

Sluta fråga hur många barn jag ska ha!

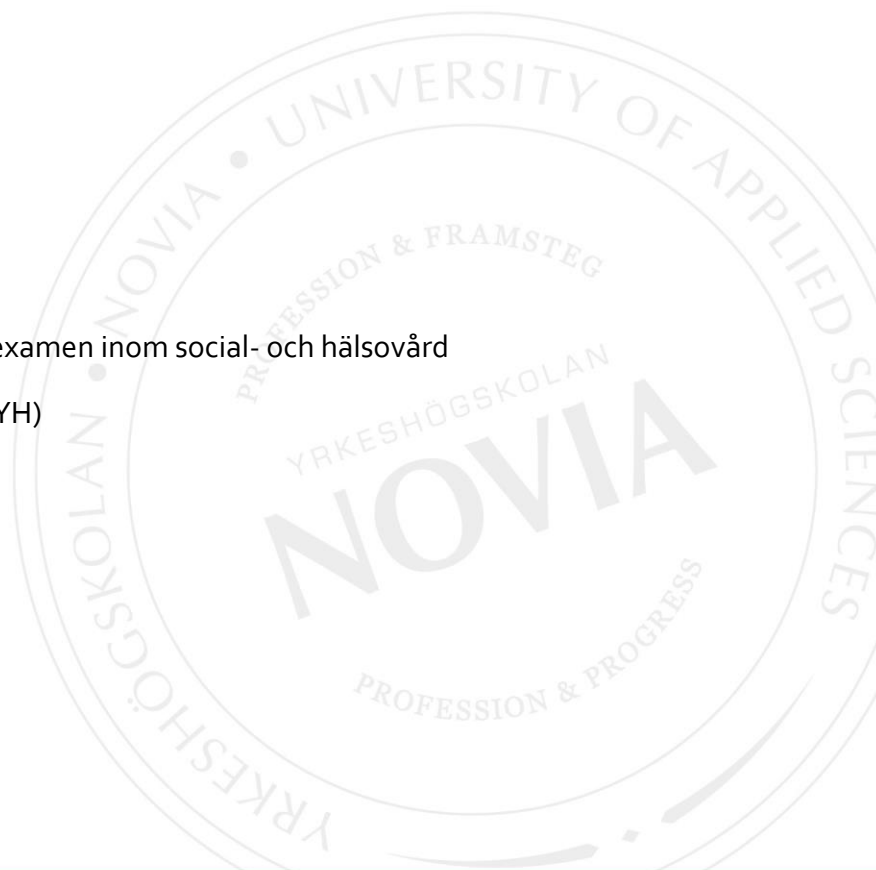
**Fyra somaliska kvinnors upplevelser av den finländska
mödravården**

Ellen Dahl
Jenni Rönnholm

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Ellen Dahl & Jenni Rönholm

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Anita Wikberg

Titel: Sluta fråga hur många barn jag ska ha!

Fyra somaliska kvinnors upplevelser av den finländska mödravården

Datum 30.5.2018

Sidantal 46

Bilagor 3

Abstrakt

Syftet med studien är att beskriva fyra somaliska kvinnors upplevelser av mödravården i Finland. Frågeställningarna tog fasta på hur kvinnorna upplever bemötandet och kommunikationen 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 finländsk forskning för relevans.

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 rådgivare 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.

Språk: Svenska

Nyckelord: Somalia, bemötande, mödravård, kommunikation, kulturkompetens & interkulturell vård

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Ellen Dahl & Jenni Rönholm

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa

Ohjaaja: Anita Wikberg

Nimike: Älä enää kysy montako lasta aion saada!

Neljän somalalaisen kokemuksia suomalaisesta äitiyshuollosta

Päivämäärä 30.5.2018

Sivumäärä 46

Liitteet 3

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla neljän somalitaustaisen naisten kokemuksia suomalaisesta äitiyshuollosta. Tutkimuskysymykset olivat, kuinka naiset kokivat tullessa 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 sisällönanalyysia.

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

Tuloksessa käy ilmi, että somalalaiset 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.

