att barnet kan komma ut. Den bästa tidpunkten för detta ingrepp är ännu omtvistat; vissa rekommenderar ingreppet redan före graviditeten eller efter tredje graviditetsmånaden medan andra rekommenderar att det görs i samband med förlossningen (Gayle & Rymer 2016). I Finland rekommenderas det att ingreppet görs redan före kvinnan blir gravid (Tiilikainen 2011).

För att kunna ge omskurna kvinnor god vård, måste vårdpersonalen ha tillräckligt med kunskap om kvinnlig omskärelse. Syftet med denna studie är att skapa mera kunskap och öka vårdpersonalens beredskap gällande utmaningar med kvinnlig omskärelse.

## 7.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka vilka utmaningar vårdpersonalen ställs inför i samband med vården av omskurna kvinnor. Arbetet görs för att öka kunskapen och beredskapen hos vårdpersonal som arbetar med omskurna kvinnor.

Frågeställningarna är:

Vilka utmaningar möter vårdpersonalen i vården av omskurna kvinnor?

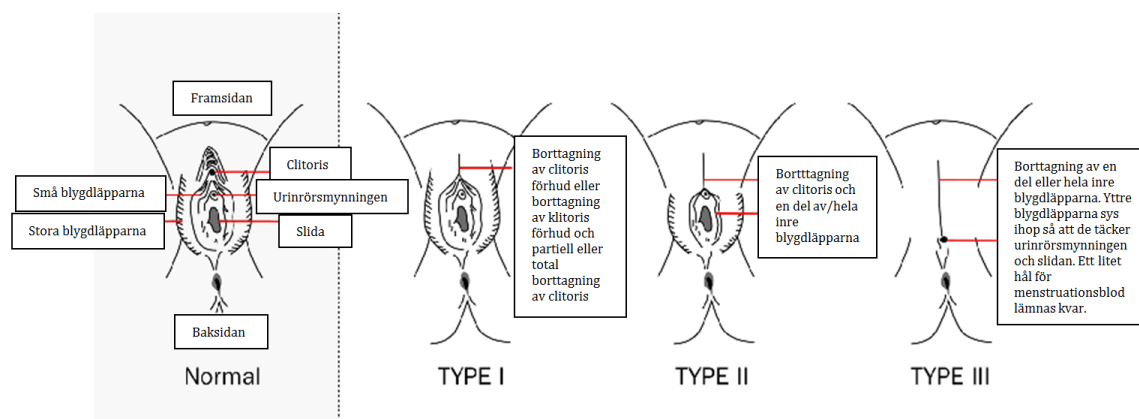
Vilka utmaningar möter vårdpersonalen i bemötandet av omskurna kvinnor?

## 7.3 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel behandlas teoretisk bakgrund om kvinnlig omskärelse som ska ge läsaren en djupare förståelse för ämnet. Den teoretiska bakgrunden behandlar kunskap som krävs för att vårdpersonalen ska kunna ge god vård åt kvinnor som blivit omskurna.

### 7.3.1 Olika typer av omskärelse

Världshälsoorganisationen har delat in kvinnlig omskärelse i fyra huvudtyper beroende på hur omskärelsen görs. Typ 1 innebär att förhuden på klitoris, hela klitoris eller delar av klitoris avlägsnas (WHO 2017). Det traditionella namnet för omskärelse av typ 1 är sunna, men benämningen sunna används även ofta för att beskriva andra typer av omskärelse, inte endast för typ 1 (Elmusharaf, Elhadi & Almroth 2006). Typ 2 innebär att hela eller delar av klitoris och de inre blygdläpparna avlägsnas, med eller utan borttagande av de yttre blygdläpparna. Det kallas ofta excision. Typ 3 är den mest drastiska typen av könsstympling och kallas infibulation eller faraonisk omskärelse. Det går ut på att man minskar öppningen till slidan genom att forma blygdläpparna så att de täcker både urinröret och slidöppningen. Detta görs genom att skära bort de yttre och inre blygdläpparna samt klitoris och sedan sy ihop det som blir kvar, så att bara ett litet hål för urin och menstruationsblod blir kvar (Tiilikainen 2011). Typ 4 innebär alla typer av skada som görs åt det kvinnliga könsorganet för andra än medicinska orsaker, bl.a. skrapande, stickande, uttänjning eller brännande (WHO 2017). En stor del (80 %) av alla könsstymplingar är av typ 1 eller 2 och 15 % är av typ 3 (Tiilikainen 2011).



**Figur 1** Olika typer av omskärelse enligt WHO (Jungari 2016)

### 7.3.2 Orsaker till kvinnlig omskärelse

Det finns många orsaker till att kvinnlig omskärelse utförs. Det är vanligt att det görs på grund av religiösa, kulturella, moraliska, hygieniska, sociala, ekonomiska, sexuella eller estetiska orsaker. Omskärelsen kan utföras vid födseln, spädbarnsåldern, tonåren, före äktenskap, under första graviditeten eller efter den, men oftast görs den då flickorna är 4–10 år gamla. Vilken typ av omskärelse som görs kan bero på t.ex. vad som är tradition där man bor, släktingars önskemål, familjens sociala klass eller på utövarens rutin. (Pietiläinen, Tiilikainen & Johansson 2017)

År 2016 utfördes en studie som undersökte vilka övertygelser som bidrar till att kvinnlig omskärelse fortfarande utförs. Studien visade att religion, sexualitet, äktenskap och socialisation påverkade valet att utöva omskärelse. De flesta religiösa övertygelser var kopplade till islam, men även kristna och personer som utövade traditionella afrikanska religioner förespråkade kvinnlig omskärelse. (Alhassan, Barrett, Brown & Kwah 2016; Terry & Harris 2013)

En vanlig övertygelse bland deltagarna i studien var att kvinnor bör omskäras för att bli tillräckligt rena för att utöva islam, eftersom omskärelse anses förstärka kvinnors tro. Kvinnlig omskärelse utövades även för att minska kvinnans sexlust och för att säkerställa flickans oskuld före äktenskap, vilket ansågs skydda flickorna samt ge dem en större chans att hitta en man i framtiden. Att bli omskuren beskrivs även som en ritual, där en flicka blir en kvinna, och anses vara en viktig del av den kulturella identiteten. (Alhassan et al. 2016)

Vanliga övertygelsen om kvinnlig omskärelse är att det ökar mannens sexuella njutning, skyddar mot sjukdomar och ökar kvinnans fertilitet. Ibland kan kvinnor från t.ex. Sudan som bor i Europa åka tillbaka till sitt hemland för att sys ihop igen efter att de t.ex. fött barn. Efter ingreppet, som heter reinfibulation, anser många att kvinnorna fått tillbaka sin oskuld. (Tiilikainen 2011)

Flertal av kvinnorna som blivit omskurna är muslimer, men i verkligheten nämns kvinnlig omskärelse inte i Koranen, och har utövats redan före islam. Det finns många muslimer som inte är omskurna, och omskärelse nämns mest i muntlig tradition. Lärda inom islam har olika åsikter om omskärelse och vissa motsätter sig t.ex. omskärelse av typ 3 medan de accepterar lindrigare typer av omskärelse. (Tiilikainen 2011)

### **7.3.3 Kvinnlig omskärelse ur ett globalt perspektiv**

Kvinnlig omskärelse är ett ämne som berör flickor och kvinnor i hela världen, eftersom åtminstone 200 miljoner flickor och kvinnor som lever idag i 30 olika länder har blivit omskurna. Unicef har gjort många undersökningar om i vilka länder och i vilken grad omskärelse av flickor görs. Enligt deras undersökningar görs kvinnlig omskärelse mest i länder i Afrika, Mellanöstern och Asien. I t.ex. Somalia, Guinea, Egypten och Djibouti är till och med 90 % av kvinnorna omskurna (UNICEF 2016). Omskärelse av kvinnor har också spridit sig till Europa, Nordamerika och Australien, eftersom immigrationen till dessa områden ökat (UNICEF 2013).

### **7.3.4 Kvinnlig omskärelse i Finland**

På grund av den ökade invandringen till Finland möter personal inom social- och hälsovården mer omskurna kvinnor än någonsin förut. År 2007 publicerade Förbundet för mänskliga rättigheter i Finland rekommendationer för personal inom social- och hälsovård angående kvinnlig omskärelse (Tiilikainen 2007). Rekommendationerna bygger på projektet KokoNainen som också drivits av Förbundet för mänskliga rättigheter i Finland.

I Finland är kvinnlig omskärelse ett brott. Även reinfibulation, som betyder att man syr ihop blygdläpparna igen, är straffbart med upp till 10 år i fängelse. Man får inte heller föra en finländsk medborgare eller någon som varaktigt bor i Finland utomlands för att bli omskuren. Personal inom social- och hälsovården är även anmälningspliktiga enligt § 40 i barnskyddslagen, ifall det uppstår misstanke om att omskärelse har skett eller kommer att ske. (Tiilikainen 2011)

I augusti 2002 inleddes ett projekt vid namn KokoNainen, som förverkligas av Förbundet för mänskliga rättigheter och finansieras av Penningautomatföreningen. Projektet har gjort undersökningar bland social- och hälsovårdspersonalen och bland invandrare i huvudstadsregionen, och har bl.a. publicerat rekommendationer för vårdpersonal om hur man bäst går till väga då man kommer i kontakt med flickor och kvinnor som blivit omskurna. De beskriver också hur man kan arbeta förebyggande mot kvinnlig omskärelse. (Tiilikainen 2011)

### **7.3.5 Förebyggande av kvinnlig omskärelse**

Kvinnlig omskärelse strider mot de mänskliga rättigheterna. Vården av kvinnor som blivit omskurna kräver kunskap, och för att få slut på traditionen krävs ett multiprofessionellt samarbete mellan vårdpersonal. I Finland har det publicerats en nationell verksamhetsplan för att förebygga kvinnlig omskärelse under åren 2012–2016. Verksamhetsplanens mål var att hindra kvinnlig omskärelse i Finland och att öka hälsan och livskvaliteten hos kvinnor som redan blivit omskurna. I verksamhetsplanen ingick även att säkra vårdpersonalens kunskap om ämnet samt upprätthålla och utveckla den. Forskning, utveckling av samarbete och information var centrala punkter i verksamhetsplanen. (Pietiläinen et al. 2017)

Kvinnlig omskärelse har även tagits upp i verksamhetsplanen år 2014–2020 för sexuell och reproduktiv hälsa i Finland. De för fram skyldigheten att göra en barnskyddsanmälan ifall där man misstänker att en flicka kan bli utsatt för omskärelse. Även andra sätt att förebygga kvinnlig omskärelse tas upp, som t.ex. lagstiftning, bra undervisningsmaterial samt vårdpersonalens fortbildning och kunnande. (Pietiläinen et al. 2017)

För att förebygga kvinnlig omskärelse är det viktigt att ta reda på om en kvinna blivit omskuren antingen genom att diskutera med henne eller genom att göra en vaginal undersökning. Om flickan eller kvinnan blivit omskuren bör det dokumenteras på korrekt sätt. Ifall en flicka inte blivit omskuren bör man ta reda på hennes mammas och pappas åsikt om omskärelse, och berätta för dem att omskärelse är olagligt i Finland. Även omskärelsens inverkan på hälsan bör tas upp. Det är viktigt att ta upp ämnet om kvinnlig omskärelse, även om det kan kännas svårt. Man bör dock hitta en balans i hur ofta och när man tar upp ämnet, så att föräldrarna inte upplever möten med hälsovårdspersonalen som negativa. (Pietiläinen et al. 2017)

Det förebyggande arbetet mot kvinnlig omskärelse börjar redan då en kvinna är gravid och väntar en flicka. Ifall minst en av föräldrarna kommer från ett land där omskärelse görs bör ämnet tas upp redan på mödrarådgivningen, och igen efter att flickan är född. Efter det följs det upp i barnrådgivningen och skolhälsovården. Det kan även vara bra ifall daghemspersonal och annan skolpersonal känner till traditionen, omskärelse av flickor och riktlinjerna för förebyggande arbete, så att det multiprofessionella samarbetet kan fungera. (Pietiläinen et al. 2017)

### **7.3.6 Kvinnliga omskärelsens inverkan på hälsan**

Förbundet för mänskliga rättigheter beskriver hur följderna av kvinnlig omskärelse kan vara olika beroende på ingreppets omfattning, vilka redskap som används samt av utövarens rutin och skicklighet. På landsbygden är det vanligt att kvinnlig omskärelse görs med hjälp av redskap som knivar, saxar, glasskärvor eller rakblad. En omskärelse som är gjord på ett traditionellt sätt innebär oftast att ingreppet görs utan bedövning, sterila redskap eller antibiotika. Ingreppet räcker ca 15 minuter, och flickan som blir omskuren hålls fast av andra personer. För att stoppa blödningen kan en örtblandning, gröt eller aska användas (Pietiläinen et al. 2017; Momoh 2004) Risken för komplikationer ökar då ingreppet utförs i ohygieniska förhållanden eller om kvinnan upprepade gånger reinfibuleras (Tiilikainen 2011). Mer förmögna familjer som bor i städer kan låta sina döttrar bli omskurna av utbildade barnmorskor eller läkare på ett sjukhus (Pietiläinen et al. 2017).

Följderna för kvinnlig omskärelse har delats in i olika kategorier; omedelbara följder, långsiktiga följder och följder inför förlossningen. Omedelbara följder av omskärelse kan vara t.ex. smärta, blödning, infektion, skador på urinröret samt skador på närliggande vävnad (Pietiläinen et al. 2017). Långsiktiga följder kan vara urinvägsinfektioner, smärtsam urinering, bakteriell vaginos, samlagssmärta, problem i samband med menstruation, utsöndring från underlivet samt klåda i underlivet (Berg & Underland 2014). Även ärrvävnad kan bildas, vilket kan leda till t.ex. cystor och fistelgångar. Det kan vara omöjligt att utföra en gynekologisk undersökning eller att sätta en urinkateter. Kvinnlig omskärelse kan inverka på kvinnans sexualitet och fertilitet, förorsaka psykologiska problem och kroniska virusinfektioner (Pietiläinen et al. 2017). Ett samband mellan primär infertilitet och kvinnlig omskärelse har även påvisats (Almroth et al. 2005).



Förutom problem i vardagen kan kvinnlig omskärelse förorsaka en hel del förlossningsrelaterade problem. Förlossningsrädsla, rupturer, förlängt utdrivningsskede, blödning och ökad risk för infektioner sammankopplas ofta med omskurna kvinnors förlossningar (Tiilikainen 2011). Omskurna kvinnor föder oftare genom kejsarsnitt, i jämförelse med icke-omskurna kvinnor. Omskurna kvinnors barn har även större risk för perinatal död än icke-omskurna kvinnors barn, och upp till 22 % av den perinatale dödligheten hos barn till omskurna kvinnor kan vara orsakade av moderns omskärelse (Banks, Meirik, Farley, Akande, Bathija & Ali 2006).

Banks et al. (2006) publicerade en studie i samarbete med WHO, där syftet var att undersöka vad olika typer av omskärelse har för följder för förlossningen. Studien var kvantitativ och jämförde statistik. 18 393 kvinnor som var gravida och skulle föda mellan november 2001 och mars 2003 i Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Sudan och Senegal deltog i studien. De undersöktes och delades in i grupper beroende på om de inte var omskurna eller om de var omskurna enligt typ 1, typ 2 eller typ 3. De följdes upp under graviditeten tills de blev hemskickade efter förlossningen och deras förlossningar jämfördes med varandra. Enligt resultaten hade kvinnor som blivit omskurna enligt typ 1, 2 eller 3 betydligt större risk för komplikationer i samband med förlossningen än kvinnor som inte blivit omskurna. De hade större risk för kejsarsnitt, blödning efter förlossning, episiotomi, längre vårdtid, att babyn måste återupplivas och barnet hade större risk för perinatal död.

### **Kirurgisk deinfibulation**

Kirurgisk deinfibulation betyder att ärrvävnaden i könsorganet som sytts fast öppnas, man tar fram öppningen till vagina och rekonstruerar nya yttre blygdläppar. Deinfibulation kan göras till kvinnor som genomgått omskärelse av typ 3 (Pietiläinen et al. 2017). Det finns två olika kirurgiska sätt att utföra deinfibulation och båda kan utföras under lokal eller generell anestesi. Det vanligaste sättet är att operera med sax eller skalpell. Operation med sax eller skalpell är bästa sättet att gå till väga då infibulationsärret är tunt och då det finns möjlighet att sy ihop underlivet på ett lämpligt sätt. Då ärret är tjockt, det finns cystor eller då det inte finns tillräckligt med vävnad för att rekonstruera blygdläppar, kan det vara bättre att operera med laser (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain & Irion 2011).

Enligt Förbundet för mänskliga rättigheter i Finlands rekommendationer bör deinfibulation helst göras redan innan kvinnan blir gravid (Tiilikainen 2011). Däremot publicerade Gayle och Rymer år 2016 en artikel som behandlar kvinnlig omskärelse och dess följder för graviditeten, där de hänvisar till *The American College of Obstetrics and Gynecology* som rekommenderar deinfibulation i andra trimestern, och till Rouzi et al. (2012) som däremot hävdar att deinfibulation i samband med förlossning är det bästa sättet att gå till väga (Gayle & Rymer 2016).

Albert, Bailey and Duaso (2015) utförde en studie vars syfte var att undersöka om tidpunkten för deinfibulation spelar någon roll för en typ 3 omskuren kvinnas förlossning. Undersökningens var en retrospektiv kvantitativ observationsstudie med 94 kvinnor som genomgått omskärelse av typ 3. I studien deltog 62 kvinnor som genomgått deinfibulation före förlossningen och 32 kvinnor som inte hade genomgått deinfibulation före förlossningen. Resultatet visade att kvinnor som inte genomgått deinfibulation före förlossningen hade mycket högre risk för episiotomi, högre risk för blödningar, förlängt utdrivningsskede och vårdades i medeltal två dagar längre på sjukhus än de kvinnor som genomgått deinfibulation före förlossningen. Båda grupperna hade högre risk för kejsarsnitt än en kvinna som inte är omskuren har.

## **7.4 Teoretiska utgångspunkter**

Som teoretisk utgångspunkt har skribenten valt att använda sig av Wikbergs vårdteori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis för att få en stark grund för sin studie. Wikberg har skapat sin teori genom att syntetisera tre studier hon utfört; en innehållsanalys av 19 texter, en metasyntes av 40 studier om interkulturellt vårdande i mödravård och en fokuserad etnografi där 17 invandramödrar intervjuats och observerats. Dessa studier har genom en hermeneutisk syntes utvecklats till en teori om interkulturellt vårdande. Syntesen av studierna med mödravårdscontext ledde till fem meningsbärande tolkningsmönster, som tillsammans med teorin om interkulturell vård bildade en kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis. (Wikberg 2014)

### **7.4.1 En kontextuell teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis**

Den kontextuella teorin om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis ser på vårdandet ur fyra dimensioner; universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt vårdande

samtidigt. Universellt vårdande är likadant överallt oberoende av tid, vilken kultur man tillhör eller i vilken kontext vårdandet sker. Kulturellt vårdande handlar om en viss etnisk grupps kultur. Kontextuellt vårdande handlar om i vilket sammanhang vårdandet sker, t.ex. i mödravårdskontext. Det unika vårdandet handlar om den enskilda patientens behov och önskemål i en vårdsituation. Alla dessa dimensioner ingår i interkulturellt vårdande, och ifall de tas i beaktande kan vårdandet främja hälsa och liv samt lindra lidande. (Wikberg 2014)

I interkulturellt vårdande är vårdandet mellan vårdare och patienter det viktiga, och i denna teori vill man se på vårdandet ur patienternas perspektiv. Teorin visar hur mödrar anser att vårdare kan vårda dem bättre. Teorin strävar till att alla kulturer ska behandlas jämlikt och att ingen kultur ska vara mer dominant än en annan. (Wikberg 2014)

För att kunna erbjuda interkulturellt vårdande måste vårdaren ha kulturell kompetens och kulturell säkerhet. Kulturell kompetens kan man öka genom utbildning, fortbildning och genom erfarenhet av att jobba med människor från olika kulturer. Vårdaren bör vara medveten om sin egna kulturella bakgrund, om organisationen, om vårdkulturen och samhället hen arbetar i, för att förstå hur de påverkar vårdandet. Även historiska och politiska maktrelationer i samhället samt ackulturation kan påverka vårdrelationen, och vårdaren bör känna till detta. (Wikberg 2014)

För ett bra interkulturellt vårdande krävs god kommunikation, och vårdaren bör förstå hur viktigt det är att använda professionella tolkar, speciellt då man inte har ett gemensamt språk. Vårdaren bör lyssna på modern, ha kunskap om eller fråga om hennes kulturella bakgrund samt respektera hennes behov och önskemål. Det är viktigt att vårdaren frågar om patientens nuvarande livssituation och bakgrund samt eventuella tidigare negativa händelser som patienten varit med om. Vårdaren bör även känna till och ta i beaktande vilken påverkan yttre omständigheter som t.ex. juridiska, ekonomiska, politiska och sociala förhållanden kan ha på vårdandet. (Wikberg 2014)

Vård där interkulturellt vårdande inte ingår som t.ex. rasism, fördomar och diskriminering har många negativa konsekvenser för patienten. Patienten kan uppleva att hen blivit kränkt och nedvärderad, vilket orsakar lidande. Om en konflikt uppstår och patienten upplever vården som förnedrande kan det få patienten att avbryta vårdrelationen. En konflikt kan dock även leda till att vårdaren tar patienten på allvar och lyssnar och

diskuterar med patienten, och använder sin makt samt olika medel för att hjälpa patienten. (Wikberg 2014)

För att främja universellt vårdande kan vårdorganisationer föra fram att de följer de mänskliga rättigheterna och etiska principer som respekterar människors värdighet för att lindra lidande och främja hälsa. Eftersom universellt vårdande inte är beroende av tid och rum påverkas det inte heller av konflikter mellan folkgrupper och landsgränser, utan är likadant överallt. (Wikberg 2014)

För att nå kulturellt vårdande måste vårdutbildningarna lägga tonvikten på kulturell kompetens, kulturell säkerhet och kulturellt vårdande. Vårdarna måste ha kunskap om hur deras egna kulturella bakgrund, samhälle och vårdorganisation kan påverka patientrelationen. Vårdarna bör ha ett intresse att lära sig om olika kulturer, och de bör vara medvetna om hur hälsa, andlighet, vårdande, lidande och smärta kan tolkas och uttryckas på olika sätt i olika kulturer. (Wikberg 2014)

Kontextuellt vårdande främjas genom att vårdaren lär sig om den egna och patientens kulturella skillnader och speciella drag inom den specifika vårdkontexten. I mödravårdskontext bör vårdaren t.ex. vara medveten om olika traditioner och tabun som kan finnas i olika kulturer under graviditet, förlossning och tiden efter förlossningen. Man bör kunna anpassa vården till olika patienter, beroende på deras förväntningar om förlossningen, och känna till ritualer som hör till utvecklingen från kvinna till mor, som t.ex. omskärelse, sexualitet, amningsvanor och dieter. Det måste tas i beaktande att kvinnor kan ha traumatiska minnen som relaterar till förlossningen som de inte berättar om frivilligt. Även sedlighet bör tas i beaktande. (Wikberg 2014)

För att nå ett unikt vårdande måste vårdaren lyssna till den unika kvinnan, hennes bakgrund, hennes behov och förhoppningar. Det är viktigt att man frågar ifall det är något man inte känner till, eftersom det visar kvinnan att man är intresserad och vill hennes bästa. Patienten bör uppleva att hon bemöts med respekt och hon bör känna sig trygg. Detta nås genom att vårdaren försöker anpassa vården till varje unik kvinnas behov, och erbjuder även patienten stöd av doula, professionell tolk och socialarbetare. Patientens familj bör inkluderas i vårdandet ifall kvinnan så önskar. (Wikberg 2014)

Då patienten respekteras, tas kulturella och kontextuella drag i beaktande och då modern får berätta om sina behov och förväntningar lindras lidande. Kontinuitet i vården och möjlighet att alltid ha samma vårdare ger modern tillit till vårdaren. Vårdaren bör lyssna, vara närvarande och visa intresse för hennes kultur för att bilda en god relation till patienten. (Wikberg 2014)

Yttre omständigheter som påverkar vårdandet är familjen, arbetskamrater, attityder, värderingar, politik, ekonomi, lagar och förordningar. Dessa kan påverka patientens rättighet att få vård, sociala förmåner och anhörigas möjlighet att vara närvarande. Det är viktigt för vårdaren att vara medveten om detta, eftersom vårdaren delvis kan påverka även dessa. Genom utbildning, fortbildning och ledarskap kan rasism och stereotyper motarbetas, vilket minskar patienternas lidande. Man kan även utarbeta olika strategier för att motverka diskriminering och rasism. (Wikberg 2014)

Teorin ger ett utmärkt exempel på hur vårdare kan erbjuda interkulturellt vårdande. Den beskriver hur man kan erbjuda interkulturellt vårdande, hur viktigt det är att erbjuda det och beskriver dess effekter på patienterna. Nyttan med teorin är att vårdaren kan påverka mödrarnas upplevelse av mödravården och hjälpa dem att uppleva vården som positiv. Teorin hjälper att minska lidande hos patienterna.

Det är ytterst viktigt att vårdarna har kulturell kompetens då de vårdar kvinnor med annan kulturell bakgrund, och eftersom kvinnlig omskärelse är ett känsligt ämne krävs det att vårdpersonalen vet vilka behov kvinnan har och vågar fråga om hennes bakgrund. Vårdaren bör kunna diskutera omskärelsen på ett respektfullt sätt samt kunna bemöta kvinnan på rätt sätt. Att kunna erbjuda interkulturellt vårdande är viktigt för en positiv förlossningsupplevelse.

## **7.5           Metod**

Som metod för studien har skribenten valt att använda sig av en kvalitativ forskningsmetod som kallas "scoping review" (översiktsstudie). En "scoping review" kan användas till att undersöka omfattningen av forskning inom ett område, till att identifiera parametrar till en systematisk litteraturstudie eller bidra till att definiera ett syfte och frågeställningar till en systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström 2015).

### **7.5.1 Kvalitativ forskningsmetod**

Syftet med att forska med kvalitativ metod är att skapa en djupare kunskap än den man får genom kvantitativa studier. Forskare som använder sig av kvalitativ forskningsmetod kan göra datainsamling och analys samtidigt. Detta betyder att även frågeställningarna man haft i början kan utvecklas och nya frågor kan uppstå under studiens lopp (Forsberg & Wengström 2013). Inom forskningen är det vanligt att man tolkar kvalitativ metod på olika sätt, och man kan forma egna varianter av den enligt det som passar studien bäst (Patel & Davidson 2011). Skribenten kommer i sin studie att undersöka vilka utmaningar kvinnlig omskärelse ger upphov till för vårdpersonalen och studien kommer att vara en "scoping review".

### **7.5.2 "Scoping review"**

"Scoping review" är en metod vars mål är att snabbt få en överblick på de mest relevanta och viktigaste fakta inom ett forskningsområde (Dijkers 2015). "Scoping review" kan användas för att identifiera områden som inte blivit noggrant studerade förut (Forsberg & Wengström 2015), men även för att kartlägga det mest relevanta i forskningen om ett specifikt område eller för att identifiera ett problemområde eller olika typer av bevis och luckor som finns i forskningen relaterad till ett specifikt område (Daudt, van Mossel & Scott 2013). Genom att göra detta kan man besluta om det i framtiden är möjligt att göra en systematisk litteraturstudie om det specifika ämnet. I en "scoping review" kan skribenten inkludera flera olika publicerade vetenskapliga artiklar och opublicerad litteratur som t.ex. rapporter, avhandlingar och kliniska riktlinjer (Forsberg & Wengström 2015). Det finns ännu ingen egentlig definition av hur en "scoping review" ska göras, men t.ex. Arksey och O'Malley har publicerat en modell för hur man ska gå till väga då man vill använda sig av "scoping review" i sin studie, och skribenten har använt sig av den i sin studie.

De olika stegen i "scoping review" enligt Arksey och O'Malley (2005) är att:

1. Beskriva syftet med undersökningen, forma frågeställningar
2. Hitta relevanta studier, artiklar eller webbsidor
3. Välja vilka studier, artiklar eller webbsidor du vill använda
4. Sätta ihop och sammanfatta data från de olika studierna till en helhet

5. Analysera insamlade data
6. Vid behov konsultera en expert som kan belysa ämnen som forskningen inte gett svar till eller för att samla mer bevis (valfritt steg)

### **7.5.3 Urval, datainsamling och analys**

Skribenten har använt sig av "scoping review" för att få tillräckligt bred förståelse om utmaningarna med kvinnlig omskärelse. Skribenten har följt stegen 1–5 i "scoping review", och börjat med att samla artiklar och studier, valt vilka som kommer att användas och sammanställt data. I "scoping review" görs urvalet oftast utan kvalitetsbedömning och utifrån breda kriterier. Lättillgängliga studier prioriteras ofta, och meningen är inte att alla studier inom ett specifikt område ska inkluderas. Urvalsprocessen inkluderar sökning av data, utveckling av sökstrategi och granskning av data (Forsberg & Wengström 2015).

#### **Steg 1: Beskriva syftet med undersökningen, forma frågeställningar**

Ett viktigt steg i processen i en "scoping review" är att identifiera syftet och frågeställningarna i studien för att sedan kunna bygga upp en strategi för att hitta relevant material (Arksey & O'Malley 2005). Syftet med denna studie är att undersöka vilka utmaningar vårdpersonalen ställs inför i samband med vården av omskurna kvinnor. Skribenten vill göra studien för att öka kunskapen och beredskapen hos vårdpersonal som arbetar med omskurna kvinnor. Skribenten bildade två frågeställningar; "Vilka utmaningar möter vårdpersonalen i vården av omskurna kvinnor?" och "Vilka utmaningar möter vårdpersonalen i bemötandet av omskurna kvinnor?". Utmaningar i vården tänkte skribenten att skulle kunna vara t.ex. anatomiska avvikelser, problem med diagnostisering, andra fysiska och psykiska problem och vårdpersonalens okunskap om kvinnlig omskärelse. Utmaningar i bemötandet tänkte skribenten att skulle kunna vara vårdpersonalens fördomar och okunskap, rasism och kulturella skillnader. Både vårdpersonal, kvinnor som blivit omskurna och människor som bor i ett land där omskärelse är normen var av intresse i studien.

#### **Steg 2: Hitta relevanta studier, artiklar eller webbsidor**

Skribenten har gjort datainsamlingen enligt Arksey och O'Malleys modell för "scoping review". Arksey och O'Malley rekommenderar att söka material från elektroniska databaser, referenser i artiklar och på olika organisationers webbsidor. Att för hand söka

artiklar i relevanta tidskrifter rekommenderas också (Arksey & O'Malley 2005). Skribenten har även följt Forsberg och Wengströms exempel om "scoping review" i sin litteratursökning (Forsberg & Wengström 2015). Skribenten har börjat med att hitta relevanta sökord. Detta har skribenten gjort genom att göra en sökning med orden "female genital mutilation" och "female circumcision" i relevanta databaser och genom att analysera vilka ord och begrepp som använts mest i titlarna och i abstraktet. Skribenten identifierade engelska sökord som t.ex. "female genital mutilation", fgm, "female circumcision", "female genital cutting", "problems", "issues", "challenges" och "prevention". Skribentens kriterier för artikelsökningen var att artiklarna ska finnas i "fulltext" och vara skrivna på engelska, finska eller svenska. Artiklarna som inkluderas ska besvara syftet eller frågeställningarna.

### **Steg 3: Välja vilka studier, artiklar eller webbsidor du vill använda**

Efter att skribenten gjort en sökning och identifierat relevanta sökord gjordes en andra sökning. I den andra sökningen, som var mera begränsad och genomfördes i databaserna EBSCO, CINAHL och PubMed, använde skribenten de identifierade sökorden och identifierade relevanta artiklarna. Skribenten identifierade sammanlagt 562 artiklar i databassökningarna, varav 79 var dubletter som exkluderades. Skribenten granskade 488 artiklar, varav 450 exkluderades. Vissa artiklar kunde exkluderas redan efter att skribenten läst titeln, medan de flesta krävde att skribenten läste abstraktet före artikeln exkluderades. Skribenten valde att exkludera artiklar som t.ex. inte svarade på frågeställningarna, beskrev manlig omskärelse, var litteraturstudier, var skrivna på ett annat språk än finska, svenska och engelska, handlade om skönhetsoperationer eller genitallpiercingar och artiklar om den kvinnliga omskärelsens utbredning i världen. Inklusions- och exklusionskriterierna finns beskrivna närmare i Tabell 1. Skribenten granskade 38 fulltextartiklar och exkluderade ytterligare 32 artiklar som inte besvarade frågeställningarna eller endast berättade allmänt om kvinnlig omskärelse. Tredje steget för skribenten var att gå igenom referenslistorna för alla identifierade studier och inkludera relevanta artiklar. Skribenten inkluderade 3 artiklar från referenslistorna. Skribenten inkluderade även 2 artiklar som upptäckts genom personlig kommunikation med handledare. Skribenten har även letat artiklar genom att göra sökningar i tidningar, t.ex. *British Journal of Midwifery*. Skribenten har valt vilka studier som kommer att användas genom att inkludera de som bäst svarar på studiens syfte och frågeställningar.



Skribenten valde slutligen att inkludera 10 artiklar och en rapport i sin studie, alltså totalt har skribenten inkluderat 11 artiklar. Alla artiklar är gjorda enligt en kvalitativ metod utom en som är gjord med blandad metod. Skribenten har gjort ett PRISMA flödesschema som beskriver hur datainsamlingen har gjorts och hur många artiklar som inkluderats och exkluderats (Bilaga 1).

