



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Förberedelser inför förlossning: Intervjuer med arabisktalande förstföderskor i Sverige

Författare: Sarab Alwan

Handledare: Linda kvist

Magisteruppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Förberedelser inför förlossning: Intervjuer med arabisktalande förstföderskor i Sverige.

Författare: Sarab Alwan

Handledare: Linda Kvist

Magisteruppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Ungefär 1,4 miljoner av Sveriges befolkning har en icke-svensk etnisk bakgrund och många kvinnor i fertil ålder kommer från länder som Palestina, Irak och Syrien där språket arabiska talas. **Syfte:** Syftet med denna studie var att belysa hur förberedda arabisktalande förstföderskor var inför sin förlossning i Sverige **Urval:** Fördjupade intervjuer genomfördes med åtta arabisk talande kvinnor i åldrarna 20-25 år en månad efter det att deras första barn föddes. **Metod:** Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:**

Analysen resulterade i framväxten av tolv underkategorier som organiserades i fyra huvudkategorier. Dessa är: Information, rädsla, kommunikation och kulturella krockar.

Slutsats: Muntlig- samt skriftlig- information på arabiska för att försäkra sig om att korrekt information förs vidare till de kvinnor som inte talar svenska. Därför behövs det närvaro av kompetenta tolkar eller tvåspråkig vårdpersonal under förlossningen för att möjliggöra optimal kommunikation med kvinnan. Det krävs medvetande om de kulturella skillnaderna från barnmorskans sida vid vård av kvinnor från andra kulturer. Detta uppnår barnmorskan genom att delta i kurser som belyser hur en arabisk kvinna uppfattar hälsa, graviditet, förlossning, liv och död, samt kroppsliga kommunikationssätt i arabisk kultur. Genom att barnmorskan lyssnar aktivt på kvinnan, bekräftar hennes känsla samt upplevelse skapas förtroende hos kvinnan.

Nyckelord

Information, kultur och kommunikation.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Invandrare	5
Kultur och kulturella skillnader	5
Förberedelse inför förlossning och förlösnings rädsla	7
Stress under förlossning	8
Barnmorskans roll	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	11
Datainsamling	11
Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	14
Information	15
Information från barnmorskan	17
Information från omgivningen	17
Information från media	17
Rädsla	19
Rädsla för komplikationer	19
Rädsla för barnets hälsa samt att se barnet blodig	20
Rädsla för smärta	21
Kommunikations	22
Barnmorskan utnyttjar inte tillgängliga resurser	22
Kvinnan löser problem på egen hand	24
Kommunikationsbrist medför rädsla	24
Kultur krock	25
Syn på graviditet och förlossningen	26
Omgivningens inflyttande	27
Andras dåliga upplevelser har stor inflyttande	28
Diskussion	29
Metoddiskussion	29
Resultatdiskussion	31
Konklusion och implikationer	36
Referenser	36

Problemområde

Ökad migration innebär även ökad kontakt för vårdpersonal med patienter från olika kulturella bakgrunder som har olika förväntningar på vården. Cirka 1,4 miljoner av Sveriges invånare är födda utomlands, av dessa människor kommer 30 % från Asien och 9 % från Afrika (Socialstyrelsen, 2009). En studie av Taloyan, Sundquist och Al-Windi (2008) visade att utlandsfödda individer hade en sämre allmän hälsa i jämförelse med människorna som var födda i Sverige. I studien fann författaren att utlandsfödda individer hade ett sämre psykiskt välbefinnande än de som är födda i Sverige samt att utlandsfödda kvinnor har mer somatiska smärtor och dåligt psykiskt välbefinnande jämfört med svenskfödda.

I Socialstyrelsens folkhälsorapport (2009) stod det att bland invandrare var det främst kvinnor och äldre som led av ohälsa. Aboul-Enein (2010) beskrev i sin studie hur arabiska kvinnor tog emot vården i jämförelse med amerikanska kvinnor. Han lade märke till att förutom brist på språk skiljde sig även uppfattningen om hälsa, sjukdom och död mellan kvinnorna med arabisk och amerikansk bakgrund. Dessa skillnader kunde leda till ökad oro och rädsla samt att arabiska kvinnor kände att vården som gavs inte tillfredsställde deras behov av vård. I Harmsen, Bernsen, Bruijnzeels och Meeuwesens (2008) forskning betonades att det fanns kulturella skillnader samt kommunikationssvårighet med patienter med en annan etnisk bakgrund. Vidare beskrevs det att vården som gavs till dessa patienter skulle vara anpassad till dessa skillnader för att kunna förse dem med rätt information.

Hur en kvinna upplever förlossningen beror mycket på hennes förberedelse, hur nöjd hon är med vården samt hur hon uppfattar kvaliteten på vården (Harmsen et al, 2008; Omeirat & Dahlgren, 2013).

Utökad förståelse för vilka problem med förlossningsförberedelser arabisk-talande kvinnor står inför kan underlätta för både barnmorskors arbete och för blivande mödrars upplevelser. Detta kan ha en stor betydelse för kvinnan i hennes nästa graviditet. Att förstår dessa problem

kommer att öka medvetenheten för barnmorskor om betydelsen av patienternas olika kulturella bakgrund.

Bakgrund

Invandrare

En stor del av Sveriges befolkning består av invandrare som kommit från andra länder (Statistiska centralbyrån, 2015), där det råder fattigdom och krig. Från de arabisktalande länderna har flyktingar från framförallt Palestina, Irak och Syrien kommit till Sverige (a, a). Varje år ökar antalet asylsökande till Sverige. År 2013 skedde en ökning på 9,2 % (Statistiska centralbyrån, 2015) asylsökande och av dessa utgör de arabisktalande personerna en väsentlig del. Bland de nyanlända finns många kvinnor som är i fertil ålder. De antingen gravida eller kommer att bli gravida inom snar framtid. Dessa kvinnor behöver vård. Gravitet och barnafödande är för de flesta kvinnor en omvälvande händelse. I detta förlopp är kvinnan utsatt för såväl fysiska som psykiska förändringar (Socialstyrelsen, 2014; Kaplan et al, 2009).

Kultur och Kulturella skillnader

Begreppet ”kultur” varier i tid och rum och det används på olika sätt av olika befolkningar. Enligt Århem (1989) identifieras kultur med två varianter den första betyder en livsstil för ett folk vilket kan vara ett kännetecken för det folket. Den andra betyder gemensamma tankar, värderingar och lärdomar som existerar i ett samhälle. För att man ska öka förståelsen och medvetenheten om kulturskillnader krävs det att ha en viss förståelse för vad ordet kultur betyder för oss och vad det betyder för andra. Enligt Benson och Kleinman (2006) var det viktig för vårdpersonalen att förstå kulturella skillnader och att man tog patientens kultur i tanken vid bemötande med patienten. Dessutom att försöka se varje individ istället för att ha

generaliserande bemötanden. Respekt är en väldigt viktig aspekt i bemötande med patienter med andra kulturella bakgrunder (a, a).

Mulholland och Dyson (2001) uppgav att kultur inte var något konstant utan den utvecklas under en individs livstid. Kulturen hos en individ kan formas av ens religion, språk, matvanor samt åsikter. Dock så finns det möjlighet att individen lämnar sina medfödda traditioner och vanor och istället tar till sig de nya traditionerna och vanorna från det nya landet.

Kommunikationsproblem, kulturella skillnader, religion och tolkningssätt i förhållande till situation kan göra att det blir svårt för patienten att ta emot informationen på ett adekvat sätt vilket kan ge upphov till ett otillfredsställt emottagande av vården. Enligt Faria-Schutzer, Surita, Alves, Vieira & Turato (2015) kan brist på kommunikation mellan barnmorskor och kvinnor leda till komplikationer såsom låg födelsevikt, diabetes, anemi och preeklampsi vilket i sin tur skulle kunna kräva eftervård till höga kostnader. Halperin, Sarid och Cwikel (2014) hade i sin studie, som genomfördes i Israel, gällande jämförelser mellan arabiska kvinnor och israeliska kvinnor, funnit att uppfattningen och erfarenheterna av förlossningen skilde sig åt mellan etniska och kulturella grupper. De flesta israeliska kvinnorna var generellt nöjda med den erbjudna vården medan de arabisktalande kvinnorna rapporterade att de inte var nöjda med den (a, a). I en kvalitativ studie av Akhavan (2012) tillfrågades barnmorskor vad de trodde var orsaken till skillnaden i vården mellan invandrade och icke invandrade grupper i Sverige. De menade att skillnader beror på faktorer såsom brist på tid i informationsmötena, missförstånd på grund av språkbarriär, kulturella övertygelser och begränsat förtroende för vårdgivare hos vårdmottagare (a, a). Kulturella skillnader mellan det moderna svenska samhället och andra utländska samhällen kan orsaka ett vård dilemma vid kommunikationsbrist.