Kieli: Ruotsi Avainsanat: Somalia, kohtaaminen, äitiyshuolto, kommunikaatio, kulttuuri osaaminen & interkulttuurinen hoito

BACHELOR'S THESIS

Authors: Ellen Dahl & Jenni Rönholm
Degree Programme: Midwife, Vasa
Supervisor: Anita Wikberg

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

Date 30.5.2018 Number of pages 46 Appendices 3

Summary

The purpose of this study is to describe four Somali women's experiences of maternity care in Finland. The questions used as a frame for the study answers 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 using a qualitative content analysis with an inductive method.

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. A continuity in a caring relationship with a helpful maternity clinic nurse has improved the overall care experience. Still they point out that they have been poorly encountered and experienced preconceptions by health care professionals. Questions about the number of children they are having has brought them negative feelings even though the questions have been asked in a friendly manner. They have also felt lower prioritized in certain situations due to their ethnicity. A poor encounter can be caused by lack of cultural competence.

Language: Swedish Key words: Somali, reception, maternity care, communication,
cultural competence & intercultural care

Innehåll

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar	2
3	Somalia	2
3.1	Somalias historia	3
3.2	Islam.....	3
3.3	Kvinnans situation i Somalia	4
3.4	Somalisk kultur	5
3.4.1	Somalisk matkultur.....	5
3.4.2	Äktenskap och familj.....	6
3.4.3	Könsstympning.....	7
4	Språk och kommunikation	9
5	Hälsa	10
6	Graviditet och förlossning	11
7	Mödravården i Finland.....	12
7.1	Mödrarådgivningen	12
7.2	Sexual- och reproduktionshälsa.....	13
7.3	Invandrarkvinnor som mödravårdspatienter	13
8	Teoretisk utgångspunkt.....	16
9	Metod.....	20
9.1	Val av informanter	20
9.2	Kvalitativ intervjumetod	21
9.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	22
10	Etiska överväganden.....	23
11	Resultat.....	24
11.1	Integration i det finländska samhället.....	24
11.2	Kommunikation i vården.....	26
11.3	Stödets betydelse.....	27
11.4	Bemötande i mödravården.....	29
11.5	Interkulturell mödravård.....	32
12	Metoddiskussion.....	34
13	Spegling av resultatet	36
14	Slutledning	42
	Källförteckning	43

Bilaga 1, Informationsbrev och samtyckesblankett

Bilaga 2, Intervjufrågor

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 pratade språket i landet. Totala befolkningens mängden 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 mot dem (Degni, Suominen, El Ansari, Vehviläinen-Julkuinen & 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. (Terveysden 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.

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 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 – *blood alliances*, där somalier känner störst social tillhörighet. Inom klansamhället både skyddas och straffas medlemmarna kollektivt genom blood alliance. 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).

3.1 Somalias historia

Somalia koloniserades av britterna och italienarna 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 Sheik 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).

3.2 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 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 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, klanskydd 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).

3.4 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).

3.4.1 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 av ofta 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 islamska regleringarna syns i matkulturen, bland annat griskött, blod och alkohol är förbjudet att äta eller dricka. Somalierna föredrar det islamska 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).

3.4.2 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 innan deras första födelsedag (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).

3.4.3 Könstympning

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).

Könstympning, 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. Könstympning är utbredd i ett 30-tal länder i Afrika, mellanöstern och Asien. Överlag utförs könsstympning på flickor när de är under 15 år (Abdulcadir, 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 könsstympning ofta utförs med en oren kniv, ett rakblad eller en glasskärva.

Könstympning kan delas in i fyra olika typer beroende på hur omfattande ingreppet är. Den grävsta formen av könsstympning – 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. Könstympningen orsakar mycket smärta och svåra komplikationer för kvinnan, både genast efter ingreppet, samt under menstruation, urinerings, 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 könsstumpades 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 könsstympning är ett brott mot FN:s mänskliga rättigheter för kvinnor och barn. Bland andra WHO och Unicef jobbar aktivt för att stoppa könsstympningen och den har minskat markant i flera länder i Afrika de senaste 20–30 åren. Ändå riskerar 3 miljoner flickor bli könsstumpade varje år (THL, 2017). Utövare av könsstympning 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 könsstumpas 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 könsstumpas 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 könsstympning 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 & Ylispangar, 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 genomgåås 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 mödrarrådgivningen 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 & Ylispangar, 2017).

I Mölsås 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 ej 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.

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 (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 ekonomisk 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).

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 så 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, Rask, Koponen, Mölsä, & Koskinen, 2012).