**Tabell 1:** Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<b>Skrivna på finska, svenska, engelska</b>	Inte skrivna på finska, svenska eller engelska
<b>Full text (lättillgängliga)</b>	Allmänt om kvinnlig omskärelse
<b>Erfarenheter av kvinnlig omskärelse</b>	Genitalpiercingar, skönhetsoperationer
<b>Attityder om kvinnlig omskärelse</b>	Manlig omskärelse
<b>Erfarenheter av att vårda kvinnor som blivit omskurna</b>	Litteraturstudier
<b>Alla artiklar oberoende av vilket årtal de blivit publicerade</b>	Kvinnlig omskärelses utbredning i världen
<b>Studier som besvarar syftet eller frågeställningarna</b>	
<b>Både publicerad och icke-publicerad litteratur</b>	

#### **Steg 4: Sätta ihop och sammanfatta data från de olika studierna till en helhet**

I en "scoping review" kan resultaten presenteras antingen i diagram, tabeller eller i text (Arksey & O'Malley 2005). Skribenten har valt att presentera resultaten i en artikelmatris samt i text. I artikelmatrisen har skribenten inkluderat artiklarnas författare, årtal, titel, syfte, metod och resultat (Bilaga 2). Sedan har skribenten gått igenom den insamlade litteraturen och gjort en kvalitativ tematisk analys för att identifiera sammanhängande teman och för att sammanfatta studiernas resultat.

## Steg 5: Analysera insamlade data

Skribenten har valt att göra en kvalitativ tematisk analys av sitt material. Tematisk analys är en metod som kan användas för att identifiera, analysera och presentera olika mönster eller teman ur kvalitativa data. Ett tema fångar något viktigt ur materialet, är relevant för forskningsfrågan och bevisar ett mönster eller en mening i materialet (Braun & Clarke 2006).

Den kvalitativa tematiska analysen kan vara antingen induktiv eller deduktiv. Då man gör en kvalitativ tematisk analys med induktiv ansats läser man igenom materialet, kodar det och sätter ihop det till kategorier som sedan kan analyseras djupare. Kvalitativ tematisk analys med deduktiv ansats går ut på att man har färdiga kategorier och kodar materialet så att det passar in i en viss kategori. Skribenten har valt att göra en kvalitativ tematisk analys med induktiv ansats (Braun & Clarke 2006).

Enligt Braun och Clarke (2006) finns det fem steg i en tematisk analys. Steg 1 är att bekanta sig med materialet. Skribenten har följt stegen i tematisk analys och läst de inkluderade artiklarna flera gånger för att bekanta sig bättre med materialet. Skribenten valde att använda artiklarnas resultat och diskussion som analysmaterial. Steg 2 är att koda materialet. Skribenten använde sig av färgkodning för att koda olika mönster och meningsenheter i materialet. Skribenten valde att ge namn till koderna. Grön färg var t.ex. utmaningar med språk och användningen av tolk. Steg 3 är att leta efter teman. Skribenten granskade artiklarnas resultat och diskussion, identifierade olika mönster och började leta teman utifrån innehållet. Steg 4 är att granska teman. Skribenten granskade teman, exkluderade teman som inte var relevanta och slog ihop teman som liknade varandra. Steg 5 är att beskriva och namnge teman. Skribenten beskrev och namngav teman och utifrån vissa teman bildades även kategorier som ger en mer detaljerad helhetsbild av resultatet. Steg 6 är sammanställning av resultatet. Skribenten sammanställde temana och kategorierna till en helhet som är relevant i förhållande till studiens syfte och frågeställningar.

### 7.5.4 Etiska överväganden

Målet för forskningsarbete är att få fram trovärdig kunskap som är viktig för både individer och samhällets utveckling (Patel & Davidson 2011), och att få fram fakta som kan användas för problemlösning och som leder till ny kunskap. Ingen forskning är etiskt neutral, och det

är viktigt att skydda alla individer mot kränkningar och att arbeta enligt god vetenskaplig praxis (Olsson & Sörensen 2011).

Skribentens arbete kommer att skrivas i form av en "scoping review", och skribenten kommer således inte ha någon kontakt med några informanter. Alla vetenskapliga studier kommer att vara utförda av andra forskare och kommer att användas som studiens forskningsobjekt. Det är viktigt att vara objektiv och presentera alla resultat som stöder eller inte stöder forskarens eventuella hypotes (Forsberg & Wengström 2013).

Eftersom forskningen utförs som en "scoping review" är källkritik och hederlighet viktiga teman. Vetenskapsrådets grupp för etik har i sitt arbete urskilt fem grupper av vetenskaplig oredlighet, och de är: oredlighet i samband med hantering av data eller källmaterial och vetenskaplig metod, plagiering, oredlighet i samband med publicering, oredlighet i samband med intressekonflikter och bristande omdöme och olämpligt beteende (Olsson & Sörensen 2011). Skribenten har i sin studie använt artiklar som datamaterial utan lov av författarna. Skribenten har därför noggrant hänvisat till de studier hon refererar till. Det är ytterst viktigt att man är ärlig då man använder någon annans forskningsresultat, eftersom det är oetiskt att använda någon annans studie, hypotes eller metod som sin egen (Forskningsetiska delegationen 2012)

Skribenten har valt att inte kvalitetsgranska artiklarna som använts i studien, eftersom det inte krävs i en "scoping review". Skribenten har varit noggrann med tolkningar av studierna och med presentation av resultaten, så att forskningens resultat blir så sanningsenligt som möjligt. För att undvika misstankar om fusk är det bra att dokumentera forskningsprocessen noggrant. Skribenten kommer att följa Novias skrivanvisningar och arbeta enligt god vetenskaplig praxis (Forskningsetiska delegationen 2012).

## **7.6 Resultat**

Skribenten hittade 10 relevanta artiklar och en rapport som svarade på studiens frågeställningar. I sex artiklar har man intervjuat kvinnor som blivit omskurna, i två artiklar har man intervjuat kvinnor och män från länder där omskärelse ofta förekommer och i tre artiklar har man intervjuat barnmorskor som arbetat med kvinnor som blivit omskurna. Sammanlagt har ca 400 personer deltagit i studierna. Studierna har gjorts i Finland,

Sverige, Australien, Frankrike, Norge, Egypten, Somalia, Elfenbenskusten, Canada och Nederländerna under åren 2002–2017. Resultatet av analysen av de 11 artiklarna ledde till 7 teman och 14 kategorier. Resultatet presenteras på nästa sida i Tabell 2 där teman är märkta med stora bokstäver, medan kategorierna är skrivna med fet text.

**Tabell 2:** Teman och kategorier

Teman	Kategorier
VÅRDARNAS KUNSKAPSMÄSSIGA UTMANINGAR OM VÅRDEN AV KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA	
UTMANINGAR RELATERADE TILL KVINNORNAS ÖVERTYGELSER, KUNSKAP OCH DET SOCIALA TRYCKET	<p>Tron att omskärelse är en del av religionen, inte kulturen</p> <p>Tron om att omskärelse praktiseras överallt i världen</p> <p>Deinfibulation och reinfibulation</p> <p>Socialt tryck</p> <p>Missuppfattningar kring omskärelse, kvinnans sexualitet och anatomi</p>
UTMANINGAR RELATERADE TILL KOMMUNIKATIONEN MELLAN VÅRDPERSONALEN OCH KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA	<p>Vårdpersonalen tar inte upp ämnet</p> <p>Tabu</p> <p>Känsligt ämne</p> <p>Tolk</p>
UTMANINGAR RELATERADE TILL BEMÖTANDET AV KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA	<p>Bemötandet av kvinnor som blivit omskurna</p> <p>Ett professionellt förhållningssätt</p> <p>Familjernas olika roller</p>
UTMANINGAR RELATERADE TILL PSYKISKA KONSEKVENSER AV OMSKÄRELSEN AV KVINNOR	<p>Skam</p> <p>Trauma</p>
UTMANINGAR RELATERADE TILL FYSISKA KONSEKVENSER AV OMSKÄRELSEN AV KVINNOR	
ETISKA UTMANINGAR I VÅRDEN AV KVINNOR SOM BLIVIT OMSKURNA	

### **7.6.1 Vårdarnas kunskapsmässiga utmaningar i vården av kvinnor som blivit omskurna**

Utmaningar relaterade till vårdpersonalens kunskap om vården av kvinnor som blivit omskurna nämns i fyra av artiklarna. Kvinnor som blivit omskurna upplevde att vårdpersonalen saknade erfarenhet av att vårda omskurna kvinnor (Dawson, et al. 2015). Barnmorskorna hade lite kunskap om kvinnlig omskärelse, de visste inte hur de skulle utföra deinfibulation, kunde inte identifiera rätt typ av omskärelse och visste inte hur eller var de skulle dokumentera att en kvinna var omskuren (Berggren et al. 2006; Dawson et al. 2015). Barnmorskorna upplevde att de träffade så få omskurna kvinnor att det var svårt att få tillräckligt mycket erfarenhet av att vårda dem. Vissa hade inte några gemensamma riktlinjer om kvinnlig omskärelse på sin avdelning eller så var de osäkra på vilka de existerande riktlinjerna var (Widmark, Tishelman & Ahlberg 2002; Dawson et al. 2015).

Även tidpunkten för när deinfibulation skulle göras var omtalad. Kvinnorna som blivit omskurna ville gärna att deinfibulationen skulle ske i en tidig fas av förlossningen, medan barnmorskorna inte kände sig bekväma med att göra det för tidigt. Vårdpersonalens okunskap förorsakar kvinnorna onödigt lidande. En kvinna som blivit omskuren och senare fött barn i Sverige beskriver det såhär;

*"I and other women who have not been opened before delivery suffer most. We need to be opened at delivery, but the midwives don't know how to cut. They wait until the head of the baby is down and then they cut in a hurry in all directions, often several cuttings. They are not careful. I think that they see us as already being destroyed."* (Berggren, Bergström & Edberg 2006, 54)

Det kom även fram att det är möjligt för en omskuren kvinna att gå igenom en graviditet utan att någon märker, undersöker eller dokumenterar hennes omskärelse, vilket kan ha negativa konsekvenser för förlossningen (Widmark et al. 2002, Berggren et al. 2006).

### **7.6.2 Utmaningar relaterade till kvinnornas övertygelser, kunskap och det sociala trycket**

De omskurna kvinnornas övertygelser och kunskap om omskärelse samt det sociala tryck de upplever nämns i 9 artiklar och är en utmaning, eftersom de är en bakomliggande orsak till att kvinnlig omskärelse ännu utövas idag. De är även en utmaning för vårdpersonalens

förebyggande arbete mot kvinnlig omskärelse. För att vårdpersonalen ska kunna ge god vård åt kvinnor som blivit omskurna måste de vara medvetna om olika uppfattningar om kvinnlig omskärelse och orsaker till att det utövas, hur de hindrar kvinnorna från att söka vård samt hur det sociala trycket påverkar föräldrarnas val att omskära sina döttrar.

### **Tron att omskärelse är en del av religionen, inte kulturen**

Barnmorskorna anser att en stor utmaning i deras jobb i rådgivningen är de omskurna kvinnornas "övernaturliga tro" om kvinnlig omskärelse (Isman, Warsame, Johansson, Fried & Berggren, 2013). Många människor har fått uppfattningen att omskärelse av kvinnor är en religiös tradition och att det står i antingen Koranen eller i Bibeln att det bör utövas. När de får veta att så inte är fallet, utan att omskärelse är en kulturell tradition, tycker många att omskärelse ska utrotas (Ahmed & Ylispangar 2017; Vloeberghs, van der Kwaakb, Knipscheerc & van den Mujisenbergh 2012). De som anser att kvinnlig omskärelse är en del av religionen kan dock tycka att övergivandet av kvinnlig omskärelse leder till att Allah blir arg. Omskärelse symboliserar renhet, och flickor som inte blir omskurna anses ha det svårt i framtiden att hitta någon att gifta sig med, vilket innebär att mödrar gärna ser att deras döttrar blir omskurna (Ahmed & Ylispangar 2017; Koukouj, Hassan & Guzder 2017; Dawson et al. 2015).

Även om mängden människor som stöder omskärelse av typ 3, infibulation, blir färre varje år, har människor visat en positiv attityd mot sunna, en lindrigare typ av omskärelse. Sunna förespråkas för både fysiska och religiösa orsaker och anses vara ett mindre farligt alternativ jämfört med omskärelse av typ 3. Man tror att sunna omskärelse krävs för att kvinnan ska ha god hälsa, eftersom klitoris anses vara smutsig. Många religiösa ledare som slutat förespråka omskärelse av 3:e graden har börjat förespråka sunna istället. (Fried, Warsame, Berggren, Isman & Johansson 2013)

*"When I was circumcised in the old way (typ 3), most people thought it was good and I did not see any problems myself. But today things have changed and people are doing the sunna type. Sunna is better and has no health related problems and our religion has told us to do it..."* (Fried et al. 2013, 5)

### Tron om att omskärelse praktiseras överallt i världen

Omskurna kvinnor är inte alltid medvetna om att kvinnlig omskärelse inte är en norm i en stor del av världen. Då kvinnorna får veta att omskärelse inte görs överallt i världen kan de känna ilska mot sina traditioner, sin kultur och sitt tankesätt. Vetskapen om att de är annorlunda kan förorsaka skam och lidande. (Berggren et al. 2006; Dawson et al. 2015; Vloeberghs et al. 2012)

*"Women ask: 'why me, why us? We are all women. We all have the same organs, the same bodies don't we?' Then when you start asking more questions, you find out why. And the response is anger. Angry with your traditions, your culture and mindset. Until I came to live here, I had no objection to the circumcision of young females. "... "I now realize that something was taken from me. That I am disabled. That's not a good feeling. Even when the pain is gone, there is the awareness. And that makes you angry with yourself."* (Vloeberghs et al. 2012, 684)

### Deinfibulation och reinfibulation

Trots att människor i kulturer där kvinnlig omskärelse är en norm blir mer och mer emot infibulation, motsätter sig vissa ändå kirurgisk deinfibulation. Orsakerna till att man motsätter sig kirurgisk deinfibulation är för att den anses utmana den kulturella värdegrunden för kvinnlig omskärelse, dvs. kvinnornas oskuld och männens virilitet och sexuella njutning. En heltäckande kirurgisk deinfibulation anses bilda en för stor vaginal öppning som anses som ett hinder för manlig sexuell njutning. Denna värdegrund begränsar godkännandet av kirurgisk deinfibulation och är en utmaning för kvinnorna att söka vård t.ex. då de får komplikationer av en infibulation. (Johansen 2017)

Trots att både kvinnor och män ofta kopplar samman deinfibulation med hjälp av en penis, med långvarig smärta och lidande, väljer de flesta par ändå att utföra deinfibulationen på det sättet istället för att genomgå en kirurgisk deinfibulation. Vissa par försöker deinfibulera kvinnan med hjälp av mannens könsorgan i flera månader innan samlag är möjligt, vilket kan förorsaka öppna sår och extrem smärta. Detta anses som normalt, och att kvinnan har smärta anses vara självklart, och ibland kan paren inte ännu efter flera månader eller till och med år ha samlag. (Johansen 2017)

*"My husband pushed on. He did not want me to have an opening operation. He said he felt pressure from his friends that he had to prove that he could make it."* (Johansen 2017, 7)

Många omskurna kvinnor som väljer att genomgå kirurgisk deinfibulation vill inte bli deinfibulerade under graviditeten, utan föredrar att vänta till förlossningen. Äldre kvinnliga släktingar som t.ex. mammor eller mosttrar kan ha stor påverkan på beslutet att kvinnan inte ska bli deinfibulerad före förlossningen (Dawson et al. 2015). Många anser även att reinfibulation är nödvändigt efter förlossningen för att mannen ska kunna känna sexuell njutning även efter att kvinnan fött barn. Både mannen och kvinnans familj kan pressa kvinnan att reinfibuleras. I länder där reinfibulation är olagligt väljer kvinnorna ibland att åka utomlands för att reinfibuleras (Johansen 2017).

*"All men want tight women. We are so scared that if we are not tight enough, the man will find a new woman to marry or take a younger lover. So, they do some reinfibulation in Somalia also. It is important that the vagina is not a gaping hole. It has to be tight for the man."* (Johansen 2017, 8)

### **Socialt tryck**

I länder där omskärelse är normen förväntas alla omskäras och omskurna kvinnor beskriver att omskärelsen ger dem en känsla av gemenskap och samhörighet, då de får bli som alla andra (Koukoui et al. 2017). Icke-omskurna döttrar och mödrar till barn som inte är omskurna blir hånade och utskrattade av andra kvinnor i sin gemenskap. Att ha kvar klitoris anses som onaturligt, fult och smutsigt (Fried et al. 2013). Flickor som inte blivit omskurna och deras mödrar blir ofta utfrysta från gemenskapen och får t.ex. inte delta i olika traditionella ceremonier eller möten (Koukoui et al. 2017).

*"The perception they have back home, if the girls are not circumcised, they will be very active sexually, and they will lose their virginity. And that's a shame. Back home if you don't have your virginity when you are married, that's a shame to you, that's a shame to your family, a shame to your neighbor, a shame to everybody!"* (Koukoui et al. 2017, 5)

Släktingar kan pressa kvinnorna att utföra omskärelse på sina döttrar. Även släktingar som bor kvar i mödrarnas hemland kan försöka övertala mödrarna att omskära sina döttrar. Många väljer att inte föra sina döttrar på semester till sitt hemland för att de inte ska bli omskurna (Berggren et al. 2006; Koukoui et al. 2017). Det sociala trycket spelar en stor roll i valet att omskära sina döttrar, och mödrarna behöver stöd för att skydda sina döttrar från omskärelse (Koukoui et al. 2017).



### **Missuppfattningar kring omskärelse, kvinnans sexualitet och anatomi**

Vanliga uppfattningar kring kvinnlig omskärelse är att klitoris är kärnan för kvinnans sexuella begär, och ifall man låter den vara kvar blir det svårt för kvinnor att motstå männens sexuella förslag. Att hålla klitoris kvar anses utsätta kvinnan för risk av att förlora sin oskuld innan hon är gift. Många anser att kvinnlig omskärelse behövs för att minska och kontrollera flickors och kvinnors sexuella drivkraft. Vissa tror även att icke-omskurna kvinnor får orgasmer medan de promenerar eller då någon håller dem i handen (Fahmy, El-Mouelhy & Ragab 2010). Ett vanligt tankesätt är att kvinnor som är omskurna kan vänta med att ha sex tills de är gifta, medan de som inte är omskurna inte kan det (Koukoui et al. 2017). Männen kan även vara rädda att ifall deras fruar inte skulle vara omskurna skulle deras sexuella begär vara så stort att männen inte skulle kunna tillfredsställa dem (Fahmy et al. 2010).

Vissa mödrar tänker att omskärelse hindrar flickorna från att gå ut med pojkar. I länder där ungdomarna har mera frihet kan föräldrarna oroa sig över hur de kan överföra sina kulturella värderingar om kvinnans kyskhet till sina döttrar om de inte omskär dem, speciellt om de bor i ett land där olika kön fritt kan umgås med varandra. De kan känna oro över att deras döttrar inte förblir oskulder tills de gifter sig eller över att deras döttrar har en så stark sexuell drivkraft att de skulle vara otrogna mot sina blivande män. (Koukoui et al. 2017)

Religiösa ledare har sagt att kvinnlig omskärelse minskar sexuellt begär, men inte sexuell njutning. Även kvinnor och män som intervjuats om ämnet höll med de religiösa ledarna och ansåg inte att kvinnlig omskärelse hade en negativ effekt på deras sexuella njutning. Även om kvinnorna ofta sade att de inte kände njutning av sex eller att de kände smärta, tyckte de inte att det störde dem. De ansåg att samlag var en äktenskaplig skyldighet, och vissa berättade även att deras män skulle ta en annan fru ifall de inte hade samlag med dem. (Fahmy et al. 2010)

Kvinnor som blivit omskurna kan vara tveksamma över att söka vård för sina problem relaterade till omskärelsen, och kan ibland lida länge innan de söker hjälp. Bristande information och kunskap angående omskärelsens innebörd och dess konsekvenser för hälsan samt okunskap om var man kan söka hjälp, kan vara orsaker till att kvinnorna var

tveksamma över att söka sig till vård. Fattigdom och skam kan även vara orsaker till att kvinnorna väntar så länge för att söka hjälp. (Fried et al. 2013)

### **7.6.3 Utmaningar relaterade till kommunikationen mellan vårdpersonalen och kvinnor som blivit omskurna**

Utmaningar relaterade till kommunikationen mellan vårdpersonalen och kvinnor som blivit omskurna nämndes i 8 artiklar och visade sig vara ett problem. Vårdpersonalen kände sig osäkra över hur de skulle ta upp omskärelse med patienterna då det är ett känsligt och tabubelagt ämne. Även samarbetet med tolkar upplevdes som en utmaning.

#### **Vårdpersonalen tar inte upp ämnet**

Kvinnor som blivit omskurna har i mötet med vårdpersonalen upplevt att vårdpersonalen inte vet hur de ska tala om deras omskärelse och inte frågar om de blivit omskurna fast de tydligt kan se det. Kvinnorna upplever att vårdpersonalen inte tar upp det för diskussion och ifall de gör det tar de ofta upp det för sent (Ahmed & Ylispangar 2017). Vårdpersonalen talar inte om omskärelse och dess risker för kvinnan p.g.a. okunnighet, skam eller rädsla (D'Entremont, Smythe, & McAra-Couper 2014). En kvinna som blivit omskuren säger så här;

*"The midwives can talk about it during the pregnancy. You can easily see it when you examine. You need to talk to the woman, ask her her opinion, explain the bad parts to her so that she won't do it to her daughter. During the labor, they spoke to me about my circumcision and I was happy. I was more comfortable. We have a tendency to hide the situation. But if you talk about it, you need to be gentle..."* (D'Entremont 2014, 312)

På vissa avdelningar finns det inte några klara gemensamma riktlinjer för hur man ska ta upp ämnet, och vårdpersonalen kan känna sig obekväma med ämnet (Ahmed & Ylispangar 2017). Då inga gemensamma riktlinjer finns måste barnmorskorna själv bestämma hur de tar upp ämnet för diskussion. Vissa väljer att ta upp ämnet direkt och vissa väljer att inte alls ta upp ämnet, eftersom de vill behandla alla kvinnor likadant och tänker att kvinnan känner sig annorlunda ifall barnmorskan tar upp ämnet genast. Vissa barnmorskor anser att ifall man direkt i första mötet tar upp ämnet kan man tappa den första viktiga kontakten man då ska forma med kvinnan (Widmark et al. 2002).

Det kan vara svårt för omskurna kvinnor att prata om sin upplevelse, och att förvänta att kvinnorna själv tar upp ämnet för diskussion är orealistiskt. Ansvaret för att ta upp ämnet

på ett professionellt och respektfullt sätt ligger hos vårdpersonalen. Om vårdpersonalen undviker att tala om ämnet får kvinnorna inte all den information de behöver och den bristfälliga kommunikationen gör vården osäker. Vårdpersonalen måste vara medvetna om riskerna med omskärelse för kvinnor och barn samt förmedla denna information utan att kritisera kvinnan, så att kvinnan känner sig trygg och känner att hon kan dela med sig av sina behov och det som oroar henne. (D'Entremont et al. 2014)

Om vårdpersonalen misslyckas med att identifiera eller dokumentera omskärelsen i ett tidigt skede kan det påverka vården och stödet vårdpersonalen kan ge den omskurna kvinnan och hennes familj. Om vårdpersonalen inte är villig att diskutera ämnet kan kvinnan bli utan både praktiskt och emotionellt stöd. Om omskärelse identifieras och diskuteras i ett tidigt skede finns det tid för att förbereda, informera och diskutera relevanta problem med kvinnan. Då kan man diskutera problem relaterade till förlossningen, men även ge information om omskärelse. I detta skede kan man även berätta om lagstiftningen angående omskärelse i det land man befinner sig i, och även i ett tidigt skede berätta vad lagen säger om reinfibulation. (Widmark et al. 2002)

### **Tabu**

I vissa kulturer är sex ett tabubelagt ämne och kvinnor vill inte alltid prata om det med vårdpersonalen (Dawson et al. 2015). Även kvinnlig omskärelse kan vara tabu, och barn blir redan som små lärda att de inte ska prata om det (Ahmed & Ylispaangar 2017; Koukoui et al. 2017). Tabun och tystnaden kring kvinnlig omskärelse leder till att vissa kvinnor går igenom hela graviditeten utan att vara medvetna om riskerna omskärelsen kan ha (D'Entremont et al. 2014). Vissa kvinnor har även allvarliga psykiska konsekvenser som härstammar från deras omskärelse, men ofta kan de känna sig hindrade från att söka vård och diskutera ämnet med vårdpersonal (Vloeberghs et al. 2012). Vissa kvinnor kan uppleva det som positivt att bryta tabun och prata om omskärelse och dess konsekvenser, medan andra anser att det endast leder till skada att tala om ämnet och tycker att man ska leva vidare med sitt liv och blicka framåt (Koukoui et al 2017; Vloeberghs et al. 2012).

### **Känsligt ämne**

Kvinnor som blivit omskurna kan ha svårigheter att uttrycka sig i diskussioner om omskärelse med vårdpersonal, eftersom de upplever ämnet som känsligt. Kvinnorna kan känna sig blyga att tala om omskärelse, vilket kan påverka kommunikationen. (Berggren et al. 2006)

De flesta omskurna kvinnor går länge med sina problem och gömmer sina hälsokomplikationer under en lång tid. Orsaker till detta kan vara t.ex. fattigdom, dålig kunskap, blyghet att prata om sina problem och skam. Vissa kvinnor undviker att söka sig till vård för att de inte vill att ryktet om att de har problem ska spridas. Barnmorskor har beskrivit hur långa diskussioner och rådgivning om kvinnlig omskärelse och dess konsekvenser för hälsan ofta behövs, innan kvinnan fritt kan tala om sina problem. (Isman et al. 2013)

Vårdpersonalen måste förstå kvinnornas perspektiv för att bygga tillit till dem, samt använda rätt terminologi då de diskuterar känsliga ämnen. Det finns ett stort behov av rådgivning före förlossningen för att förbereda kvinnan psykiskt för en eventuell episiotomi samt för rådgivning efter förlossningen för att diskutera med kvinnan om t.ex. fysiska förändringar i underlivet. (Dawson et al. 2015)

#### **Tolk**

Vårdpersonal och personer från andra kulturer kan ofta ha kommunikationssvårigheter på grund av att de inte talar samma språk. Det kan ibland vara svårt att få tag på en tolk som är kulturellt acceptabel, speciellt då man diskuterar känsliga ämnen som omskärelse. Kvinnor kan t.ex. känna skam inför att diskutera ämnen som omskärelse inför manliga tolkar (Dawson et al. 2015; D'Entremont et al. 2014). Kvinnor som blivit omskurna kan behöva tolk då man diskuterar ämnen som gör dem obekväma, och det har kommit fram att kvinnor upplevt att tolk skulle ha behövts, men att vårdpersonalen inte varit villiga att skaffa en (Berggren et al. 2006).

#### **7.6.4 Utmaningar relaterade till bemötandet av kvinnor som blivit omskurna**

Utmaningar relaterade till bemötandet av kvinnor nämns i sex artiklar, och är en utmaning, eftersom vårdpersonalen inte vet hur de ska bemöta patienter från andra kulturer. Ett dåligt bemötande kan leda till att patienterna inte söker sig till vård, även om de behöver det. Familjer från andra kulturer kan även ha andra roller än de roller man har i det landet där de bor, och vårdpersonalen måste kunna komma överens med hela familjen och bemöta alla med respekt. Möten med kvinnor som blivit omskurna är en utmaning, eftersom de kan väcka starka känslor hos vårdpersonalen.

### **Bemötandet av kvinnor som blivit omskurna**

En utmaning för vårdpersonalen har varit att bemöta kvinnor som blivit omskurna på rätt sätt. Många vårdare har även demonstrerat kulturella stereotypier och har inte bekräftat behovet att reflektera över och besvara omskurna kvinnors kulturella förväntningar. Att bemöta patienten på rätt sätt krävs för att kvinnorna ska känna sig bekväma och så att de inte ska känna skam. (Dawson et al. 2015)

Kvinnor som blivit omskurna har upplevt att vårdpersonalen bemöter dem annorlunda än icke-omskurna kvinnor (D'Entremont et al. 2014). Att vara en icke-omskuren kvinna anses som skamligt i deras hemland, medan att vara omskuren anses som skamlig i mötet med vårdpersonalen i en annan kultur (Berggren et al. 2006). Vårdpersonal som har sagt att de vill bemöta alla kvinnor på samma sätt har berättat att de ändå vill förstå den omskurna kvinnan bättre och vill vara snällare, försiktigare, mer empatiska och mer närvarande. Vårdpersonalen uttrycker även sorg och medlidande för kvinnorna och deras situation. En barnmorska beskrev sina känslor så här:

*"As a woman yourself, you kind of feel that a part of you has been cut off ... that one's sexuality has been so totally changed. I feel a sorrow and I feel such an overwhelming ... it is such a tragic and such a totally unnecessary operation, and it is so irreversible."* (Widmark et al. 2002, 117)

Kvinnor som blivit omskurna kan även uppleva det som svårt att vårdpersonalen frågar dem personliga frågor eller utför undersökningar. De vill inte alltid svara då vårdpersonalen frågar om de blivit omskurna, eftersom de inte vill berätta om omskärelsen om och om igen och måsta bli påmind om själva upplevelsen och smärtan (Vloeberghs et al. 2012). Vårdpersonalen bör vara respektfull, bekräfta tidigare trauma och bör vara speciellt noggranna med att hela tiden be om tillåtelse under t.ex. en vaginal undersökning, eftersom en sådan undersökning kan påminna kvinnan om tidigare upplevelser (Widmark et al. 2002).

Omskurna kvinnor som fött flera barn kände att de inte blivit lika gott bemötta efter att de redan fött två barn. Kvinnorna ansåg att detta berodde på att normen i landet de var bosatta i var att få högst två barn. Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte såg dem som kapabla att bestämma om sin egen familjeplanering. Vårdpersonalens attityder fick dem att inte vilja gå på kontrollerna under graviditeten, utan de valde att stanna hemma

trots problem med hälsan för att slippa vårdpersonalens dömande attityder. (Berggren et al. 2006)

*"Before and after my first two deliveries the health personnel were very nice, but then there was like a change in attitudes. I remember when I came for my third delivery and the midwife said, "Are you here again already? We'll probably see you here next year and next year again." Then when I came back, I didn't feel good."* (Berggren et al. 2006, 54)

Även språksvårigheter, oviljan att tala om privata ärenden, t.ex. sexualitet, till personer som inte är familjemedlemmar och vårdpersonalens okunskap om kvinnlig omskärelse var orsaker till att kvinnorna inte kom på graviditetsuppföljningar (Vloeberghs et al. 2012). Trots att vårdpersonalen antagligen har goda avsikter då de ger rådgivning, kan patienterna uppleva det som att vårdpersonalen inkräktar på deras privatliv och integritet. Då kvinnorna inte dyker upp på graviditetskontrollerna är de mindre förberedda inför förlossningen, vilket kan leda till att de kommer till förlossningen med obehandlade sjukdomar eller indikationer för kejsarsnitt (Berggren et al. 2006).

#### **Ett professionellt förhållningssätt**

Att förhålla sig professionellt till kvinnlig omskärelse är en utmaning för vårdpersonalen. Kvinnor som blivit omskurna och som varit i kontakt med vårdpersonal som gjort gynekologiska undersökningar har beskrivit att vårdpersonalen har stirrat på dem, sett ner på dem och flera har kommit och tittat på deras underliv utan att tilltala dem. Trots att vårdpersonalen försöker dölja sin förvåning över att kvinnan är omskuren har många inte lyckats. Kvinnorna har beskrivit att vårdpersonalen inte dolt sin chock över omskärelsen och att de hade visat miner som tyder på att de var äcklade, vilket fått kvinnorna att känna skam och att de inte var respekterade. (Berggren et al. 2006; Vloeberghs et al. 2012, D'Entremont et al. 2014)

*"When she examined me she said, "Ah, here's one!" That means, "Here's someone who is excised." I don't know if she was surprised to see that I was an excised woman, maybe she supposed that I was an illiterate woman, that I didn't understand. She got me settled and she left. I suppose that she went to speak with her colleagues because afterwards, there was a little parade. A second one passed, then two more. Me, I was installed with my legs spread apart..." ..."* All those people who came, who entered into my intimacy without my authorization, who didn't ask me if it bothered me... I felt that it was an aggression. Maybe

*they are used to seeing women, but the look was different. They came and then, afterwards, they whispered. I took it badly.”* (D’Entremont 2014, 308)

Det är viktigt att vårdpersonalen tänker på att kvinnan som är framför dem är ”en kvinna som blivit omskuren” och inte ”en omskuren kvinna”. Kvinnan bör inte definieras av sin omskärelse, utan har samma rättigheter och bör få samma respekt som kvinnor som inte blivit omskurna (D’Entremont et al. 2014). Även vårdpersonalen har uttryckt att ”det är vi som ser dem som stympade”, vilket påverkar hur omskurna kvinnor agerar med vårdpersonalen. Vårdpersonalen berättar att de ofta behöver extra tid för att på ett känsligt sätt kunna förstå kvinnans behov i en viss vårdkontext. De beskriver hur man inte bör visa sin chock då man ser att kvinnan blivit omskuren, att man inte ska döma eller kritisera kvinnorna för att de blivit omskurna och att man inte bör förolämpa någon genom att säga sin åsikt (Dawson et al. 2015).

Vårdpersonalen beskriver möten med omskurna kvinnor som komplexa och stressande, delvis p.g.a. språkproblem, kulturella skillnader och ämnets känslighet, men även på grund av att mötet väckte starka känslor hos dem. Vårdpersonalen kunde identifiera sig med de omskurna kvinnorna och deras kropp, integritet och sexualitet. Vårdpersonalen kunde även känna känslor som hat och aggression. Känslorna var dock inte riktade mot kvinnan, utan mot tradition, religion och ibland mot kvinnornas män (Widmark et al. 2002). Vårdpersonal som själv blivit omskurna kände sig accepterade av patienterna, eftersom de delade samma upplevelse och hade personliga erfarenheter av problem relaterade till omskärelsen, vilket kan vara till nytta i t.ex. rådgivningskontext (Isman et al. 2013).