Förberedelse inför förlossning och förlossningsrädsla

I många länder med höga inkomster förbereder sig kvinnan och hennes partner i god tid inför födande och föräldraskapet (SFOG, 2008). I Sverige arrangerar mödrahälsovården föräldrautbildning för föräldrarna (Socialstyrelsen, 2014). En hög procent av deltagarna i programmet är förstagångsföräldrar. De blivande föräldrarna har uppfattningen att deras deltagande i utbildningen ska göra dem bra förberedda inför födandet (a, a). Enligt Fabian, Rådestad och Waldenström (2005) är teoretisk kunskap och kontakt med andra blivande föräldrar stödjande inför föräldraskapet. I de flesta fallen hålls föräldrautbildningar på det svenska språket och informationen som ges ut till de gravida kvinnorna inför förlossning är anpassad till svenska kvinnor som är födda i Sverige. Detta medför att de arabisktalande blivande föräldrarna deltar i mindre utsträckning i dessa program än vad den svenska nyblivande föräldern gör (a, a). Rassin, Klug, Nathanoz, Kan och Silner (2009) hade i sin studie som genomfördes i Israel, funnit att arabiska deltagande i prenatala kurser var få i jämförelse med israeliska kvinnor. Meddings och Haith-Cooper (2008) beskrev i sin studie att bristen på förståelse på svenska språket gjorde att kvinnorna inte hade någon uppfattning om vad som blivit sagt i föräldrautbildningsprogrammet. Samma studie visade att endast enstaka barnmorskemottagningar i Sverige höll sådana program för arabisktalande kvinnor med hjälp av tolk för att ge effektiv information till kvinnorna. Dock så hade tolken tendenser att dra ifrån, lägga till, förenkla eller byta ord, vilket resulterade i att informationen inte var lika effektiv som barnmorskan trodde. Detta blev en annan trygghet när informationen skulle ges på det egna språket av en erfaren barnmorska (a, a). Det fanns samband mellan trygga kvinnor och en normal förlossning (Socialstyrelsen, 2014, Edvardsson & Stenberg, 2008). Haines, Rubertsson, Pallant och Hildingsson (2012) lade märke i sin studie till att rädsla vid förlossning kunde få kvinnan att uppleva förlossningen som en negativ händelse. Och till nästa graviditet skulle dessa kvinnor föredra att föda med kejsarsnitt framför vaginal

förlossning (a, a). Förlossningsrelaterad rädsla bland arabisktalande kvinnor var tre gånger så hög som hos svenskfödda kvinnor visade en studie av Ternström, Hildingsson, Haines och Rubertsson (2014). Efter genomförandet av vaginal förlossning upplevde de flesta kvinnor en oerhört stark rädsla över att behöva gå igenom detta igen vid nästa födsel. Psykisk ohälsa drabbade dessutom många av kvinnorna som inte var bekanta med dessa normala symtom samt upplevelser som kan förekomma efter förlossningen (a,a).

Halperin et al. (2014) menade att arabiska kvinnor upplevde brist på kontroll under förlossningen, de kände sig hjälplösa och rädda, både för egen del och för sitt nyfödda barn.

Wikberg (2010) fann i sin studie att kvinnor som inte blev väl informerade under förlossningen var rädda och irriterade. Dessutom fanns det en misstanke om att onödiga kejsarsnitt görs relaterad till kommunikationsproblemen (a, a).

Stress under förlossning

Ternström et al (2014) fann i sin studie som genomfördes i Sverige att arabisktalande kvinnor upplevde mer stress under förlossningen i jämförelse med svenska kvinnor. Levi (2001) definierar i sin forskning om stress och hälsa, stress som ”en kraft som deformerar kroppar.” Stress sätts i verket när man utsätts för belastning och anpassningskrav särskild vid nya främmande situationer. Levi beskrev att stress framkallas vid den bristande passform mellan vad människan behöver och vad miljön kan erbjuda och kräva av människan. Vidare beskrev han att biologiska effekter av stress. Till exempel framkallar stress bland annat ökad hjärtfrekvens, muskelspänning, andningsfrekvens, högt blodtryck, och binjurarna producerar mer adrenalin.

Kaplan et al. (2009) pekade på att ökade nivåer av adrenalin kan störa Oxytocin-utsöndringen vilket är en förutsättning för en normal förlossnings- process. Stress kan leda till

uppkomsten av psykiska tillstånd såsom ångest, depression, posttraumatisk stress- sjukdom och egentlig depression som är den vanligaste formen av depression (Levi, 2001).

Barnmorskas roll

I slutet av 1930- talet grundades mödravården i Sverige (Santesson, 2009) och den har fortsatt utvecklas genom åren fram tills idag. Mödravårdens uppgift är att främja god reproduktiv- och sexuell-hälsa för kvinnor. Barnmorskorna inom mödravården har en viktig roll i att se och stötta den gravida kvinnan igenom hela graviditeten och försäkrar sig att kvinnan och barnet mår bra (a, a). Att vänta barn är för många kvinnor en stor och viktig händelse i livet och innebar ofta en fysisk och psykisk omställning. För kvinnor med invandrarbakgrund kan omställningen som sker vid en graviditet bli mer påtalad då de befinner sig i ett främmande land och i en ny miljö ofta förenat med språk- och kommunikationssvårigheter (Robertsson, 2009). Barnmorskans uppgift är att försöka lösa problem som kan uppstå exempelvis vid språkbarriärer och kulturella skillnader. Detta ger bättre möjlighet för barnmorskorna att kunna identifiera och förstå kvinnors individuella behov av vård och tillfredsställa deras behov. Det är viktigt att skapa förtroende och respekt till kvinnan genom att lyssna på kvinnan och bekräfta hennes känslor och upplevelser. Förtroende hjälper att kvinnan känner sig mer bekväm och ger mer detaljerad information till vårdpersonal (Racquel, 2011). Barnmorska har en uppgift är att bedöma kvinnans hälsokompetens och kvinnans kulturella kompetens, med detta menas att barnmorskan bör veta vilken kunskap kvinnan har om graviditet och förlossning, Det är avgörande för att minska hälsoskillnaderna i etniska och minoritetsgrupper (a, a). Barnmorska kan använda sig av metoden being non-judgmental (Cutilli 2005). Detta bygger på att inte döma eller bedöma på grundval av ens egna personliga standard eller åsikter vid vård av olika grupper som har olika etniska bakgrunder. För att förbättra kulturell medvetenhet är det viktig för vårdpersonal att ”förstå patienternas kommunikationsmönster”,

“erkänna och respektera patienternas syn på världen”, ” erkänna och respektera hur patienter kan uppleva sin sjukdom”. Barnmorska ska bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för den gravida kvinnan och det nyfödda barnet. För att uppnå dessa mål bör barnmorskan erbjuda speciella insatser till grupper av blivande föräldrar med särskilda behov (Socialstyrelsen, 2014) vård skall så långt som det är möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten (SFS-nr: 2006:493). Lagen om förbud mot diskriminering (SFS-nr:2008:567) säger att en enskild person inte får missgynnas eller behandlas sämre än någon annan på grund av kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning eller funktionshinder (Socialstyrelsen, 2009). Den internationella etiska koden för barnmorskor innehåller bland annat att barnmorskor ska erbjuda vård till kvinnor och deras familjer med hänsyn till deras kulturella olikheter samtidigt som de skall arbeta för att avlägsna skadliga handlingar inom respektive kultur (International Confederation of Midwives [ICM], 1999).

Syfte

Syftet med denna studie var att belysa hur förberedda arabisktalande förstfödelskor känner sig inför sin förlossning i Sverige.

Metod

Studien genomfördes som en semistrukturerade kvalitativ intervjustudie. Kvalitativa metoder används för att fånga individens egen berättelse och beskrivning hos den enskilda i en speciell livssituation (Holme & Solvang, 1997; Jacobsen, 2007).

Urval

För att genomföra studien tillfrågades tio kvinnor som härstammar från arabisktalande länder.

Åtta av dessa intervjuades och två lämnade studien utan att nämna orsaken till detta.

Inklusionskriterierna var kvinnorna som var förstföderskor och har bott i Sverige i minst en månad och maximum tre år och dessutom var arabisktalande och kunde inte svenska

Exklusionskriterier var kvinnorna som födde ett barn som inte var friskt vid

förlossningen.samt Arabisktalande förstföderskor som behärskade det svenska språket och omföderskor.

Datainsamling

Två olika barnmorskemottagningar i södra Skåne valdes för att rekrytera deltagare eftersom mest invandare kvinnor från arabiska länder gick dit. Informationsbrev om studien och syftet med studien skickades till verksamhetscheferna för dessa två barnmorskemottagningar för att få deras godkännande till att genomföra studien. Efter att dessa två verksamhetschefer hade gett sitt skriftliga medgivande skickade författaren informationsbrev om studien samt samtycke både på svenska- och på arabiska språket till barnmorskor på båda mottagningarna.