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 dess möjligheter i framtiden. Det framkommer även rädslor inför förlossningen, komplikationer och en möjlig dödlighet. (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. Risker 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).

7 Mödravården i Finland

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

7.1 Mödrarrådgivningen

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 mödrarrådgivningen 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 sedan sin 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 hälsovårdares 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 vecka 12–13 och ett till i vecka 20–21. En vecka efter förlossningen gör hälsovårdaren ett hembesök och efter 6–10 veckor görs en eftergranskning på rådgivningen. (THL, 2014).

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 sjukdomar och smittor, 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. (Infopankki.fi 2017).

7.3 Invandrarkvinnor som mödravårdspatienter

Att flytta från Afrikas horn till ett icke islamskt 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 kvinnorna 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 sånt sätt

att invandrarmodern 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 en 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 ammat av samma kvinna som *mjölksyskon* och kan ej 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 det andra könet. Ifall en kvinnlig läkare inte finns att tillgå kan det hjälpa om en kvinnlig vårdare är på plats. En del muslimer 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 majoritetsbefolkningen i åldersgruppen 30–64 år 21% gjorda aborter och somalierna 10% (Jokela, 2017).

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 somaliskvinnorna 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 omskärelse 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 följder 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).

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.

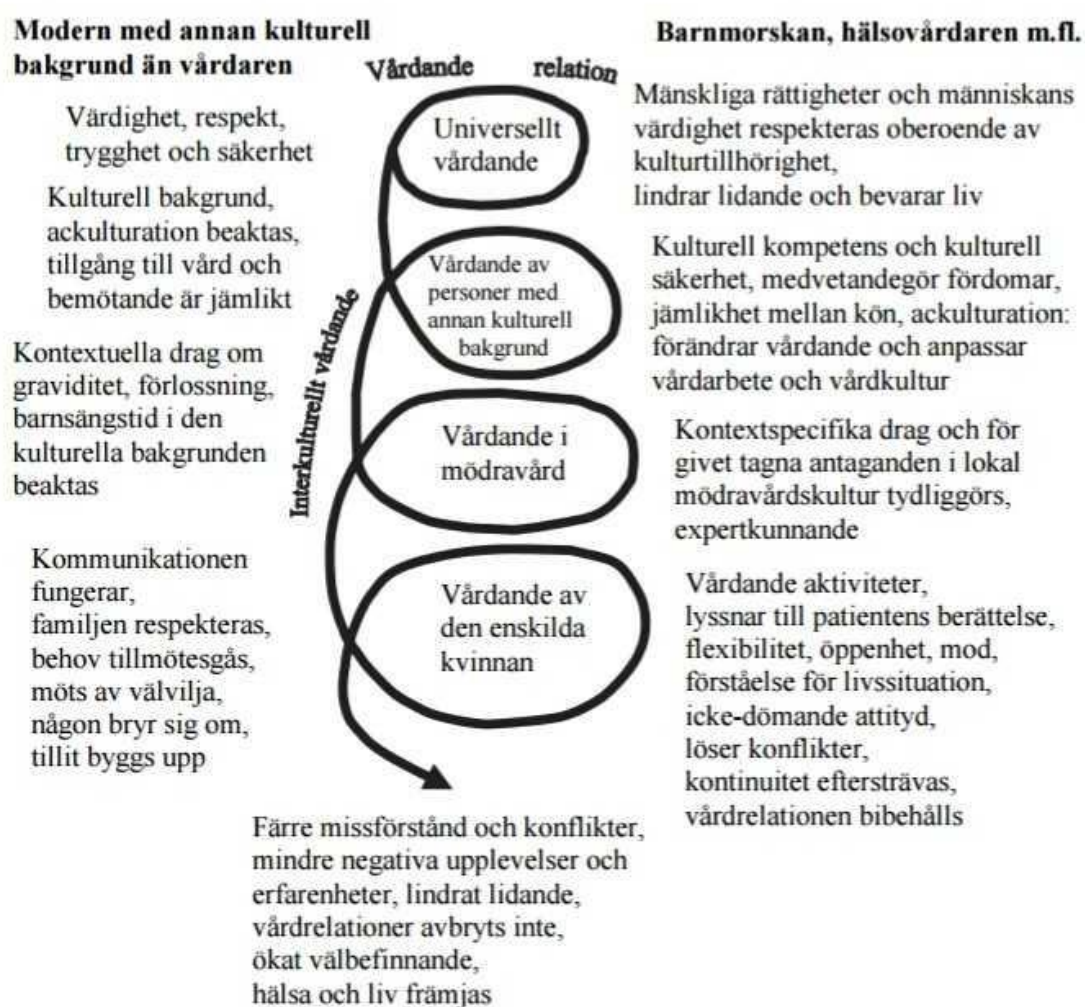
Interkulturell vård kan ske mellan en vårdare och en patient ur olika kulturer. För att vårdandet ska bli interkulturellt måste vårdaren ta hänsyn till patientens kultur. Interkulturell vård betonar jämlikheten mellan kulturerna som möts och präglas av kulturell kompetens hos vårdaren. Vårdaren kan utveckla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