### **Familjernas olika roller**

En utmaning för vårdpersonalen kan vara att familjer från andra länder har olika roller inom familjen (Ahmed & Ylispangar 2017). Ibland kan mannen kräva att en omskuren kvinna ska reinfibuleras efter förlossningen, vilket kan väcka aggressiva känslor hos vårdpersonalen ifall det strider mot lagen eller mot deras tro. Även andra familjemedlemmar kan ofta vara närvarande vid förlossningen, och vårdpersonalen kan känna att de måste förhandla om olika beslut med dem, t.ex. när och hur man skall utföra deinfibulation och ifall kvinnan ska reinfibuleras efteråt. Ifall kvinnan inte behärskar landets språk bra, kan det hända att mannen tolkar för kvinnan. Då kan det känsliga ämnet

eller vårdpersonalens aggressiva känslor mot mannen komma i väg för tolkningen, vilket gör vården osäker. (Widmark et al. 2002)

*"And then he stands there and demands 'sew it back together again' and he was, to be honest, he was terrible and I got so angry with him. I couldn't help feeling so much for her then. And her eyes, she... He knew Swedish, but she didn't. And the only thing she could... like secretly shaking her head like 'don't sew it back up'... And it feels so horrible, and I think one is poorly prepared also – we asked him to leave the room for a while so he could calm down."* (Widmark et al. 2002, 118)

#### **7.6.5 Utmaningar relaterade till psykiska konsekvenser av omskärelsen av kvinnor**

Utmaningar relaterade till psykiska konsekvenser av omskärelsen av kvinnor nämns i sju artiklar. Psykiska konsekvenser är en utmaning, eftersom kvinnorna ständigt känner skam över omskärelsen, och lever med ett livslångt trauma. Kvinnorna kan bli påmind om omskärelsen under ingrepp eller undersökningar, vilket får dem att känna sig illa till mods.

##### **Skam**

Omskurna kvinnor som flyttar till ett land där omskärelse inte är normen kan känna sig utanför och börja isolera sig från människor som inte varit med om omskärelse (Ahmed & Ylispangar 2017; Vloeberghs et al. 2012). Kvinnorna erkänner inte alltid att de är omskurna p.g.a. att de inte vill att människor tycker synd om dem, eftersom det får dem att känna skam och för att det är ett så känsligt ämne att prata om (Dawson et al. 2015; Vloeberghs et al. 2012). Att få ett slut på okunnigheten, skammen och förnedringen, som hindrar omskurna kvinnor att söka vård och hjälp, är en stor utmaning för vårdpersonalen (Fried et al. 2013).

*"Because this is about feelings and more than that; it is about sex. You cannot share that with other people. You feel terribly embarrassed. That is why circumcised women become isolated, mentally ill or mad. Either that or she stops talking; she keeps her mouth firmly shut. And nobody understands why. It sounds shallow, but it goes really deep. The difference is that a woman who has been circumcised will blame any pain she feels on the circumcision. That is all we know. And because we feel ashamed, we stay home with our problems."* (Vloeberghs et al. 2012, 685)



## Trauma

Omskärelse kan ge kvinnor ett livslångt trauma som påverkar deras vardagliga liv och även graviditet och förlossning (D'Entremont et al. 2014). Kvinnorna kan vara traumatiserade både fysiskt och psykiskt, och som följd kan kvinnor ha mardrömmar, smärta, spänningar, rädsla samt apati (Dawson et al. 2015; Vloeberghs et al. 2012). Många kvinnor upplever även ilska, skam, skuld och en känsla av att vara utanför. Vissa kvinnor visar även symtom av posttraumatiskt stressyndrom, ångest och depression till följd av omskärelsen. (Vloeberghs et al. 2012)

*"My family doctor is a man, and I don't feel like showing him my private parts. That means having to explain everything all over again, and that is something I absolutely don't feel like. I don't want to be reminded of the pain."* (Vloeberghs et al. 2012, 686)

Gynekologiska undersökningar och förlossningen kan väcka minnen hos kvinnan om själva omskärelsen, t.ex. kan det vara svårt för kvinnor som blivit omskurna att ligga bredbent i undersökningsstolar utan att spänna sig (Berggren et al. 2006; Widmark et al. 2002). Ifall en deinfibulation blir gjord kan även det påminna kvinnorna om då de blev omskurna, och vissa ser det som att bli omskuren för andra gången (D'Entremont et al. 2014). Omskurna kvinnor som vill bli reinfibulerade efter förlossningen, men som inte får det, eftersom det är olagligt i landet de befinner sig i, kan känna lidande då de måste leva med att vara deinfibulerade och tycka att lagen är orättvis (Berggren et al. 2006).

### 7.6.6 Utmaningar relaterade till fysiska konsekvenser av omskärelsen av kvinnor

Utmaningar relaterade till fysiska konsekvenser av omskärelse av kvinnor nämns i tre artiklar. Många kvinnor lider av fysiska komplikationer till följd av omskärelsen, vilket de kan hamna att leva med livet ut. Fysiska konsekvenserna utmanar vårdpersonalen då det kommer till diagnostisering, sexualrådgivning, förlossningsvården och utförandet av undersökningar.

Fysiska komplikationer som kvinnor kan uppleva som följd av omskärelsen kan vara t.ex. fysisk smärta i form av inflammationer i omskärelsesåret, kraftiga menstruationssmärter, återkommande urinvägsinfektioner, inkontinens samt smärter och svårigheter under samlag (Berggren et al. 2006; Vloeberghs et al. 2012). Omskärelsen kan även förorsaka anatomiska avvikelser, som kan komma fram så sent som under kvinnans första förlossning. En omskuren kvinna kan t.ex. ha mycket ärrvävnad, vilket kan leda till att det

kan vara svårt att se om kvinnan har sprickor i underlivet efter förlossningen. Vännaderna kan även vara väldigt känsliga, vilket kan försvåra olika undersökningar och ingrepp. Alla typer av kvinnlig omskärelse är inte heller lätta att känna igen eller märka, vilket är utmanande för vårdpersonalen (Widmark et al. 2002).

#### **7.6.7 Etiska utmaningar i vården av kvinnor som blivit omskurna**

Etiska utmaningar i samband med vården av kvinnor som blivit omskurna nämns i två artiklar. Etiska utmaningar som kom fram handlande om att blanda sig i patientens personliga ärenden, lagstiftningen och konflikter mellan patientens och vårdpersonalens etiska preferenser. Dessa etiska problem är en utmaning för vårdpersonalen, eftersom vårdpersonalen måste ge råd åt patienten enligt sitt professionella kunnande, men även respektera patientens önskan då det är möjligt. (Berggren et al. 2006; Isman et al. 2013)

Vårdpersonalen kan hamna i etiska problemsituationer i samband med vården av kvinnor som blivit omskurna och deras familjer. Eftersom kvinnlig omskärelse är en viktig kulturell tradition, kan barnmorskorna anses blanda sig i familjens personliga ärenden och deras kultur då de försöker ge familjen rådgivning om ämnet. Detta kan vara en utmaning för vårdpersonalen då de på ett respektfullt sätt måste möta patienten och diskutera dessa ämnen. (Isman et al. 2013)

Vissa omskurna kvinnor vill gärna bli reinfibulerade efter förlossningen. Om det är olagligt i landet som de bor i, kan det leda till en konflikt där patientens preferens och landets lagstiftning strider mot varandra. Vårdpersonalen kan hamna mitt i denna konflikt, och bör ta stöd av lagen då de förklarar åt patienten varför ingreppet inte kan utföras. (Berggren et al. 2006; Widmark et al. 2002)

*"I believe he sort of tried to show that he was the one who decided. No, it was terrible in there. But it is the only time I noticed it so clearly... and then I became, I was furious... We told him, a colleague and I, we told him that 'we are not allowed to and that we don't want to either', we said that too, 'we are not permitted because of the law here in Sweden and that ... that we are not allowed'." (Widmark et al. 2002)*

Vårdpersonal som är emot omskärelsen men som arbetar i länder där det är lagligt kan hamna i en situation där deras egen tro strider mot vad alla andra gör och tror. Vårdpersonalen kan känna sig pressade att utföra saker som strider mot deras egen tro.

Vårdpersonalen kan uppleva press från patienter, men även från kvinnliga släktingar som ber dem att omskära dem. Vårdpersonalen behöver stöd och information om hur de på bästa sätt kan motstå denna press att utföra omskärrelser. (Isman et al. 2013)

## **7.7 Diskussion**

I metoddiskussionen granskar skribenten kvaliteten i arbetet. I diskussionen granskas studiens trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Detta kan göras genom att skribenten granskar hur väl studien svarat på syftet och frågeställningarna, genom att ta fram styrkor och svagheter i studien samt analysens pålitlighet. Genom att granska studien i diskussionen ökar studiens trovärdighet. Utifrån studiens trovärdighet och pålitlighet kan skribenten eventuellt generalisera resultatet i studien och överföra det till andra kontexter (Henricson 2017). Skribenten kommer i diskussionen att ta upp datainsamlingsmetoden, analysmetoden, spegla resultatet till teorin i bakgrunden och till tidigare forskning. Därtill beskriver skribenten rekommendationer om utbildning och fortbildning samt vådrekommandationer för vårdpersonal som arbetar i mödravårdscontext och vårdar kvinnor som blivit omskurna. Även rekommendationer om framtida forskning presenteras.

### **7.7.1 Metoddiskussion**

Som metod har skribenten använt sig av "scoping review". Det som särskilt skiljer "scoping review" från andra översiktsmetoder är att man kan använda sig av alla typer av studier och även grå litteratur, dvs. litteratur som inte är vetenskaplig eller kvalitetsgranskad. Skribenten kom i sin datainsamling fram till att det mest var kvalitativa studier som svarade på frågeställningarna som var grunden för studien. Datainsamlingen gjordes i databaserna EBSCO, CINAHL och PubMed, eftersom de är relevanta databaser inom vården. Sökning i andra databaser skulle eventuellt ha kunnat ge flera resultat. Skribenten skulle ha haft möjlighet att inkludera även grå litteratur i studien, men valde att inte göra det, eftersom ingen grå litteratur som svarade på frågeställningarna i studien kunde hittas. Artiklarna som skribenten valde att inkludera är skrivna mellan 2002 och 2017. Trots att vissa artiklar var äldre än andra, fann skribenten samma utmaningar i nyligen publicerade artiklar som i artiklar publicerade för 15 år sedan.

Som metod fungerade "scoping review" bra, och skribenten fick svar på sitt syfte och sina frågeställningar. "Scoping review" som metod har både positiva och negativa sidor. Delvis

ger den skribenten fria händer i både datainsamlingen och dataanalysen, men eftersom skribenten i detta fall utförde sin första studie skulle tydliga riktlinjer för hur man ska gå till väga ha kunnat vara en fördel. Alternativt skulle skribenten ha kunnat utföra studien som en systematisk litteraturstudie istället för en "scoping review", eftersom metoden har flera regler och kanske på det sättet är lättare att följa. Eftersom "scoping review" inte kräver att materialet som används ska kvalitetsgranskas, har skribenten inte gjort det. Detta kan göra resultatet mindre pålitligt än om skribenten skulle ha kvalitetsgranskat artiklarna. Skribenten har dock använt sig av vetenskapliga artiklar som material, och de flesta studier har publicerats i vetenskapliga tidskrifter, vilket ökar trovärdigheten i resultatet.

Att ha tematisk analys som analysmetod fungerade bra för skribenten, men den var inte heller lika bra beskriven i litteratur som t.ex. kvalitativ innehållsanalys skulle ha varit (Elo & Kyngäs 2007). Detta ledde till att skribenten upplevde det svårt att i detalj beskriva hur dataanalysen hade gått till, eftersom skribenten igen hade ganska fria händer i utförandet av den. Skribenten använde sig av kvalitativa artiklar som beskriver personers upplevelser om kvinnlig omskärelse som datamaterial, vilka sedan tolkades. Dessa artiklar har blivit tolkade tre gånger. Första gången har de blivit tolkade då personer som deltog i studierna har tolkat sina upplevelser, sedan har författarna av artiklarna tolkat det en gång till då de skrivit artikeln, och till slut har de blivit tolkade av skribenten. Att olika personer tolkar ett material flera gånger kan leda till att materialet tolkas fel, vilket i sin tur leder till att resultatet kan bli mindre pålitligt. Skribenten har använt sig av citat i sin resultatredovisning för att stärka trovärdigheten i sin studie. Citaten har inte blivit tolkade, utan är tagna rakt ur intervjuerna, vilket ökar trovärdigheten i studien.

Skribenten har gjort studien på egen hand, vilket är både positivt och negativt. Positivt med att göra studien på egen hand är att skribenten varit med i alla skeden av arbetet, har skrivit allt själv, har sökt och analyserat datamaterialet själv. Det negativa är att eftersom skribenten är den enda som gjort analysen, kan det hända att skribenten inte märkt något relevant som skulle ha kunnat inkluderas i resultatet. Om man skulle ha varit flera som tolkade materialet, skulle man eventuellt ha kunnat hitta flera teman och kategorier i analysen. Att ha någon att utbyta idéer med förutom handledaren skulle också ha kunnat vara av nytta för att få nya idéer och för att se på analysen ur ett vidare perspektiv.

### **7.7.2 Spegling till tidigare forskning och till teorin om interkulturellt vårdande inom mödravårdskontext**

I denna "scoping review" har utmaningar i vårdpersonalens bemötande och utmaningar i vården av kvinnor som blivit omskurna beskrivits. Resultatet visar att utmaningar i vården är bl.a. vårdpersonalens bristande kunskap, omskurna kvinnors övertygelser, det sociala trycket, trauma samt fysiska och psykiska problem. Utmaningar med bemötandet är bl.a. kommunikationssvårigheter, tabu och skam. Som teori använde skribenten sig av Wikbergs teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis. Skribenten hittade många samband med teorin och resultatet i studien. Behovet av unikt, kontextuellt, kulturellt och universellt vårdande blev tydligt under analysen av studierna.

I resultatet av analysen av artiklarna kommer det fram att både kvinnor och barnmorskor upplever att barnmorskorna saknar kunskap om och erfarenhet av att vårda omskurna kvinnor (Dawson et al. 2015; Berggren et al. 2006). I studierna kommer det fram att gemensamma riktlinjer på avdelningarna om vården av kvinnor som blivit omskurna saknas eller så känner personalen inte till dem (Widmark et al. 2002). Det kom även fram att kvinnor som blivit omskurna ofta lider av omskärelsen och dess konsekvenser under tystnad. Kvinnorna undviker att söka sig till vård t.ex. på grund av tabu och för att de inte vill att ryktet om deras problem skulle spridas (Isman et al. 2013). Resultatet i denna studie tyder på att vårdpersonalen ofta saknar kulturell kompetens och kulturell säkerhet, och inte således kan ha kulturellt vårdande. Resultatet om barnmorskornas kunskapsmässiga utmaningar och tabun kring omskärelse i skribentens studie, kan jämföras med kulturellt vårdande i Wikbergs teori. Wikberg skriver att för att nå ett kulturellt vårdande måste vårdpersonalen ha kulturell kompetens och kulturell säkerhet i vården. Vårdaren bör ha kunskap om kvinnans kulturella bakgrund och vikten av att fråga patienten om möjliga tidiga negativa händelser som patienten varit med om, poängteras i teorin om interkulturellt vårdande. Man bör även respektera kvinnans behov och önskemål. I kulturellt vårdande ingår att vårdpersonalen har kunskap om hur deras egna kulturella bakgrund, samhälle och vårdorganisation kan påverka patientrelationen. Vårdpersonalen ska även ha ett intresse att lära sig om olika kulturer, de bör vara medvetna om hur hälsa, andlighet, vårdande, lidande och smärta kan tolkas och uttryckas på olika sätt i olika kulturer (Wikberg 2014). Även Dawson et al. (2015) kom i sin globala studie om barnmorskors utmaningar i vården av omskurna kvinnor fram till att barnmorskor saknar kunskap om själva vården av kvinnor som blivit omskurna, men att även deras kulturella

kompetens var bristfällig. De kom även fram till att undervisningen om kvinnlig omskärelse inte var tillräcklig.

Ett återkommande problem i studierna var kommunikationssvårigheter mellan vårdpersonalen och kvinnorna. Problemet är både vårdpersonalens ovillighet att arbeta med tolk och att hitta en tolk som var kulturellt acceptabel för kvinnan, dvs. en kvinnlig tolk (Dawson et al. 2015; D'Entremont et al. 2014; Berggren et al. 2006). I de fall där kvinnan inte behärskar landets språk, kan hennes man tolka för henne. Det känsliga ämnet kan dock vara ett hinder för tolkningen, och vården utan en professionell tolk kan bli osäker (Widmark et al. 2002). Wikberg beskriver i sin teori hur det för ett bra interkulturellt vårdande krävs god kommunikation och betonar hur viktigt det är att använda sig av professionell tolk (Wikberg 2014). Ahmed, Shommu, Rumana, Barron, Wicklum och Turin (2015) beskriver i sin studie, som handlar om barriärer för immigranter för att nå sjukvården i Canada, hur vårdpersonal inte är bekväma med att använda tolk samt hur det ofta går dåligt då vänner eller familjemedlemmar översätter åt patienten då de t.ex. inte känner till rätt terminologi.

I studierna kommer det fram att kvinnor som blivit omskurna upplever att vårdpersonalen har fördomar om dem t.ex. i samband med deras förmåga att sköta sin egen familjeplanering. Patienterna upplever det som att vårdpersonalen blandar sig i deras privatliv, och undviker därför att gå på graviditetskontrollerna (Berggren et al. 2006). Även i teorin om interkulturellt vårdande beskrivs det att rasism, fördomar och diskriminering har många negativa konsekvenser för patienten. Patienter kan uppleva att hen blivit kränkt och nedvärderad, vilket förorsakar lidande, och konflikter kan leda till att patienten avbryter vårdrelationen (Wikberg 2014).

Kvinnlig omskärelse upplevs av många som ett tabubelagt ämne, och i mödravårdscontext kan det leda till att gravida kvinnor går igenom hela graviditeten och förlossningen utan att veta vad omskärelsen kan ha för risker i samband med dem. I vissa fall upplever kvinnorna det som en lättnad att bryta tabun, medan andra tycker att det inte skall pratas om. Vårdpersonalen bör vara medveten om ämnen som är tabu, och ge kvinnorna en möjlighet att diskutera känsliga ämnen om de vill (Dawson et al. 2015; Ahmed & Ylisangar 2017; Koukoui et al. 2017; D'Entremont et al. 2014). I artiklarna kom det fram att många kvinnor hade traumatiska minnen och andra psykiska konsekvenser

av sin omskärelse. Dessa minnen påverkar vården och förorsakar kvinnorna lidande. I mödravårdskontext påverkar det vården då kvinnorna t.ex. inte kan ligga i undersökningsstolar utan att spänna sig. Många kvinnor lider även psykiskt av att ha blivit omskurna (Berggren et al. 2006; Widmark et al. 2002; D'Entremont et al. 2014; Dawson et al. 2015; Vloeberghs et al. 2012). Även Mulongo, Hollins & McAndrew (2015) och Knipscheer, Vloeberghs, van der Kwaak & van den Muijsenbergh (2015) har kommit fram till att kvinnor som blivit omskurna ofta kan lida av posttraumatiskt stressyndrom eller ångestsyndrom som konsekvens av omskärelsen.

Kulturellt vårdande inom mödravårdskontext som kommer fram i studierna är t.ex. att kvinnorna ofta har flera familjemedlemmar närvarande under förlossningen, och barnmorskan får förhandla med dem om olika beslut. Det skiljer sig från en förlossning i ett nordiskt land, där kvinnan ofta har med sig en eller högst två stödpersoner i förlossningen. Efter förlossningen kan det även vara tradition att reinfibulera kvinnan, vilket leder till konflikter mellan vårdpersonal, kvinnan och kvinnans familj då detta inte praktiseras i alla länder (Ahmed & Ylispangar 2017; Widmark et al. 2002). Detta kan jämföras med kontextuellt vårdande i Wikbergs teori. Wikberg beskriver att i kontextuellt vårdande ska vårdaren lära sig om den egna och patientens kulturella skillnader och speciella drag inom den aktuella vårdkontexten. Vårdaren bör vara medveten om traditioner och tabun som kan finnas i olika kulturer under graviditet, förlossning och barnsängstiden. Wikberg beskriver även att kvinnorna kan ha traumatiska minnen de inte berättar om frivilligt (Wikberg 2014).

Flera kvinnor i studierna beskriver hur vårdpersonal har kommit in i undersökningsrummen och tittat på deras genitalier utan att tilltala dem eller be om lov, vilket upplevs som kränkande och får kvinnorna att känna sig otrygga. För att få kvinnan att känna sig trygg t.ex. under en vaginal undersökning är det viktigt att hela tiden be om tillåtelse och kommunicera med kvinnan (Widmark et al. 2002; Vloeberghs et al. 2012; D'Entremont et al. 2014). PLISSIT (Annon 2015) är en modell för hur man ska ta upp ämnet sexualitet på ett bra sätt. PLISSIT står för att ge tillåtelse (eng. Permission), begränsad information (eng. Limited Information), specifik rådgivning (eng. Specific Suggestions) och intensiv terapi (eng. Intensive Therapy). Med modellen vill man ge lov åt patienten att ta upp och diskutera känsliga och intima sexuella ämnen med vårdpersonal. Målet med PLISSIT är att betona hur sexualitet är en normal del av livet för alla människor i alla

livssituationer. Vårdpersonalen bör ge patienten rätt information genom psykoedukation, så att patienten får svar på sina frågor, och anpassa behandlingen till varje unik patients behov. Allvarliga sexologiska problem som t.ex. relationsproblem eller övergrepp ska behandlas med intensiv terapi med en expert i sexologi. PLISSIT och andra modeller skulle kunna användas av vårdpersonal i större grad, då känsliga ämnen som t.ex. omskärelse diskuteras.

Kommunikationssvårigheter, kulturella skillnader, tabu och vårdpersonalens personliga åsikter och känslor upplevs som utmanande för vårdpersonalen. Vårdpersonalen identifierar sig med kvinnorna och känner hat mot tradition, religion och även kvinnornas män. Vårdpersonalens starka känslor av hat och aggression, som ibland är riktade mot kvinnornas män, gör vården osäker (Dawson et al. 2015; Widmark et al. 2002; D'Entremont et al. 2014). Detta kan jämföras med unikt vårdande i Wikbergs teori. Unikt vårdande består av vårdande av den unika kvinnan, hennes bakgrund, behov och förhoppningar. Vården bör vara anpassad till varje kvinnas enskilda behov och syftet är att få kvinnan att känna sig trygg och respekterad. Vårdpersonalen bör fråga om det är något de inte känner till, visa intresse och visa kvinnan att man vill henne väl. I unikt vårdande ingår att kvinnans familj ska inkluderas och alla parter bör respekteras (Wikberg 2014), och resultatet i denna studie visar att vårdpersonalen försöker sträva till unikt vårdande, men att det inte alltid lyckas.

I studierna kommer det fram att vårdpersonalen vill vara mer närvarande för kvinnor som blivit omskurna samt visa dem mer empati. Denna känsla av närvaro kan förmedlas i alla vårdkontexter och är oberoende av tid (Berggren et al. 2006). Detta kan jämföras med vad Wikberg beskriver om universellt vårdande. Enligt Wikberg ingår det i universellt vårdande, som är oberoende av tid och rum, att man följer de mänskliga rättigheterna och att man respekterar människors värdighet för att lindra lidande och främja hälsa (Wikberg 2014).

Sammanfattningsvis tyder resultatet på att det finns ett behov av mer interkulturellt vårdande i mödravårdskontexten. Resultatet visar att med hjälp av interkulturellt vårdande skulle man kunna lindra lidande och främja hälsa, välmående och liv. Både patienter och vårdpersonal skulle kunna ha nytta av interkulturellt vårdande.



### **7.7.3 Rekommendationer**

Utifrån den teoretiska bakgrunden och resultatet i studien presenterar skribenten rekommendationer om utbildning och fortbildning samt vådrekommandationer för vårdpersonal som arbetar i mödravårdskontext och vårdar kvinnor som blivit omskurna.

#### **Utbildning och fortbildning för vårdpersonal**

Utifrån resultatet och den teoretiska bakgrunden har skribenten kommit fram till följande rekommendationer. Vårdpersonalen behöver mera utbildning eller fortbildning om kvinnlig omskärelse, kulturell kompetens och kulturell säkerhet för att kunna erbjuda interkulturellt vårdande. Speciellt utbildning om diagnostisering, dokumentering och kommunikationen kring kvinnlig omskärelse skulle göra vården mer säker. Modeller för diskussioner kring sexualitet skulle kunna användas i undervisningen och i praktiken.

Vårdpersonalen bör få mer kunskap om psykiska konsekvenser av kvinnlig omskärelse, eftersom kvinnorna ofta lider tysta och ensamma. Utbildning skulle ge vårdpersonalen beredskap i hur de ska ta upp omskärelsen på rätt sätt. Det är viktigt att vårdpersonalen skulle se på vårdandet ur alla dimensioner; universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt, medan de även tar i beaktande de yttre omständigheterna som kan påverka vårdandet.

#### **Vådrekommandationer**

Rekommendationer för vårdpersonalen om vården och bemötandet av kvinnor som blivit omskurna handlar om ett professionellt förhållningssätt, att bryta tabun, gemensamma riktlinjer samt användningen av tolk. För att förebygga omskärelse bör vårdpersonalen ta upp ämnet i ett tidigt skede. Det förebyggande arbetet mot omskärelse ska börja redan då en flicka föds och vårdpersonalen bör informera kvinnorna och deras familjer om konsekvenser med kvinnliga omskärelsen. För att omskärelse ska utrotas krävs att tabun och tystnaden kring kvinnlig omskärelse bryts. Kvinnor ska inte behöva lida av omskärelsens konsekvenser under tystnad, utan omskärelsen kan tas upp i redan i skolhälsovården, på preventivrådgivningen eller senast under graviditeten då kvinnorna besöker mödrarådgivningen. Genom att vårdpersonalen tar upp ämnet i ett tidigt skede och diskuterar det med kvinnan samt dokumenterar det på korrekt sätt, behöver man inte ta upp ämnet i onödan varje gång kvinnan får vård.

Då man diskuterar kvinnlig omskärelse bör vårdpersonalen vara medvetna om att kvinnan kan ha traumatiska minnen sammankopplade med omskärelsen, och inte pressa kvinnan

att prata om det mer än nödvändigt om hon inte vill. Viktiga saker att betona är att samtalen är konfidentiella och att berätta vilken hjälp som kan fås mot psykiska och fysiska konsekvenser av omskärelsen. Vårdpersonalen bör ha ett professionellt förhållningssätt till omskärelsen och vara medvetna om och respektera kulturskillnader som kan framkomma. Vikten av att använda professionell tolk liksom ett professionellt bemötande av kvinnor som blivit omskurna måste betonas, för att kvinnorna ska behandlas jämlikt och med respekt. För att alla ska få lika god vård krävs att avdelningar där kvinnor vårdas har gemensamma nationella eller internationella riktlinjer gällande vården av kvinnor som blivit omskurna.

#### **Framtida forskning**

Skribenten har rekommendationer för framtida forskning på basis av resultatet i studien. I framtiden skulle man kunna undersöka hur olika typer av omskärelse, graden av omskärelse, omständigheterna kring omskärelsen och minnen från omskärelsen påverkar omskurna kvinnornas psykiska välbefinnande. Skribenten anser att det även finns ett behov av en interkulturell modell för vårdpersonal om hur man ska ha diskussioner kring omskärelse, och att det skulle kunna utvecklas i framtiden.

#### **7.7.4 Slutsats**

Sammanfattningsvis har studien kommit fram till att vårdpersonalen möter många utmaningar i vården och i bemötandet av omskurna kvinnor. Utmaningarna är relaterade till vårdpersonalens bristande kunskap om omskärelse, omskurna kvinnors övertygelser, det sociala trycket, kommunikationen mellan vårdpersonal och kvinnor som blivit omskurna, familjernas olika roller, psykiska och fysiska konsekvenser av omskärelsen samt till etiska utmaningar i vården. Vårdpersonalen behöver mer utbildning och fortbildning om kvinnlig omskärelse, ett professionellt förhållningssätt, användning av tolk och interkulturellt vårdande. Tabun kring kvinnlig omskärelse måste brytas och gemensamma riktlinjer för vården av kvinnor som blivit omskurna behövs.

## Referenser

Abdulcadir, J., Margairaz C., Boulvain M. & Irion O. 2011. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Medical Weekly*, 140, 1–8.

Ahmed S., Shommu, N., Rumana N., Barron G., Wicklum S. & Turin T. 2015. Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant Minority Health*, 18(6): 1522-1540.

Ahmed, U & Ylispangar, E., 2017. Selvitys Suomessa syntyneiden tyttöjen ympärileikkauksesta. (Online) <http://www.fenixhelsinki.com/l/selvitys-suomessa-syntyneiden-tyttojen-ymparileikkauksesta/> [Hämtat: 25.11.2017]

Albert, J., Bailey, E. & Duaso, M 2015. Does the timing of deinfibulation for women with type 3 female genital mutilation affect labour outcomes? *British Journal of Midwifery*, 23(6), 430–437.

Alhassan Y.N., Barrett H., Brown K.E. & Kwah K., (2016). Belief systems enforcing female genital mutilation in Europe, *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(1), 29–40.

Almroth L., Elmusharaf S., El Hadi N., Obeid A., A El Sheikh M., Elfadil S. & Bergström S. 2005. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet*, 366(9483) 385–91.

Annon, J. (2015). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1–15.

Arksey, H., & O'Malley, L. 2005. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 19–32.

Banks, E, Meirik, O, Farley, T, Akande, O, Bathija, H, & Ali, M 2006, Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 367(9525), 1835–1841.

Berg, R.C. & Underland V., 2014. *Gynecological consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C)*. Report from Kunnskapssenteret no. 11–2014. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

Berggren V., Bergström S. & Edberg A-K., 2006. Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50–57.

Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

Daudt, H., van Mossel C. & Scott, S. 2013. Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(48), 1–9.

Dawson A., Turkmani S., Varol N., Nanayakkara S., Sullivan E. & Homer C., 2015. Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia. *Women and Birth*, 28(3), 207-214.

Dawson A., Turkmani S., Fray S., Nanayakkara S., Varol N. & Homer C. 2015. Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery*. 31(1), 229–238.

D'Entremont M., Smythe L. & McAra-Couper J., 2014. The Sounds of Silence – A hermeneutic Interpretation of Childbirth Post Excision. *Health Care for Women International*, 35(3), 300–319.

Dijkers, M. 2015. What is a scoping review? *KT Update*, 4(1), 1–5.

Elmusharaf, S., Elhadi, N. & Almroth, L., 2006. Reliability of self-reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *British Medical Journal*, 333(124), 1–5.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

Fahmy A., El-Mouelhy M.T. & Ragab A.R. 2010. Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 181–190.

Fried S., Warsame A.M., Berggren V., Isman E. & Johansson A. 2013. Outpatients' Perspectives on Problems and Needs Related to Female Genital Mutilation/Cutting: A

Qualitative Study from Somaliland. *Obstetrics and Gynecology International*, 165893-165893.

Forsberg, C. & Wengström, Y. 2013 *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur

Forsberg, C. & Wengström, Y. 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur

Forskningsetiska delegationen. 2012. *God vetenskaplig praxis*. (Online) [Hämtat 22.11.2017] <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis>

Gayle C & Rymer J. 2016. Female genital mutilation and pregnancy: associated risks. *British Journal of Nursing*, 25(17), 978–983.

Henricson, M. (2017). Diskussion. Ingår i: M. Henricson. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB

Isman E., Warsame A.M., Johansson A., Fried S. & Berggren V., 2013. Midwives' Experiences in Providing Care and Counselling to Women with Female Genital Mutilation (FGM) Related Problems. *Obstetrics and Gynecology International*, 785148-785148.

Johansen R.E.B. 2017. Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Reproductive Health*, 14(25), 1-12.

Jungari S.B. 2016. Female Genital Mutilation is a Violation of Reproductive Rights of Women: Implications for Health Workers. *Health & Social Work*, 41(1), 25-31.

Knipscheer J., Vloeberghs E., van der Kwaak A. & van den Muijsenbergh M. 2015. Mental health problems associated with female genital mutilation. *BJPsych Bulletin*, 39(6), 273–277.

Koukoui S., Hassan G. & Guzder J. 2017. The mothering experience of women with FGM/C raising 'uncut' daughters, in Ivory Coast and in Canada. *Reproductive Health*, 14(51), 1–11.

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G. & The PRISMA Group. 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7), 1–6.

Momoh C (2004) Attitudes to female genital mutilation. *British Journal of Midwifery*. 12(10), 631–635.

Mulongo, P., Hollins, C.M. & McAndrew S. 2014. The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), 469–485.

Olsson, H. & Sörensen, S. 2011. *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Patel, R. & Davidson, B. 2011. *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Pietiläinen, S., Tiilikainen M. & Johansson, J. 2017. Ympärileikatun naisen raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Teoksessa: A-M. Äimälä, toim., *Kättilötyö 6-7*, 511–524. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Salminen, S. 2017. HS: Suomessa synnyttää viikoittain naisia, joiden sukuelimet on silvottu kiinni – THL haluaa aikaisempia korjausleikkauksia. *Iltalehti 28.3.2017*. (Online) [Hämtat 3.5.2017] [http://www.iltalehti.fi/uutiset/201703282200093257\\_uu.shtml](http://www.iltalehti.fi/uutiset/201703282200093257_uu.shtml)

Salonen, H. 2017. Ympärileikattu äiti voi olla suomalaiselle kättilölle suuri yllätys. *Iltalehti 3.2.2017*. (Online) [Hämtat 3.5.2017] [http://www.iltalehti.fi/terveys/201702012200062727\\_tr.shtml](http://www.iltalehti.fi/terveys/201702012200062727_tr.shtml)

Terry L & Harris K. 2013. Female genital mutilation: a literature review. *Nursing Standard* [serial online], 28(1), 41–47.