Barnmorskorna i dessa mottagningar rekryterade kvinnorna som uppfyllde

inklusionkriterierna. Dessa kvinnor lämnade sitt skriftliga samtycke till ansvariga

barnmorskor, som i sin tur hade via telefonkontakt informerat författaren. De rekryterade

kvinnorna var gravida i vecka 36. Författaren hade haft telefonkontakt med barnmorskor på

respektive mottagning för att säkerställa att rekryterade kvinnors förlossningar hade varit

normala och att barnen var friska. Kvinnorna kontaktades via telefon för att bestämma en tid

för intervjun. Intervjuerna gjordes en månad efter förlossningen.

Tre av dessa kvinnor avböjde att delta. Resterande kvinnorna valde att få muntlig information

om studien innan de bestämde en tid. Informanterna fick själva bestämma vilken tid och plats de ville träffas på för att genomföra intervjun. Semistrukturerade intervjuer genomfördes en månad efter förlossningen under perioden oktober 2016 till mars 2017 hemma hos informanterna. Varje intervju varade mellan 30-45 minuter och medeltiden var 30 minuter. Intervjuerna spelades in i författarens Iphone med deltagarens samtycke. Det inspelade materialet skrevs ut på arabiska av författaren som pratar arabiska. Därefter översattes hela arabiska intervjun till svenska på datorn. Materialet förvarades på en lösenordskyddad data på en pålitlig plats hos författaren som genomförde intervjuerna för att säkerställa konfidentialiteten.

Med semistrukturerad intervju hade deltagarna möjligheten att lämna svar som inte var bestämda i förväg. Frågorna utformades efter studiens syfte, och inleddes med demografiska frågor: Hur gammal är du? Varifrån kommer du? Hur länge har du bott i Sverige? Har du din familj här i Sverige? Har du gått i skolan för att lära dig svenska? Är det första barnet? Kan din man svenska?

Därefter ställdes huvudfrågorna med följdfrågor: Var du förbered inför förlossningen? Kan du berätta vilka information fick du från din barnmorska på barnmorsmottagning angående förlossningen? Har du tänkt på språket? Kan du berätta mer om det? Kan du berätta vilken information fick du från din familj, släktingar samt vänner? Har du sökt information på nätet? På vilket språk var webbsidorna? Var det något speciellt ämne som du vill ha mer information om? Vem var mer intresserad med att söka information på data var det du eller din man? Blev du påverkad av andras förlossningsberättelse? Kan du förtydliga lite mer? Kan du ge en exempel? Vilka saker var du mest rädd för inför förlossningen? Kan du berätta om det? Hur då? Finns det en sak/ några saker som du inte var beredd på? Kan du berätta om det? Vad önskar du dig skulle ha fått för information innan förlossningen?

Samtalet fördes naturligt och respondenterna fick själva i viss utsträckning styra intervjun:

Författaren försökte att göra övergången mellan frågeområdena så naturlig som möjligt. Då varje fråga ställdes efter varje svar, till exempel kan du berätta mer om det, hur var det, på vilket sätt, kan du ge mig ett exempel (Kvale & Brinkmann, 2009).

Analys av data

Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats användes i studien (Lundman & Graneheim 2009). Den transkriberade materialet lästes upprepade gånger för att få en fördjupande förståelse av innehållet samt en helhets uppfattning. Därefter markerades alla bärande meningar som förekom i texterna; meningsbärande enhet identifierades, kondenserades och kodades. Koderna kunde vara enkla ord eller korta meningar som låg nära originaldata. Dessa koder grupperades vidare i underkategorier och efter vidare analys till kategorier. Exempel på meningsenheter, kondenserade meningsenheter och koder visas i tabell 1. Koderna jämfördes med originaltexten för att hitta generella mönster som kan binda ihop dessa koder och subkategorier samt kategorier (Lundman & Graneheim 2009). Därefter jämfördes likheter och skillnader som förekom i texten som i sin tur användes i resultatet för att beskriva hur informanterna förberedde sig inför förlossningen.

Tabell 1 Exempel på bärandemening, koder, underkategori och kategori.

Bärandemening	Koder	Underkategori	Kategori
Jag tittade på många video som handlar om normal förlossning	Tittar på filmer som handlar om förlossning	Information från media	Information

Forskningsetiska avvägningar

En ansökan om rådgivande yttrande för studien skickades till Vårdvetenskapliga etik nämnden vid Lunds Universitet (Olsson & Sörensen, 2011).

Studiens genomfördes enligt Helsingforsdeklarationens krav på identitets- och integritetsskydd (Helsingforsdeklarationen 2013). Det består av fyra allmänna krav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Detta sattes i praktiken genom att verksamhetschefen, barnmorskorna och deltagarna fick både skriftligt och muntlig information om studien, syftet med studien och frivilligt deltagande i studien samt rätten till att när som helst kunna avbryta sin medverkan (a, a). Deltagarna fick information om studien på arabiska språket. Personuppgifter avkodades så att ingen kan identiefiera uppgifter som kan leda till deltagarnas namn (Backman ,1998).

I studien ersattes intervjupersoners namn med en bokstav för att skydda sin identitet.

Deltagarna hade rätt att få tillgång till en kopia av deras utskrivna intervju. Deltagarna kunde få en kopia av studiens resultat om de önskade sig.

Resultat

Respondenterna hade bott i Sverige i ett till tre år. Kvinnorna har skaffat sitt första barn här i Sverige. Kvinnorna var från olika arabiska länder såsom Irak, Syrien, Libanon och Palestina.

Det gemensamma språket var arabiska och ingen av dem kunde svenska när intervjun gjordes.

Analysen av intervjuerna resulterade i 4 kategorier och 12 under-kategorier som finns i Tabell

2.

Tabell 2 kategorier under-kategorier som framkom ur analysen

Kategorier	Underkategorier
Information	<ul style="list-style-type: none"> -Information från barnmorskan -Information från omgivningen -Information från media
Rädsla	<ul style="list-style-type: none"> -Rädsla för komplikationer -Rädsla för barnets hälsa samt att se barnet blodigt -Rädsla för smärta
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Barnmorskan utnyttjar inte tillgängliga resurser -Kvinnan löser problem på egen hand -Kommunikationsbrist medför rädsla
Kulturkrock	<ul style="list-style-type: none"> -Syn på graviditet och förlossningen -Omgivningens inflytande -Andras dåliga upplevelser har stor inflytande

Information

Kvinnorna i intervjuerna uppgav hur de fått tag på information gällande förlossningen från olika källor. I intervjun framkom det också att kvinnorna fått olika information av olika källor. Dessa källor för information blev underkategorierna: *Information från barnmorskan, information från omgivningen samt information från media.*

Information från barnmorskan

Kvinnorna uppgav att informationen som delgavs av barnmorskorna vid besök av mödravården under graviditeten varierade starkt. En del av kvinnorna uppgav att de hade fått mycket väl detaljerad information angående den praktiska delen som sker under förlossningen. Dessa kvinnor uppgav även att de hade fått information gällande olika typer av smärtlindring som man kan tänka sig använda under förlossningen. Farmakologisk smärtlindring såsom morfin och ryggbedövning och icke-farmakologiska metoder såsom varm dusch, massage, akupunktur, sterila kvaddlar, varm dyna. Samt vilken typ som bör användas i första hand för att underlätta smärtan som kan uppstå. Medan andra kvinnor i intervjun uppgav att de inte hade fått tillräckligt med information om de olika typerna av smärtlindring.

Kvinnorna som hade fått detaljerad information om smärtlindringen uppgav sig vara säkra under förlossningen medan de kvinnor som inte fått tillräcklig med information och kunskap var inte alls lika säkra under förlossningen. Kvinnorna som fått bristfällig information uppgav att de hade tolkat tilldelningen av till exempel smärtlindring såsom morfin och ryggbedövning som något allvarligt eller farligt. Kvinnorna nämnde även att de hade upplevt en viss osäkerhet och rädsla under förlossningen

-”Vad kan man göra för att underlätta smärtan? Man kan exempelvis bada i varmt vatten eller massera ryggen. Andnings träning och akupunktur samt information om ryggbedövning”... W

-” jag önskar att min barnmorskan var mer intresserad och engagerad och gav mig mer information.”...R

Information från omgivning

Respondenterna uppgav att de hade fått olika information från sina mammor, släktingar och vänner gällande graviditeten och förlossningen. En del av dessa släktingar och vänner var äldre och redan hade flera barn. Respondenterna lyssnade på dessa äldre kvinnor då de ansågs ha erfarenhet och har gått igenom förlossningen flera gånger, vilket tolkades som att dessa äldre kvinnor hade rätt information.