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.



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. s. 101)

I ett interkulturellt vårdande ska de fyra vårddimensionerna ske parallellt. Vårddimensionerna kompletterar varandra och bidrar tillsammans till en god vårdrelation. Genom att studera de tidigare artiklarna som Wikberg medverkat i fann hon även 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 isolation 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 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 familjevården. 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 över hur kulturkompetenta vårdarna i Finland är och att graviditet och förlossning inte ses som en sjukdom. Vårdaren kan bli mer kulturkompetent 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).

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).

9.1 Val av informanter

I studien skedde urvalet av informanter genom medvetna 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 önskan.

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 olik bakgrund och utbildningsnivå (Aveyard, 2010; Marshall & Rossman, 2011). 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 studien saknar ekonomiska resurser för att anlita tolk. Informanterna gavs ett informationsbrev där studiens

syfte presenteras samt 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 att deltagandet var frivilligt och att deras identitet är skyddad. Efter att informanten visat intresse för deltagande i studien bokades ett möte för intervju.

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 té 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.

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 studiens analysmodell är induktiv blir resultatet av analysen 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, s. 336–338) grupperades citaten i en analysmatris, enligt vilken intervjufråga de svarar på för att förstå dess kontext. Citaten kondenserades sedan till kortare meningenheter, 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, s. 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.

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, så som omskärelse, missfall, ojämställdhet 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 samhällsliga 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 istället 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 utsedd 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).

11 Resultat

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

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 samt 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 vården 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.

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 intensivvården 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.

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. En kontinuitet med samma mödrarådgivare har bidragit till den positiva upplevelsen.

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 så menar 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 obekvämlig.

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 babyn, 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 jourtid 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 blödnigen 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.

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.. Já, finland bra föda barn. Därför hela tiden kontroll, vikten och här *visar på fingret* kontroll [blodsocker], blod.. Já ge massa tablett, vitamin. Já, 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... já, 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 dendär gammal... de e ju gammal kultur så ja tror int på de. (Hali)

Genom vårdarens öppna och icke-dömmande 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* jä, 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, jä. 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.

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, så som 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 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.