Tiilikainen, M. red., 2007. *Kvinnlig omskärrelse i Finland. Rekommendationer för personal inom social- och hälsovården*. Helsingfors: förbundet för mänskliga rättigheter. (Online) [Hämtat 3.12.2017] [chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbdmfmadadm/https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Kvinnlig\\_omskarelse\\_i\\_Finland\\_IOL\\_2011.pdf](chrome-extension://oemmnadbldboiebfnladdacbdmfmadadm/https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Kvinnlig_omskarelse_i_Finland_IOL_2011.pdf)

Tiilikainen, M. red., 2011. *Kvinnlig omskärrelse i Finland. Rekommendationer för personal inom social- och hälsovården*. Helsingfors: Kainuun sanomat. (Online) [Hämtat 3.12.2017]

[https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Kvinnlig\\_omskarelse\\_i\\_Finland\\_IOL\\_2011.pdf](https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Kvinnlig_omskarelse_i_Finland_IOL_2011.pdf)

Tiilikainen, M. toim., 2011. *Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle.* (Online) [Hämtat 3.12.2017] [https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Tyttöjen\\_ja\\_naisten\\_ymparileikkaus\\_Suomessa\\_Suositus\\_sosiaali\\_ja\\_terveydenhuollon\\_henkilostolle\\_IOL\\_2011.pdf](https://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Tyttöjen_ja_naisten_ymparileikkaus_Suomessa_Suositus_sosiaali_ja_terveydenhuollon_henkilostolle_IOL_2011.pdf)

UNICEF, United Nations Children's Fund, 2013. *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change,* (Online) [Hämtat 29.4.2017] [https://www.unicef.org/media/files/UNICEF\\_FGM\\_report\\_July\\_2013\\_Hi\\_res.pdf](https://www.unicef.org/media/files/UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf)

UNICEF, 2016. *At least 200 million girls and women alive today living in 30 countries have undergone FGM/C.* (Online) [Hämtat 29.4.2017] <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation-and-cutting/>

WHO, 2017. *Female genital mutilation,* (Online) [Hämtat 29.4.2017] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

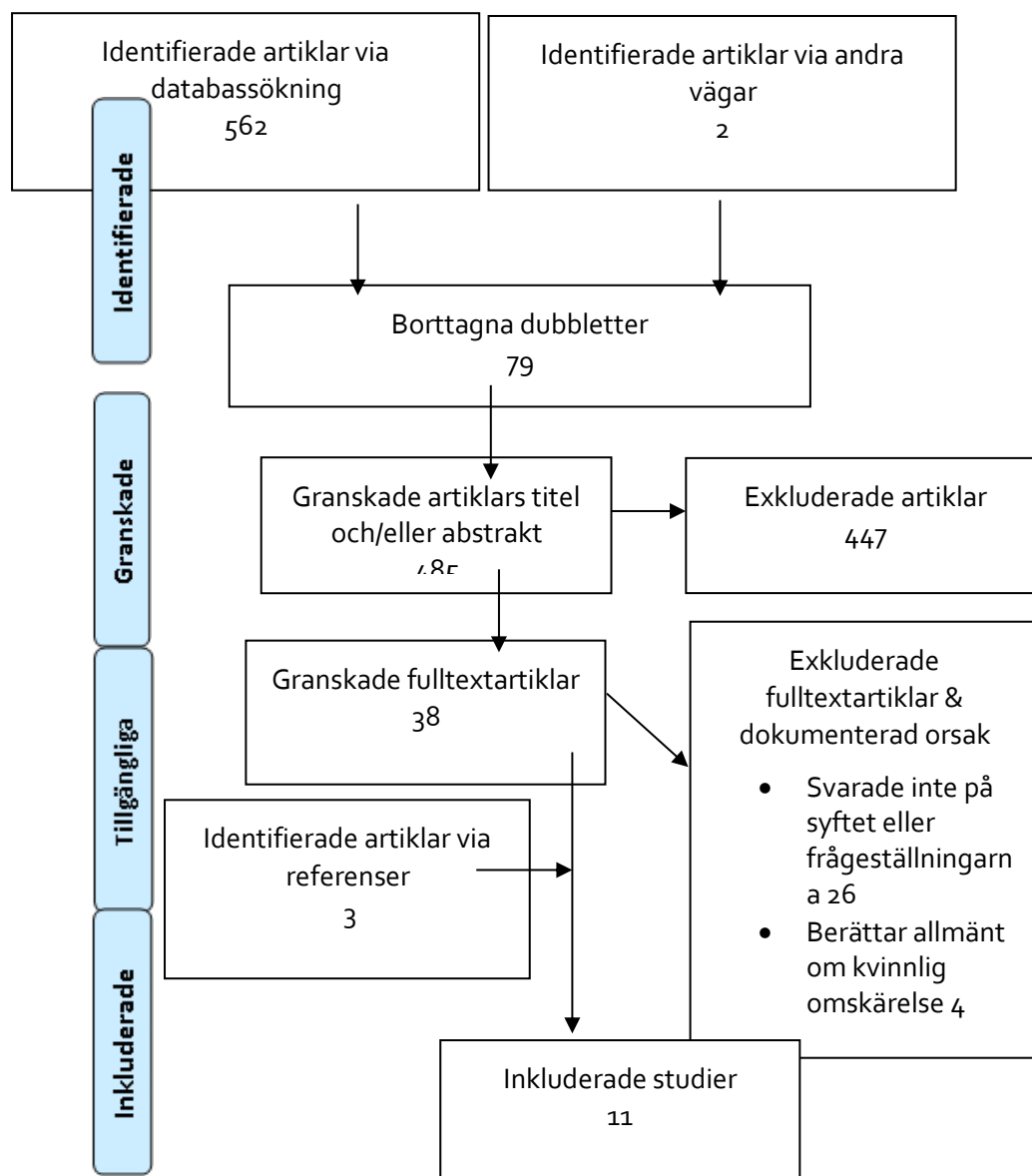
Vloeberghs E., van der Kwaakb A., Knipscheerc J. & van den Mujisenbergh, M., 2012. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health, 17(6), 677–695.*

Widmark C., Tishelman C & Ahlberg B.M., 2002. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery, 18, 113–125.*

Wikberg, A. 2014. *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur.* Doktorsavhandling. Vasa: Åbo Akademi. Socialvetenskapliga institutionen, Vårdvetenskap.

## Bilaga 1. PRISMA flödesschema

(Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & The PRISMA Group 2009)





## Bilaga 2. Artikelmatris

Författare, årtal, land	Titel	Syfte	Metoder	Resultat
1. Ahmed, U & Ylispangar, E., 2017. Finland	Selvitys Suomessa syntyneiden tyttöjen ympärileikkauksesta.	Att intervjua flickor som fötts i Finland men blivit omskurna, ta reda på hur myndigheter diskuterat ämnet omskärelse och hur de finländska myndigheterna konkret försökt förebygga kvinnlig omskärelse.	Kvalitativ metod. Elva intervjuer och diskussioner med flickor som blivit omskurna, med kulturtolkar och med mödrar som har växt upp i ett land med omskärelsekultur.	<p>Flickorna blir förda utomlands för att bli omskurna och ofta vet de inte om att det kommer hända i förväg, ämnet diskuteras inte hemma hos flickorna och flickorna har inte någon att diskutera med efter att omskärelsen gjorts. Omskärelse anses ännu som positivt av många kvinnor som deltog i studien, och enligt rapporten bör man då inte inom förebyggande arbetet kring omskärelse diskutera ämnet på ett för kulturellt sensitivt sätt. Det är viktigt att tala om hur allvarligt kvinnlig omskärelse är, för att minska missuppfattningar kring dess följder för flickornas fysiska och psykiska hälsa.</p> <p>Det kom fram att vårdpersonalen är blyga över att prata om omskärelsen då de märker att kvinnorna är omskurna eller då kvinnorna föder flickebarn och det finns risk att flickorna förs utomlands för att bli omskurna.</p>

<p>2. Berggren V., Bergström S. &amp; Edberg, A-K. 2006. <i>Journal of transcultural nursing</i>. Sverige.</p>	<p>Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden.</p>	<p>Att undersöka hur omskurna kvinnor från Somalia, Eritrea and Sudan har upplevt den svenska hälsovården.</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie där 22 kvinnor från Somalia, Sudan och Eritrea som nu är bosatta i Sverige intervjuats. Analysmetod: latent innehållsanalys.</p>	<p>Kvinnorna upplevde att de var annorlunda och kände sig sårbara. De led av att ha blivit övergivna och omskurna och de kände sig exponerade i mötet med den svenska hälsovården och personalen.</p> <p>Studien kom fram till att det finns ett behov för individualiserat och kulturellt vårdande och stöd. Vårdpersonalen behöver mer undervisning om kvinnlig omskärelse.</p>
<p>3. Dawson A.J., Turkmani S., Varol N., Nanayakkara S., Sullivan E. &amp; Homer C.S.E., 2015. <i>Women and Birth</i>. Australien.</p>	<p>Midwives' experiences of caring for women with female genital mutilation: Insights and ways forward for practice in Australia.</p>	<p>Att ge en inblick i barnmorskors syn på och upplevelser av att vårda omskurna kvinnor.</p>	<p>En deskriptiv kvalitativ studie där man använde sig av fokusgrupper med barnmorskor. Analysmetod: tematisk analys.</p>	<p>Barnmorskorna visade kunskap i att vårda omskurna kvinnor, men de saknade förtroende för sig själva inom detta område.</p> <p>Deltagarna visade rädsla och hade få upplevelser av att vårda omskurna kvinnor.</p> <p>Arbetet med tolkar upplevdes som svårt och barnmorskorna saknade kunskap om olika typer av omskärelse. Även missuppfattningar om patienternas kultur beskrevs.</p> <p>Studien visar att barnmorskorna behöver skolning, träning och stöd för att förbättra sina kunskaper och sitt självförtroende gällande vården av omskurna kvinnor.</p>

<p>4. D'Entremont M., Smythe L. &amp; McAra-Couper J., 2014. <i>Health Care for Women International</i>. Frankrike.</p>	<p>The Sounds of Silence – A hermeneutic Interpretation of Childbirth Post Excision.</p>	<p>Att få en djupare förståelse av vilken påverkan omskärelse har på förlossningen.</p>	<p>Semistrukturera de och öppna intervjuer av fyra kvinnor som fött barn i Frankrike. Analysmetod: hermeneutisk och fenomenologisk analys.</p>	<p>Alla kvinnor upplevde tystnad kring ämnet omskärelse och många led ensamma.  Kvinnorna upplevde dålig kommunikation mellan dem och vårdpersonalen.  Vårdpersonalen frågade inte om omskärelsen och berättade inte heller om följderna eller om riskerna.</p>
<p>5. Johansen, R.E.B., 2017. <i>Reproductive Health</i>. Norge.</p>	<p>Virility, pleasure and female genital mutilation/cutting. A qualitative study of perceptions and experiences of medicalized defibulation among Somali and Sudanese migrants in Norway.</p>	<p>Att undersöka uppfattningar och erfarenheter av kirurgisk deinfibulation bland immigranter i Norge och att undersöka om kirurgisk deinfibulation är en accepterad version av ett traditionellt ingrepp eller om det istället utmanar de kulturella grunderna för infibulation.</p>	<p>En kvalitativ studie med 36 deltagare där både intervjuer och observationer använts. Analysmetod: tematisk analys.</p>	<p>Trots att de flesta deltagarna har negativa åsikter om infibulation, ställer dess kulturella betydelse i samband med manlighet och sexuell njutning ett hinder för acceptandet av kirurgisk deinfibulation.  Då vårdgivare diskuterar behandlingsalternativ för komplikationer av infibulation bör de fokusera på kvinnornas och deras partners oro inför framtida sexuella problem som deinfibulation tros medföra.</p>

6. Fahmy A., El-Mouelhy M.T. & Ragab A.R. 2010. <i>Reproductive Health Matters</i> , 18(36). Egypten.	Female genital mutilation/cutting and issues of sexuality in Egypt.	Att undersöka vilken roll kvinnlig sexualitet spelar i kvinnors och mäns fortsatta stöd för kvinnlig omskärelse och deras uppfattningar om sexuella konsekvenser av kvinnlig omskärelse.	En kvalitativ studie som använt sig av intervjuer och fokusgrupper och hade 201 deltagare. Analysmetod: kvalitativ analys.	Klitoris anses vara källan för sexuell lust istället för sexuell njutning. Kvinnlig omskärelse anses göras för att minska på kvinnornas sexlust och öka kyskhet, men ansågs generellt inte minska kvinnans sexuella njutning. Sexuella problem som t.ex. brist på sexuell njutning i sexuellt umgänge och sexuellt missnöje var utbredd. Politiskt engagemang behövs för att motarbeta kvinnlig omskärelse. Även utbildning inom sexualitet behövs för att minska på missuppfattningar om kvinnlig omskärelse.
7. Fried S., Warsame A.M., Berggren V., Isman E. & Johansson A., 2013. <i>Obstetrics and Gynecology International</i> . Somaliland.	Midwives' Experiences in Providing Care and Counselling to Women with Female Genital Mutilation (FGM) Related Problems.	Att undersöka öppenvårdspatienternas åsikter om problem och behov relaterat till kvinnlig omskärelse samt deras åsikter om information, vård och rådgivning.	En kvalitativ deskriptiv studie med 7 semistrukturerade intervjuer av kvinnliga öppenvårdspatienter. Analysmetod: kvalitativ innehållsanalys.	Alla deltagare hade varit omedvetna om sambandet mellan sina hälsoproblem och sin omskärelse men ville inte helst söka sig till vård. Ingen av deltagarna ville låta sina döttrar infibuleras trots att de själva var infibulerade. De hade på senaste tiden hört att infibulation inte accepterades av Islam. Omskärelse av typen "sunna" var mer accepterad, men få kunde definiera vad det betydde. I deras samhälle dömde man icke-omskurna kvinnor och hånade dem.  Religion visade sig ha en stor roll i tron om och utövandet av kvinnlig omskärelse. Information om vilka konsekvenser omskärelse har för hälsan och vart man kan söka sig om man får komplikationer behövs. Religiösa ledares aktivitet behövs i arbetet mot kvinnlig omskärelse.

<p>8. Isman E., Warsame A.M., Johansson A., Fried S. &amp; Berggren V., 2013. <i>Obstetrics and Gynecology International</i>. Somaliland.</p>	<p>Outpatients' Perspectives on Problems and Needs Related to Female Genital Mutilation/Cutting: A Qualitative Study from Somaliland.</p>	<p>Att beskriva barnmorskornas upplevelser av att vårda och rådge kvinnor med problem relaterade till omskärelse.</p>	<p>En kvalitativ induktiv studie där man intervjuade 8 barnmorskor bosatta i Somaliland. Intervjuerna hade semistrukturera de frågor. Analysmetod: kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Barnmorskorna är utmanade av kultur och religion då de ger rådgivning om kvinnlig omskärelse.</p> <p>En stor utmaning var att omskärelse är en kulturell tradition och barnmorskans arbete emot kvinnlig omskärelse således ses som ett försök att ingripa i den somaliska kulturen. Att ha personliga erfarenheter om kvinnlig omskärelse visade sig vara en fördel i rådgivningen av kvinnor.</p>
<p>9. Koukoui S., Hassan G. &amp; Guzder J., 2017. <i>Reproductive Health, Efenbenskus ten och Canada</i>.</p>	<p>The mothering experience of women with FGM/C raising 'uncut' daughters, in Ivory Coast and in Canada.</p>	<p>Att undersöka hur mammor upplever meningen och kulturella betydelsen av kvinnlig omskärelse och att få en inblick i upplevelsen att fostra icke-omskurna döttrar.</p>	<p>En kvalitativ studie där 15 personer blev intervjuade. Analysmetod: kvalitativ analys.</p>	<p>Mödrarna upplevde att fostra icke-omskurna döttrar hade stor betydelse i hur de upplevde sin modersroll.</p> <p>Mödrarna ställdes inför utmaningar speciellt då de var emot att ha sina döttrar omskurna även om deras närsamhälle och familj pressade dem att omskära dem.</p> <p>Mödrarna oroade sig över sina icke- omskurna döttrars sexualitet men kände även stolthet och hopp för sina döttrar.</p>

<p>10. Vloeberghs E., van der Kwaakb A., Knipscheerc J. &amp; van den Mujisenbergh, M., 2012. <i>Ethnicity &amp; Health</i>, Nederländerna.</p>	<p>Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands.</p>	<p>9 Att undersöka vilka psykosociala problem omskurna afrikanska immigrerande kvinnor i Nederländerna upplever, vad de anser att är orsaken till dessa problem och deras åsikt om sambandet mellan dessa problem och deras omskärelse samt hur de hanterar dessa hälsoproblem.</p>	<p>Blandad metod, både standardiserade frågeformulär och intervjuer av 66 kvinnor användes. Analysmetod: kvalitativa data analyserades med hjälp av ett datorprogram och kvantitativa data analyserades i SPSS.</p>	<p>En sjättedel av kvinnorna led av posttraumatiskt stressyndrom och en tredjedel visade symtom på depression eller ångest. Negativa känslorna om omskärelse blev starkare kring barnafödande eller då man hade fysiska problem. Immigrationen till Nederländerna fick kvinnorna att bli mer medvetna av negativa konsekvenserna av kvinnlig omskärelse. Många kvinnor kände skam över att bli undersökta av en läkare och undvek att besöka läkare som inte försökte dölja hur förvånade de var över omskärelsen.</p>
---	--	---	---	--

<p>11. Widmark C., Tishelman C &amp; Ahlberg B.M., 2002. <i>Midwifery</i>. Sverige.</p>	<p>A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden.</p>	<p>Att undersöka hur svenska barnmorskors åsikt och uppfattning mot infibulation och infibulerade kvinnor, deras upplevelser av vårdandet och vilken utbildning de fått som stöder vårdandet av infibulerade kvinnor.</p>	<p>Intervjuer och fokusgrupper med 26 deltagare. Analysmetod: kvalitativ analys.</p>	<p>Vårdpersonalen upplevde utmaningar i kunskap och färdigheter som behövs för vården av infibulerade kvinnor.</p> <p>Utmaningar med kommunikationen mellan vårdpersonalen och patienterna uppstår ofta och vårdpersonalens känslor kommer i vägen för vården av infibulerade kvinnor.</p> <p>Barnmorskorna hänvisade till den svenska lagstiftningen då de mötte problem eller hade olika åsikter än patienterna och deras familjer.</p>
---	--	---	--	---

## **8 Vårdpersonalens upplevelser av den transkulturella vården – En kvalitativ enkätundersökning utförd på hälsovårdscentraler i Jakobstad med omnejd: Linnéa Ravald**

### **Abstrakt**

Transkulturell vård är ett aktuellt ämne i dagens Finland. Eftersom befolkningen blir allt mer mångkulturell ställer det ständigt nya krav på vården. Detta examensarbete handlar om vårdpersonalens upplevelser av den transkulturella vården, med inriktning på hälsovårdscentraler i Jakobstad med omnejd. Syftet med denna kvalitativa studie är att få en inblick i vårdpersonalens upplevelser av den transkulturella vården. Frågeställningarna i arbetet är: hur upplever vårdpersonalen mötet med en patient som har en annan kulturell bakgrund än de själva har och på vilket sätt beaktas den transkulturella vården på deras arbetsplats?

Materialet har samlats in via en elektronisk enkätundersökning, som skickades ut till hälsovårdscentralernas personal och som sammanlagt 46 personer svarat på. Totalt skickades enkäten ut till 8 olika hälsovårdscentraler, inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk och i Kronoby kommun, 98 personer hade möjligheten att besvara enkäten. Enkätsvaren har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys. Utgående från analysen har tre huvudkategorier utformats: personalens upplevelser av den transkulturella vården, kommunikationens betydelse inom transkulturell vård och vårdpersonalens känslor och utmaningar inom vården. En del av resultatet har presenterats i form av diagram för att göra innehållet mer sammanfattat och överskådligt.

Resultatet har reflekterats bland annat mot Gigers och Davidhizars transkulturella vårdmodell, som är den teoretiska utgångspunkten i detta arbete, men också mot annan relevant forskning. I resultatet framkommer det att vårdpersonalen upplever den transkulturella vården utmanande, intressant och givande. Kommunikation, bemötande och respekt är de återkommande ämnen som i denna studie visar grunden till en god vård, men som också är de faktorer som kan vara utmanande för vårdpersonalen. Olika synsätt och värderingar bör beaktas inom vården för att den transkulturella vården ska kunna utformas. Majoriteten av vårdpersonalen tycker att transkulturell vård är ett ämne som arbetsplatserna borde satsa mera på, genom bland annat fortbildning och diskussion.

**Nyckelord:** transkulturell vård, invandrare, kulturell kompetens, bemötande, kommunikation



**Nimike:** Hoitohenkilökunnan kokemuksia transkulttuurisesta hoitotyöstä – Laadullinen kyselytutkimus toteutettu terveyskeskuksissa Pietarsaareissa ja sen ympäristössä

## **Tiivistelmä**

Transkulttuurinen hoitotyö on ajankohtainen aihe nykypäivän Suomessa. Väestöstä tulee yhä enemmän monikulttuurisempi ja se asettaa jatkuvasti uusia vaatimuksia hoitotyölle. Tämä lopputyö käsittelee hoitohenkilökunnan kokemuksia transkulttuurisesta hoitotyöstä terveyskeskuksissa Pietarsaareissa ja sen ympäristössä. Tämän laadullisen tutkimuksen tavoite on saada käsitys hoitohenkilökunnan kokemuksista transkulttuurisesta hoitotyöstä. Tutkimuskysymykset tässä lopputyössä ovat: millä tavalla hoitohenkilökunta kokee kohtaamisen potilaan kanssa, jolla on toinen kulttuurinen tausta kuin itsellä ja millä tavalla transkulttuurinen hoitotyö otetaan huomioon heidän työpaikallaan?

Aineisto on kerätty sähköisellä kyselytutkimuksella, joka lähetettiin terveyskeskusten henkilökunnalle. Yhteensä 46 henkilöä vastasi kyselyyn. Kaiken kaikkiaan kysely lähetettiin kahdeksaan eri terveyskeskukseen, jotka kuuluvat Pietarsaaren Sosiaali- ja terveysvirastoon ja Kruunupyyn kuntaan, 98 henkilöllä oli mahdollisuus vastata kyselyyn. Kyselyvastaukset ovat analysoitu laadullisella sisältöanalyysillä. Analyysiin perustuen on muodostunut kolme eri pääluokkaa: henkilökunnan kokemukset transkulttuurisesta hoitotyöstä, viestinnän merkitys transkulttuurisessa hoitotyössä sekä hoitohenkilökunnan tunteet ja haasteet hoitotyössä. Osa tuloksista on esitelty diagrammien muodossa, jotta sisältö olisi enemmän tiivistetty ja havainnollisempi.

Tuloksia on tarkasteltu Gigerin ja Davidhizarsin transkulttuurisen hoitomallin näkökulmasta, joka myös toimii teoreettisena viitekehyksenä tässä lopputyössä. Tuloksia on myös tarkasteltu muiden asiaankuuluvien tutkimusten näkökulmasta. Tuloksesta ilmenee, että hoitohenkilökunta kokee transkulttuurisen hoitotyön haastavaksi, kiinnostavaksi ja antoisaksi. Viestintä, kohtelu ja kunnioitus ovat toistuvia aiheita, jotka tässä tutkimuksessa luovat perustan hyvälle hoitotyölle, mutta kyseiset tekijät voivat myös olla haasteellisia hoitohenkilökunnalle. Eri näkemykset ja arvot on otettava huomioon hoitotyössä, jotta transkulttuurinen hoitotyö voi muotoutua. Enemmistö hoitohenkilökunnasta on sitä mieltä, että transkulttuurinen hoitotyö on aihe, johon työpaikkojen pitäisi panostaa enemmän, esimerkiksi koulutusten tai keskustelujen kautta.

**Avainsanat:** transkulttuurinen hoitotyö, maahanmuuttaja, kulttuurinen osaaminen, kohtaaminen, viestintä

**Title:** Healthcare workers' experiences of transcultural care – A qualitative questionnaire survey conducted at healthcare centers in Jakobstad and the surrounding area

### **Abstract**

Transcultural care is a current topic in today's Finland. As the population is becoming more and more multicultural, it's constantly putting new demands on the healthcare. This thesis is about the healthcare worker's experiences of transcultural care, with focus on healthcare centers in Jakobstad and surrounding areas. The purpose of this qualitative study is to gain an insight into the healthcare workers experiences of transcultural care. The issues are: how do the healthcare workers experience the meeting with a patient who has a different cultural background than they themselves have, and in what way is the transcultural care at their workplace taken into account?

The material has been collected via an electronic questionnaire, which was sent to the workers in the healthcare centers and a 46 people answered. In total, the questionnaire was sent to 8 different healthcare center, within Jakobstad social and healthcare service, and Kronoby municipality, 98 persons had the opportunity to answer the questionnaire. The questionnaire responses were analyzed with a qualitative content analysis. Based on the analysis, three main categories were formulated: the staff's experiences of transcultural care, the importance of communication in transcultural care, and the healthcare worker's feelings and challenges in healthcare. Some of the results were also presented in the form of diagrams to make the content more comprehensive and easy to survey.

The result has been reflected against Giger and Davidhizar's transcultural assessment model, which is the theoretical starting point in this thesis, but also against other relevant research. In the result, it appears that the healthcare workers experience the transcultural care challenging, interesting and rewarding. Communication, treatment and respect are the recurring subject that in this study show the foundation for good care, but which are also the factors that can be challenging for the healthcare workers. Different approaches and values should be taken into consideration in healthcare so the transcultural care can be formed. The majority of healthcare workers think that transcultural care is an aim that workplaces should invest more in, for example through schooling and discussions.

**Key words:** Transcultural care, immigrant, cultural competence, treatment, communication

## 8.1 Inledning

Rätten till en god vård är ett aktuellt ämne i dagens Finland. Eftersom vårt land blir allt mer mångkulturellt, blir också kraven på en transkulturell vård allt högre. Det är viktigt att vårdpersonal är medveten om olika kulturella aspekter som bör beaktas inom vården, så en jämlik och kvalitativ vård kan ges. Enligt Statistikcentralen (2018a) beviljades under år 2017 totalt 12 219 utländska medborgare finskt medborgarskap. Samma år sökte 5059 personer asyl i Finland (Migrationsverket 2019a). År 2017 bodde det över 373 000 personer i Finland som hade ett utländskt språk som modersmål, bara i Österbotten pratade 6,5 % av invånarna ett annat modersmål än de inhemska språken, dvs. 11 736 personer (Statistikcentralen 2018b). Andelen personer med ett främmande språk som modersmål är också större än andelen med svenska som modersmål i Finland efter år 2014 (Statistikcentralen 2018c).

Österbotten kan ta emot invandrare tack vare tillgången till skolor och arbetsplatser, och eftersom det finns flyktingförläggningar i fler kommuner (Arbets- och näringsministeriet u.å. a). I Lagen om främjande av integration (1386/2010) står det att kommunen ska se till att de kommunala tjänsterna även lämpar sig för invandrare (§30). Från och med år 2010 har Jakobstad, Pedersöre, Nykarleby, Larsmo och Kronoby samarbetat vid mottagningen av kvotflyktingar. Under åren 2017–2019 tar nejden emot 100 kvotflyktingar varje år. Genom samarbetet ser man till att flyktingarna får samma service i alla kommuner (Jakobstad 2017). Kommunerna har en del skyldigheter vid mottagandet, bland annat ska man på förhand ta reda på vilket språk man kan kommunicera via och om tolk är nödvändig (Rauhanen 2013).

Jag kommer i detta examensarbete att fokusera på hur vårdpersonalen vid olika hälsovårdscentraler i Jakobstad med omnejd upplever mötet med personer som har en annan kulturell bakgrund. För att invandrare ska känna sig välkomna och trygga i Finland är det viktigt att vårdpersonalen bemöter dem på ett bra sätt och att kommunikationen fungerar. Är detta något som tas i beaktning i dagsläget? För att ta reda på detta på bästa sätt, har en elektronisk enkät skickats ut till hälsovårdscentralerna, och vårdpersonalen har fått svara på frågorna enligt sina upplevelser angående den transkulturella vården på deras arbetsplats.

Detta examensarbete är ett beställningsarbete av Maj-Helen Nyback och Anita Wikberg för projektet Kulturell kompetens vid yrkeshögskolan Novia.

## **8.2 Syfte och frågeställningar**

Syftet med detta examensarbete är att få en inblick i vårdpersonalens upplevelser av den transkulturella vården. Jag vill fokusera på personalens erfarenheter av att vårda patienter med en annan kulturell bakgrund, hur den kulturella bakgrunden beaktas inom vården och mötet olika kulturer emellan.

Mina frågeställningar är:

- Hur upplever vårdpersonalen mötet med patienter som har en annan kulturell bakgrund?
- På vilket sätt anser vårdpersonalen att den transkulturella vården beaktas på deras arbetsplats?

Jag hoppas att jag genom detta examensarbete väcker tankar och skapar större förståelse för hur den transkulturella vården beaktas på hälsovårdscentraler i Österbotten, närmare bestämt i Jakobstad med omnejd.

## **8.3 Bakgrund**

I detta kapitel beskriver jag begreppet transkulturell vård, vikten av gott bemötande och en fungerande kommunikation. Jag beskriver också vad som är skillnaden mellan invandrare, asylsökande, kvotflyktingar, flyktingar och papperslösa. I kapitlet beskrivs vidare också vilka rättigheter invandrare har till vård i Finland. Information är skriven till största del ur vårdpersonalens perspektiv. I arbetet har jag valt att använda mig av benämningen patient, fast benämningen klient vore lika rätt i de flesta fall. Begrepp som använd i texten förklaras efter hand. Informationen i detta kapitel är tagen från böcker, nätsidor, artiklar, tidigare forskningar och ur den finska lagstiftningen.

### **8.3.1 Transkulturell vård**

Vård är ett begrepp som kan tolkas på många olika sätt, synonymerna är b.l.a. skötsel, omsorg, behandling eller tillsyn (Sjögren & Györki 2010). Eriksson (1986, 16) definierar vård utgående från målet med vårdhandlingen; "*alla de åtgärder som direkt eller indirekt*

*riktar sig mot individen (eller familjen) och/eller individens miljö*". Grunden i vårdandet beskriver Eriksson (1987, 20) som en kärleksgärning. Vidare beskriver hon att begreppet innebär att visa vägen genom att ansa, leka och lära. Att inge tro, hopp och kärlek för att hjälpa någon annan. Hela människan bör ses, både kropp, själ och ande. Det kräver dock ömsesidig vilja från både patient och vårdare för att mötet människor emellan ska lyckas och en relation grundas.

Transkulturell vård betyder enligt Andrews och Boyle (2012, 3-4) att man inom sjukvården beaktar individens kulturella bakgrund, för att kunna utföra både en kulturspecifik och en kulturuniversell vård. Men en kulturspecifik vård menar man bland annat att personens värderingar och tro ska respekteras. Kulturuniversell vård syftar på gemensamma värderingar, normer och livsmönster som en viss kultur anser viktigt. Inom vården kräver det att personalen har kunskap inom den transkulturella vården för att kunna planera, utföra och utvärdera vården så att den passar personen, familjen eller gruppen i fråga. Transkulturell vård kan också benämnas som tvärkulturell vård eller mångkulturell vård, alla med liknande betydelse; att vårda patienter från en annan kultur (Lahdenperä 2004, 15).

Giger och Davidhizar menar att transkulturell vård är ett synsätt där kulturell kompetens, med patienten i fokus och kunskap som bygger på forskning, beaktas inom vården. Kulturen påverkar alla oss människor, fast varje människa är unik. Vi formas efter våra erfarenheter, värderingar och vår tro, som i sin tur överförs från generation till generation. Detta betyder dock inte att alla inom samma kultur tänker eller beter sig på samma sätt. Målet med den transkulturella vården är att uppmärksamma kulturella faktorer hos patienten, så en lämplig och sakkunnig vård kan utformas. (Giger 2017, 5)

Vidare har Ashorn (2011) försökt förklara begreppet global hälsa. Eftersom vården blir mera globaliserad måste man börja studera vård på ett mera öppet plan, läsa om sjukdomar och problem över landsgränserna. Hälsotillståndet varierar mycket från land till land, på grund av exempelvis fattigdom, klimat och ekonomi. Begreppet global hälsa har dock inte riktigt en bestämd betydelse ännu, men man kan förklara det som ett tvärvetenskapligt forsknings-, utbildnings- och verksamhetsområde, där man inriktar sig på frågor angående hälsans globala betydelse, likaså att uppnå jämlikhet inom hälsa

världen över. Ashorn menar att global hälsa måste studeras för att vi ska kunna förbättra och identifiera problem och förbättra jämlikhet inom vården.

### **Kultur**

Kultur är ett slags mönster, ett beteende som formas utefter värderingar, tro, normer och seder som delas av en kulturell grupp. Kulturen leder oss, hur vi tänker och beter oss, och formar oss på ett visst sätt, man kan säga att den guidar oss till våra beslut. Kulturen förmedlas sedan till nästa generation och sprids. Detta ändras med tiden, och därför kan man säga att kulturen är dynamisk. Värderingarna är dock unika för en viss kultur, de har blivit accepterade över en lång tid och anses lämpliga. De olika kulturerna är uppbyggda på attityder, tro, värderingar och moral, men påverkas också av både interna och externa intryck. (Giger 2017, 2–3, 165)

Det vi kan se av en kultur är bara toppen på isberget, enligt Lahdenperä (2004, 14). Vi kan se traditioner, höra språk, historier, berättelser och se produkter såsom musik, mat eller byggnader som vi förknippar till en kultur. Det som är gömt under ytan, men som är lika viktigt för kulturen, är relationer, normer, värderingar, tro, känslouttryck och personlighetsaspekter. För att kunna förstå hur kulturer påverkar oss människor, måste vi lära oss om främmande kulturer och skapa insikt i ämnet. För att ge ett exempel på en specifik faktor, som man borde tänka på inom vården, är personers attityd till smärta. Inom olika kulturer visar man och föreställer sig smärta på olika sätt, till exempel kan vissa kulturer uppfatta att smärtan orsakas av störda relationer till andra människor eller andliga relationer. Smärtan kan beskrivas på olika sätt av kulturella skäl. Beteendet och attityden till smärta går i arv. Detta påverkar också när patienten uppsöker hjälp för sin smärta. För vårdpersonal kan det både vara fascinerande men också irriterande att människor beskriver smärtan så olika, beroende på sitt sociokulturella ursprung. Allt detta handlar i grund och botten om attityder och värderingar (Löfvander 1998, 1113–1114; Hanssen & Lindqvist 2007, 88–90).