Respondenterna uppgav att informationen som de hade fått från släktingar och vänner stämde till stor del dåligt överens med den information som de fått från barnmorskan. Vidare uppgav respondenterna att de kände sig förvirrade när de fått olika information angående en och samma sak. Dessutom kände de en stor osäkerhet kring vilken information som var den rätta. De beskrev att denna informations motsägelsefullhet påverkade deras förberedelse inför förlossningen negativt. De kände sig osäkra angående hur väl förberedda de var inför förlossningen och om de skulle klara den eller inte.

-”När jag sade till min mamma att min barnmorska ville att jag skulle gå ut och ta en promenad. Besvara hon mig med aldrig i livet, du får inte gå, du får inte gå upp för trappor heller, dessutom får du inte heller lyfta tunga saker eftersom det kan leda till missfall. Jag var rädd för att förlora barnet. Därför gjorde jag inget speciellt, utan låg bara i soffan alla dagarna”... M

Information från median

En del av kvinnorna i intervjun uppgav att det var en självklarhet att söka information via nätet trots att de redan fått information från sina barnmorskor. Kvinnorna uppgav att sökandet av information på internet från olika källor tillfredsställde deras behov av kunskap kring förlossningen. Dessa kvinnor beskrev att informationen via nätet samt att titta på olika video

som handlar om förlossningen hade bidragit till att de kände sig väl förberedda inför förlossningen. Vidare beskrev kvinnorna att de ville samarbeta under förlossningen och bidra till en underlättad förlossning då de visste hur de skulle agera under själva förlossningen. I intervjuerna framkom det att olika kvinnor hade olika intressen gällande ämnen som de söker på internet. Information om ryggbedövning och utdrivningsskede var mycket populära ämnen. Vidare uppgav kvinnorna att de hade sökt efter samma information fast från olika källor. Dessa källor var från arabiska webbsidor. De hade sedan jämfört vilka källor som angav samma information och på så sätt fått en bekräftelse på vilken fakta som stämde. Kvinnorna som blev intervjuade uppgav att de inte kunde läsa tidningar och böcker som handlade om förlossning eftersom dessa fanns inte på det arabiska språket, men samtliga kvinnor hade läst boken ”vänta barn” på arabiska, som de hade fått från mottagningsbarnmorskorna och de beskrev att boken var väldigt intressant. En liten del av kvinnorna uppgav att de inte känt sig i behov av att söka information på nätet. De tyckte att det räckte med all information som de hade fått från sina barnmorskor.

-” Absolut jag brukar höra information från alla och läsa. Denna information som liknar varandra är för mig rätta informationen, det är den som jag kan lita på och ta till mig” ... R

-”Jag var så nyfiken på titta på alla videor som var inlagt på Youtube som handlar om förlossning, jag vill se hur det går till att föda barn i verkligheten så att jag kan vara mer förberedd inför min förlossning.”... R

Rädsla

Det framkom från intervjuerna att rädsla var stort problem för många kvinnor under förlossningen. De olika typerna av rädsla beskrevs i underkategorierna: *Rädsla för komplikationer, rädsla för barnets hälsa, samt att se barnet blodig och rädsla för smärta.*

Rädsla för komplikationer

Den gemensamma känslan bland respondenterna var rädslan av att inte kunna föda vaginalt och anledningar till detta varierade. En del av kvinnorna i intervjuerna beskrev att de var rädda för att inte kunna föda normalt och att deras förlossning skulle kunna sluta med ett kejsarsnitt. Kvinnorna berättade att trots att de hade fått lugnande besked från barnmorskan om att allt var bra och deras förlossning skred framåt ändå inte kunde släppa tag om rädslan. Vidare beskrev kvinnorna hur oron inför att inte kunna föda vaginalt gjort att de inte kunnat sova ordentligt om nätterna och att det tagit över den glädje som de hade inför det kommande barnet.

Att höra många berättelser från andra människor vars förlossning inte gått normalt och råkat ut för omfattande komplikationer ökade kvinnornas rädsla ännu mer enligt deras beskrivning. Kvinnorna uppgav att rädslan för komplikationer hade gjort att de kände sig osäkra på om de verkligen var förbereda inför förlossningen.

”Jag var rädd att det inte skulle bli en normal förlossning, att det skulle bli komplicerad. Jag var väldigt rädd för komplikationer under förlossningen och att jag skulle bli tvungen att snittas istället för att föda normalt” ... W

Rädsla för barnets hälsa samt att se barnet blodig

Det framkom i intervjuerna att kvinnorna var väldigt rädda för att något skulle hända med barnet. Rädslans grad varierade mycket från kvinna till kvinna. En del av kvinnorna uppgav att de var oförberedda och kände av en ständig oro över att något skulle hända barnet under förlossningen. Därför krävde de bekräftelse flera gånger under förlossning om att allt var som det skulle vara och om att barnet mår bra.

Andra kvinnor uttryckte att rädslan för barnets välbefinnande redan funnits under graviditet. De beskrev att deras rädsla haft ett stort inflytande på det vardagliga livet och att de inte kunde leva ett normalt liv under hela graviditeten. Rädslan fortsatte ända fram till förlossningen.

Alla respondenterna förutom en uppgav att de hade fobi för blod. Dessa kvinnor beskrev i intervjun hur de kunde svimma bara av att se blod. Vidare uppgav de att de helt enkelt inte var förberedda med att se samt ta emot barnet med blod, slem och fett. Kvinnorna hade blandade känslor såsom kärleken till det efterlängtrade barnet men även skuld-känslor över att inte kunna krama om det.

- "Som jag tidigare nämnt var min största rädsla att något skulle hända mitt barn. Varje dag som gick förbi bad jag till Gud att bevara mig och mitt barn levande och att inget hemskt skulle drabba oss" ... S

- " Nejjjjjj, jag blev så rädd och vägrade att hålla honom. Jag blev verkligen väldigt rädd när jag såg honom med blod och allting. Jag började prata med mig själv inombords, "Må Gud förlåta mig för att inte kunna hålla mitt barn trots att det är en gåva från dig" ... S

Rädsla för smärta

Respondenterna uppgav att de upplevde att deras förlossning tog lång tid. Tiden var fylld av en oändligt stark smärta och sorg som de inte kunde hantera. Vissa kvinnor uppgav att mitt i deras förlossning dök det upp många negativa tankar såsom om de verkligen borde fortsätta krysta eller helt enkelt ge upp och sluta kämpa. I intervjuerna uppgav de att respondenterna varit oförberedda på att deras förlossning skulle ta så lång tid och att den skulle vara så smärtsam. Många kvinnor i intervjun beskrev att smärtan var fruktansvärd och mycket starkare än förväntat.

Vissa kvinnor uppgav att smärtan gjorde att de tappade kontrollen över sig själva och drabbades av panikångest. Dessa kvinnor beskrev hur smärtan tagit över deras tankar vilket gjorde att de inte kunde slappna av och återhämta sig. De uppgav att smärtan tog på deras kraft och att de inte kunnat vara lyhörda för uppmaningar från barnmorska under förlossningen.

Smärtan gjorde att kvinnorna tappade aptiten och inte fick i sig varken mat eller dricka under många timmar. De hade inte heller kunnat sova på grund av smärtan. Brist på mat, dryck och sömn resulterade i att smärtan upplevdes som ännu värre och att dessa kvinnor kände att de inte hade så mycket ork och kraft kvar i kroppen till att fortsätta med förlossningen.

- ”Som jag nämnde innan kunde jag inte tåla smärtan så att jag började drar mig i håret, och slå mig i ansiktet. Blodet rann från mig eftersom jag dragit ut den nålen som jag hade i handen. Jag hade kommit till det tillståndet att jag även dragit i min mans kläder och skadat honom” ... IS

- "När jag kom till utdrivningsskede hade jag ingen kraft kvar inom mig, jag var slarvig med maten och drick på grund av smärta, jag åt inte på två dagar vilket gjorde att jag inte hade kraft till att fortsätta till sista biten av förlossningen" ... M

Kommunikation

Under intervjuerna framkom det att kommunikation är ett väldigt viktigt redskap under förlossningen. Det spelar oerhört stor roll för att kunna framföra och ta emot rätt information mellan kvinnor och barnmorska. Detta resulterade i tre underkategorier: *Barnmorskan utnyttjar inte tillgängliga resurser, kvinnor löser problemet på egen hand samt kommunikationsbrist medför rädsla.*

Barnmorskan utnyttjar inte tillgängliga resurser

Alla respondenter uppgav att de alltid blivit erbjudna tolk antingen på plats eller via telefon vid besök hos barnmorskan under sin graviditet.

De fick även information från sina barnmorskor på mottagningen om att det inte skulle vara något problem med det svenska språket eftersom personalen på förlossningen skulle ordna en tolk om det behövdes. Dessa kvinnor uppgav att de varken blev erbjudna tolk eller tillfrågade om de behövde en tolk när de kom till förlossningen. Kvinnorna betonade under intervjun att de behövde en tolk för att kunna kommunicera med personalen under förlossningen.