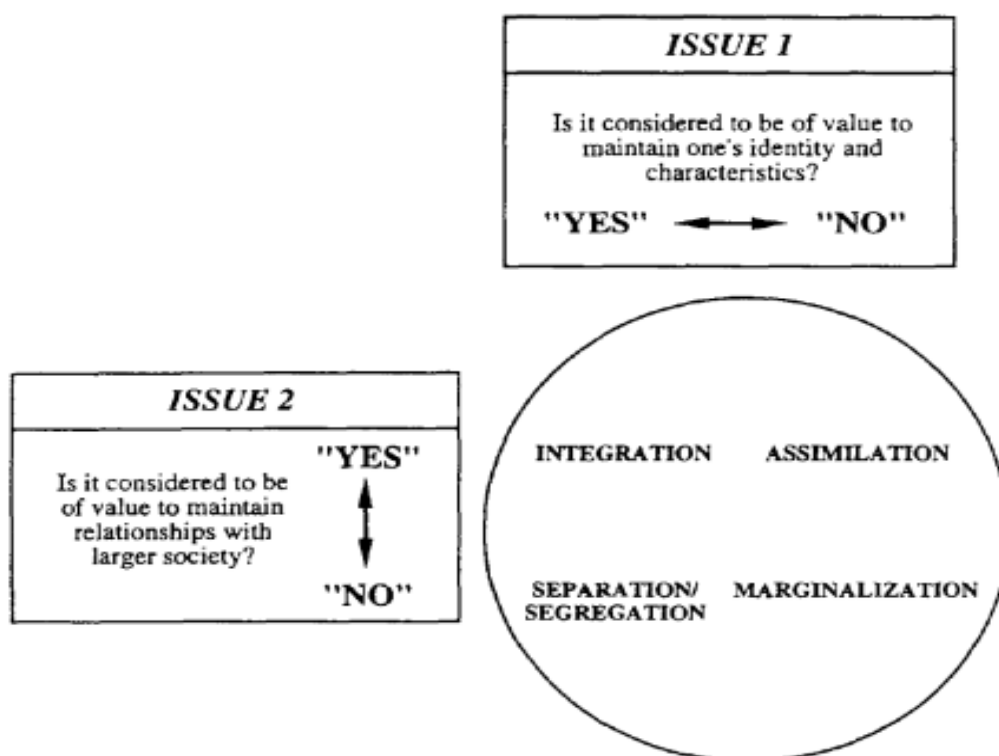
Under analysen av de transkriberade intervjuerna blev det tydligt att en språkmur har uppstått vid en del av intervjuerna och att kroppsspråk har använts flitigt av både skribenterna och informanterna. Detta resulterade även i att en djupare diskussion uteblev. Skribenterna upplevde dock inte att bristen 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.

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 ackulturerings 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. s. 10)

Med assimilation menar Berry att invandraren frångår 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. Ifall invandraren inte längre kan identifiera sig i den tidigare kulturen och inte heller ta till sig den nya kulturen anses hen vara marginaliserad. Att vara tvungen att assimileras i ett samhälle som inte uppskattar mångkulturalism kan leda till att invandraren upplever diskriminering, vilket leder till marginalisering. Separation innebär att invandraren håller fast i sin tidigare kulturella och etniska identitet och motsätter sig den nya kulturen och segregeras. (Berry, 1997. s. 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 ordförandet 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 undvikits. 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 störst 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 så 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 formars. 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 varann, 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 varann ofta. Enligt Wikberg (2014) är kvinnor som föder barn i en främmande kultur dubbelt så 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 sa 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 erfart dess totala motsats. I Degnis m.fl. (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 så 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 kulturkompetens. Vårdaren får gärna ställa frågor på ett artigt 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 samt 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 ojämnställt. 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 skolning finns (Wikberg, 2014), vilket också informanterna uppmärksammade. Degni m.fl. (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 forskning. Harper Bulman och McCourt (2002) har beskrivit hur somaliska kvinnor upplever mödravården i västra London och upptäckt att det finns stora brister i kommunikationen. Stereotypier och rasism samt bristande kulturkompetens 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 noga med att poängtera att det är enskilda händelser som inte kan generaliseras.

Informanterna tillfrågades ifall en diskussion kring könsstympning 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 könsstympning. Nardar berättar däremot att ämnet aldrig lyftes upp under rådgivningsbesöken, vilket motstrider rekommendationerna som THL

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 & Ylispaangar 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 erbjöds, fanns det inte en kvinnlig läkare på plats så accepterades en man. Vårdpersonalen bör i mån av möjlighet beakta kvinnans önskemål angående vårdpersonalens könstillhörighet. Även om deras önskan inte kan uppfyllas så 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 under tiden samt undvika onödig exponering av kvinnans kropp. Detta kan bidra till att kvinnan känner sig trygg och vågar berätta ärligt om sina gynekologiska besvär (Väestöliitto, 2009).

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. Tolktjänst 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 kulturkompetens 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 vårdsituationer. Dessa situationer har uppstått i möten med ny vårdpersonal som de ej haft kontakt med tidigare.