Våra värderingar är också tätt sammanknutna med religion. Synen på sjukdom, lidande och död varierar också mycket beroende på vilken religion man tillhör. Det är viktigt att kunna kommunicera och våga fråga patienter och anhöriga angående deras önskemål. Vissa patienter som hör till exempelvis den islamska tron vill bli omskött av en vårdare av samma kön, och inom många religioner är det till exempel anhörigas uppgift att ta hand

om den döde, tvätta kroppen och göra den i ordning enligt deras seder (Nordin & Schölin 2011, 88). Förväntningar på vården kan också vara olika, i vissa länder är det kanske inte lika långa väntetider till vården i hemlandet som i det nya landet. Flyktingar vet kanske inte heller vart man ska vända sig med sina problem i det nya landet, utan önskar hjälp för allt från ett och samma vårdställe (Ejd 2007). Inom vissa kulturer är det också vanligt att vuxna barn tar hand om sina föräldrar där hemma, fast föräldern är i mycket dåligt skick och enligt vårdpersonalen kanske borde vårdas på sjukhus. Familjemedlemmar är överlag en viktig del av vården, eftersom de ofta har mycket information om sina anhöriga och kan vara till stor hjälp inom den transkulturella vården (Andrews & Boyle 2012, 194–197).

### **Kulturell kompetens**

För att kunna vårda personer från olika kulturer, behöver man kunskap om deras kultur. Enligt en studie gjord i Finland av Repo, Vahlberg, Salminen, Papadopoulos och Leino-Kilpi (2017, 98–105) har behovet av utbildning inom olika kulturer noterats och nyutbildade sjukskötare anser sig ha en måttlig kunskap inom olika kulturer när deras utbildning är avslutad. Kompetensen var enligt studien högre om studerande hade kommit i kontakt med olika kulturer ofta eller om personen kunde prata något annat språk utöver de inhemska språken. I studien föreslås att sjuksköterskestuderanden i sin utbildning borde få komma i kontakt med personer, som har en annan kulturell bakgrund, genom exempelvis samarbeten med olika organisationer och gemensamma projekt. Grunden till kulturell kompetens handlar också om att vårdpersonalen tänker över sina normer och sin världsbild. Istället för att lära sig specifika kunskaper om en viss kultur borde professionell etik och moral betonas, så en jämlik och respektfull vård kunde formas globalt.

Kulturell kompetens är något som man lär sig genom hela livet. Begreppet kulturell kompetens förklaras enligt Giger och Davidhizar (Giger 2017, 7) som en dynamisk process, där vården baserar sig på meningsfullhet och där kulturella arv, tro, attityder och beteende utgör en omvårdnadsstrategi. För att utveckla en kulturell kompetens behöver sjukvårdspersonal kunskap inom ämnet, man behöver lära sig att samverka med människor oavsett vilken kultur de kommer ifrån. Kulturell kompetens leder till en mer omfattande men optimal vård, där ras, etnicitet, kön, kulturellt arv och sexualitet inte är den enda utgångspunkten. Det är dock viktigt att komma ihåg att varje individ är unik, alla har vi olika erfarenheter och normer i vårt bagage.

Campinha-Bacote har utformat en modell; *"The process of cultural competence in the delivery of healthcare services"*, vilket på svenska benämns som en modell för kulturell kompetens inom vården. Hennes teori handlar om kulturell kompetens och innefattar en modell; ASKED modellen, där A står för *"awareness"* (medvetenhet), S för *"skill"* (skicklighet), K för *"knowledge"* (kunskap), E för *"encounters"* (möte/sammanträffande) och D för *"desire"* (önskan/lust/begär) (Campinha-Bacote 2002, 181–184; 2003, 64–66). Begreppet kulturell medvetenhet betyder att man känner igen olika kulturella behov, såsom olika normer och värderingar, och respekterar dessa inom vården. Kulturell skicklighet handlar om att kulturen ska beaktas när information samlas in, att man inte kränker patienten eller tar något för givet på grund av deras kultur. För att kunna göra detta behövs kunskap, med kunskap kommer förståelse för andra kulturer. Förståelse över hur andra tänker, uppför sig och lever. Genom att möta patienter från en annan kultur ökar förståelsen, vilket i sin tur ökar vårdarens kulturella kompetens. Sista hörnstenen i ASKED modellen är *"desire"* som kan översättas till många olika synonymer på svenska. Campinha-Bacote menar med begreppet en vilja att lära sig om andra kulturer. Att vårdpersonalen är motiverad, detta är inget man kan lära sig genom att läsa en bok, utan av erfarenhet och vilja. God transkulturell vård grundar sig i förståelse, att se den enskilda individen och respektera personens etniska och kulturella identitet (Campinha-Bacote 2002, 181–184; 2003, 18–63).

Enligt Purnell (2014, 10) finns det fyra olika nivåer av kulturell kompetens; *"unconscious incompetence"*, *"conscious incompetence"*, *"conscious competence"* och *"unconscious competence"* (fritt översatt; omedveten inkompetens, medveten inkompetens, medveten kompetens och omedveten kompetens). Enligt denna teori är vårdaren omedvetet inkompetent om de inte vet om att de saknar kulturell kunskap och medvetet inkompetent om de vet att de saknar kunskap. Medveten kompetens innebär att de har kunskapen och förmågan att ge kulturell omvårdnad, och slutligen betyder omedveten kompetens en naturlig förmåga att utföra kulturell omvårdnad. Vårdpersonalen kan utveckla en "högre grad" av kulturell kompetens via erfarenhet och nyfikenhet.

Förutom att man själv försöker bygga upp en kulturell kompetens, har också organisationens kulturella kompetens stor betydelse. Arbetsplatsen borde ha ett öppet synsätt på transkulturell vård. En kompetent vård baserar sig på att hela hälsovården ger en respektfull service där patientens kultur beaktas. Vården kan utvecklas om man ser de



brister som finns och försöker åtgärda dem, att exempelvis ha vårdpersonal som kan många olika språk är en fördel. All vårdpersonal har en väsentlig del i att forma en bra kulturell kompetens på arbetsplatsen, genom att höra på patientens önskan och föra vidare information om hur man kunde förbättra situationen. (Andrews & Boyle 2012, 211–224)

Carter, Hodson och Crossley (2016) skriver om hur man i England utförde en invandrar "workshop". Lektioner ordnades om hur den komplexa vården, inom alla nivåer och arbetsfält, ska stötta invandrare. Likaså diskuterades vårdbehovet för invandrare, kvinnlig könsstympning och vården vid tortyr. Kommunikationen och att beakta kulturella behov var något som upplevdes utmanande för vårdpersonalen, likaså hur man ska reagera i en krissituation, där patienten har blivit torterad eller har en sjukdom som inte är vanlig i vårdarens hemland. Nyckelordet i dessa "workshops" var att alla människor ska bli behandlade som individer och att man måste ha förståelse för vad människan har gått igenom för att vården ska bli bra. Att kategorisera invandrare, som flyktingar eller asylsökande, ger en klarhet i deras rättigheter, men sjukvårdspersonalen borde bemöta alla som unika människor, alla med en unik bakgrund. Invandrare är många gånger en sårbar grupp, de är kanske rädda att söka sig till vården exempelvis för att de är papperslösa och vill inte bli påkomna eller så förknippas vården med någon obehaglig upplevelse från hemlandet. Vårdpersonen behöver i dessa situationer veta hur man ska gå till väga och agera.

### **8.3.2 Kommunikation**

Vården är till stor del uppbyggd av kommunikation. Kommunikation kan definieras på många olika sätt, men ett sätt att beskriva begreppet är att det handlar om all kontakt människor emellan. Kommunikation innefattar både det verbala och icke-verbala språket. Om vi säger något, men visar något helt annat med vårt kroppsspråk, kan oklarhet lätt uppkomma. Att kommunicera kan vara väldigt känsligt, då är det viktigt att ord och kroppsspråk används på rätt sätt (Dahlkwist 2012, 11). Enligt en studie gjord i Turkiet, av Yakar och Alpar (2018, 1743–1755) är kommunikationen den största utmaningen gällande vården av patienter från en annan kultur. Hela 94,6 % av de 204 sjukskötare som deltog i studien ansåg att språkbarriärerna var den mest problematiska inom transkulturell vård, och många hade enbart fått kunskap angående transkulturell vård via sina egna erfarenheter eller från bekanta. Olika kulturer kan också ha varierande synsätt på

kommunikation, i vissa kulturer är det till exempel inte en självklarhet att patienten själv ska få information om sitt sjukdomstillstånd, utan informationen ska berättas till en viss person i släkten. Om patienten är i mycket dåligt skick, så kan diskussion om döden vara känslig. Inom vissa etniska grupper anses det vara en skyldighet för anhöriga, att skydda sin sjuka familjemedlem från sorliga eller dåliga nyheter. Det är bra att vara påläst om olika kulturer och religioner, så inte missnöjen eller missförstånd uppkommer mellan patient, anhöriga och personal (Hanssen & Lindqvist 2007, 116–138).

För att undvika kommunikationsproblem är det viktigt att vårdpersonalen, men också patienterna, är tydliga med vad de menar, känner in situationen och bekräftar varandra. Vårdaren måste vara lyhörd och ge patienten tid att berätta, och vara professionell i sin vårdarroll. Att tänka på vad man säger, välja sina ord och inte kränka patienten är alltid viktigt. Om vårdaren har kunskap i att vårda patienter från en annan kultur, leder det ofta till att patienten känner sig mera förstådd (Blomberg & Stier 2016). Det lönar sig också att tänka på sitt kroppsspråk som vårdare, till exempel kan vår "tummen upp" gest tolkas som en förolämpning i bl.a. Australien, att skaka på huvudet (vårt nej) tolkas som "ja" i flera medelhavsländer och att ha långvarig ögonkontakt kan upplevas överlägset eller påträngande i andra kulturer (Dahlkwist 2012, 28). Hur personer beter sig vid sjukhusvistelse kan också variera bland kulturer, italienare kan anses som kommenderande och högljudda medan en person med asiatisk bakgrund kan vara mycket tystlåten och inte berätta om sitt tillstånd om man inte frågar hen. Av beteendet kan man då tro att en högljudd person har mera ont och behöver mera vård, men det behöver inte vara fallet. Att ha förståelse i hur kommunikationen fungerar inom en familj från en annan kultur, kan vara till stor betydelse för att patienten ska uppleva vården som god. (Andrews & Boyle 2012, 170–207)

Enligt en studie utförd i Sverige är sjukskötare oroliga för att göra misstag när de kommunicerar med en patient från en annan kultur. Sjuksköterskorna berättade att de är nervösa inför mötet och till och med undvek dessa situationer, för att inte kränka personen i fråga. Eftersom kommunikationen är så viktig inom vården, beskrev sjuksköterskorna vårdmötet som otillräckligt, om kommunikationen inte blev bra. Om vårdaren och patienten inte alls kan prata ett gemensamt språk uppstår problem för båda parter, sjuksköterskorna uppger sig då oroliga för att patienten får bristfällig information. Missförstånd kan också uppstå när vårdpersonalen och patienten har olika förkunskaper,

i studien framkom ett exempel om hur en vårdare frågat sin patient om hen äter vanlig mat. Patienten hade svarat ja. Vad som är "vanlig mat" varierar bland olika kulturer, och om vårdaren inte preciserat frågan kunde missförstånd ha uppkommit. Sjuksköterskorna berättar också i undersökningen om olika strategier de har för att kunna kommunicera med patienter, som pratar ett annat språk. Att använda sig av tolk vid behov är kanske det bästa alternativet, men vårdpersonalen har oftast lite skolning i hur man kommunicerar via tolk. Kroppsspråk och bilder nämndes också i studien som viktiga hjälpmedel. Att försöka vara kreativ och komma på lösningar tar oftast en hel del tid, sjuksköterskorna poängterade att man med intresse för den enskilda individen kan förstå varandra någorlunda, fast kommunikationen är bristfällig. (Jirwe 2010, 438–440)

Wångdahl, Lytsy, Mårtensson och Westerling har gjort en studie angående hälsolitteracitet. Hälsolitteracitet är ett begrepp som omfattar hur en person kan kommunicera, förstå, få tag på, värdera och använda sig av information angående hälsa. För att en person ska kunna vara delaktig i sin vård, måste hälsolitteracitet beaktas. Detta betyder att vårdpersonalen måste tänka på hur man förklarar och pratar om vissa saker, så informationen och kommunikationen är förståelig för patienten. Om hälsolitteracitet beaktas inom vården, blir vården också mera jämlik, likaså rätten till hälsa. Ifall kommunikationsproblem och begränsad hälsolitteracitet kombineras, kan risken för feldiagnostisering eller onödiga sjukhusbesök uppstå. Detta kan också leda till att risken för att insjukna i någon sjukdom stiger, likaså för tidig död. I Sverige har en undersökning angående hälsolitteracitet bland flyktingar gjorts, som visade att hela 60 % av de 455 flyktingar som deltog i studien har en begränsad hälsolitteracitet (Wångdahl et al. 2014, 1). WHO (2013, 4) menar att hälsolitteracitet är grunden till att kunna fatta beslut angående sin hälsa, kunna förebygga insjuknande och förbättra sin livskvalité.

Sjukvårdspersonalen måste respektera och beakta att variationer i kommunikationen förekommer, men man får inte heller glömma vad som står i lagen om patientens ställning och rättigheter (17.8.1992/785), att patienten har rätt att få information om sin vård, sina behandlingsalternativ och sitt hälsotillstånd (§5).

### **8.3.3 Bemötande**

Bemötande kan ske personer emellan, så kallat personbemötande eller mellan, till exempel en sjukhusavdelning och en patient, så kallat organisations- och

verksamhetsbemötande. Hur bemötandet upplevs påverkas av den omkringliggande miljön, likaså ögonkontakt, ordval, kroppsspråk och tonfall (Blennberger 2013, 14–25). Enligt Brodin och Mattson (2014, 380–388) upplever kvinnliga flyktingar i Sverige, att sjukvården bemöter dem respektlöst och kränkande. Männerna håller dock inte med om det, de är rätt nöjda med bemötandet. En stor utmaning för sjukvården är att balansera mellan respekt för kulturella skillnader och etiken inom vården, man måste kunna tänka i nya banor. Vårdaren måste också vilja lära sig om olika kulturer, hur man bemöter patienter överlag och inte kategoriserar patienter. Likvärdigt bemötande, att vårdaren tänker igenom sina egna fördomar och får insikt i sin professionella roll, är viktigt för att bemötandet ska bli meningsfullt.

Blennberger (2013, 133–136) poängterar att man alltid ska försöka möta personer respektfullt, artigt och med empati. Att visa empati för en enskild person kan inom vården ibland leda till att man anses uppmärksamma den personen på ett orättvist sätt, det är viktigt att veta om att detta kan uppstå, så man märker av det innan eventuella problem uppstår. Andra problem som kan uppstå är kulturella värdeskalor, att man som vårdare påverkas av en persons egenskaper eller åsikter, vilket i sin tur leder till ett negativt bemötande. Inom vården är detta inte acceptabelt, man får inte behandla patienter olika, men i det personliga livet går detta inte att bortse från. Professionella bemötandesituationer (vårdare – patient) innefattar oftast också en ojämlik hållning. Det är därför viktigt att vårdpersonalen bemöter sina patienter likvärdigt. Vårdaren har en profession inom ämnet och sitter på mera kunskap, men detta ska inte utspela sig på ett negativt sätt, att man som vårdare nedvärderar patienten, utan man ska försöka skapa en jämlik hållning mot varandra.

Enligt en studie gjord i Vasa av Hemberg och Vilander (2017, 825–828) utgör mänsklig kärlek en grund för god vård, när vårdpersonalen och patienten inte pratar samma språk. Att inge hopp, vara snälla mot varandra, visa medlidande och respekt och inge en lugn, omtänksam vårdmiljö har stor betydelse fast man inte kan kommunicera med ord. Ett vänligt leende kan utgöra grunden för en god vårdrelation. Att finnas där för personen, så hen inte känner sig ensam, inger också trygghet och kräver ingen kommunikation. Många gånger måste vårdpersonalen vara kreativa, försöka komma på lösningar i situationer där kommunikationen inte fungerar så bra, som att exempelvis ge akt på ansiktsuttryck och gester patienten uttrycker. Att vårdpersonal beaktar patientens kultur utformar också

vårdrelationen. Som vårdare behöver man inte acceptera allt det som i en annan kultur anses viktigt, men man borde i alla fall ta reda på, vilken kultur personen hör till och respektera tro och värderingar. Detta gör att man ser patienten som en enskild individ och inger trygghet i vårdrelationen, personen vågar då också lättare framföra sina önskemål angående vården. Ett annat sätt att som vårdare visa respekt för patientens kultur, är att våga fråga och ta reda på särskilda önskemål angående vården, till exempel religiösa aspekter som borde beaktas.

FN:s allmänna förklaring för de mänskliga rättigheterna (1948) lyder; *”Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. De har utrustats med förnuft och samvete och bör handla gentemot varandra i en anda av gemenskap”*. (Suomen YK-liitto u.å)

#### **8.3.4 Förklaring av begreppet invandrare**

I detta kapitel kommer jag att förklara vad invandrare, flykting, asylsökande, kvotflykting och papperslösa betyder. Det är viktigt att veta vad dessa begrepp betyder, inte bara för att skapa klarhet i detta arbete, utan också eftersom många av dessa begrepp används felaktigt i vardagsspråk. Senker (2005, 28–33) skriver i sin bok om de många fördomar vi har mot asylsökanden, att de inte är riktiga flyktingar utan att de vill komma till Europa för att få ett lättare liv. På grund av okunskap uppkommer också rasism, media är tyvärr en stor källa till att rasism sprids.

##### **Invandrare**

Om vi översätter ordet invandra till finska; *”maahanmuuttaja”*, så får man en ganska klar bild vad ordet betyder, nämligen en person som flyttar till ett annat land (Migrationsverket u.å.). Det kan handla om återinflyttade personer de som är födda i Finland, har flyttat till ett annat land, men flyttar tillbaka efter några år. Andra orsaker är att man kommer till Finland för att studera eller arbeta, som flykting, asylsökande eller på grund av familjeförhållanden (Arbets- och näringsministeriet u.å. b). I lagen om främjande av integration (1386/2010) definieras invandrare som *”en person som flyttat till Finland och som vistas i landet med ett tillstånd som beviljats för annat än turism eller därmed jämförbar kortvarig vistelse eller vars uppehållsrätt har registrerats eller som har beviljats uppehållskort”* (§3).

##### **Flykting**

På migrationsverkets hemsida finns en ordlista var ord och begrepp förklaras. Där står det att en flykting är en person som flyr till ett annat land på grund av sitt ursprung,

nationalitet, samhällsgrupp, religion eller politiska orsaker. Flyktingar löper risk för förföljelse i sitt hemland eller det land de kommer från, och vill därför inte söka hjälp via myndigheter i det landet. Flyktingstatus kan beviljas om flyktingen blir beviljad asyl i något land eller om hen enligt UNHCR anses vara en flykting, och på grund av det kan få bli placerad i ett land som kvotflykting (Infopankki 2015). Man räknas också som flykting om man flyr till ett annat land på grund av krig eller naturkatastrofer, men har då ingen flyktingstatus utan måste söka om asyl i landet man flyr till (Röda Korset u.å.a).

### **Kvotflykting**

Riksdagen i Finland beslutar hur många kvotflyktingar landet tar emot per år, de senaste åren har antalet varit 750 personer. De som får komma till Finland som kvotflyktingar har redan flyktingstatus, då de kommer. Personen har varit tvungen att fly sitt hemland och har rest till ett annat land, där hen inte kan bosätta sig. UNHCR väljer vilka flyktingar som borde vidarebosättas, med andra ord omplaceras i ett annat land. Finska myndigheter väljer ut vilka kvotflyktingar som får komma till Finland, när någon kommun har möjlighet att ta emot kvotflyktingar. Denna process kan ta flera år, kvotflyktingarna bor oftast så länge på olika flyktingförläggningar. (Migrationsverket 2019b)

UNHCR är Förenta nationernas flyktingorgan. UNHCR har två viktiga arbetsuppgifter; skydda flyktingar och försöka hitta lösningar på deras problem. De hjälper också till vid återintegreringen när flyktingar återvänder till sitt hemland, och skyddar flyktingarna för våld och kränkningar i det land de flytt till. UNHCR hjälper också till vid katastrofområden, granskar levnads- och arbetsvillkoren för återvändande flyktingar och samarbetar med bl.a. WHO och UNICEF. (UNRIC u.å.)

### **Asylsökande**

Med asylsökande menas en person som ansöker om internationellt skydd, med andra ord asyl, och uppehållstillstånd i ett annat land. Varje människa har rätt att ansöka om asyl i ett annat land, enligt internationella konventioner. En person som söker asyl tar sig själv till ett annat land och meddelar gränsbevakningsmyndigheterna eller polisen att hen vill ansöka om asyl. Det är sedan migrationsverket som tar beslutet om asyl beviljas eller inte (Arbets- och näringsministeriet u.å. c). Personer som blir beviljade asyl får därmed flyktingstatus. Alla sökanden blir inte beviljade internationellt skydd och får därmed inte stanna kvar i landet. Personen kan bli beviljad internationellt skydd om det finns anledning

till att tro att hen blir förföljd i sitt hemland, till exempel på grund av sitt ursprung, nationalitet, religion, politiska åsikt eller för att det är farligt för personen att vistas i sitt hemland (Inrikesministeriet u.å.). Så länge som asylansökan behandlas bor den sökande oftast på en flyktingförläggning, eller i en lägenhet som förläggningsordnan. Om asylansökan godkänns får den sökande asyl, alternativt skydd eller uppehållstillstånd på andra grunder, och får därmed flytta till en kommun i Finland. Asyl och alternativt skyddsbehövande beviljas för fyra år åt gången, men om den sökande får uppehållstillstånd på andra grunder är det för ett år åt gången (Migrationsverket 2019a).

### **Papperslösa**

En papperslös person, eller illegal invandrare som personerna också kan benämnas som, vistas olagligt i ett land, utan uppehållstillstånd eller efter att uppehållstillståndet har gått ut. Om exempelvis en asylsökande får avslag på sin ansökan om asyl överklagar men blir nekad asyl igen, blir hen efter en viss tid papperslös. Personen erbjuds först möjligheten till att frivilligt resa tillbaka till sitt hemland, men om hen inte återvänder vistas personen illegalt i landet. Detta är en mycket sårbar grupp. Myndigheterna har en viss skyldighet att hjälpa de papperslösa, med åtminstone mat, tak över huvudet och akut hälsovård. Papperslösa får också hjälp av Röda Korset. (Röda Korset u.å. b)

### **8.3.5 Rättigheter inom vården för invandrare**

I Finland har invandrare, som har en hemkommun i landet, rätt till vård inom den offentliga hälso- och sjukvården på samma villkor som övriga kommuninvånare. Det är magistraten i Finland som antecknar vilken hemkommun man har, oftast den kommun man bor i efter att man flyttat till Finland. När hemkommunen är bestämd spelar det inte någon roll från vilket land man har kommit till Finland, eller om man har en giltig sjukförsäkring eller inte. Om personen inte har en hemkommun i Finland, och ingen internationellt avtal tillämpas (om personen är från exempelvis Australien eller Israel kan ett sådant avtal beaktas), har hen enbart rätt till brådskande vård. Med brådskande vård menas brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård, psykosocialt stöd och sådan vård som måste bedömas omedelbart och var behandlingen inte kan skjutas upp, exempelvis akut sjukdom, kroppsskada eller funktionsnedsättning. Studeranden som tillfälligt är i Finland har rätt till skolhälsovård, men för utländska arbetstagare kan rätten till arbetshälsovård variera beroende på om man har en hemkommun eller inte, och från vilket land man är och om man via arbetet har en sjukförsäkring (FPA:s handbok 2015). I hälso- och

sjukvårdslagen (30.12.2010/1326) § 50 står det: *”Brådskande sjukvård, inbegripet brådskande mun- och tandvård, mentalvård, missbrukarvård och psykosocialt stöd, ska ges till den patient som behöver det oberoende av var han eller hon är bosatt”.*

Kvotflyktingar och de asylsökanden som blir beviljade asyl har som tidigare nämnts samma rätt till vård som andra kommuninvånare inom den offentliga hälso- och sjukvården, eftersom de har en hemkommun. När kvotflyktingar kommer till kommunen har de rätt till en hälsoundersökning och screening undersökning – dessa är dock frivilliga (Rauhanen 2013, 16). Enligt lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) måste dock flyktingar som misstänks ha tuberkulos testa sig (§16). Österlund (2000, 5520) påpekar att smittosamma sjukdomar inte följer ”kategorier”, man kan inte särskilja sjukdomar och anta att de hör till en viss grupp. Att flyktingar, beroende på om de är asylsökande eller kvotflyktingar, får genomgå olika slags undersökningar är därmed en brist i systemet. I hans studie visar det sig att ca 40 % av alla invandrare som kommit till Sverige genomgått en hälsoundersökning.

Enligt FPA:s hemsida (2018) har asylsökanden rätt till hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas av mottagningscentralen. Asylsökanden bor ofta vid förläggningar/utvalda lägenheter tills deras ansökan är färdigbehandlad. Via mottagningscentralen ska den asylsökande få genomgå en hälsoundersökning och screening av smittsamma sjukdomar. Om det är nödvändigt har personen också rätt till socialservice och brådskande hälsovård. Barn har samma rättigheter till sjukvård som andra kommuninvånare och om barnet är under 7 år har det rätt till rådgivningstjänster, alla barn har rätt till vaccinationer. Personer som är gravida, långtidssjuka, äldre, personer med en funktionsnedsättning och traumatiserade personer har rätt till de hälsovårdstjänster som är nödvändiga för dem (Social- och hälsovårdsministeriet u.å. a).

Delilovic, Kulane, Åsbring, Marttila och Lönnroth (2018, 4–7) har forskat i hälsoundersökningen som asylsökanden erbjuds i Sverige. Enligt den, anser vårdpersonal att undersökningen är till nytta, både för patienterna och samhället. Dock anser en del av vårdpersonalen att hälsoundersökningen fokuserade mest på att hitta infektionssjukdomar, mindre att kontrollera om personer har andra sjukdomar. Den mentala vården får också kritik, många anser att den mentala hälsan borde få mera utrymme i hälsogranskningen. Traumatisiska händelser är viktiga att få möjligheten att



prata om. Eftersom flyktingar inte finns med i något journalsystem i det nya landet, vet man ingenting om deras hälsa, tidigare sjukdomar eller läkemedelsbehandlingar, därför är det viktigt att hälsogranskningen ska få ta sin tid, så all information kommer fram. Vårdpersonalen borde också ha en bättre inblick i hur flyktingprocessen gått till för patienten, så hälsoundersökningen berör personen på rätt sätt. Det hör också till att vårdpersonalen ska informera flyktingarna om hur vårdsystemet fungerar i det nya landet.

I Jakobstad följer man en hälsoundersökningsmodell för kvotflyktingar, där det poängteras att hälsoundersökningen helst ska göras inom två veckor efter att personen anlänt till kommunen. Det är flyktingkoordinatören som tar kontakt med hälsovården, hälsovårdare/sjukskötaren bokar tid för hälsogranskningen, laboratorieprover och röntgen. Dessa tider meddelas sedan via flyktingkoordinatören till personen i fråga. I hälsoundersökningen ingår bland annat en kartläggande intervju, där man vill få reda på personens bakgrund, tidigare och nuvarande sjukdomar, medicinering, vaccinationer, graviditeter, tidigare operationer, omskärelse och hälsovanor. Vitala funktioner kontrolleras, och diskussion angående nuvarande symtom och behov av mentalvårdstjänster. Vidare görs en läkarundersök om det behövs, för att utreda exempelvis anemi eller besvär från hjärta, lungor eller buken. En annan orsak till läkarbesök kan också vara att bedöma ett barns ålder. Ett besök till en munhygienist rekommenderas också. Efter denna hälsoundersökning blir personen patient hos den kommunala hälsovården. (Rauhanen 2013, 16–19)

Papperslösa personer har rätt till akut vård i Finland, men måste själv betala vården om hen inte har rätt till hälsovårdens tjänster på grund av EU-lagstiftningen eller internationellt skyddsavtal. All icke-brådskande vård måste personen också betala själv, om sådan vård behövs. I flera städer erbjuds dock hälso- och sjukvård för barn och gravida, till samma pris som övriga invånare. Om personen inte vill söka sig till den offentliga sjukvården så finns bland annat Global Clinic, som är en klinik dit personer som vistas olagligt i landet kan vända sig för att få kontakt med sjukskötare eller läkare. Kliniker finns i sex olika städer (Helsingfors, Tammerfors, Åbo, Joensuu, Uleåborg & Lahtis). De har avgiftsfria tjänster och anmäler inte sina kunder till polisen eller andra myndigheter (infoFinland 2019). Andra privata organisationer finns också.

Att ta emot patienter som är invandrare kräver en hel del av vårdpersonalen, bland annat kan de ha sjukdomar som inte är vanliga i Finland. Att göra en kartläggning av deras vårdbehov kan ta längre tid på grund av språkbarriärer, kanske en tolk är inblandad och vårdbesöket blir längre än ett vanligt mottagningsbesök. Invandrare kan också ha en annan förväntan på vården än vad vårdpersonalen är vana med. I fler kommuner runt om i Finland har man därför en skild invandrarhälsovård (Rauhanen 2013,18–19). I vissa fall kan invandrare också ha svårt att lita på personalen, om de till exempel inte känner sig trygga i vårdsituationen eller inte förstår vårt finländska vårdssystem. Om personen känner att hen inte har kontroll över situationen, är otrygghet ett faktum. Interaktionen mellan patient och vårdpersonal har stor betydelse i detta fall, den påverkar inte bara hur vården utformas utan också resultatet av läkemedelsbehandlingen och olika behandlingar. Om inte patienten kan lita på vårdsystemet påverkas med andra ord hela vårdprocessen (Hanssen & Lindqvist 2007, 90–92)

### **Jämlig vård och rätt till hälsa**

I WHO:s plan för invandrares och migranternas hälsa står det att migranter, asylsökande och flyktingar borde ha rätt till vård. Lagar och direktiv borde formuleras utifrån de mänskliga rättigheterna. Internationella riktlinjer som gäller för alla medlemsstater, inom Europa, håller på att förnyas och ska vara färdiga till år 2020. Både internationella och nationella lagar ska stödja vården, så diskriminering reduceras och en rättvis vård kan utformas för alla invandrare. Med direktiven vill man minska på barriärerna för invandrare att söka sig till vård, och ge information till allmänheten angående invandrares rättigheter (World Health Organization 2016, 11–12). WHO (1948) definierar hälsa på detta sätt: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”*. Översatt till svenska: Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning. WHO är den viktigaste internationella samarbetspartnern för att utveckla, och utvärdera hälsopolitiken i Finland (Social- och hälsovårdsministeriet u.å. b).

Werkö (2004) beskriver att man kan anse hälsa höra till en av de mänskliga rättigheterna. För att vi ska uppleva hälsa ställer det också vissa krav på samhället; *“en fungerande infrastruktur och tillgång till adekvat sjukvård”*. Men en fungerande infrastruktur menar han bland annat frihet från våld, tillgång till rent vatten, vaccinationer och ett fungerande smittskydd. Tillgång till adekvat sjukvård syftar främst till primärvården och

läkemedelsbehandling. Dessa två krav uppfylls i Finland, men på många ställen runt om i världen uppfylls de inte. Detta kan man tolka som att en stor del av befolkningen inte har förutsättningarna för att rättigheten om hälsa ska nås.

En studie gjord i Sverige, år 2015, fokuserar på hur jämlikheten i vården ser ut. Nyblivna somaliska mammor, vårdcentralens patienter med utländsk bakgrund och representanter för patientföreningar deltog i studien via intervjuer. I studien framkom bland annat att de nyblivna somaliska mammorna tyckte att ojämlikhet kan uppkomma till följd av språket, de var också missnöjda med bemötandet på vårdcentralerna och besvikna på vården. När patienterna vid vårdcentralerna skulle definiera begreppet vård på lika villkor, blev svaret något i stil med att känna sig välkommen och bli behandlad som vilken medborgare som helst. Patienterna tyckte att vården kan bli mera jämlik om man anställer vårdpersonal med olika bakgrunder som ger tydlig information om hur vårdsystemen fungerar. Somliga av patienterna tyckte att vården är jämlik i Sverige, och en av patienterna påpekar att det är enklare att anpassa sig till nya system och regler, om man har en utbildning i det nya landet. Bristen på tillgång till tolk var dock ett problem, som patienterna lyfte fram. För att förbättra vården och göra den mera jämlik för alla ansågs läkarkontinuitet, tillräckligt med besökstid, tillgängligheten, kommunikationen och bemötandet ha stor betydelse. Vårdpersonalens attityder till invandrare påverkar också medicinska beslut, vårdkvalitén och hälsoresultat enligt denna studie. (Akhavan 2015, 189–199)

### **Rätt till tolk**

I lagen om patientens ställning och rättigheter (17.8.1992/785) står det: *”Patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han företräder skall i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet.”*(§3). Att patienten har rätt till information om sitt hälsotillstånd (§5) och självbestämmanderätten poängteras också i lagen (§6). Bestämmelserna om patientens rätt till tolk finns i språklagen (6.6.2003/423), var det står: *”Var och en har dock rätt att bli hörd på sitt eget språk och att använda sitt eget språk i ärenden som väcks av en myndighet och som direkt gäller grundläggande rättigheter för honom eller henne eller någon som är i hans eller hennes vård...”* (§ 10). I §18 står det också att myndigheter ska ordna avgiftsfri tolkning för den som har rätt till det enligt lagen. Patienter har också rätt att få dokument översatta till ett språk, som hen förstår (§20 & §22).