Under intervjun uttryckte kvinnorna att det var mycket oväntat att språket skulle vara ett så stort hinder under förlossningen. De kunde inte heller få möjligheten att be om en tolk då smärtan de befann sig i gjorde de omöjligt att tänka på annat.

Kvinnorna beskrev att kommunikationssvårighet gjorde att barnmorskan inte uppfattade när smärtlindringen som erbjudits inte räckte till och att de behövde någon annan sorts smärtlindring. Kvinnorna uppgav att det kändes som om de förlorat makten över sig själva

och kände att det inte riktig var deras förlossning eftersom de inte fick vara delaktiga i många frivilliga beslut som togs exempelvis vilken typ av smärtstillande som skulle användas och vilken position kvinnan vill födda i. Kvinnorna berättade att brist på kommunikation minskade deras självsäkerhet inför förlossningen.

Kvinnorna som kunde begränsat med engelska uppgav att deras barnmorskor på förlossningen kommunicerade med dem på engelska. Dessa kvinnor uppgav att de lade mycket energi på att anstränga sig med språket istället för att spara den energi till att föda barnet.

Kvinnorna uppgav att det fanns många medicinska termer som de inte kände till och kunde förstå. Dessa kvinnor som använde sig av det engelska språket låtsades veta vad barnmorskan sa trots att de i själva verket inte förstod något. Vidare uppgav dessa kvinnor att de skämdes att säga till när de inte förstod något eftersom de inte ville att barnmorskan skulle tro att de var okunniga.

En kvinna uppgav att hennes okunnighet i språket gjorde att hennes enda svar på barnmorskans frågor var ett nickade på huvudet. Vilket fick personalen tro att hon var stum.

-”Nej, vet du vad, det är ingen som har pratat med mig under förlossningen, barnmorskan kommer in till rummet undersöker mig och sedan går ut. Ingen har pratat med mig. Jag gör inga väsen av mig och skakar på huvudet när de ställer frågor till mig antingen ja eller nej. Ryggsmärta varit väldigt irriterande. Till sist jag har pratat med de på den lilla engelska som jag kan. Då personalen blev förvånad att jag kan prata eftersom de trodde att jag var stum”...N

-”Ja, eftersom det var många saker som jag inte förstår och skäms att säga att jag inte förstår så att jag inte ska se dum ut när hon pratar med mig. Då säger jag ok utan att jag egentligen

förstår vad hon vill. Det gjorde att ibland till exempel när jag skulle byta min position flera gånger för att jag inte förstår vad hon vill.” ... R

Kvinnor löser problemet på egen hand

Det framkom från intervjuerna att kvinnorna redan under graviditet hade varit oroliga för att inte kunde kommunicera med barnmorskan under förlossningen. Då försökte dessa kvinnor att ta egna initiativ och hitta egna lösningar. Vidare beskrev kvinnorna att detta kunde hjälpa dem att få rätt information från barnmorskan, så att de sedan kunde känna sig tryggare under förlossningen. En del kvinnor använde sig av teckenspråk för att förmedla känslor som uppstod under förlossningen såsom yrsel, illamående och smärta.

Andra kvinnor som deltog i intervjun uppgav att de inte fick någon hjälp med språket alls. Då var de tvungna att få hjälp av sin släkting via telefon för att tolka vad som sades i förlossningssalen samt för att förmedla till barnmorskan vad de ville få fram, trots att släktingarna inte heller kunde prata svenska utan bara begränsat med engelska.

Medan andra kvinnor uppgav att de förberedde sig inför förlossningen genom att tänka på alla möjliga ord som de skulle kunna behöva under sin förlossning och skriva ner dem på ett papper som de tog med sig till förlossningen.

-”Jag hade skrivit ner på ett papper alla ord som jag skulle kunna tänka mig behöva veta vid förlossningen, då blir det också lättare för mig att uttrycka mig” ...R

Kommunikationsbrist medför rädsla

Att inte kunna kommunicera med vårdpersonal under förlossningen väckte rädsla hos kvinnorna, berättade de under intervjun. Kvinnorna uppgav att det var den största oron var att inte kunna uttrycka sig angående smärtan och få smärtlindring under förlossningen. Det

framkom under intervjuerna att bristen på språket tagit mycket av kvinnornas kraft och tankar. Kvinnorna uppgav att istället för att de ska lägga fokus på att föda barnet lades de fokuset på att vara orolig inför att inte kunde uttrycka sig tydligt och kommunicera med barnmorskan under förlossningen.

Kvinnorna befann sig i oförutsägbart situation, där de förlorat all kontroll. Dessa kvinnor var i behov av att veta i vilken fas av förlossningen de befann sig i. Vidare beskrev kvinnorna att de skulle ha uppskattat väldigt mycket om de hade fått hjälp med språket för att få rätt information från barnmorskan under förlossningen. Kvinnorna uppgav att om de hade övervunnit språkhindret skulle de känna sig mer lugna, trygga samt mer förberedd till nästa steg under förlossningens olika faser.

- ” Jag var rädd för språket och tänkt på det mycket” ... M

- ” Jag var rädd att de kommer att be mig göra något som jag inte ens förstår eller om jag hade ont hur jag kommer att förklara mig så att beskriva smärtan och vad någonstans det gör ont” ... W

Kulturkrock

Samtliga kvinnor nämnde i intervjuerna att det förmodligen skulle vara stor skillnad att föda barnet i Sverige än i hemlandet trots att det är första gången de blivit gravida och fött ett barn. Skillnaderna kretsade kring vilken typ av information som de erhöll här i Sverige angående förlossning och smärtlindring. Kvinnorna beskrev i sina berättelser att mycket av informationen som de fått här i Sverige varit helt ny. Under den kategorin uppkom tre underkategorier: *Syn på graviditet och förlossning, omgivningens inflytande och andras dåliga upplevelse har stort inflytande.*

Syn på graviditet och förlossning

Kvinnorna uppgav i intervjun att i deras hemländer är att föda barn en del av det normala livet. Vidare beskrev kvinnorna att i deras hemländer är det ingen som tänker på riskerna som kan uppkomma under graviditet och förlossningen och att de tar för givet att kvinnan kommer att klara av graviditet och förlossningen utan några större problem trots att många kvinnor och barn har mister sina liv på grund av komplikationer under förlossningen. Och att i deras hemländer är det inte populär att mannen ska vara närvarande under kvinnans förlossning utan det är alltid kvinnans mamma, syster eller svärmor som ska vara närvarande. Det framkom under intervjun att kvinnorna var mer oroliga inför förlossningen än männen. Kvinnorna uppgav att det är normalt att en kvinna ska vara mer orolig än sin man eftersom det är kvinnan som ska föda barnet och inte mannen. Därför var kvinnorna mer intresserad av att söka information på nätet än männen gällande förlossningen.

Kvinnorna uppgav också att det i deras hemländer inte finns någon speciell mottagning som tar hand om gravida kvinnor så att kvinnorna kan gå dit regelbundet och göra nödvändiga undersökningar. Barnmorskorna i dessa länder har ingen speciell utbildning utan vissa kvinnor blev barnmorskor endast genom att de har jobbat på förlossningsavdelning, och blivit tränade av äldre barnmorskor.

Kvinnorna beskrev vidare att dessa barnmorskor i deras hemländer inte har rätt att jobba med något annat än bara att hjälpa kvinnor med förlossningen. Gravida kvinnor brukar söka sig till en gynekolog för att följa upp sin graviditet. Att besöka gynekolog kostar mycket och det är inte gratis uppgav kvinnorna. Kvinnorna tillade att de som inte har gott om pengar tyvärr inte kan göra några undersökningar och inte heller ta viktiga blodprover. En del kvinnor uppgav att allt som rör liv och död är i Guds händer och ingen människa kan påverka detta. Med detta

menar kvinnorna att Gud redan i förväg har bestämt deras öde. Denna tillit till Gud gav en viss lugnande känsla till en del av kvinnorna.

”Som du vet vi har ingen speciell barnmorskeutbildning i mitt hemland, barnmorskorna jobbar bara på förlossnings avdelning. De har inte heller rätt att skriva recept bara doktorerna i mitt land kan göra det.” R

”Där brukar gravida kvinnor gå till gynekolog, det koster mycket, jag tänker alltid på hur de stackars kvinnor som inte har råd klarar sig”. W

Omgivnings inflytande

Från intervjuerna framkom det att miljön runt omkring kvinnan hade en stor betydelse för kvinnans förberedelse inför förlossning. En del kvinnor berättar i intervjun att de hade fått tillfälle att vara med under förlossningen när deras anhöriga födde barn i deras hemländer. Där finns det inte en avskild sal till varje förlossning berättade kvinnorna, utan det finns många kvinnor i en och samma förlossnings sal och kvinnorna befann sig i olika faser av förlossningen. Denna erfarenhet att vara med på förlossningen med andra hade påverkat respondenterna. Vidare beskrev de att de blev skrämda inför den egna förlossning vilket medförde en typ av rädsla som de inte kunde glömma bort. Att se blod samt höra skriken av dessa kvinnor som höll på att föda barnen var oförlömligt uppgav kvinnorna.