Avslutningsvis har studien ökat vårt intresse för att utveckla vår kulturkompetens. 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. 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).
- Ahmed, U. & Ylispaangar, E. 2017. *Selvitys Suomessa syntyneiden tyttöjen ympärileikkauksesta*. Fenix Helsinki ry. [Online] <http://www.fenixhelsinki.com/1/selvitys-suomessa-syntyneiden-tyttojen-ymparileikkauksesta/> [hämtat: 20.12.2017]
- Akar, S. & Tiilikainen, M. (2004). *Katsaus islamilaiseen maailmaan: Naiset, perhe ja seksuaaliterveys*. Helsinki: Väestöliitto, väestötietosarja 20. s. 37
- Berry, J. W. 1997. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*. 46(1):10
- Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P. Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) 2012. *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. THL. Raportti 61/2012.
- 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/etiskaprinciper.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):365-380.
- Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. *Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveyskäsitteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa*. Kuopion yliopiston julkaisuja: Hoitotieteen laitos.
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 2:1.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Infopankki.fi, 2017. *Livet i Finland*. [Online] <https://www.infopankki.fi/sv/livet-i-finland> [hämtat:22.12.2017]

Jokela, S. 2017. *Deliveries and induced abortions among women of Russian, Somali and Kurdish origin, and the general population in Finland Comparison of selfreported and register data*. THL.

Klementti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (red.) 2015. *Handbok för mödrarådgivningen, nationell handbok*. THL. Handbok 40/2015.

Koski, P. 2014. *Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa*. 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*. THL. Helsinki.

Lag om främjande av integration 2010. 1386/30.12.2010.

Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public health* 20;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*. Ihmisoikeusliitto ry, KokoNainen-projekti. Helsinki.

Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali - Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Aikakauskirja Duodecim* 123(4), s. 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*. s. 1-16.

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. University of Jyväskylä, department of Social Sciences and Philosophy.

Statistikcentralen, 2005. *Maahanmuuttajat vaikeuksien kautta Suomen työmarkkinoille 11.4.2005.* [Online]

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 [hämtat: 20.12.2017]

Suomen somalialaisten liitto, 2017. *Somalialaiset suomessa.* [Online]

<http://somaliliitto.fi/somalikulttuuri/somalialaiset-suomessa/> [hämtat: 20.12.2017]

THL, 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 [hämtat: 9.12.2017]

THL, 2016. *Perinatalstatistik, föderskor-, förlossningar och nyfödda.* [Online]

<https://www.thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/foderskor-forlossningar-och-nyfodda/perinatalstatistik-foderskor-forlossningar-och-nyfodda> [hämtat: 10.12.2017]

THL, 2017. *Somalialainen kulttuuri.* [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus/somalialainen-kulttuuri>

[hämtat: 20.12.2017]

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

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 [hämtat: 22.12.2017]

Unicef, 2017. *Kvinnlig könsstympning.* [Online] <https://unicef.se/fakta/kvinnlig-konsstympning>

[hämtat: 20.12.2017]

Unicef, u.å. [Online] *Eradication of female genital mutilation in Somalia.*

https://www.unicef.org/somalia/SOM_FGM_Advocacy_Paper.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/ [hämtat: 22.12.2017]

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

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

Bilaga 1

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 Rönholm, 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 Rönholm

Haastattelijoiden sähköpostiosoitteet

050-XXXXXXX / 040-XXXXXXX

Tietoinen suostumus

Olen saanut opinnäytetyön tiedon ja osallistun vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika:

Nimi:

Bilaga 2

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 synnytyshoidossa?

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 såhär *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 babyn 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.

Sisters in labour

En etnografisk studie om kvinnors förlossningsupplevelser vid Fatima mission hospital i Kajiado, Kenya.