I en studie gjord i Finland, där hälsovårdare deltog, framkom att man inom vårdutbildningen inte får någon skolning i hur man jobbar tillsammans med en tolk fast behovet finns. Tillgången till tolkar är också bristfällig, detta kan leda till att någon av patientens familjemedlemmar får agera tolk, vilket i sin tur leder till flera etiska problem. Ett barn ska inte behöva tolka föräldrarnas sjukdomsbild, och i vissa fall uppstår säkerligen kränkningar på privatlivet. Om patienten inte kan lita på tolken berättar hen heller inte hela sanningen, därför borde samma tolk användas vid varje vårdbesök. Tolkens professionalitet, vårdpersonalens kunskap och patientens uppfattning av tolken är exempel på faktorer som påverkar hur samtalet, och likaså vården, utformas. Om tolken inte befinner sig på plats vid vårdbesöket, utan samtalet tolkas via telefon, upplever vårdpersonalen situationen svår och stressande. Att arbeta tillsammans med en tolk, gör också att vårdmötet tar längre tid, i studien har vårdpersonalen nämnt att det behövs nästan dubbelt mera tid med patienten. (Eklöf, Hupli, Leino-Kilpi 2014, 143–150)

Guregård (2007, 200–202) belyser också hur viktigt själva valet av tolk kan vara, patienten ska kunna lita på tolken. Om tolken är en kvinna eller en man, kan ha stor inverkan på patientens tillit, likaså om patienten har tillgång till samma tolk vid varje vårdmöte. Detta kan vara en förutsättning för att tillit ska kunna byggas, så patienten vågar öppna sig och berätta om sin bakgrund eller sina bekymmer. Att också skriftlig information kan ges på ett språk patienten förstår är viktigt. Annars kan inte patienten ta kontroll över sina hälsovårdsbeslut. Vårdpersonalen borde också informera om vart man kan vända sig med akuta ärenden, hur vårdsystemet fungerar och att det finns privata sektorer dit man också kan söka sig för att få vård. Likaså borde rätten till tolk informeras om, i ett tidigt skede. Ifall informationen ges i tid kan personen lättare ta kontakt och söka sig till rätt mottagning. Vårdpersonalen bör också försäkra sig om att patienten verkligen förstått den information som getts, ifall vårdare och patient talar olika språk (Straiton & Myhre 2017, 352–359).

#### **8.4 Teoretisk utgångspunkt; Den transkulturella vårdmodellen**

I detta examenarbete har jag valt att använda mig av "Transcultural Assessment Model" som teoretisk utgångspunkt. Jag valde denna teori för att jag tyckte den passade bra att använda sig av i detta arbete, den är relativ enkel att förstå och har många konkreta exempel på hur den kan användas i praktiken. Denna transkulturella vårdmodell är

framtagen av Joyce Newman Giger och Ruth Davidhizar. Teorin fick sin början år 1988 när Giger och Davidhizar blev utmanade av en klass sjuksköterskestuderande som studerade i Bethel Collage, USA, att utforma en modell för hur man inom vården bedömer patienter med olika kulturella bakgrunder. Giger och Davidhizar märkte att studeranden hade svårt att hitta litteratur angående hur man ska planera vården för patienter med en annan kulturell bakgrund (Giger 2017, x-xi). Många tidigare teorier som berör den transkulturella vården har varit svåra att förstå eller inte direkt lämpade för vårdpersonal. Giger och Davidhizar började därför forska vidare inom temat, för att utveckla ett praktisk bedömningsredskap som kan användas för att utvärdera kulturella variationer och deras påverkan på hälso- och sjukdomsbeteendet. Deras teori presenterades år 1991 (Giger 2017, 5-7).

Gigers och Davidhizars transkulturella vårdnadsteori består av sex kulturella fenomen, som borde tas i beaktande för att en god omvårdnad ska kunna utformas av vårdpersonalen. Vårdpersonalen måste kunna använda sig av transkulturella fakta på ett skickligt sätt, eftersom populationen förändras hela tiden. De sex fenomenen som man borde ta hänsyn till är kommunikation (eng. communication), utrymme/livsrum (eng. space), social organisation (eng. social organization), tid (eng. time), miljökontroll (eng. environmental control) och biologiska variationer (eng. biological variations). Alla dessa fenomen utgår från en kulturell unik individ (eng. culturally unique individual) som är formad utifrån kultur, etnicitet och religion. (Giger 2017, 5-11)

**Kommunikation:** innefattar både verbal och icke-verbal kommunikation såsom språk, skrift, ordförråd, grammatik, röstläge, gester, ansiktsuttryck, kroppsspråk, humor mm. Kommunikation är människans sätt att anknyta till varandra, via den förmedlar man sig till andra. Både verbal- och icke-verbal kommunikation och skriftlig kommunikation kan påverka en annan människa. Hinder i kommunikationen kan till exempel vara språkproblematik, missförstånd eller okunskap i hur kulturella faktorer påverkar kommunikationen. Synen på kroppskontakt, beslutsfattande eller själva kommunikationsstilen varierar mellan olika kulturer, och kan i sin tur påverka kommunikationen mellan patient och vårdare. (Giger 2017, 19-22)

**Utrymme/livsrum:** Personligt utrymme varierar från person till person. Fenomenet syftar på både området runt omkring en person, men också det inre personliga utrymmet, som tillsammans utformar personens komfortzon. Hur vi uppfattar detta styrs utifrån vårt sensoriska system, vilka syn-, hörsel-, känsel- och luktintryck vi får från omgivningen. Fast det personliga utrymmet är individuellt, så kan man se vissa gemensamma drag inom olika kulturer och länder, exempelvis tycker människor från norra Europa att det är jobbigt att trängas med andra människor, de behöver ett större personligt utrymme för att känna sig bekväma, än vad människor från Japan och Arabländerna behöver. Det kan kännas kränkande om man exempelvis står väldigt nära en person när man pratar, då det personliga utrymmet invaderas. Tecken på detta är att personen backar, flyttar sig längre bort eller inte vill ha ögonkontakt. Detta kan ske inom vården och bör uppmärksammas. (Giger 2017, 41–50)

**Social organisation:** I den sociala organisationen ingår familjen. Hur man definierar ordet familj varierar också bland oss människor. Somliga anser att ordet innefattar en kvinna som är gift med en man och som har barn tillsammans. Alla familjer är inte uppbyggda på detta sätt, en familj kan bestå av ett gift par utan barn, ett ogift par med barn, en ensamstående förälder med barn, ett par av samma kön mm. Som vårdare är det då viktigt att inkludera de familjemedlemmar som ingår i patientens familj (Giger & Davidhizar 2008, 68–81). Hur vi reagerar i olika situationer, så kallat kulturellt beteende, hör också till den sociala organisationen. Kulturellt beteende är ett beteende vi socialt har förvärvat, inte ärvt av tidigare generationer. Denna process kallas för på engelska "*enculturation*", barn lär sig exempelvis hur man ska bete sig genom att observera vuxna. Om vårdpersonalen har kunskap om hur en person med en viss kulturell bakgrund beter sig i olika situationer, som vid födsel, dödsfall, sjukdom eller ohälsa, kan man skapa en bättre vårdrelation med både patienten och anhöriga. Detta gör också att man ser patienten som en enskild individ, som ingår i en helhet. Om vårdpersonalen däremot anser sin egen kultur bättre än andras, så har man ett etnocentriskt synsätt, som kan leda till problem i vårdssammanhang. Till exempel är omskärelse i många länder en kulturell tradition, medan det i västvärlden inte anses acceptabelt. Annat som kan skilja sig åt från olika kulturer är synen på vem som har rätt till information, uppfostran, giftermål och religiösa åsikter (Giger 2017, 58–84).

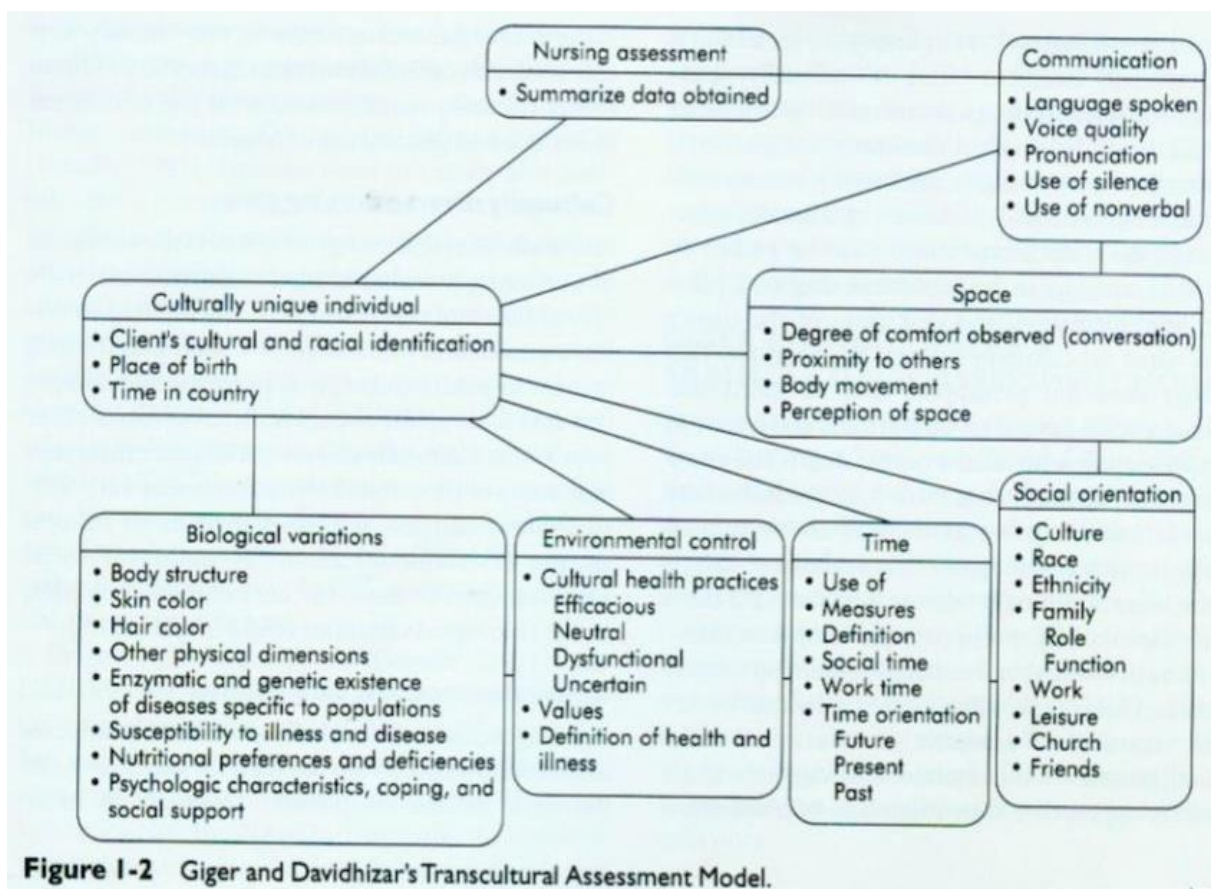
**Tid:** Tid uppfattas på olika sätt inom olika kulturer. Vi utvecklas, åldras, lär oss och skapar minnen associerade med tiden. Tid kan mätas på många olika sätt, exempelvis enligt klockan, kalendern, dagar, veckor eller relaterat till vissa händelser såsom exempelvis Kristi födelse. Sätt att tänka sig tiden varierar mycket, från land till land, men också mellan kulturer. Vissa kulturer använder sig inte alls av klockan eller tänker sig tiden som flexibel, att det inte är så viktigt att följa klockan. I ett vårdssammanhang tänker sig kanske dessa patienter att det inte har så stor betydelse när de kommer till sin bokade läkartid, utan att besöket börjar när personen dyker upp. Det är viktigt att vårdpersonalen vet om att tid ses på olika sätt, så man kan förebygga missförstånd och planera nuet så effektivt som möjligt. (Giger 2017, 89–103)

**Miljökontroll:** Miljökontroll handlar om hur människan kan planera och påverka sin egen omgivning, hur vi ser på miljön runt omkring oss. Hälsan påverkas av miljön via exempelvis vad vi äter eller vilka förebyggande insatser som finns att tillgå. I västvärlden är det biomedicinska synsättet mest accepterat, men det finns många andra synsätt på medicin och vård bland andra kulturer. Beroende på synsätt kan man uppfatta och hantera sjukdom på olika sätt, både synen på hälsa och ohälsa kan variera mellan kulturer och detta bör beaktas inom vården. Exempelvis är alternativmedicin, religiösa- eller ekologiska alternativ också olika synsätt på vårdmetoder. Värderingar hör också till miljökontroll, dessa styr människans liv på ett visst sätt. Vi växer upp med dessa värderingar och den kulturella aspekten har stor betydelse. Det kulturella synsättet kan handla om inre eller yttre kontroll, om människan tror sig kunna påverka sitt liv eller inte, eller exempelvis om sjukdomen anses som ett gudomligt straff. Oberoende vad man tror på så är balans och harmoni viktigt för människan, för mycket eller för lite av något leder ofta till ohälsa. (Giger 2017, 107–117)

**Biologiska variationer:** De biologiska variationerna mellan olika kulturer uppfattas inte alltid lika självklara som andra variationer kulturer emellan, såsom exempelvis kommunikation och sociala organisationer. Varje individ är unik, men vissa genetiska likheter kan ses inom olika etniska grupper. Genom att känna till dessa biologiska variationer hos olika etniska grupper kan vården också anpassas bättre. Likheter kan ses bland annat i kroppsbyggnad, hudfärg, genetiken, EKG mönster, nutrition och

karaktäristiska skillnader i utseendet. Genetiska mönster av uppkomsten av olika sjukdomar, såsom diabetes, tuberkulos och högt blodtryck, kan också ses. Psykisk hälsa kan dock inte jämföras kulturer emellan, eftersom definitionen på psykisk ohälsa variera så mycket, och för att ämnet inte har studerats tillräckligt. (Giger 2017, 121–151)

Utöver dessa fenomen poängterar Giger och Davidhizar (2008, 8–11) att vårdarens bedömning av mötet med patienten och patientens individuella kulturella personlighet är av stor betydelse. Hur personen själv definierar sin kultur och etnicitet är viktigt att ta reda på, likaså kan det ha betydelse hur länge personen har bott i det nya landet. Vårdpersonalen måste försöka förstå de kulturella behoven patienten har. I vårdbedömningen kan frågor angående kost, religion, önskan om vården och andra öppna frågor ställas så patienten kan berätta om sin kulturella bakgrund på ett öppet sätt. Figuren nedanför sammanfattar teorins uppbyggnad.



Källa: Skannad från Appel & Giger 2017, 6.



## 8.5 Metod

Jag valde att utföra denna studie som en kvalitativ enkätstudie, med både öppna och slutna frågor. I en kvalitativ studie vill man studera personers erfarenheter, försöka förstå innebörden av ett sammanhang och få mer kunskap (Henricson & Billhult 2012, 130). Jag ville också göra resultatet på de slutna frågorna tydligt, i diagram format, därmed blir studien också till en viss del kvantitativ (Billhult & Gunnarsson 2012a, 116).

### 8.5.1 Urval

Enkäten skickades ut till all vårdpersonal som arbetar på hälsovårdscentraler inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk och till Kronoby kommuns läkarmottagningar, som hör under Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun, Soite. Sammanlagt åtta mottagningar fick enkäten utskickad via e-post. Jag har valt att fokusera på denna grupp, eftersom det intresserar mig och jag tror att den transkulturella vården är rätt så synlig vid hälsovårdscentralerna. Deltagarna är alltså inte slumpmässigt utan strategiskt utvalda (Henricson & Billhult 2012, 130). Efter cirka tre veckors svarstid hade sammanlagt 46 personer svarat på enkäten, tre hade svarat på den finska versionen och 43 på den svenska. Efter dessa veckor stängdes enkäten. Totalt hade 98 personer tillgång till enkätundersökningen.

### 8.5.2 Enkät som datainsamlingsmetod

För att göra en bra enkätstudie måste man ha ett tydligt syfte och frågor och svarsalternativ ska vara tydliga och välformulerade. I denna studie används en elektronisk enkät, som är konstruerad och utskickad via programmet "Forms", där deltagarna direkt kan svara på enkäten via en elektronisk länk till formuläret. Fördelar med att göra en egen enkät är att man kan ställa exakt de frågor man vill ha svar på, nackdelen är att frågorna kan missförstås eller att resultatet inte går att tolka (Billhult & Gunnarsson 2012b, 140–146). När en enkätstudie görs är alla svar viktiga för att kunna analysera resultatet. Eftersom man inte kan uppmuntra deltagarna att svara på enkäten, efter att den blivit utskickad, så kan man istället förklara i följebrevet (missivet) varför studien görs och därmed väcka deras intresse för att svara (Patel & Davidson 2011, 75).

Enkäten var standardiserad, alla deltagare fick en likadan enkät att svara på, med både öppna frågor och bestämda svarsalternativ. De första frågorna var mera allmänna frågor, såsom ålder, kön och yrke. Enkäten var sedan uppbyggd med relevanta svarsalternativ och

frågor som täcker alla delområden i denna studie. Det är viktigt att frågorna är rätt formulerade, eftersom man inte kan komplettera när enkäten väl är utskickad, som vid en intervju.

Enkäten var uppbyggd med en "omvänd tratt-teknik", som betyder att efter de öppna frågorna går man direkt in på ämnet med specifika frågor. I slutet av enkäten fanns plats för mera öppna frågor, som är mer övergripande. Enkätfrågorna ska vara enkla att förstå. Dubbel-frågor och fackuttryck undviks så gott det går. De fasta svarsalternativen bestod av ja/nej svarsalternativ, frekvenser (aldrig, under 5 gånger, över 5 gånger), graderad inställning (bra, till viss del, inte så bra, dåligt) och listor med olika svarsalternativ att välja mellan. För att den som svarar på enkäten ska hållas motiverad och inte fastna i ett svarsmönster är det viktigt att variera svarsalternativen, vilket har beaktats i enkäten (Patel & Davidson 2011, 76–80). Jag har själv konstruerat enkäten i dataprogrammet "Forms" för att ställa exakt de frågor jag önskar få svar på. Enkäten är skriven på både svenska och finska, och båda versionerna finns bifogade i slutet av detta examensarbete (Bilaga 1 och Bilaga 2). En vän till mig har hjälpt mig med den finska versionen, så översättningen blivit rätt. Personen i fråga är tvåspråkig (svenska och finska) och studerar de inhemska språken på Vasa universitet, hon har avlagt kandidatexamen och håller på att studerar vidare till magister. Enkäten har lästs igenom flera gånger på båda språken, för att säkerställa att frågorna är formulerade på samma sätt, har samma innebörd och samma svarsalternativ.

### **8.5.3 Dataanalysmetod**

Svaren på de öppna frågorna i enkäten analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. De slutna frågorna presenteras i form av statistiska diagram. Studien överlag är uppbyggd med ett induktivt förhållningssätt. Detta betyder att studien har en mera öppen synvinkel, slutsatserna dras utgående från upplevda erfarenheter. Ett undantag är den fråga i enkäten som är uppbyggd utifrån den transkulturella vårdmodellen, den är konstruerad på ett deduktivt sätt. Slutsatserna kan heller inte ses som en total sanning, olika påståenden formar materialet och eventuella förklaringar kan utformas. En del forskare kallar detta för en analytisk induktion. (Kvale & Brinkmann 2014, 238– 239)

### **Kvalitativ innehållsanalys**

I detta examensarbete användes en kvalitativ innehållsanalys som dataanalysmetod. Enligt Danielson (2012) är kvalitativ innehållsanalys både en beskrivande och tolkande analysmetod. Den har sin grund i både det kvantitativa och kvalitativa synsättet som gör den mångsidig att arbeta med. Oftast används metoden för att analysera kvalitativa texter. Det finns många olika synvinklar på hur man utför en innehållsanalys, men jag har valt att utgå från Graneheim och Lundmans (2004) metod som beskrivs nedan:

Graneheim och Lundman (2004) har beskrivit analysmetoden med sex olika begrepp; analysenhet, domän, meningsenhet, koder, kategorier och teman. Med analysenhet menar man att målet med undersökningen är hur personer blir påverkade av en viss händelse, vad som händer eller hur man berörs. Det kan handla om en person eller en utvald grupp varifrån man samlar data med hjälp av intervjuer, observationer eller som i mitt fall enkäter. Med domän avser man exempelvis svar på enkäten, desto flera frågor desto flera domäner. Dessa kan då i sin tur analyseras. Meningsenhet, ord med samma innebörd, utgör det gemensamma budskapet i en text. Via dessa gemensamma ord kan man få fram det väsentliga för sin analys, som utgör underlaget för nästa steg; koder. Koder bildas för att skapa ett sammanhang i texten, koderna grupperas ihop och bildar olika kategorier och teman. De koder som bildar en kategori har alla liknande innehåll, teman kan ses som en röd tråd och binder samman flera kategorier som vidare kan tolkas på olika sätt. Efter att jag hade läst igenom mina enkätsvar ett antal gånger, började jag analysera svaren utgående från modellen som beskrivs ovan (Danielson 2012, 329–333).

### **Beskrivande statistik**

Beskrivande statistik, eller deskriptiv statistik, är ett sätt att komprimera och sammanfatta det material man fått fram via studien. Ålder och kön, och annan väsentlig grunddata om de som varit med i studien beskrivs på ett tydligt sätt via denna form av statistik. En sammanfattning av resultatet läggs först upp i en grundtabell och sedan i en mera beskrivande tabell. Grundtabell kan bli väldigt omfattande och otydlig om många personer har deltagit i studien, men är ett utgångsläge för att den beskrivande tabellen ska kunna utformas. Ett medelvärde eller typvärde (vilket svar som framkom flest antal gånger) av exempelvis åldern kan sedan räknas ut och beskrivas i den senare nämnda tabellen. (Billhult & Gunnarsson 2012c, 305–313)

#### 8.5.4 Etiska överväganden

Jag följer de etiska grunderna och principerna inom forskning som Kjellström (2012, 71–74) beskriver; att inte utnyttja, skada eller sårta andra människor. Jag vill inte kränka någon, alla personer som deltagit med information till mitt examensarbete har ställt upp frivilligt. Studien har utförts rättvist och datamaterialet är konfidentiellt. Enligt Forskningsetiska delegationens anvisningar (2012) handlar god vetenskaplig praxis ur ett forskningsperspektiv bland annat om att man är noggrann, planerar, utför och rapporterar insamlad data på rätt sätt, använder sig av lämpligt material, tar hänsyn till andra forskares arbeten och hänvisar till olika källor på rätt sätt.

Före enkäten skickades ut till hälsovårdscentralerna hade jag kontakt med min handledare som kommenterade enkätens uppbyggnad. Avdelningsskötare på läkarmottagningarna inom Kronoby kommun gav genast tillstånd för enkätundersökningen. För att få skicka ut enkäten till hälsovårdscentralerna inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk behövde jag tillstånd. Blanketten "anhållan om tillstånd för forskning och lärdomsprov" skulle fyllas i, och att informationsbrevet (Bilaga 3) och en forskningsplan skulle bifogas. Efter att ha fått godkännande till att utföra studien skickades enkäten tillsammans med informationsbrevet elektroniskt, via avdelningsskötarna, ut till all vårdpersonal på hälsovårdscentralerna inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk och till Kronoby kommuns mottagningar. I informationsbrevet framkom syftet med examensarbetet, vad enkäten handlar om och vad svaren kommer att användas till. Information om att svaren är konfidentiella och att man genom att fylla i enkäten ger sitt samtycke till att delta i studien framkom också. Enkäten gick att besvara i 3 veckor, när halva tiden gått skickades en påminnelse till hälsovårdscentralernas avdelningsskötare för att be dem påminna personalen om enkäten och uppmuntra till deltagande. Efter att enkätsvaren blivit nerladdade till en privat dator, raderades enkäten. Svaren går inte att spåra eller urskilja till en viss arbetsplats.

Som Kjellström (2012, 80–81) beskriver så kan underrepresenterade grupper, såsom invandrare, vara en sårbar grupp. Därför valde jag att rikta enkäten till vårdpersonal som utifrån sina erfarenheter får beskriva mötet med en person, som har en annan kulturell bakgrund än vårdarna själva. Genom att studera ämnet hoppas jag bidra till kunskapsutveckling eller i alla fall väcka en tankeställare hos vårdpersonalen angående transkulturell vård.

## 8.6 Resultat

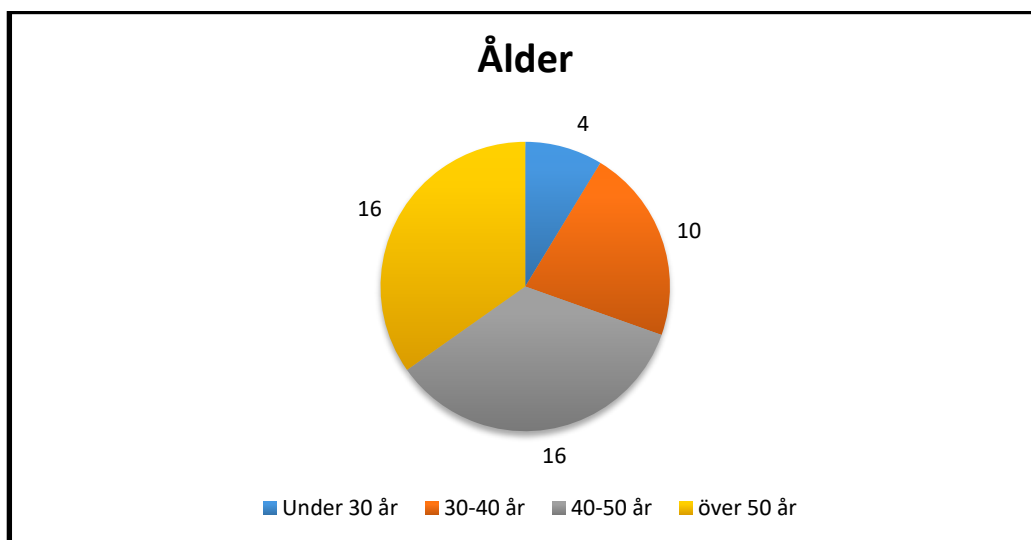
I detta kapitel presenteras svaren från enkätundersökningen. Sammanlagt svarade 46 personer på enkäten. Fem av de totalt 18 frågor som ställdes i enkäten beskrivs i form av cirkel- och stapeldiagram. Diagrammen beskriver hur många (antalet) som valt respektive svarsalternativ. De öppna frågornas svar har analyserats med hjälp av en innehållsanalys. Analysens kategorier består av; **personalens upplevelse av den transkulturella vården, kommunikationens betydelse inom transkulturell vård och vårdpersonalens känslor och utmaningar inom vården**. Dessa kategorier har sedan subkategorier, som beskrivs under respektive rubrik.

### 8.6.1 Information om deltagarna i enkätundersökningen

Först beskrivs den information som framkom angående deltagarna i undersökningen, som ålder, kön, utbildning, arbetserfarenhet och hur pass de själva anser sig känna till invandrares rätt till vård i Finland.

#### Ålder och kön

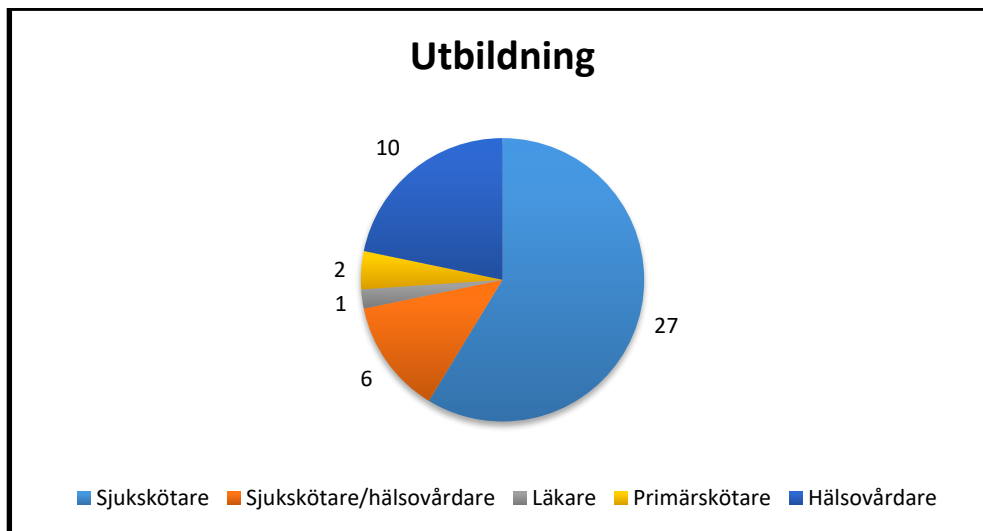
Av de som svarat på enkäten är andelen över 50 år och 40–50 år lika många, båda med 16 svar var. Fyra personer är under 30 år och 10 personer 30–40 år. Alla förutom en som svarade på enkäten är kvinnor, en person hade valt svarsalternativ "annat".



*Figur 3. Deltagarnas ålder. n=46 st.*

## Utbildning

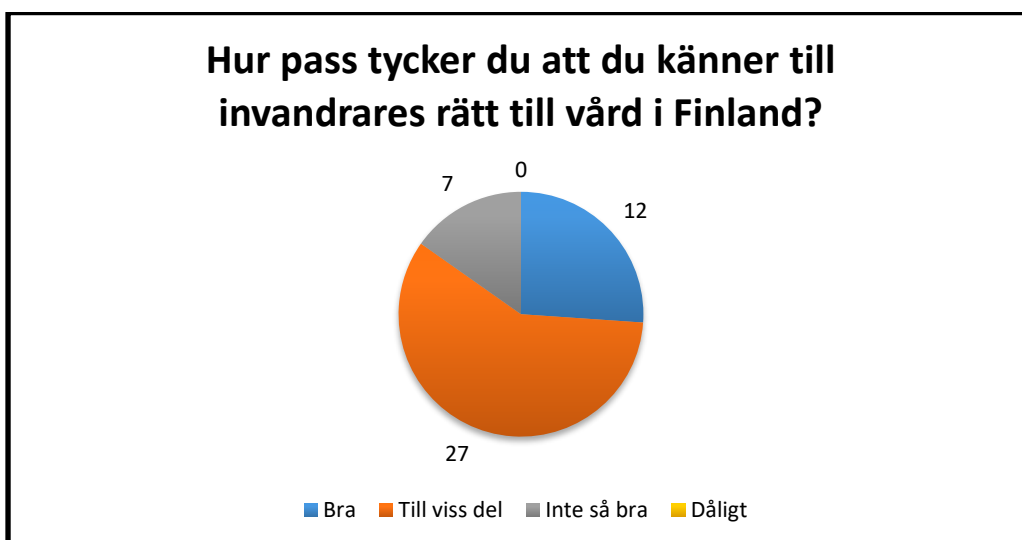
Av de som svarat på enkäten är majoriteten sjukskötare, 27 stycken. 10 personer är hälsovårdare och 6 personer benämner sig som både sjukskötare och hälsovårdare. En läkare och två primärskötare har också svarat på enkäten.



Figur 4. Utbildning. n=46 st.

## Kännedom angående invandrares rättighet till vård i Finland

På frågan hur pass bra vårdpersonalen känner till invandrares rätt till vård i Finland svarades det på följande sätt; 12 stycken ansåg sig känna till rättigheterna bra, 27 svarade att de känner till rättigheterna till viss del, 7 svarade inte så bra, men ingen ansåg sig känna till rättigheterna dåligt.



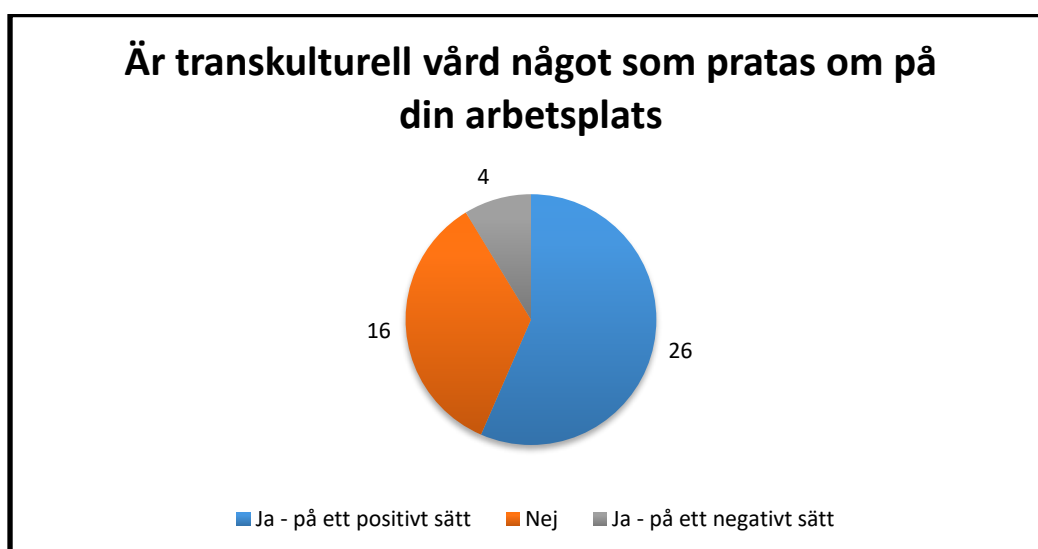
Figur 5. Kännedom angående invandrares rätt till vård i Finland. n=46 st.

### Arbetserfarenhet

Den vårdpersonal som har svarat på enkäten har mycket varierande arbetserfarenhet, från 4 till 40 år. Ett typvärde på 20 år kan ses utgående från alla svaren, och alla hade varit i kontakt med patienter som har en annan kulturell bakgrund än vad de själva har. Hur många patienter, med en annan kulturell bakgrund, vårdpersonalen har kontakt med per vecka varierar mycket. Somliga uppskattar att antalet är 0–3 per vecka, andra 30–40 per vecka. Ett medeltal på 6 personer per vecka kan räknas ut från resultatet. Många av de som svarat på enkäten poängterar att det varierar mycket från vecka till vecka.

### 8.6.2 Personalens upplevelser av den transkulturella vården

Enligt enkätundersökningen har majoriteten av vårdpersonalen svarat att transkulturell vård är ett ämne som pratas om på deras arbetsplatser, oftast på ett positivt sätt. Dock är det en stor del, 16 av de 46 som svarat, som inte håller med.



*Figur 6. Är transkulturell vård något som pratas om på arbetsplatsen? n=46 st.*

### Arbetsplatsens attityd till transkulturell vård

På frågan om vårdpersonalen tycker att transkulturell vård är något arbetsplatsen borde satsa mera på, har 37 stycken svarat ja och 9 stycken svarat nej. En följdfråga till frågan var; beskriv på vilket sätt du tycker att man kunde förbättra den transkulturella vården på din arbetsplats. Efter att ha analyserat svaren kunde man se att en stor del av alla som svarade tyckte att mera skolning inom området är nödvändigt, likaså att man diskuterar ämnet inom arbetsteamet och skapar en bättre insikt i vad transkulturell vård riktigt innebär.