Respekt och omtanke saknas i samband med förlossningen i deras hemländer. Barnmorskor och doktorer kan skälla på kvinnan för vissa saker till exempel om kvinnan skriker, klagar mycket på smärtan eller sköter magen under krystskede. Detta skapade en annan typ av rädsla inom dessa kvinnor som dem inte kunde bli av med den. Då försökte dessa kvinnor att undvika många saker som sker naturligt under förlossningen för att slippa utskällning.

”Denna händelse kommer jag inte någonsin att glömma. Jag har en väldigt stark rädsla över att samma historia upprepa sig igen men med mig som offer den här gången. Då har jag bestämt mig att aldrig föda vaginalt utan med kejsarsnitt.” B

”Ja det var jag, eftersom jag har en väninna som hade bajsat på sig själv under förlossningen, och hörde hur personalen skällde ut henne. Då var jag väldigt rädd att hamna i sådan situation att krysta när är det dags att göra det och bajsar jag på mig, då vågade jag inte krysta” ... R

Andras dåliga upplevelser har ett stort inflytande

Kvinnorna uppger att de blivit illa berörda av andras historier när barnen eller kvinnor inte mår bra eller blivit sjuka efter förlossningen. Kvinnorna var rädda att det kunde hända samma sak med dem eller deras barn. Samtliga kvinnor som intervjuades uppgav att andras berättelser om förlossningar skrämde dem och ledde till att de inte kunde se förlossningen som något positivt.

En del av kvinnorna uppgav att till och med att andras berättelser om ryggbedövning hade påverkat deras val av att välja smärtlindring. Dessa kvinnor uppgav att trots smärtan de fick stå ut med så ville de inte ha någon ryggbedövning. Kvinnor uppgav att de hade fått lugnande information om ryggbedövning från deras barnmorskor men ändå kunde de inte låta bli att påverkas av andras berättelse. Det uppkom också att andras upplevelser gällande förlossningen hade påverkat kvinnornas syn och att detta hade fått dem att betrakta förlossningen som något smärtsamt samt negativt.

Kvinnorna uppgav i intervjun att i deras hemländer är gravida kvinnor alltid beroende av andras erfarenhet. Med detta menade kvinnorna att andra äldre kvinnor ses i deras kultur ha

denna kunskap som de skaffat genom erfarenhet från sina egna förlossningar. Detta räcker för att dessa kvinnor ska börja ge rekommendationer till unga gravida kvinnor.

” Jag hade tänkt mig att använda den, men andra sade att det var bättre att inte ta det, på grund av att jag annars skulle kunna bli förlamad. Trots det faktum att min man läste på internet att det inte var farligt, var jag ändå rädd efter allt jag hört om det.” ... S

“Det är under själva förlossningen som man kommer ihåg alla andras upplevelser både det positiva och det negativa, men mest det negativa. Alla vars förlossning tagit lång tid, behövde klipp, eller fick bristning. Jag var rädd att skulle vara en av dem.” ... M

Diskussion

Metoddiskussion

Att använda en kvalitativ forskningsmetod med intervjuer är lämpligt för studiens syfte.

Författaren valde att använda sig av innehållsanalys med induktiv ansats eftersom det ses

lämplig när det inte finns tillräcklig med tidigare kunskaper om fenomenet eller om man vill

undersöka ett nytt fenomen (Burnard, Gill, Stewart, Treasure & Chadwick 2008; Satu Elo &

Helvi Kynga , 2007). Respondenterna valdes från två olika mödravårdscentraler som var

belägna på ett område där majoriteten av boenden är invandrare från arabiska länder. Det

underlättade för författaren att rekrytera det antal kvinnor som var lämpliga till studien.

Respondenterna fick själv välja platsen och tiden för intervjun. Detta gav dessa kvinnor

möjlighet att känna sig bekväma och fria vid intervjun. Enligt Burnard et al (2008) är det

lämpligt att använda metoden när författaren analyserar data med en liten eller ingen

förutbestämd teori. De semistrukturerade intervjuerna började med större frågeområden så att samtalet fördes naturligt och lät respondenterna själva i viss utsträckning styra intervjun.

Detta gav möjligheten till respondenterna att berätta fritt och lämna så mycket information som möjligt som rör ämnet utan att ledas av författaren.

Intervjuerna skedde en månad efter förlossningen eftersom författaren bedömde att det inte var möjligt för kvinnorna att veta hur väl förberedda de var innan förlossningen hade genomlevts. Kvinnorna skulle få lite tid för att bearbeta sina känslor men samtidigt inte glömma bort information som är viktig för studien. Författaren märkte under intervjuerna att respondenterna påverkades av den valda tiden för intervjuerna genom att de pratade om sina upplevelser under förlossningen istället för deras förberedelse. Tiden hade påverkat informationen så att det skulle finnas en möjlighet att detta kan påverka studiens trovärdighet (Burnard, 2008).

Det som var en stor utmaning för författaren var att hålla sig neutralt under intervjuerna eftersom författaren kom från samma kultur som respondenterna. Författaren försökte hela tiden att inte påverka respondenternas utsagor men det kunde inte utesluta att det fanns en risk för övertolkning. En fördel med föreliggande studie är att arabiska talande kvinnor kom till tals. Det pågår mycket forskning inom barnmorskans yrkesområde i Sverige, men ofta utesluts arabiska talande kvinnor som inte kan svenska från studier, på grund av den extra kostnaden som tolk innebär. Att anlita en tolk kan även bli problematiskt ur ett etiskt perspektiv, eftersom frågor kring barnafödande och kvinnans reproduktiva hälsa kan vara känsliga.

I föreliggande studie omfattas många kvalitativa artiklar som till en viss del är besläktade genom att språk, kommunikation och kultur. Det är ett repeterande problem för patienterna från en annan bakgrund när de vårdas i ett annat land än sina hemländer. En ökad medvetenhet, insikt och ökad kunskap angående dessa kulturella skillnader kan leda till bättre

omvårdnad för patienter från en annan bakgrund. Det behövs flera studier där arabisktalande kvinnor som inte kan svenska intervjuas för att komma fram till ett resultat som man kan generalisera.

Resultatdiskussion

Det förekom i föreliggande studie att kvinnor som var välinformerade om graviditeten och förlossningen, var mer förbereda inför förlossningen. Medan de kvinnorna som fått mindre information angående förlossningen, var mindre förbereda inför den. Enligt Hildingsson och Thomas (2017) innebär graviditet och förlossningen många frågor och funderingar hos den gravida kvinnan som hon behöver få svar på. När kvinnan fått svar, blir hon lugn och hennes oro inför förlossningen minskar. Detta ger en förutsättning till en normal förlossning.

Det uppkom att de flesta kvinnorna i studien hade sökt information angående förlossningen via internet eftersom de vill vara förberedda inför vad som kan hända under förlossningen.

Denna information och kunskap bidrar till en ökad förberedelse inför kvinnans förlossning.

Six Means fann i sin studie (2010) att kvinnorna som inte fick tillräckligt med information om förlossningen från barnmorskan och läkaren alltid söker information från nätet istället.

Samma resultat uppkom av Lagan, Sinclair & Kernohan, (2011). Då ett sätt för barnmorskan att öka kvinnas förberedelse inför förlossningen är genom att förse henne med information samt kunskap kring förlossningen.

I studien framkom det att barnmorskan var beroende av teckenspråk, begränsad engelska samt släktingar som tolk vid kommunikation med kvinnan under förlossningen. Detta har påverkats kvinnornas förberedelse inför förlossningen. Vilket riskerade att kvinnan samt barnmorskan inte får rätt information från varandra. Gerrish (2001) nämnde i sin studie att använda släkt och vänner som tolk i vården kan leda till att patienten kan få felaktig information eftersom det finns medicinska termer som är svårt att översättas av dessa vänner och släktingar.