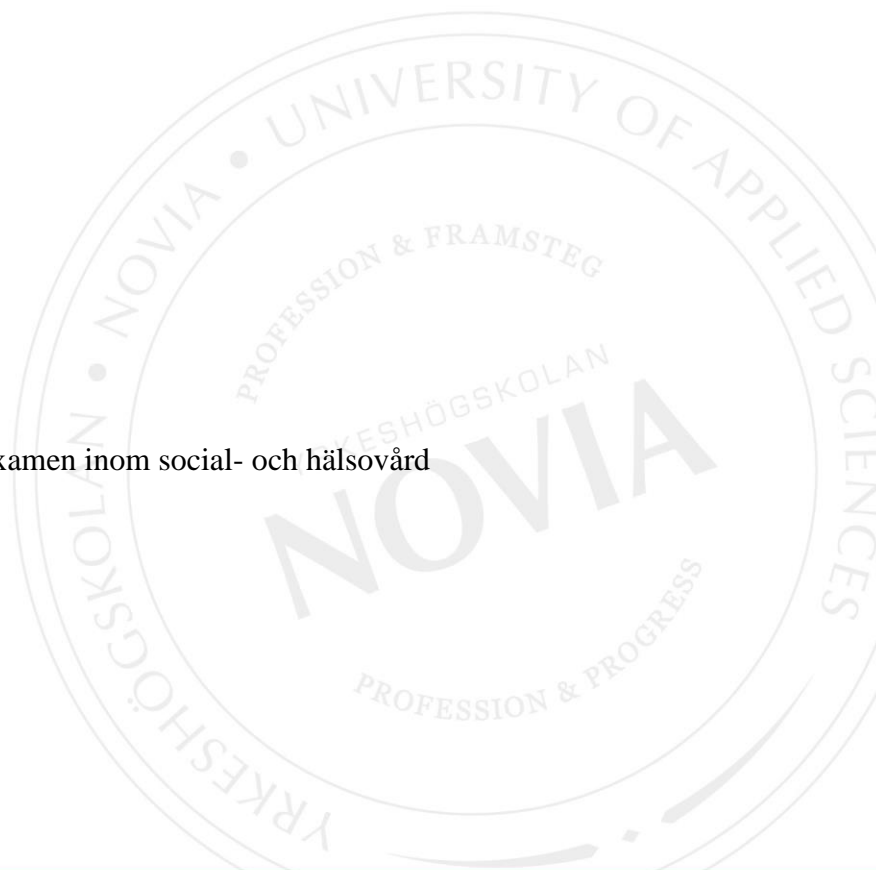
Ellen Dahl

Jenni Rönnholm

Utvecklingsarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2019



UTVECKLINGSARBETE

Författare: Ellen Dahl & Jenni Rönnholm

Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa

Handledare: Maj-Helen Nyback

Titel: Sisters in labour

En etnografisk studie om kvinnors förlossningsupplevelser vid Fatima mission hospital i Kajiado, Kenya.

Datum 20.11.2019

Sidantal

Bilagor 2

Abstrakt

Syftet med studien är att beskriva kvinnors förlossningsupplevelser på Fatima mission hospital i Kajiado, Kenya. Frågeställningarna tog fasta på hur kvinnorna upplevt förlossningen och hur det öppna förlossningsrummet påverkat dem. Studien genomfördes med etnografisk metod. Datat samlades in genom observationer, fältdagböcker och semistrukturerade intervjuer med tio föderskor. Intervjuerna analyserades induktivt.

Anita Wikbergs kontextuella teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis – att föda barn i en annan kultur, användes som teoretisk utgångspunkt.

Resultatet visar att föderskorna på Fatima mission hospital överlag var nöjda med förlossningsupplevelsen och vården på sjukhuset. Det framkom både som verbal respons och i deras känslouttryck. En central del av upplevelsen var stödet som föderskorna fick av personal, familjen och andra föderskor. Gudstron och gemenskapen på avdelningen hjälpte kvinnorna att överkomma rädslor.

Språk: Svenska

Nyckelord: Kenya, förlossning, upplevelser, systemskap

BACHELOR'S THESIS

Authors: Ellen Dahl & Jenni Rönnholm

Degree programme: Midwife, Vasa

Supervisor: Maj-Helen Nyback

Title: Sisters in labour

An ethnographic study of women's birth experiences at Fatima mission hospital in Kajiado, Kenya.

Date 20.11.2019

Number of pages

Appendices 2

Summary

The aim of this study is to describe women's birth experiences from Fatima mission hospital in Kajiado, Kenya. The questions used as a frame for the study answers how the women experienced birthing and how the open delivery ward affected them. The study was conducted as an ethnographic study using both observations, fieldnotes and semi structured interviews with 10 women. The interviews were analysed using a qualitative content analysis with an inductive method.

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 result shows that the women overall were satisfied with their birth experiences and the care they received at the hospital. It appeared both as verbal response and by their emotional expressions. The support they received from the nurses, family and other women in birth played a central part of their experiences. The trust in God and the fellowship with the other women helped them overcome their fears.

Language: Swedish Key words: Kenya, birth, experiences, sisterhood

KEHITYSTYÖ

Tekijät: Ellen Dahl & Jenni Rönholm
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa
Ohjaaja: Maj-Helen Nyback

Nimike: Sisters in labour
Etnografinen tutkimus naisten synnytyskokemuksista Fatima mission hospitalissa Kajiadossa, Keniassa.