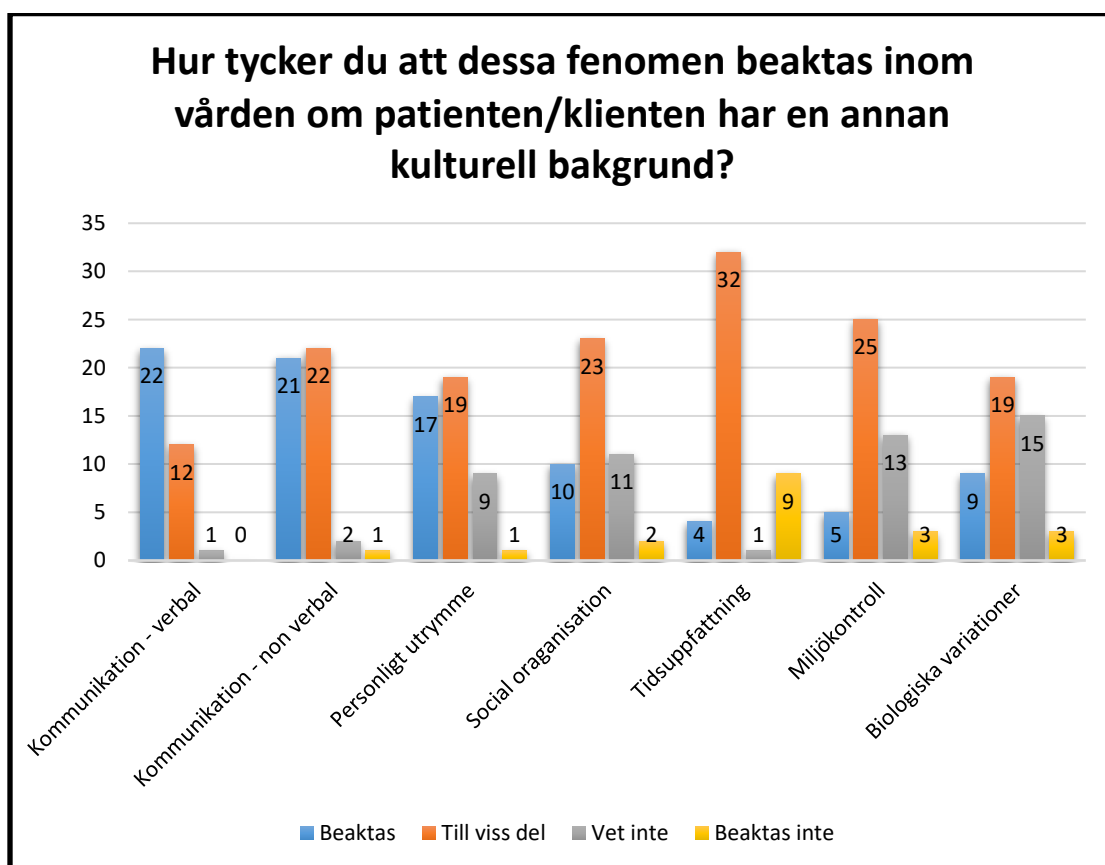
”Skulle vara bra med skolning hur man ska bemöta t.ex. nyanlända flyktingar, vad man ska tänka på o.s.v.”

”Det är oftast svårt med kommunikation, så jag tror att det är det man borde satsa på i första hand.”

”Att man mera öppet och i samarbete lyfter fram den enskilda individens speciella önskemål i mån av möjlighet.”

### Patientens bakgrund

I enkäten hade jag utformat en fråga utgående från Gigers och Davidhizars transkulturella vårdmodell. Frågan innehöll alla de fenomen som enligt teorin borde beaktas för att transkulturell vård ska kunna utföras, svarsalternativen som fanns att välja mellan var: beaktas, till viss del, vet inte och beaktas inte.



Figur 7. Fenomen inom kulturella bakgrunden. n=46 st.

Enligt svaren kan man se att kommunikationen, både verbala och icke-verbala, har de flesta ”beaktas” svaren av alla fenomen. Verbal kommunikation är också det enda fenomenet som ingen har svarat ”beaktas inte” på. Majoriteten av svaren på alla fenomen



är "till viss del". 32 stycken hade svarat "till viss del" på tidsuppfattningen och angående biologiska variationer hade många, 15 stycken, valt svarsalternativ "vet inte". Se tabellen ovan för en tydlig bild av svaren på frågan.

En fråga som ställdes i enkäten handlade om på vilket sätt patientens kulturella bakgrund beaktas inom vården. Av alla som svarade tyckte 40 stycken att den kulturella bakgrunden beaktas inom vården, medan 6 stycken inte höll med. Efter att ha analyserat svaren på deras förklaringar kunde man se att kommunikation, integritet, tid och respekt var det som vårdpersonalen ansåg att till störst del togs i beaktande. Med kommunikationen menar man att tolk anlitas om behov finns, likaså att tydlig och enkel kommunikationsteknik används när vårdare och patient har olika modersmål. Integriteten handlar om att önskan om kvinnlig läkare för en kvinnlig patient och vise versa för en man beaktas. Man försöker också boka en längre tid till exempelvis läkare för dessa patienter, eftersom besöken tar längre tid om tolk är inblandad. Respekten nämns många gånger i enkätsvaren, i form av att man har patienten att berätta om sin kulturella bakgrund, beaktar önskemål, religiösa aspekt och matseder. Likaså att vårdpersonalen förklarar hur saker och ting fungerar inom det finska sjukvårdssystemet för att skapa klarhet i vårdprocessen.

*"Pyritään kunnioittamaan heidän kulttuuriaan mahdollisuuksien mukaan. Naisille naislääkäri, jos joku puhuu samaa kieltä pyritään varaamaan aika tälle lääkärille jne."* (Fri översättning: Vi strävar till att respektera deras kultur i mån av möjlighet. Till kvinnor en kvinnlig läkare, ifall någon pratar samma språk försöker vi få tid till den läkaren osv.)

*"Genom att fråga och be dem berätta hur det fungerar i deras kultur."*

*"Tolk vid behov, något längre mottagningstider om möjligt."*

### **8.6.3 Kommunikationens betydelse inom transkulturell vård**

I många svar på enkätfrågorna kom kommunikationens betydelse fram, hur viktig god kommunikation är för att vården ska bli bra. Ett av de vanligaste problemen handlar om missförstånd eller svårigheter vid kommunikationen mellan patient och vårdpersonal.

*"Man ska prata tydligt och med korta meningar. Vi använder i viss mängd bildspel och kort ifall inte tolk finns att tillgå. Upprepar frågor och svar."*

*”Det är naturligtvis svårare att kommunicera då man inte har ett gemensamt språk och tillgången till tolk begränsar kanske något.”*

*”Svårt att förklara t.ex. vårdföreskrifter om patienten inte förstår vad man säger.”*

#### **Att jobba tillsammans med tolk**

Av de som svarat på enkäten hade 32 vårdare arbetat tillsammans med en tolk mer än fem gånger. Sju stycken hade aldrig arbetat tillsammans med en tolk, och sju stycken hade arbetat tillsammans med en tolk mindre än fem gånger. De beskriver upplevelsen av att kommunicera via en tolk, med en patient som har ett annat modersmål, utmanande men oftast bra. Utmaningar kan enligt vårdpersonalens berättelser uppstå, om vårdpersonalen inte riktigt vet ifall tolken uppfattar frågorna på rätt sätt, framför dem med samma betydelse och översätter patientens svar med rätt innebörd. Andra problem kan uppkomma om tolken och personen i fråga känner varandra privat, då berättar patienten kanske inte hela sanningen. Risken för missförstånd finns alltid och i enkätsvaren framkommer tydligt att tolkning via telefon upplevs betydligt svårare än om tolken är på plats.

*”För det mesta bra. Undrar ibland när tolken pratar länge med patienten och man har ställt en kort fråga, säker tolkning? Vet inte om tolken kan sjukvårdstermer. Inte bra i fall tolken känner patienten.”*

*”Ibland vissa svårigheter, men betydligt bättre ändå än att vara utan tolk.”*

*”Bra då tolk är med, sämre med telefontolk.”*

#### **Icke-verbal kommunikation**

Flera olika missförstånd på grund av den icke-verbala kommunikationen beskrivs i enkätsvaren. Okunskap angående kommunikationsstilar inom en annan kultur kan leda till missförstånd, och dessa kan enbart förebyggas med kunskap.

*”Försöka tänka efter vad som är viktigt för dem, t.ex. ögonkontakt, respekt osv.”*

*”Visade tummen upp, vilket jag sedan fick veta att har en annan betydelse för dem.”*

#### **8.6.4 Vårdpersonalens känslor och utmaningar inom vården**

Ordet intressant framkommer i många enkätsvar, och är nog den röda tråden genom hela analysen. Alla som svarat på enkäten är inte intresserade av den transkulturella vården, men majoriteten av svaren har en positiv attityd till den. I enkätsvaren framkommer många olika känslor, bland annat dessa;

*”Det känns utmanande, annorlunda, motiverande och intressant. Lärorikt!”*

*”Ansträngande men givande.”*

*”Utmanande men berikande.”*

#### **Utmaningar inom transkulturell vård**

På frågan om vårdpersonalen upplever att de stött på utmaningar inom vården på grund av patientens kulturella bakgrund, svarade majoriteten ja (38/46 stycken). Det som upplevs utmanande handlade främst om språket och kommunikationen, förväntningar, som patienterna har på vården och kulturella skillnader såsom synen på vårdarens kön eller religiösa aspekter. Åsikter om exempelvis uppfostran av barn, kvinnans roll och synen på graviditeter och aborter kan skapa utmanande situationer inom vården. Vårdpersonalen påpekade också att personalens bristande kunskap inom transkulturell vård gör vården mera utmanande.

*”Språket. Okunskap om kulturer och religioner. Svårt att veta vilka ämnen man kan diskutera eller hur man konkret kan vårda en patient, vad som upplevs kränkande/olämpligt osv.”*

*”Olika synsätt på vårdens förverkligande, olika värderingar, olika inställningar till kvinnligt/manligt.”*

*”Patienternas syn på hälsa och sjukdom varierar.”*

#### **Mötet med patienter med en annan kulturell bakgrund**

I enkätsvaren framkom både positiva och negativa upplevelser av mötet med patienter som har en annan kulturell bakgrund. Det finns många utmaningar och aspekter att tänka på inom den transkulturella vården. Vårdpersonalen tycks förbereda sig mera inför mötet med en patient som har en annan kulturell bakgrund, de tycker också att dessa besök kan vara mera psykiskt krävande men upplever också att patienterna är tacksamma för

vården. En del har svarat att de upplever mötet med patienter som har en annan kulturell bakgrund på samma sätt som om personer som har en finländsk bakgrund.

*”Tycker det är berikande att få ta del av någon annan kultur. Intressant att diskutera och se skillnaderna i kulturen och ändå har vi alla samma grundbehov. Förstås kan det uppstå komplicerade situationer med det går för det mesta att lösa. Man kommer långt med ett vänligt bemötande.”*

*”Känns ofta frustrerande att sköta dem p.g.a. brister i kommunikationen samt väldigt olika synsätt. Ibland vill de ha manliga/kvinnliga läkare, vilket vi inte har möjlighet att välja när de kommer akut.”*

*”On ihana huomata vuosien aikana kuinka he sopeutuvat, oppivat kieltä. Kiva tavata kaupassa/kaupungilla, ovat aina yhtä iloisia.”* Fri översättning: Det är härligt att märka hur de under åren anpassar sig, lär sig språket. Trevligt att träffa dem i affären/på stan, de är alltid lika glada.

## **8.7 Diskussion**

I detta kapitel ingår resultatdiskussion, metoddiskussion och slutledningar och kliniska implikationer. I resultatdiskussionen kopplas studiens resultat till bakgrunden i detta examensarbete och till den teoretiska utgångspunkten. I metoddiskussionen beskrivs den kritiska granskningen av studien och i slutledningen reflekterar jag över studiens resultat och hur den praktiskt kan användas inom vården.

### **8.7.1 Resultatdiskussion**

Syftet med detta examensarbete var att få en inblick i vårdpersonalens upplevelser av den transkulturella vården. Vårdpersonalens erfarenheter och tankar angående mötet med patienter, som har en annan kulturell bakgrund, var utgångsläget. Frågeställningarna riktade också in ämnet på hur vårdpersonalen anser att den transkulturella vården tas i beaktan på deras arbetsplats. Via enkätundersökningen har resultatet i detta arbete besvarat mitt syfte. Utgående från resultatet utformades tre huvudkategorier; personalens upplevelser av den transkulturella vården, kommunikationens betydelse inom transkulturell vård och vårdpersonalens känslor och utmaningar inom vården. Dessa kategorier kommer jag i detta kapitel att binda samman med tidigare forskning som gjorts inom ämnet, och som jag till stor del har beskrivit i arbetets bakgrund. Resultatet kan

bindas samman med den transkulturella vårdmodellen, utformad av Giger och Davidhizar, och jämföras med annan forskning.

### **Personalens upplevelser av den transkulturella vården**

I resultatet framkom det att en stor del av de som svarade på enkäten tyckte att arbetsplatsen borde satsa mera på transkulturell vård, eftersom arbetsplatsens attityd har stor betydelse för hur vården utformas. Möjlighet till skolning inom ämnet och diskussioner angående eventuella frågor rekommenderades av vårdpersonalen, för att utveckla den transkulturella vården på deras arbetsplatser. Att det finns brister i vårdpersonalens kunskande angående transkulturell vård framkommer i många forskningar, och kanske vore det bra att man införde mera samarbeten mellan olika kulturer redan i utbildningen som Repo et al. (2017) föreslår. Kanske borde också Campinha-Bacotes teori om kulturell kompetens pratas mera om inom sjukvården, så viljan att lära sig om andra kulturer skulle växa fram. Likaså kunde vi ta modell av de "workshops" som utformades i England (se Carter et al., 2016). Att ha anställd personal med olika kulturella bakgrunder eller som kan tala olika språk är enligt olika studier en fördel för sjukvården (se exempelvis Andrews & Boyle 2012, Akhavan 2015, Repo et al. 2017)

Utgående ifrån resultatet tas patienternas kulturella bakgrund i beaktande av vårdpersonalen, främst genom att ta hänsyn till kommunikationen, men också genom att visa respekt, beakta synen på tid och värna om integriteten. Att tolk anlitas vid behov, önskan om läkare av ett visst kön beaktas i mån av möjlighet, längre mottagningstid försöker ordnas och att patienten får möjlighet att berätta om sin bakgrund är enligt resultatet de viktigaste punkterna att tänka på för att visa respekt gentemot patienten och utforma en transkulturell vård. Att vårdpersonalen ger tydliga instruktioner angående sjukvårdsystemet nämndes också flera gånger i enkätsvaren som betydelsefullt. Som Blennberger (2013) poängterar i sin artikel så ska man alltid försöka bemöta personer respektfullt, artigt och med empati, oberoende av bakgrund eller ursprung. Enligt Akhavans (2015) studie i Sverige, är det ur invandrarnas synvinkel också dessa faktorer som nämns ovan, som påverkar hur invandrare upplever vården. Enligt samma studie är det också dessa faktorer som sedan utformar hur hälsoresultatet blir och hur god vårdkvaliteten upplevs.

### **Kommunikationens betydelse inom transkulturell vård**

I resultatet framkom, liksom i många andra studier (se exempelvis Yakar & Alpar 2018, Blomberg & Stier 2016, Jirwe 2010), att kommunikationen har en stor betydelse inom vården. Både den verbala och den icke-verbala kommunikationen kan vara knepig. Kommunikationssvårigheter mellan patient och vårdare kan skapa problem i vårdprocessen och missförstånd kan uppstå om vårdpersonalen inte känner till den andra kulturens kommunikationsstil. Som Dahllwist (2012) beskriver så kan kommunikationen vara väldigt känslig, det är viktigt att kroppsspråket och den verbala kommunikationen används på rätt sätt. Straiton och Myhre (2017) poängterar också den skriftliga kommunikationen, hur viktigt det är att patienterna också får skriftlig information på ett språk de förstår, så de aktivt kan delta i sina hälsovårdsbeslut.

Att arbeta tillsammans med tolk var något som de flesta av vårdpersonalen gjort, att det varierar mycket beror troligen på vilket ställe man arbetar på. Upplevelserna beskrivs som utmanande men bra, problem kan dock uppstå, vilket också framkommer i andra studier. Tolkens uppfattning av situationen, översättningen till ett annat språk och den slutliga innebörden av samtalet borde vara så precist som möjligt, eftersom att allt detta i sin tur påverkar vårdprocessen. Liksom det framkommit i andra studier (se exempelvis Eklöf et al., 2014, Guregård 2007, Jirwe 2010) är det kanske inte så bra att använda sig av anhöriga som tolk, eller att patienten känner tolken privat. Det är bättre om tolken är på plats än att använda telefontolkning. Varför vårdpersonalen inte får någon utbildning i hur man arbetar tillsammans med tolk är en sak, man kan fundera över, eftersom det är så vanligt i dagens samhälle. I bland annat Eklöf et al. (2014) studie framkommer det att vårdpersonal vill ha skolning i ämnet, så en bättre och tryggare kommunikation kan utlovas, vilket också nämndes i enkätsvaren. Som det i studien utförd av Jirwe (2010) framkom, så är sjuksköterare oroliga för att göra misstag när de kommunicerar med patienter som är från en annan kultur, och kanske pratar ett främmande språk. Man vill inte kränka personen i fråga, men utan en god kommunikation blir vården heller inte lika bra. Det enda sättet att lära sig kommunicera via tolk är genom att öva, kanske kunde man redan i skolan träna på detta genom att prata via varandra och exempelvis muntligt översätta samtal från engelska till svenska.

### Vårdpersonalens känslor och utmaningar inom vården

Majoriteten av de som svarade på enkäten i denna studie tycker att transkulturell vård är ett intressant ämne. Att vården är utmanande och ansträngande, men också givande och berikande visar hur varierande vårddyrket är. Som Campinha-Bacotes (2002, 2003) modell för kulturell kompetens inom vården beskriver, så är en av ståndpunkterna i modellen "*desire*" som kan översättas till önskan, lust eller begär. Viljan att lära sig om andra kulturer är viktig, om man inte är intresserad, så orkar man inte heller ta reda på information och lära sig. Det är därmed positivt att så många i enkäten anser transkulturell vård vara ett intressant ämne. Som Giger och Davidhizar (Giger 2017) beskriver så är kulturell kompetens en dynamisk process som vårdpersonalen kan utveckla, genom att ha intresse för att lära sig och samla på sig kunskap. Just därför är det kanske inte så konstigt att vårdpersonalen förbereder sig mera inför mötet med en patient som har en annan kulturell bakgrund än de själva. Besöken är mera krävande och tar ofta längre tid, speciellt om tolk är involverad. Okunskap bland vårdpersonalen gör hela vårdprocessen mer utmanande, vilket framkom i både enkätstudien och tidigare forskning (se Carter et al., 2016, Andrews & Boyle 2012, Repo et al. 2017)

Mötet med patienter med en annan kulturell bakgrund upplevs enligt vårdpersonalen i denna studie både positivt och negativt, alla har vi olika ämnen vi är intresserade av. I en studie utförd i Portugal, där 320 personer som jobbar inom hälsovården deltog, framkom det att vårdpersonal som har mindre daglig kontakt med invandrare har en bättre attityd till dem. Enligt studien hade vårdpersonalen som hade kontakt med fler än åtta invandrare per dag en negativare attityd. Något sådant mönster syns inte i detta examensarbete. De flesta av hälsovårdspersonalen i den studien hade en positiv attityd till invandrare, men behovet av att utforma strategier för att minska på de negativa attityderna borde ändå enligt studien utformas. I studien utvärderade hälsovårdspersonalen sin kunskap i att arbeta tillsammans med invandrare som medelmåttig eller låg, och över 80 % av de som deltog i studien tyckte att skolning inom området behövs (Dias, Gama, Cargaleiro & Martins 2012). Genom att sträva till en förbättring av hälsovårdspersonalens kompetens gällande arbete med invandrare, kan vårdens kvalitet upprätthållas. I en forskning gjord av Brodin och Mattsson (2014) angående hur hälso- och sjukvården bemöter äldre kvinnor som migrerat till Sverige, anses det att likvärdigt bemötande, att vårdaren tänker igenom

sina egna fördomar och får insikt i sin professionella roll är viktigt, för att bemötandet ska bli meningsfullt inom vården.

I detta examensarbete framkom det att bland annat brister i kommunikationen och synsättet på exempelvis kvinnlig/manlig läkare kan ställa till det i vårdmötet. Likaså att synen på kvinnans ställning i samhället, graviditet och uppfostran av barn skiljer sig mycket olika kulturer emellan. Dessa aspekter borde tas i beaktan inom vården, samma sak gäller olika seder, matvanor och religioner. I en studie utförd i Finland av Wikberg, Eriksson & Bondas (2014) om gravida kvinnor med en annan kulturell bakgrund, framkom det att regelbundna och grundliga undersökningar och uppföljningar påverkade kvinnor på ett positivt sätt. Mammorna som blev intervjuade i studien tyckte att det kändes bra att möta vårdpersonalen på mödrarådgivningen eller sjukhuset, om vårdpersonalen visade att de hade tid för dem ville mammorna besöka mödrarådgivning igen. Om mammorna däremot upplevde att det inte fick den information eller det stöd de önskade, på grund av språkproblem eller negativa attityder, ville de heller inte så gärna besöka mödrarådgivningen igen.

Att informera patienter i hur vården fungerar i det nya landet kunde förbättra de utmaningar som framkom i enkäten angående patienternas krav och förväntningar på vården. Eftersom många hade svarat att detta är en utmaning, kunde man på arbetsplatserna fundera på hur man kunde förbättra informationen som ges till invandrare, både angående vården överlag, men också synen på hälsa. Om information inte kan ges på ett språk som patienten förstår eller om mötet inte känns respektfullt, blir vårdrelationen mellan vårdare och patient inte bra. I enkäten framkom det att utmaningar inom den transkulturella vården finns, och enligt vårdpersonalen är det främst inom kommunikationen som utmaningarna uppstår. Detta bekräftar också en annan studie (Loenen et al. 2017), där nästan 100 flyktingar och 25 personer som arbetar inom hälsovården deltagit. I studien framkom det nämligen att tidsbrist, kommunikationen och brist i förtroendet och bristande information utgör de största barriärerna inom hälsovården och specifikt vid hälsovården av flyktingar som genomgår en flyktingprocess och är genomresande i EU. Flyktingarna önskade att bli bemötta med respekt och på ett vänligt sätt i hälsovården. Att känna sig accepterad var en nödvändig förutsättning, för att bygga tillit. Som Hemberg och Vilander (2017) skriver, så har vårdpersonalen ett ansvar att beakta patientens kulturella behov och visa respekt för den. De poängterar att



vårdpersonalen inte behöver acceptera allt som enligt kulturen anses viktigt, men i alla fall visa intresse för att känna till dessa saker och utforma en meningsfull vård. Betydelsen av god information nämns också i studier gjord av Hemberg och Vilander (2017) och Delilovic et al. (2018).

### **Den transkulturella vårdmodellen**

Som i bakgrunden beskrivs ska hela patienten tas i beaktande inom vården, hans bakgrund, kultur och upplevelser. Den transkulturella vårdmodellen (Transcultural assessment model) handlar om just detta, via de sex fenomen borde vårdpersonalen kunna utforma en god omvårdnad. Giger och Davidhizar (2008) menar att man ska utgå från att patienten är en unik individ med en kulturell bakgrund, att man ska se den enskilda personen och inte ha fördomar om en viss kultur. I enkäten som användes till detta examensarbete var en fråga utformad enligt denna teori. De sex fenomenen i teorin består av; kommunikation, utrymme/livsrum, social organisation, tidsuppfattning, miljökontroll och biologiska variationer.

Det man enligt denna transkulturella vårdmodell ska tänka på angående kommunikationen kom också tydligt fram i enkätsvaren; språket, ordval, gester och kroppsspråk bland annat. De hinder som i teorin framkom bekräftas både av andra studier (se exempelvis Blomberg & Stier 2016), men också av enkäten. Språkproblematik, missförstånd och okunskap och olika syner på kroppskontakt, beslutsfattande och kommunikationsstilar är både enligt teorin och enkäten de vanligaste problemen som kan uppstå i en vårdsituation. I enkäten framkom många svar och synpunkter på hur det är att kommunicera med en patient, som har en annan kulturell bakgrund, eller pratar ett annat språk, än vårdaren. Majoriteten av de som svarade tyckte i alla fall att både den verbala och icke-verbala kommunikationen beaktas inom vården. Detta är positivt, eftersom det i den finska lagen står både att patientens modersmål i mån av möjlighet ska beaktas (17.8.1992/785, §3) och att var och en har rätt att bli hörd på sitt eget språk (6.6.2003/423, §10). I enkätsvaren framkom också att svårigheter uppstått när tolkning inte finns att få, med denna synvinkel kan man då också tänka sig att kommunikationen inte helt beaktas inom vården, i så fall skulle kanske bättre tillgång till tolkar finnas.

I enkäten framkom att det personliga utrymmet beaktas till viss del inom vården, men i följdfrågan "på vilket sätt" kom inga tydliga beskrivningar angående detta fenomen.

Kanske är detta en av orsakerna till varför det vore bra att ha vårdpersonal med olika kulturell bakgrund. Likaså med fenomenet social organisation, i olika kulturer ser man exempelvis olika på begreppet familj, då vore det bra med en vårdare, som är mer inkommen i hur synen på familjen är inom en annan kultur (Giger & Davidhizar 2008). I enkäten framkommer det att vårdpersonalen beaktar patientens kulturella bakgrund och synpunkter t.ex. av vilket kön vårdpersonalen är dvs. att en kvinnlig läkare ordnas åt en kvinnlig patient, religiösa aspekter tas hänsyn till och likaså vem som har rätt till information angående patientens hälsotillstånd. Att ta dessa aspekter i beaktande är en central del i den transkulturella vården (se exempelvis Andrews och Boyle 2012; Hanssen & Lindqvist 2007).

Tidsuppfattningen beaktas till viss del enligt enkätundersökningen, men några hade också svarat att tidsuppfattningen inte beaktas på deras arbetsplats. Som exempel i frågan stod det; tidsuppfattningen ex. användning av klockan, kommer man i tid. I svaren framkom det att man i mån av möjlighet bokar en längre besökstid för patienter som har en kulturell bakgrund, främst om tolkning sker under besöket, eftersom kommunikationen då tar längre tid. I den transkulturella vårdmodellen menas det att man i olika kulturer tänker sig och uppfattar tiden på olika sätt. Inom vården har tiden en central roll, mottagningstiderna har små marginaler och tiden ska användas så effektivt som möjligt. Som det framkom i studien gjord av Akhavan (2015) är patienterna nöjdare och tycker att vården är mera jämlik om besökstiden hos exempelvis läkaren är tillräckligt lång.

Enligt enkätundersökningen tycker majoriteten av de som svarat att miljökontrollen beaktas till viss del inom vården. Enligt den transkulturella vårdmodellen handlar miljökontroll om hur personen kan planera och påverka sin egen omgivning, och hur man ser på miljön runt omkring sig. Hälsolitteracitet kan inräknas i miljökontroll. Hälsolitteracitet innefattar hur en person kan kommunicera, förstå, få tag på, värdera och använda sig av information angående hälsan (Wångdahl et al. 2014). I miljökontroll ingår också värderingar och synen på hälsa. Eftersom allt detta kan variera ganska mycket mellan olika kulturer är det viktigt att vårdpersonalen ger tydlig information om exempelvis förebyggande av sjukdomar eller när och vart man ska vända sig med olika ärenden, som har med hälsan att göra. För att förhindra onödiga sjukhusresor borde miljökontrollen beaktas bättre inom vården (Ejd 2007). För att vårdpersonalen ska kunna ta detta i beaktande, behöver de känna igen olika kulturella behov, med andra ord ha en

kulturell medvetenhet (Campinha-Bacote 2002; Campinha-Bacote 2003). Detta kan man som vårdare lära sig enbart via kunskap om den egna och andra kulturer, och för att ta till sig denna kunskap behövs ett intresse i ämnet. Begreppet intressant fanns med i många svar på enkätfrågorna, och jag tror att det är just dessa vårdare som har förutsättningarna för att kunna utforma och ge en god transkulturell vård.

Biologisk variation är något som kanske borde beaktas mera inom vården, enligt svaren på enkätundersökningen har 15 stycken svarat "vet inte" på frågan, vilket är ett rätt stort antal av de 46 som svarat. Inga vidare kommentarer i enkäten innefattade svar som kunde placeras under denna kategori. Dock poängterar bland annat Ashorn (2011) att vården blir mer globaliserad och att vårdpersonalen måste studera vård på ett mera öppet plan, läsa om sjukdomar som inte är vanliga i det land man arbetar, men förekommer på grund av exempelvis invandringen, detta nämns det om i enkätsvaren. Att kartlägga dessa tillstånd, och ge patienten tid att förklara och berätta om sin hälsa, är viktigt för att vården ska bli så bra som möjligt (Rauhanen 2013).

### **8.7.2 Metoddiskussion**

I detta examensarbete användes enkätundersökning som datainsamlingsmetod. Överlag tycker jag att enkätundersökningen var ett bra sätt att nå ut till så många vårdare som möjligt. Enkätsvaren var innehållsrika, allt material kunde analyseras och det slutliga resultatet besvarade mitt syfte. De fasta svarsalternativen gav tydliga svar, och med följdfrågor fick vårdpersonalen möjlighet att förklara vad de tycker och tänker om ämnet transkulturell vård. I de öppna frågorna kom mycket information angående ämnet fram. Frågorna i enkäten var varierande, förhoppningsvis höjdes motivationen för att besvara hela enkäten. I slutet av enkäten kunde vårdpersonalen beskriva hur de upplever mötet med en patient som har en annan kulturell bakgrund, vilket är en mycken öppen fråga. På denna fråga kunde vårdpersonalen skriva ner det som de kanske inte fått berätta om tidigare i enkäten, men som de anser viktigt och relevant.

Att olika yrkesgrupper svarade på enkäten är enligt mig bara positivt, eftersom informationen samlas in från en bredare målgrupp. Vårdpersonalen som svarat på enkäten är anonyma och svaren konfidentiella, vilket gör att man förhoppningsvis vågar svara ärligt och berätta om sina åsikter och erfarenheter. Enkäten fanns på både svenska och finska, vilket gör att språket inte borde utgöra något hinder för att svara. Däremot kan

man inte garantera detta, det kan hända att det inom vårdpersonalen finns personer med ett annat modersmål, som inte besvarat enkäten på grund av språket. Inga tydliga missförstånd framkom i enkätsvaren iallafall, svaren på den svenska respektive den finska enkäten var mycket liknande, så förhoppningsvis har inga misstag i översättningen skett. Svarsprocenten på enkäten var ca 47 %, de som inte svarade kunde ha haft en annan åsikt om ämnet. Kanske de som inte är så intresserade av den transkulturella vården valde att inte svara, eftersom att man kan se att enkätresultatet har en ganska positiv attityd.

Eftersom enkäten enbart skickats ut till ett fåtal läkarmottagningar och hälsovårdscentraler så kan inga allmänna slutsatser dras, fast studiens resultat till stor del motsvarar större och mera omfattande studiers resultat. Denna studie riktades in på Jakobstad med omnejd, och kan beskriva hur situationen ser ut där i nuläget. Enligt Billhult (2017, 133–134) ska man tänka på validitet och reliabiliteten när man själv har konstruerat ett mätinstrument, som jag i denna studie har gjort. Med tanke på validiteten tycker jag att enkäten var ett lämpligt mätinstrument för denna undersökning. Eftersom resultatet blev likt resultat i andra studier, kan man se att det är just transkulturell vård, mitt ämne, som via enkäten blev undersökt. Angående reliabiliteten på studien kan man se att både de svenska och finska enkätsvaren är rätt så lika, visst framkommer olika åsikter men alla verkar ha uppfattat frågorna på samma sätt. Dock kan det hända att vårdpersonalen som svarat på enkäten har haft bråttom, eller inte orkat svara så grundligt på alla frågor. Slumpmässiga fel eller variationer kan då uppstå.

Den kritiska granskningen, där studiens styrkor och svagheter diskuteras, baserar sig på giltighet, pålitlighet och överförbarhet (Henricson 2017, 412–416). Giltighet kan ses om metoden som används besvarar syftet och frågeställningarna i studien. Enkäten uppfyller enligt mig detta krav och passade bra som datainsamlingsmetod i denna studie. Ämnet transkulturell vård passade bra att studera genom en enkätundersökning, många svar (46 stycken) ger en större helhetsbild av ämnet, vilket jag troligen inte hade fått via intervjuer. I ett examensarbete kan man kanske inte intervjua så många personer, men med en enkätundersökning fick jag relativt enkelt tillgång till mycket material. Att analysera enkätsvaren med kvalitativ innehållsanalys passade bra, eftersom vårdpersonalens upplevelser stod i fokus, att dessutom redovisa en del av resultatet i diagram ger en tydligare överblick, vilket var avsikten.

Pålitligheten i studien påverkas av bland annat vilka artiklar och källor som använts. De flesta artiklar i detta examensarbete är vetenskapliga, men majoriteten av studierna är inte utförda i Finland. Sjukvården varierar länder emellan, men efter att ha läst igenom artiklarna har de som anses relevanta använts i detta examensarbete. De flesta artiklar är framsökta via databaser som fokuserar på vård, men en del är också tagna från bland annat "Läkartidningen" och dylika källor. Det sökord som jag främst använt mig av handlar om transkulturell vård, och eftersom majoriteten av artiklarna är på engelska har sökorden också varit på engelska (eng. *transcultural care*, *transcultural nursing* eller *cross-cultural care*). Att hitta relevanta artiklar var utmanande, men utbudet på transkulturella artiklarna var relativt stort. Eftersom enkätsvaren till stor del handlade om kommunikation har också några vetenskapliga artiklar om detta använts i arbetet. Det negativa med att använda sig av engelska artiklar är att översättningen till svenska kan bli fel. Jag har läst igenom artiklarna flera gånger för att bilda mig en helhetsuppfattning om ämnet, och slagit upp engelska ord som jag inte förstod. De internetsidor som använts i bakgrunden är relativt pålitliga, eftersom utgivarna är kända (ex. Migrationsverket, Röda Korset och FPA), dessa sidor är noggrant redovisade i källhänvisningen.