Barnmorskan använde sig inte av en tolk. Detta medförde att kommunikationen med kvinnorna försämrades vilket gjorde det svårt att överföra information gällande förlossningen, vilket i sin tur resulterade i att kvinnorna varken var förberedda eller delaktiga under förlossningen. Rice (2007) i sin studie fanns att kvinnorna som inte fick tillräckligt med information hade svårigheter för att kunna ta egna beslut som i sin tur ledde till missnöje. Det arabiska språket används av majoriteten av alla invandrare och därför är det inte svårt att få tag på en arabisk tolk, då det kan ta upp till en kvart att hitta en arabisktolk, däremot kan det var svårt att hitta en tolk till andra mindre talade språk. Barnmorskan vet med sin erfarenhet att förlossningen kan ta lång tid för en förstföderska och därför bör hon vara medveten om att satsningen på att använda tolk eller tillgänglig tvåspråkig personal är viktigt för att underlätta arbetet både för henne och för kvinnan. Nguyen, Tran, Kaawa-Singer & Foo (2011) fann att användningen av kompetenta tolkar eller användningen av tvåspråkiga hälso-och vårdpersonal samt att ha skriftlig information på olika språk underlättar kommunikation, ökar patientens tillfredsställelse och förståelse för situationen. Att kunna kommunicera med kvinnan under utdrivningsskedet är oerhört viktig för att undvika onödiga bristningar som uppstår eller uppkommer eller orsakas på grund av kvinnan inte lyssnat på sin barnmorska. Kvinnan lyssnade inte på sin barnmorska på grund av att hon inte riktigt förstod varför att det är viktigt att inte krysta. Det kan vara väldigt bra att ha illustrerande bilder på viktigaste momenten som kan komma under förlossningen till exempel hur kvinnan sitter för att få ryggbedövning, hur hon ska utnyttja lust gas optimalt, vilka positioner som underlättar att barnet tränger sig i förlossningskanalen. Barnmorskan kan då visa dessa bilder så att kvinnan vet vad hon ska göra utan att det blir någon missförståelse mellan kvinnan och barnmorskan.

Det är inte alltid lätt att möta folk från andra kulturer. Mötet mellan två individer från olika kulturer kräver kännedom om varandras kultur så att mötet inte blir svårt och besvärligt. Då arabisktalande kvinnor utgör en stor grupp som barnmorskan dagligen möter i sitt arbete,

skulle det vara önskvärt att barnmorskan hade kunskap om arabiska kulturers kommunikationssätt och en ökad medvetenhet om kulturella skillnader i olika kulturers kroppsspråk för att på sätt underlätta kommunikationen. Barnmorskan var beroende av tecken språk och mimik för att kommunicera med kvinnorna och hon glömde att varje folkgrupp har sitt eget kommunikationssätt. Det som känns vanlig för en svensk kvinna kan kännas ovanligt för en arabisk kvinna. Enligt Hanssen (2008) förändrar budskapet sig lätt när en tanke översätts från ett språk till ett annat.

Bischoff, Perneger, Bovier, Loutan & Stalder (2003) poängterade i sin kvalitet studie behovet av särskild utbildning som är riktade till vårdpersonal vid möte med patienter med annan etnisk bakgrund. Genom att barnmorskan har medvetenhet och kunskap om den arabiska kulturen visar hon respekt gentemot den arabiska kvinnan. Ömsesidig respekt mellan vårdpersonal och patient är en förutsättning till ett bra möte. Barnmorskan har den professionella och yrkesmässiga kunskapen, medan patienten har kunskapen om sig själv. Barnmorskan har en uppgift att stärka kvinnans förmågor och resurser genom att visa respekt och empati samt att bekräfta kvinnans situation. Därför bör barnmorskan ge tid till kvinnan att uttrycka sig och att aktivt lyssna på henne. Detta ger kvinnan en känsla av att barnmorskan är engagerad i hennes situation och därmed minskar gapet mellan dem (Foldemo, 2010). Detta stämmer överens med vad Rosamund sade att barnmorskans uppgift är att möta kvinnans behov av vård och att hon skall förtränga bort sina personliga åsikter samt värderingar kring diverse ämnen.

Ternström et al (2014) påpekar i sin studie att utrikes födda kvinnor behöver kulturellt och målinriktat stöd från rådgivare så att vårdpersonalen försäkras sig med att nå ut till kvinnan och tillgodose hennes behov med rätt information. Barnmorskan kan ge målinriktade stöd till kvinnorna genom att hon själv deltar i olika kurser där det ges särskild kunskap om hur man ser på graviditet, förlossning, liv och död inom den arabiska kulturen, detta underlättar för

barnmorskan att nå fram till dessa kvinnor och kan etablera ett starkt förtroende hos dem (Jacobe, Chen, Kailner, Apper-Gupta & Mutha, 2010). Om det inte finns möjlighet för barnmorskan att delta i sådana kurser kan hon enkelt egna en träff med kvinnan och få information från kvinnan om hur det går till med att skaffa ett barn i hennes hemland, vilka traditioner som gäller där osv.

Det viktigaste i ett möte mellan två människor är att uttrycka sig på ett begripligt sätt enligt Hanssen (2008). Det har ofta varit ett problem för vårdpersonal att övervinna språkbarriären vid möten med patienter från en annan kultur (a, a). I studien var det svårt för kvinnorna att uttrycka sig gällande smärta och smärtlindring vilket gjorde det svårt för barnmorskan att förstå det som sägs. Detta gjorde att kvinnorna blev frustrerade över situationen och därmed missnöjda. Allt detta resulterade till ett minskande i kvinnans förberedelse inför förlossningen eftersom hon känner sig osäker. Fortier, Strobel & Aguilera (1998) fann att misslyckandet med att säkerställa adekvat kommunikation mellan vårdpersonal och patient kan leda till att patient blir missnöjd med vården (Fortier, Strobel & Aguilera, 1998).

Dålig muntlig kommunikation eller språkhinder enligt Hjörn (2001) kan leda till missförstånd vilket i sin tur kan leda till ojämlikhet i vården. Med detta menar Hjörn att en invandrar kvinna inte får samma kvalitet av vård som någon som behärskar det svenska språket. Brist på kommunikation mellan barnmorskan och kvinnan kan leda till att kvinnan inte har kontroll över vad som hade hänt i förlossningssalen. Kvinnorna i föreliggande studien uppgav att de kände att det inte riktig var deras förlossning eftersom de inte fick vara delaktiga inom många frivilliga beslut som togs, detta stöds av Meddings och Haith-Cooper (2008) som säger att brist på kommunikation mellan kvinnan och barnmorska gör att kvinnan inte vet vad som sägs eller inte sägs under förlossningen.

Kvinnorna valde att lyssna på andra källor än deras barnmorska, detta kunde bero på faktum att barnmorskorna i kvinnornas hemländer inte var välutbildade på grund av det inte finns en

speciell utbildning till barnmorskor i deras hemländer. Vilket kan ha påverkat respondenternas tillit till barnmorskorna i Sverige. Därför är det viktigt att barnmorskan från början informerar kvinnan om att hon gått en speciell utbildning för att vårda gravida kvinnor för att på så sätt skapa och bygga en bra relation mellan henne och kvinnan. När kvinnorna redan under graviditeten frågar om förlossningen kan det tyda på att dessa kvinnor lägger mer vikt på förlossningen, alltså är mer rädda inför förlossningen och är mottagliga till att få information angående förlossningen. Det kan vara bra om barnmorskan redan under graviditeten ger mer information om själva förlossningen. Detta kunde ha minskat kvinnornas oro och rädsla om förlossningen.

Föreliggande studien påstås fylla ett kunskapsgap i forskning inom detta ämne.

Genom studiens resultat har arabiska kvinnors syn på förlossningen samt deras förberedelse behov lyfts fram. Kunskaperna kan hjälpa barnmorskor att förstå de särskilda behov som dessa kvinnor har.

Konklusioner och implikationer

Arabisktalande kvinnor som inte pratar flytande svenska upplever att de ges otillräcklig med information om den stundande förlossningen vid sina graviditetsbesök hos barnmorskemottagningen. Deras rädslor för komplikationer och smärtor innebär att de söker svar på sina frågor på egen hand, ofta på internet samt hos sina vänner och släktingar. Andra kvinnors förlossningsberättelser ger föga tröst. Motsägelsefull syn på graviditet och förlossning mellan deras hemländer och Sverige upplevdes som förvirrande och ökade deras rädsla då de var osäkra vad som skulle ske. En stor del pengar har öronmärkts för förbättring av förlossningsvården i Sverige men patientgruppen som ingår i denna studie har inte tilldelats uppmärksamhet. Eftersom arabisktalande kvinnor som inte pratar flytande svenska är, och kommer i framtiden att vara, en stor del av den födande populationen i Sverige samt att upplevelser under födandet påverka både relationen till barnet och senare graviditeter bör resurser avsättas för förbättring för denna kvinnogrupp. Korta utbildningskurser för barnmorskor om hur hälsa, graviditet och förlossning samt liv och död uppfattas av patientgruppen bör anordnas. Politikerna måste ge nyanlända familjer tydliga uppmaningar att se till att kvinnorna så snart som möjligt efter ankomst till Sverige lär sig det svenska språket.

Barnmorskor bör förtydliga för ledningen att tillgång till tolk bör ökas genom öronmärkta ekonomiska resurser för detta ändamål.

Referenser

About-Enein, B.H. (2010). The cultural gap delivering health care services to Arab American populations in the United States. *Journal of Cultural Diversity*. 17(1), 20-23.