Överförbarhet handlar om tillämpningen av resultatet i andra sammanhang. De vetenskapliga studierna som används i detta examensarbete är inte enbart utförda i Finland, och enkätresultatet baserar sig på en så liten mängd vårdpersonal, så överförbarheten kan inte helt tillämpas i andra sammanhang. Dock beskriver denna studie en stor likhet i resultaten som andra studier. Jag tror inte att resultatet skulle variera så mycket inom de nordiska länderna, men möjligen om man gjorde en jämförelse över hela Europa.

### **8.7.3 Slutledningar och kliniska implikationer**

Som i början av detta examensarbete beskrevs, så hoppas jag att genom studien väcka tankar och skapar större förståelse angående hur den transkulturella vården beaktas på hälsovårdscentraler i Österbotten, närmare bestämt i Jakobstad med omnejd. Att enkäten är besvarad av vårdpersonal, som bor i min hemtrakt, gör att jag har fått en tydligare bild av hur den transkulturella vården utspelar sig just i de vårddistrikt som jag kommer att jobba inom i framtiden. Genom att studera invandras rätt till vård i Finland, och bekantat sig med olika lagar som berör ämnet, får man en bra grund som blivande sjuksköterska i vilka vårdåtgärder invandrare har rätt till och vad man kan informera patienterna om. Hur

viktigt ett gott bemötande och en fungerande kommunikation är inom vården, är bra att påminna sig om. En tankeväckare för mig var tolkens roll inom vården, hur vanligt det tydligen är utifrån enkätsvaren att inkludera en tolk i vårdprocessen.

Detta examensarbete kan med fördel läsas av både studerande och vårdpersonal, för att få en tydligare bild av vad transkulturell vård riktigt innebär. Resultatet i detta examensarbete har skickats ut till de avdelningsskötare som skickade ut enkäten till vårdpersonalen i studiens början, med en önskan om att de ska sända ut resultatet till all vårdpersonal. Förhoppningsvis diskuteras resultatet bland personalen, och väcker nya tankar angående den transkulturella vården på deras arbetsplats. Kommer personalen på något som de vill utveckla och förbättra inom deras arbetsplats angående transkulturell vård, eller borde de ge varandra en klapp på axeln och konstatera att de gör ett fint jobb? Avdelningsskötarna kan i resultatet se att personalen önskar mera skolning inom området, vilket jag hoppas kan genomföras. Detta examensarbete kommer också att ingå i Yrkehögskolan Novias publikationsserie, under rubriken "Studerandes arbeten", och kommer att finnas på Novias hemsida från och med hösten 2019.

En praktisk sak som jag kom att tänka på när jag analyserade enkätsvaren, var att en liten checklista som kunde utformas, för att få den transkulturella vården mer inkluderad i vårdmötet. Att som vårdare komma på frågor och minnas alla de kulturella aspekterna som borde beaktas inom vården, är inte lätt. Speciellt inte på de arbetsplatser där många patienter uppsöker vård på samma gång, eller där arbetsstyrkan är mindre än behovet. Att då ha en liten lista med några allmänna frågor som leder in diskussionen på ämnen såsom kultur, seder och eventuella faktorer som borde beaktas inom vården, vore praktiskt. Listan kunde man ha med sig varje gång man tar emot en ny patient, det skulle göra att den transkulturella vården blir mer synlig i det dagliga vårdarbetet, och ge patienterna större möjlighet att berätta mera om sig själv. Att vårdpersonalen före mötet med patienten funderar över sina kunskaper och möjliga fördomar om patientgruppen vore viktigt, för att få insikt i sin kulturella kompetens. Exempel på frågor som enligt mig vid behov kunde ställas till en patient med en annan kulturell bakgrund är:

- Har patienten något hen vill berätta om sin bakgrund, som kunde vara väsentligt för vårdpersonalen att veta. Varifrån är patienten ursprungligen? Invandrar/flyktingprocessen? När har personen kommit till det nya landet? Vet personen om sina rättigheter inom vården?

- Vilken syn har patienten på sitt hälsotillstånd? Vad har enligt patienten orsakat hälsotillståndet? Vilka känslor väcker det hos patienten?
- Vem ingår i patientens familj, och vem har rätt till information angående patientens hälsotillstånd? Är någon annan person delaktig i patientens vård? Anhörigas betydelse i vårdprocessen?
- Hur önskar patienten att kommunikationen ska fungera? Vem ska vårdpersonalen prata med i första hand (patienten eller någon anhörig)? Behov av tolk? Vill patienten ha översatt dokument till ett annat språk?
- Fråga patienten angående matvanor, vilken kost hen äter och vilka livsmedel patienten inte äter. Fasta? Särskild mat som anses lämpliga/olämplig vid sjukdom?
- Finns viktiga seder eller religiösa aspekter som önskas tas i beaktande inom vården enligt patienten? Alternativ medicin? Meditation? Bön?
- Om vårdare upplever osäkerhet i tidsuppfattningen – våga fråga patienten angående detta. Använder patienten sig av klocka exempelvis?
- Vilka förväntningar har patienten på sjukvården? Hur fungerade sjukvården i hemlandet? Kan organisationen/avdelningen göra något för att underlätta vården för patienten?

Mera specifika frågor kunde också ingå i smärtbedömningen, om patienten är från en kultur som vårdaren inte är så bekant med. Att fråga av patienten vad hen tror att orsakar smärtan och hur hen skulle önska att behandla smärtan är två frågor som enligt mej kunde ingå i smärtbedömningen vid behov. Många författare och forskare har utformat olika faktarutor och listor med exempel på frågor som kan ställas till patienten för att få fram den kulturella sidan av vården, exempelvis Giger och Davidhizar (Giger 2017, 8–10) har utformat en lista med frågor som går under alla deras kategorier i den transkulturella vårdmodellen. Att uppmana patienten att berätta om hen märker att vårdpersonalen inte känner till eller beaktar patientens kulturella bakgrund, gör också att vården kan utvecklas.

Den transkulturella vården är ett aktuellt ämne, många forskningar är utförda inom området men många forskningsfrågor finns ännu. Några exempel på vidare forskning är hur den transkulturella vården beaktas om vården sker i patientens hem, i hemsjukvård till exempel? Hur hanterar man de olika aspekterna inom den transkulturella vårdmodellen på första hjälpen, i operationssalen eller på ett demensboende i Finland? Hur känner

personer med en annan kulturell bakgrund inför möten med sjukvården i ett nytt land, finns det skillnader i bemötandet mellan större städer och mindre byar? Hälso- och sjukvården är ett område som ständigt utvecklas och antagligen aldrig blir färdigt studerat.

I enkätundersökningen kom det fram flera förslag på hur man kunde förbättra den transkulturella vården på arbetsplatsen, bland annat genom:

- Arbetsplatsskolning.
- Diskussioner inom arbetsteamet angående transkulturell vård, gemensamma riktlinjer.
- Övningar i hur man jobbar tillsammans med tolk.
- Mera utbildning angående invandrares rättigheter och den transkulturella vården under studietiden, exempelvis i sjukskötarstudierna.

Jag hoppas att detta examensarbete på ett tydligt och enkelt sätt har sammanfattat den transkulturella vården, dess utmaningar men också alla positiva aspekter som framkom i enkäten. Vi som i framtiden kommer att jobba inom sjukvården har ett ansvar för att utveckla vården, beakta våra patienters kulturella bakgrund, bemöta dem på ett värdigt sätt, lägga grunden för en god kommunikation och respektera varandras likheter och olikheter.



## Källförteckning

Akhavan, S., 2015. Patienters uppfattningar om vård på lika villkor. *Socialmedicinsk tidskrift*, 92(2), 189–199.

Andrews, M., & Boyle, J., 2012. *Transcultural concepts in nursing care*. (6 uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Appel, S. J., & Giger, J. N., 2017. *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. (7 uppl.) St. Louis, MO: Elsevier.

Arbets- och näringsministeriet, (u.å.), a. *Integration.fi*. [Online].

<https://kotouttaminen.fi/sv/osterbotten>. [hämtat 16.10.2018].

Arbets- och näringsministeriet, (u.å.), b. [Online]. <https://tem.fi/sv/invandringen-i-finland> [hämtat 18.12.2018].

Arbets- och näringsministeriet (u.å.), c. [Online]. <https://tem.fi/sv/asylsokande> [hämtat 9.2.2019].

Ashorn, P., 2011. Vad är global hälsa? *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, 171(1), 6–8.

Billhult, A., 2017. *Mätinstrument och diagnostiska test*. Ingår i: M. Henricsson, *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A., & Gunnarsson, R., 2012a. *Kvantitativ studiedesign och stickprov*. I: Henricsson, M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A., & Gunnarsson, R., 2012b. *Enkäter*. Ingår i: M. Henricsson, *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Billhult, A., & Gunnarson, R., 2012c. *Bortfallsanalys och beskrivande statistik*. Ingår i: M. Henricsson, *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Blennerger, E., 2013. *Bemötandets etik*. Lund: Studentlitteratur.

Blomberg, H., & Stier, J., 2016. Att vara kommunikativt låst – professionellas berättande om (vanskliga) vårdrelationer. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 23(1), 59–76.

Brodin, H., & Mattson, T., 2014. Lägst ner på skalan? Hälso- och sjukvårdens bemötande av äldre kvinnor som migrerat till Sverige. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 21(3–4), 372–390.

Campinha-Bacote, J., 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181–184.

Campinha-Bacote, J., 2003. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a culturally competent model of care*. Wyoming, Ohio: Transcultural C.A.R.E. Associates.

Carter, C., Hodson, L., & Crossley, A., 2016. One size does not fit all. *British Journal of Nursing*, 25 (12), 648. doi: 10.12968/bjon.2016.25.12.648.

Dahlkwist, M., 2012. *Kommunikation*. Stockholm: Liber.

Danielson, E., 2012. Kvalitativ innehållsanalys. I: M. Henricsson, *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Delilovic, S., Kulane, A., Åsbring, N., Marttila, A., & Lönnroth K., 2018. What value for whom? – provider perspectives on health examinations for asylum seeker in Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 18(1):601. doi: 10.1186/s12913-018-3422-1.

Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H., & Martins, M., 2012. Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*, 10(1), 1-14. doi: 10.1186/1478-4491-10-14.

Ejd, M., 2007. Kulturkrockar? Nej, men vi är olika. *Vårdfokus*, (2).

Eklöf, N., Hupli, M., & Leino-Kilpi, H., 2014. Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*, 32(2), 143–150.

Eriksson, K., 1986. *Introduktion till vårdvetenskap*. (2. uppl.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K., 1987. *Pausen*. Stockholm: Gotab.

Forskningsetiska delegationens anvisningar, 2012. [Online].

[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [hämtat 13.11.2018].

FPA, Folkpensionsanstalten, 2018. *Sjukvården i Finland*. [Online].

<https://www.kela.fi/web/sv/sjukvard-i-finland> [hämtat 17.10.2018].

FPA, Folkpensionsanstalten, 2015. *Sjukvård i Finland för personer från andra länder*.

(Handbok) [Online].

[https://www.kela.fi/documents/10180/578772/Fpa\\_SJUKVARD\\_I\\_FINLAND\\_FOR\\_PERSONER\\_FRAN\\_ANDRA\\_LANDER\\_broschyr2013.pdf/b56c84dd-99fc-4e10-a960-dad9443f7c7f](https://www.kela.fi/documents/10180/578772/Fpa_SJUKVARD_I_FINLAND_FOR_PERSONER_FRAN_ANDRA_LANDER_broschyr2013.pdf/b56c84dd-99fc-4e10-a960-dad9443f7c7f) [hämtat 16.1.2019].

Giger, J., 2017. *Transcultural Nursing. Assessment and Intervention*. (7. uppl.) Missouri: Elsevier.

Giger, J., & Davidhizar, R., 2008. *Transcultural nursing. Assessment and Intervention* (5. uppl.). St. Louis: Mosby.

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

Guregård, S., 2007. *Samtal med flyktingfamiljer i barn- och ungdomspsykiatrin*. Ingår i: Määttä, S & Segersten, K. 2007. *Vårdens språk*. Stockholm: Liber.

Hanssen, I. & Lindqvist, B., 2007. *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle* (3., [uppdaterade] uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Hemberg, J., & Vilander, S., 2017. Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Nordic College of Caring Science*, 31(4), 822–829.

Henricson, M., & Billhult, A., 2012. *Kvalitativ design*. Ingår i: M. Henricsson, *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

infoFinland, 2019. [Online] <https://www.infofinland.fi/sv/flytta-till-finland/icke-eu-medborgare/problem-med-uppehallstillstand/i-finland-utan-uppehallstillstand> [Hämtad 20.2.2019]

Infopankki, 2015. [Online]. <https://www.infopankki.fi/sv/flytta-till-finland/jag-ar-/flykting> [hämtat 16.10.2018].

Inrikesministeriet, (u.å.). *Frågor och svar om asylsökanden*. [Online] <https://intermin.fi/sv/ansvarsomraden/migration/asylsokande-och-flyktingar/fragor-och-svar> [hämtat 16.10.2018].

Jakobstad, 2017. *Mottagande av flyktingar*. [Online]. <https://www.jakobstad.fi/nyinflyttade/integration/mottagande-av-flyktingar> [hämtat 16.10.2018].

Jirwe, M., 2010. Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24(3), 436–444.

Kjellström, S., 2012. *Forskningsetik*. Ingår i: M. Henricsson, *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S., 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lahdenperä, P., 2004. *Interkulturell pedagogik i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Loenen, T., Muijsenbergh, M., Hofmeester, M., Doweick, C., Ginneken, N., Mechili, E., Angelaki, A., Ajdukovic, D., Bakic, H., Pavlic, D., Zelko, E., Hoffmann, K., Jirovsky, E., Mayrhuber, E., Dückers, M., Mooren, T., Gouweloos-Trines, J., Kolozsvári, L., Rurik, I., & Lionis, C., 2017. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes, *The European Journal of Public Health*, 28(1), 82–87.

Löfvander, M., 1998. Kulturella aspekter på smärta: Smärtbeteende – symptom eller kommunikation? *Läkartidningen*, 95(11), 1112–1118.

Migrationsverket, 2017. [Online]. [https://migri.fi/sv/artikkeli/-/asset\\_publisher/vuoden-2017-tilastot-turvapaikanhakijoita-selvasti-edellisvuosia-vahemman-ensimmaisen-hakemuksen-jatti-reilut-2-100-hakijaa](https://migri.fi/sv/artikkeli/-/asset_publisher/vuoden-2017-tilastot-turvapaikanhakijoita-selvasti-edellisvuosia-vahemman-ensimmaisen-hakemuksen-jatti-reilut-2-100-hakijaa) [hämtat 16.10.2018].

Migrationsverket, 2019a [Online]. <https://migri.fi/sv/asyl-i-finland/positivt-beslut> [hämtat 16.10.2018].

Migrationsverket, 2019b [Online]. <https://migri.fi/sv/kvotflyktingar> [hämtat 16.10.2018].

Migrationsverket, (u.å.) *Ordlista* [Online]. <https://migri.fi/sv/ordlista> [hämtat 16.10.2018].

Nordin, M., & Schölin, T., 2011. *Religion, vård och omsorg: Mångkulturell vård i praktiken* (1. uppl.). Malmö: Gleerup.

Patel, R., & Davidson, B., 2011. *Forskningsmetodikens grunder*. (4 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Purnell, L., 2014. *Guide to Culturally Competent Health Care*. (3 uppl.). Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company.

Rauhanen, M., 2013. *Mottagande av flyktingar*. [Online]. [https://kotouttaminen.fi/documents/3464316/4355099/mottagande\\_av\\_kvotflyktingar\\_erfar enheter\\_av\\_att\\_ordna\\_integrationsstjanster.pdf/22010c91-c6cf-430b-b9b9-fa215c7e90bc/mottagande\\_av\\_kvotflyktingar\\_erfarenheter\\_av\\_att\\_ordna\\_integrationsstjanster.pdf.pdf/](https://kotouttaminen.fi/documents/3464316/4355099/mottagande_av_kvotflyktingar_erfar enheter_av_att_ordna_integrationsstjanster.pdf/22010c91-c6cf-430b-b9b9-fa215c7e90bc/mottagande_av_kvotflyktingar_erfarenheter_av_att_ordna_integrationsstjanster.pdf.pdf/) [hämtat 16.10.2018].

Repo, H., Vahlberg, T., Salminen, L., Papadopoulos, I., & Leino-Kilpi, H., 2017. The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(1), 98–107.

Röda Korset, (u.å.), a. *Frågor och svar om papperslösa*. [Online]. <https://www.rodakorset.fi/node/1421/mottagning-av-asylsokande-och-flyktingar/fragor-och-svar-om-papperslosa> [hämtat 12.2.2019]

Röda Korset, (u.å.), b. *Frågor och svar: Röda Korset och flyktingar*. [Online]. <https://www.rodakorset.fi/node/1421/mottagning-av-asylsokande-och-flyktingar/fragor-och-svar-om-flyktingar> [hämtat 12.2.2019]

- Senker, C., 2005. *Rasism och främlingsfientlighet*. (Sprickor i vår tid). Stockholm: Liber.
- Sjögren, P., & Györki, I., 2010. *Ordboken*. Bonniers svenska ordbok, tionde upplagan.
- Social- och hälsovårdsministeriet, (u.å.) a. [Online]. <https://stm.fi/sv/social-trygghet-och-tjanster-for-asylosokande-i-finland> [hämtat 17.10.2018].
- Social- och hälsovårdsministeriet, (u.å.), b [Online].  
<https://stm.fi/sv/ministeriet/internationellt-samarbete/who> [hämtat 12.11.2018].
- Statistikcentralen, 2018a. *Rekordmånga personer fick finskt medborgarskap år 2017*. [Online]. [http://www.stat.fi/til/kans/2017/kans\\_2017\\_2018-06-14\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/kans/2017/kans_2017_2018-06-14_tie_001_sv.html) [hämtat 16.10.2018].
- Statistikcentralen, 2018b. [Online]. *Tabellbilaga 2. Befolkningen efter språk landskapsvis 1997–2017*. [http://www.stat.fi/til/vaerak/2017/vaerak\\_2017\\_2018-03-29\\_tau\\_002\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2017/vaerak_2017_2018-03-29_tau_002_sv.html) [hämtat 10.12.2018].
- Statistikcentralen, 2018c. *Figurbilaga 1. Den svenskspråkiga befolkningens andel och andelen personer med främmande språk som modersmål av hela befolkningen 1900–2017*. [Online]. [http://www.stat.fi/til/vaerak/2017/01/vaerak\\_2017\\_01\\_2018-10-01\\_kuv\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2017/01/vaerak_2017_01_2018-10-01_kuv_001_sv.html) [hämtat 7.4.2019].
- Straiton, M., & Myhre, S., 2017. Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(4), 352–359.
- Suomen YK-liitto (u.å) [Online].  
[https://www.ykliitto.fi/yk70v/fn/mansliga\\_rattigheter?language=sv](https://www.ykliitto.fi/yk70v/fn/mansliga_rattigheter?language=sv) [hämtat 13.11.2018].
- UNRIC. Förenta Nationernas regionala informationskontor för Västeuropa. (u.å.) FN:s flyktingkommissarie (UNHCR) [Online].  
<https://www.unric.org/sv/component/content/article/16-humanitarian/25742-fns-flyktingkommissarie> [hämtat 16.10.2018].
- Werkö, L., 2004. Hälsa är en rättighet för alla världens folk. *Läkartidningen*, 101(3), 168.
- Wikberg, A., Eriksson, K. & Bondas, T., 2014. Immigrant new mothers in Finnish maternity care – an ethnographic study of caring. *International Journal of Childbirth*, 4(2), 85–100.

WHO, World Health Organization, 1948. [Online].

<https://www.who.int/about/mission/en/> [hämtat 12.11.2018].

WHO, World Health Organization, 2013. *Health Literacy – The solid facts*. [Online].

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf/](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf/) [hämtat 21.10.2018].

WHO, World Health Organization, 2016. *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*. [Online].

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/314725/66wdo8e\\_MigrantHealthStrategyActionPlan\\_160424.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wdo8e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1) [Hämtat 16.1.2019].

Wängdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R., 2014. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 1030. doi: 10.1186/1471-2458-14-1030.

Yakar, H. & Alpar, S., 2018. Intercultural Communication competence of nurses Providing Care for Patients from Different Cultures. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1743-1755.

Österlund, A., 2000. Se över skyddet mot spridning av smittsamma sjukdomar vid invandring till Sverige! *Läkartidningen*, 97(47), 5520.

## Finlands författningssamling

Hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326. [Online].

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P50a> [hämtat 17.10.2018].

Lag om främjande av integration 30.12.2010. 1386/2010. [Online].

<https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20101386#Pidp446398736> [hämtat 16.10.2018].

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785. [Online].

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P5> [hämtat 16.1.2019].

Lag om smittsamma sjukdomar 21.12.2016. 1227/2016. [Online].

<https://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2016/20161227#Pidp446545088> [hämtat 17.10.2018].

Språklagen 6.6.2003/423. [Online].

<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2003/20030423#L4P20> [hämtat 24.10.2018].



## Bilaga 1 Enkäten på svenska



### Transkulturell vård

Syftet med denna enkät är att få en inblick i vårdpersonalens upplevelser utav den transkulturella vården, med inriktning på hälsovårdscentraler runt omkring i Österbotten. Patienter/klienter med en annan kulturell bakgrund ökar enligt statistiken i Finland. Denna enkät fokuserar på vårdarnas syn på den transkulturella vården, hur kulturen beaktas inom vården och mötet olika kulturer emellan. Är transkulturell vård något som hälsovårdsmottagningar satsar på?

Genom att svara på denna enkät hjälper du till att samla in värdefull kunskap som bara du känner till om den transkulturella vården i Österbotten. Svaren på enkäten är konfidentiella. Resultatet kommer att användas i ett examensarbete.

Tacksam för svar!

Linnea Ravald, Yrkehögskolan Novia.

Handledare Anita Wikberg

---

#### 1. Ålder:

- under 30 år
- 30–40 år
- 40–50 år
- över 50 år

#### 2. Kön:

- Kvinna
- Man
- Annat

#### 3. Utbildning:

4. Hur länge har du jobbat inom vården?

5. Har du varit i kontakt med patienter/klienter som har en annan kulturell bakgrund än du själv?

- Ja
- Nej. Hoppa över nästa fråga.

6. Hur många patienter/klienter med en annan kulturell bakgrund skulle du uppskatta att du träffar per vecka?

7. Hur pass tycker du att du känner till invandrares rätt till vård i Finland?

- Bra
- Till viss del
- Inte så bra
- Dåligt

8. Beaktas patientens/klientens kulturella bakgrund inom vården enligt dig?

- Ja
- Nej. Hoppa över nästa fråga.

9. På vilket sätt?

10. Är transkulturell vård något som pratas om på din arbetsplats?

- Ja – på ett positivt sätt.
- Nej.
- Ja – på ett negativt sätt.

11. Är transkulturell vård något som du tycker att din arbetsplats borde satsa mera på?

- Ja
- Nej. Hoppa över nästa fråga.

12. Beskriv på vilket sätt du tycker att man kunde förbättra den transkulturella vården på din arbetsplats.

--

13. Hur tycker du att dessa fenomen beaktas inom vården om patienten/klienten har en annan kulturell bakgrund?

	Beaktas	Till viss del	Vet inte	Beaktas inte
Kommunikation – verbal				
Kommunikation – non verbal ex. kroppsspråk				
Personligt utrymme ex. beröring eller hur nära patienten/klienten man sitter				
Social organisation ex. kontakten med familjen, hur vi reagerar i olika situationer, synen på graviditet mm.				
Tidsuppfattningen ex. användning av klockan, kommer man i tid				
Miljökontroll ex. patienten/klienten syn på hälsa, värderingar, hur vi planerar och kan påverka vår egen omgivning				
Biologiska variationer ex. etniska likheter i kroppsbyggnad eller genetik				

14. Har du i vårdsammanhang arbetat tillsammans med en tolk?

- Ja, max. 5 gånger.
- Ja, över 5 gånger.
- Nej. Hoppa över nästa fråga.

15. Beskriv hur du upplevde att det gick att kommunicera via en tolk med en patient som pratar ett annat språk?

16. Har du inom vården stött på utmaningar p.g.a. patientens/klientens kulturella bakgrund?

- Ja
- Nej. Hoppa över nästa fråga.

17. Beskriv iså fall vad som har upplevts utmanande och varför.

18. Beskriv hur du upplever mötet med patienter/klienter med en annan kulturell bakgrund. TACK!

## Bilaga 2 Enkäten på finska

### Transkulttuurinen hoitotyö

Tämän kyselyn tarkoitus on saada käsitys hoitohenkilökunnan kokemuksista transkulttuurisesta hoitotyöstä Pohjanmaan terveystieteiden keskuksissa. Eri kulttuureista tulevien potilaiden määrä on tilastojen mukaan kasvussa Suomessa. Tämä kysely keskittyy hoitajien näkökulmaan transkulttuurisesta hoitotyöstä, eri kulttuurien kohtaamisista ja, miten kulttuuri otetaan huomioon hoitotyössä. Onko transkulttuurinen hoitotyö jotain mihin terveydenhuollon vastaanotot panostavat?

Vastaamalla tähän kyselyyn autat keräämään arvokasta tietoa transkulttuurisesta hoitotyöstä Pohjanmaalla. Kyselyn vastaukset ovat luottamuksellisia. Tämän kyselyn tuloksia tullaan käyttämään ammattikorkeakoulun lopputyössä.

Kiitos vastauksista!

Linnea Ravald, Yrkeshögskolan Novia.

Ohjaaja Anita Wikberg

---

#### 1. Ikä:

- Alle 30 vuotta
- 30–40 vuotta
- 40–50 vuotta
- Yli 50 vuotta

#### 2. Sukupuoli:

- Nainen
- Mies
- Muu

#### 3. Koulutus:

#### 4. Kuinka kauan olet työskennellyt hoitoalalla?

5. Oletko ollut yhteydessä potilaisiin, joilla on eri kulttuurinen tausta kuin sinulla?

- Kyllä
- Ei. Ohita seuraava kysymys.

6. Kuinka monta potilasta arvioit tapaavasi viikoittain, joilla on eri kulttuurinen tausta?

7. Kuinka hyvin mielestäsi tiedät/tunnet maahanmuuttajien oikeuden saada hoitoa Suomessa?

- Hyvin
- Jokseenkin
- Ei niin hyvin
- Huonosti

8. Otetaanko sinun mielestä potilaiden kulttuurinen tausta huomioon hoitotyössä?

- Kyllä
- Ei. Ohita seuraava kysymys.

9. Millä tavalla?

10. Puhutaanko transkulttuurisesta hoitotyöstä sinun työpaikallasi?

- Kyllä, positiivisesti.
- Ei.
- Kyllä, negatiivisesti.

11. Pitäisikö työpaikkasi sinun mielestä panostaa enemmän transkulttuuriseen hoitotyöhön?

- Kyllä
- Ei. Ohita seuraava kysymys.

12. Kerro millä tavalla työpaikkasi voisi mielestäsi parantaa transkulttuurista hoitotyötä.

13. Millä tavalla nämä ilmiöt sinun mielestäsi otetaan huomioon hoitotyössä, jos potilaalla on eri kulttuurinen tausta?

	Huomioidaan	Jokseenkin	En tiedä	Ei huomioida
Kommunikaatio – verbaalinen				
Kommunikaatio – nonverbaalinen esim. kehonkieli				
Henkilökohtainen tila esim. kosketus tai kuinka lähellä potilasta istutaan				
Sosiaalinen organisaatio esim. yhteys perheeseen/läheisiin, miten reagoimme eri tilanteissa, näkemys raskauteen jne.				
Ajan käsitys esim. kellon käyttäminen, tullaanko ajoissa paikalle				
Ympäristönhallinta esim. potilaan näkemys terveydestä, arvot, miten suunnittelemme ja miten voimme vaikuttaa omaan ympäristöömme				
Biologiset vaihtelut esim. etniset samanlaisuudet ruumiinrakenteessa tai genetiikassa				

14. Oletko hoitotilanteessa työskennellyt yhdessä tulkin kanssa?

- Kyllä, enintään 5 kertaa.
- Kyllä, yli 5 kertaa.
- Ei. Ohita seuraava kysymys.

15. Kerro, miten koit kommunikation (tulkin kautta) potilaan kanssa, joka puhuu toista kieltä?

16. Oletko hoitotyössä kohdannut haasteita potilaan kulttuurisen taustan takia?

- Kyllä
- Ei. Ohita seuraava kysymys.

17. Kerro siinä tapauksessa, mitä koit haasteelliseksi ja miksi.

18. Kerro miten koet kohtaamiset potilaiden kanssa, joilla on eri kulttuurinen tausta.  
KIITOS!



## Bilaga 3 Informationsbrev/Informaatiokirje

### Informationsbrev

Syftet med denna enkät är att få en inblick i vårdpersonalens upplevelser utav den transkulturella vården, med inriktning på hälsovårdscentraler inom Jakobstads social- och hälsovårdsverk samt inom Kronoby kommun. Patienter/klienter med en annan kulturell bakgrund ökar enligt statistiken i Finland. Denna enkät fokuserar på vårdarnas syn på den transkulturella vården, hur kulturen beaktas inom vården och mötet olika kulturer emellan. Är transkulturell vård något som hälsovårdsmottagningar satsar på?

Genom att svara på denna enkät hjälper du till att samla in värdefull kunskap som bara du känner till om den transkulturella vården i Österbotten. Svaren på enkäten är konfidentiella och genom att svara på enkäten ger du ditt samtycke till deltagande i undersökningen. Resultatet kommer att användas i ett examensarbete. Enkäten är enkel att fylla i, och tar inte många minuter att svara på.

Tacksam för svar!

Linnea Ravald, Yrkeshögskolan Novia.

Handledare Anita Wikberg

---

### Informaatiokirje

Tämän kyselyn tarkoitus on saada käsitys hoitohenkilökunnan kokemuksista transkultuurisesta hoitotyöstä Pietarsaaren sosiaali- ja terveydsviraston sekä Kruunupyyn kunnan terveystieteiden keskuksista. Eri kulttuureista tulevien potilaiden määrä on tilastojen mukaan kasvussa Suomessa. Tämä kysely keskittyy hoitajien näkymikseen transkultuurisesta hoitotyöstä, eri kulttuurien kohtaamisista ja, miten kulttuuri otetaan huomioon hoitotyössä. Onko transkultuurinen hoitotyö jotain mihin terveydenhuollon vastaanotot panostavat?

Vastaamalla tähän kyselyyn autat keräämään arvokasta tietoa transkultuurisesta hoitotyöstä Pohjanmaalla. Kyselyn vastaukset ovat luottamuksellisia ja vastaamalla annat suostumaksesi tähän kyselyyn. Tämän kyselyn tuloksia tullaan käyttämään ammattikorkeakoulun lopputyössä. Kysely on helppo täyttää ja siihen vastaaminen ei kestä montaa minuuttia.

Kiitos vastauksista!

Linnea Ravald, Yrkeshögskolan Novia. Ohjaaja  
Anita Wikberg

## Sammanfattning

Rapporten "Upplevelser och erfarenheter av interkulturell vård och mödravård i Finland" är den tredje boken som publiceras, i Novias serie S, som berör barnmorskans arbete. Rapporten bygger på sjukskötar- och barnmorskestuderandes examensarbeten under 2018–2019.

Invandringen har ökat snabbt i Finland de 30 senaste åren. Idag är det vanligt med patienter med annan kulturell bakgrund i vården. Vårdarna behöver kunna kommunicera med patienterna och vårda dem på ett kulturellt kompetent sätt.

De flesta afrikanska kvinnor som föder barn i Finland är nöjda med vården och anser att vårdarna bemöter dem väl. De anser att vårdarna är både professionella och erfarna. De önskar dock att alla vårdare kunde tala engelska eller ordna en professionell tolk.

Barnmorskor och andra vårdare upplever det utmanande men givande att vårda patienter med annan kulturell bakgrund. De efterlyser mer fortbildning och diskussion om vård av patienter med annan kulturell bakgrund. Speciella utmaningar i mödravården är vård av kvinnor som är omskurna.

YRKESHÖGSKOLAN  
**NOVIA**

Yrkeshögskolan Novia har ca 3500 studerande och personalstyrkan uppgår till ca 390 personer. Novia är den största svenskspråkiga yrkeshögskolan i Finland som har examensinriktad ungdoms- och vuxenutbildning, utbildning som leder till högre yrkeshögskoleexamen samt fortbildning och specialiseringsutbildning. Novia har utbildningsverksamhet i Vasa, Jakobstad, Raseborg och Åbo.

Yrkeshögskolan Novia är en internationell yrkeshögskola, via samarbetsavtal utomlands och internationalisering på hemmaplan. Novias styrka ligger i närvaron och nätverket i hela Svenskfinland.

Novia representerar med sitt breda utbildningsutbud de flesta samhällssektorer. Det är få organisationer som kan uppvisa en sådan kompetensmässig och geografisk täckning. Högklassiga och moderna utbildningsprogram ger studerande en bra plattform för sina framtida yrkeskarriärer.

Yrkeshögskolan Novia  
Wolffskavägen 33, 65100 Vasa, Finland  
Tfn +358 (0)6 328 5000 (växel),  
[www.novia.fi](http://www.novia.fi)

ISSN 1799-4209 · ISBN 978-952-7048-71-9 (Online)

Yrkeshögskolan Novia upprätthåller en publikations- och produktionsserie för att sprida information och kunskap om verksamheten såväl regionalt, nationellt som internationellt.

Publikations- och produktionsserien är indelad i sex kategorier:

R - Rapporter • P - Produktioner • A - Artiklar • L - Läromedel • S - Studerandes arbete • RS - Reseskildring

Läs våra senaste publikationer på [www.novia.fi/FUI/publikation-och-produktion](http://www.novia.fi/FUI/publikation-och-produktion)