Akhavan, S. (2012). Midwives views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: *International Journal for Equity in Health*, doi: 10.1186/1475-9276-11-47

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Benson, P. & Kleinman, A. (2006). Anthropology in the Clinic: Thee Problem of Cultural Copenency and How to Fix It. *Plos medicine* 3(10):e294. doi.10.1371/j.0030294

Bischoff, A., Perneger, VT., Bovier, PA., Loutan, L. & Stalder, H. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *Br J Gen Pract*, 53 (492): 541-546.

Bollini, P., Pampallone, S., Wanner, P.& Kupelnick, B. (2009). Pregnancy outcome of migrantwomen and integration policy: A systematic review of the international literatur. *Social Science & Medicine*, 68(3), 452-461. doi:10.1016/j.2008.10.018.

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal* volume, (204)429 – 432. doi:10.1038/sj.bdj.2008.292

Cutilli C. (2005) Health literacy: what you need to know. *Orthopaedic Nursin*.

De Santis, M., De Luca, C., Quattrocchi, T., Visconti, D., Cesari, E., Mappa, I., Nobili, E., Spagnuolo, T. & Caruso, A. (2010). Use of the Internet by women seeking information about potentially teratogenic agents. *European Journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 151(2), 154-157.

Edvardsson, A. & Stenberg, S. (2008). Kvinnors upplevelse av stärkande dimensioner under förlossning / examinarbete, Göteborg universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa. Från från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/21917/1/gupea_2077_21917_1.pdf

Essen, B., Hansson, BS., Östergren, PO., Lindquist, PG. & Gudmundsson, S. (2000). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta obstetricia et Gynecologica Scandinavica*,. 79(9),737-43. doi: 10.1034/j.1600-0412.2000.079009737.x

Fabian, HM., Rådestad, IJ., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84(5), 436-43.

Faria-Schutzer, DB., Surita, FG., Alves, VI., Vieira, CM. & Turato, ER. (2015). Emotional experiences of Obese Women with Adequate Gestational Weight Variation. A *Qualitative Study*. *Plos one*, 3;10(11). doi:10.1371/j. 0141879.

Foldemo, A., I. Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer 2010). I: Skärsäter, I. (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (sid 325-337). Lund: Studentlitteratur

Fortier, JP., Strobel, C., Aguilera, E. (1998). Language barriers to health care: federal and state initiatives. *J Health Care Poor Underserved*, 9 (81-100).

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur & Kultur.

Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their careers. *Journal of Advanced Nursing*, 33,(5), 566-574. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01674.x

Graneheim, U.H.& Lundman, B. (2003) Concepts procedures and measures to achieve trustworthiness: Qualitative content analysis in nursing research. *Department of Nursing*, (24),105–112. doi: 10.1016/J.nedt.2003.10.001

Haines, H., Rubertsson, C., Pallant, J.& Hildingsson, I. (2012). The influence of women´s fear. Attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth*, (12). doi: 10,1186/1471-2393-12-55

Halperin, O., Sarid, O.& Cwikel, J. (2014). Acomparision of Israeli Jewish and Arab women´s birth perceptions. *Midwifery*, 30 (7):,853-61. doi:10,1016/j. midw 2013.11.003.

Hanssen, I. (2008). *Omvårdnad I ett mångkulturellt samhälle*. Malmö: Studentlitteratur.

Harmsen, J., Bernsen, R., Bruijnzeels, M., & Meeuwesen, L. (2008). Patients` evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic bariärs? *Patient Education & Counseling*, 72(1), 155-162. doi: 10,1016/j. Pec. 2 008,03.018

Helsingforsdeklarationen (2013). *The world medical association declaration of Helsinki*. Hämtad 24 februari, 2016, från: <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/>

Hildingsson, I. & Thomas, JE. (2007) .Women's perspectives on maternity services in Sweden: Processes, problems, and solutions.*Midwifery Women Health*, 52(2),126-33. doi [10.1016/j.jmwh.2006.10.023](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.10.023)

Hjärn, A., Haglund, B., Persson, G. & Rosen, M. (2001). Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *Eur J Public Health, 11(2), 147-152*.
doi.org10.1093/eurpub/11.2.147.

Holme, IM.& Solvang, BK. (1997). *Forskningsmetodik*: Lund: Studentlitteratur.

International Confederation of Midwives. (1999). International Confederation of Midwives.
Tillgänglig 2017-02-05,
<http://www.internationalmidwives.org/>

Jacobsen, DI.(2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring*: Lund: Studentlitteratur

Jacobe, E., Chen, A-HM., Kailner, LS., Apper-Gupta, N. & Mutha, S. (2010) .The Need for More Research on Language Barriers in Health Care. *A Proposed Research Agenda, 84(1),111-133*. doi: 10.1111/j.468-0009.2006.00440x

Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (2009) *Lärobok för barnmorskor*.
Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*:Lund: studentlitteratur

Lagan, BM., Sinclair, M. & Kernohan, WG. (2011). A Web-based survey of midwives' perceptions of women using the Internet in pregnancy: a global phenomenon. *Midwifery, 27(2),273-81*. doi: 10.1016/j.midw.2009.07.002

Levi, L. (2001). *Stress och hälsa*. En skrift i Skandias serie vår hälsa Karolinska institutet

Lundman, B., & Graneheim, H, U. (2009). *Kvalitativ innehållsanalys*: Lund: Studentlitteratur.

Meddings, F., & Haith-Cooper, M. (2008). Culture Communication in Ethically Appropriate Care. *Nt J Qual Stud Health Well-being, 15(1), 52-61*.d oi.org.10.1177/0969733007083934

Mullholland, J., & Dyson, S. (2001). Sociological theories of race and ethnicity. I: Culley, L., & Dyson, S. (Red.) *Ethnicity and Nursing Practice*. (1, Uppl., s.17-38). New York: Palgrave.

Nguyen, TU., Tran, JH., Kagawa-Singer, M., Foo, MA. (2011). A qualitative assessment of community-based breast health navigation services for Southeast Asian women in Southern California: Recommendations for developing a navigator training curriculum. *Am J Public Health, 101 (1), 87-93*. doi.10.2105/AJPH.2009.176743

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber

Omeirat, H., & Dahlgren, J.(2013). Kvinnor upplevelser av förlossningsvården i Göteborg/examinarbete, Göteborg universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa. Från https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34971/1/gupea_2077_34971_1.pdf

Rassin, M., Klug, E., Nathanoz, H., Kan, A. & Silner, D. (2009). Cultural differences in child delivery: Comparisons between Jewish and Arab women in Israel. *Int Nures Rev, 56(1), 123-30*. doi: 10.1111/j.1466-7557.20008.00681.x

Racquel RI. (2011). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *J Adv Nurs, 68(3), 695-704*. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x

Rice, L P. (2007). What women say about their childbirth experiences: The case of Hmong women in Australia. *Journal of Reproductive and Infant Psychology,3 (17), 1999*. doi. [org/10.1080/02646839908404592](http://dx.doi.org/10.1080/02646839908404592)

Robertsson, E., (2009). Det specifika i mötet med utlandsfödda kvinnor. I:

Santesson, C., (2009). Mödrahälsovård. I: Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I., & Lundgren, I. (Red.), *Lärobok för barnmorskor (2, Uppl., s. 193-198)*. Lund: Studentlitteratur.

SFOG. (2008). Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa, Rapport nr 59. *Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi*. Hämtad 20 mars, 2016 från Svensk förening för

obstetrik och gynekologi: <https://www.sfog.se/ARG+intressegrupper/arg-forord/Info%2059.pdf>

Socialstyrelsen folkhälsorapport 2009: Hämtad februari 2016 från:

http://www.socialstyrelsen.se/publikationer_2009/2009-126-71/Documents/13_Migration.pdf

Socialstyrelsen (2014). Kunskap för mödrahälsovården: Hämtad april 2016 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2015). Föräldrastöd inom hälso-och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen.

(Artikelnr: 2015-12-38). Hämtad 20 mars, 2016 från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20020/2015-12-38.pdf>

Statistiska centralbyrån (2015). Antalet asylsökande ökar för tredje året i rad

Stockholm: Statistiska centralbyrån. Hämtad från:

http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Artiklar/Antalet-asylsokande-okar-for-tredje-aret-i-rad/

Six-means, A. (2010). Pregnancy Web Sites for Women and Families. *Journal of Consumer Health in the Internet*, 14(3), 263-272. dx.doi.org/10.1080/15398285.2010.501737.

Taloyan, M., Sundquist, J., & Al-Windi, A. (2009). The impact of ethnicity and self-reported health on psychological well-being: A comparative study of Kurdish-born and Swedish-born people. *Nordic journal of psychiatry*, (62). doi: 10.1080/08039480801984263

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines H., & Rubertsson, C. (2014) Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women--findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*, 31(4), 445-50. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.011

Theory for Midwifery (2000). *Midwifery Practice* Volym 9. (s. 44-46) The context of midwifery care

Hämtad 1 december 2017 från: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-349-13151-8_3

Wikberg, A. (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). doi.org/10.3402/ghw.v5i1.4648

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