Päivämäärä 20.11.2019

Sivumäärä

Liitteet 2

Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla naisten synnytyskokemuksia Fatima mission hospitalissa Kajiadossa, Keniassa. Tutkimuskysymykset olivat, kuinka naiset kokivat synnytyksen ja kuinka avoin synnytyshuone vaikutti heihin? Opinnäytetyö toteutettiin etnografisen menetelmän mukaan, käyttäen tehtyjä havaintoja, oppimispäiväkirjoja sekä puolistrukturoituja haastatteluja, johon osallistui kymmenen synnyttäjää. Haastattelut analysoitiin induktiivisesti käyttäen kvalitatiivista sisällönanalyysiä.

Teoreettisena lähtökohtana on käytetty Anita Wikbergin hoitotieteen teoriaa interkulttuurisesta hoivasta äitiyshuollossa – synnyttäminen eri kulttuurissa.

Tuloksessa käy ilmi, että naiset olivat pääosin tyytyväisiä synnytyskokemuksiinsa sekä saamaansa hoivaan. Tämä ilmeni sekä verbaalisena palautteena että tunneilmaisuuksina. Tärkeänä osana heidän kokemuksissaan nousi tuki, jonka he saivat hoitajilta, perheiltään sekä kanssa sisariltaan. Vahva usko Jumalaan sekä toisten synnyttäjien tuoma sisaruus auttoivat heitä ylitse pääsemään pelkojaan.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: Kenia, synnytys, kokemus, kanssa sisaruus

Innehållsförteckning

1	Introduktion	2
2	Syfte	2
3	Bakgrund.....	3
3.1	Teoretisk referensram	3
3.2	Mödravården i Kenya.....	5
3.3	Förlossningsupplevelser.....	7
4	Fatima Mission hospital	8
5	Etnografisk metod.....	13
5.1	Datainsamlingsmetod	13
5.1.1	Fältanteckningar och egna reflektioner	13
5.1.2	Intervjuerna	14
5.1.3	Analys av data	14
6	Etiska överväganden	15
7	Resultat.....	16
7.1	Känsla av gemenskap	16
7.1.1	Tacksamhet	16
7.1.2	Stödet från familjen.....	17
7.1.3	Systerskapet.....	17
7.1.4	Tilliten till Gud	19
7.2	Det öppna rummets utmaningar	20
8	Diskussion	21
8.1	Metoddiskussion.....	21
8.2	Resultatdiskussion	22
	Källförteckning:	24
	Bilaga 1.....	26
	Bilaga 2.....	27

1 Introduktion

Studien är ett utvecklingsarbete som bygger på examensarbetet *Sluta fråga hur många barn jag skall ha* (Dahl & Rönnholm, 2018). Examensarbetet beskriver fyra somaliska kvinnors upplevelser av den finländska mödravården. Studiernas teoretiska utgångspunkt är Wikbergs kontextuella teori om interkulturellt vårdande i mödravårdspraxis – att föda barn i en annan kultur (2014). Interkulturell vård betonar jämlikheten mellan kulturerna som möts. Under examenarbetets gång väcktes ett intresse för hur kvinnor upplever förlossning i olika kulturer. Denna studie bygger på observationer och intervjuer med syfte att beskriva kvinnors upplevelser av att föda barn på Fatima mission hospital och hur det öppna förlossningsrummet påverkar upplevelsen.

Idén till studien uppkom under en åtta veckor lång praktikperiod vid ett katolskt missionssjukhus i Kajiado, Kenya, under februari och mars 2019. Upplevelserna och iakttagelserna som gjordes väckte ett intresse för att forska i kvinnornas upplevelser av förlossningsenheten på detta specifika sjukhus.

En intressant observation som gjordes var att föderskorna kom till avdelningen ensamma med olika förutsättningar inför förlossningen men med samma mål vilket sammanförde en del av föderskorna. Denna iakttagelse bidrog till studiens uppkomst.

2 Syfte

Syftet med studien är att beskriva kvinnors upplevelser av att föda barn på Fatima mission hospital i Kajiado i Kenya och hur det öppna förlossningsrummet påverkar upplevelsen.

Frågeställning:

1. Hur beskriver kvinnorna sin upplevelse av tiden på förlossningsenheten?
2. Hur påverkar det öppna förlossningsrummet upplevelsen?

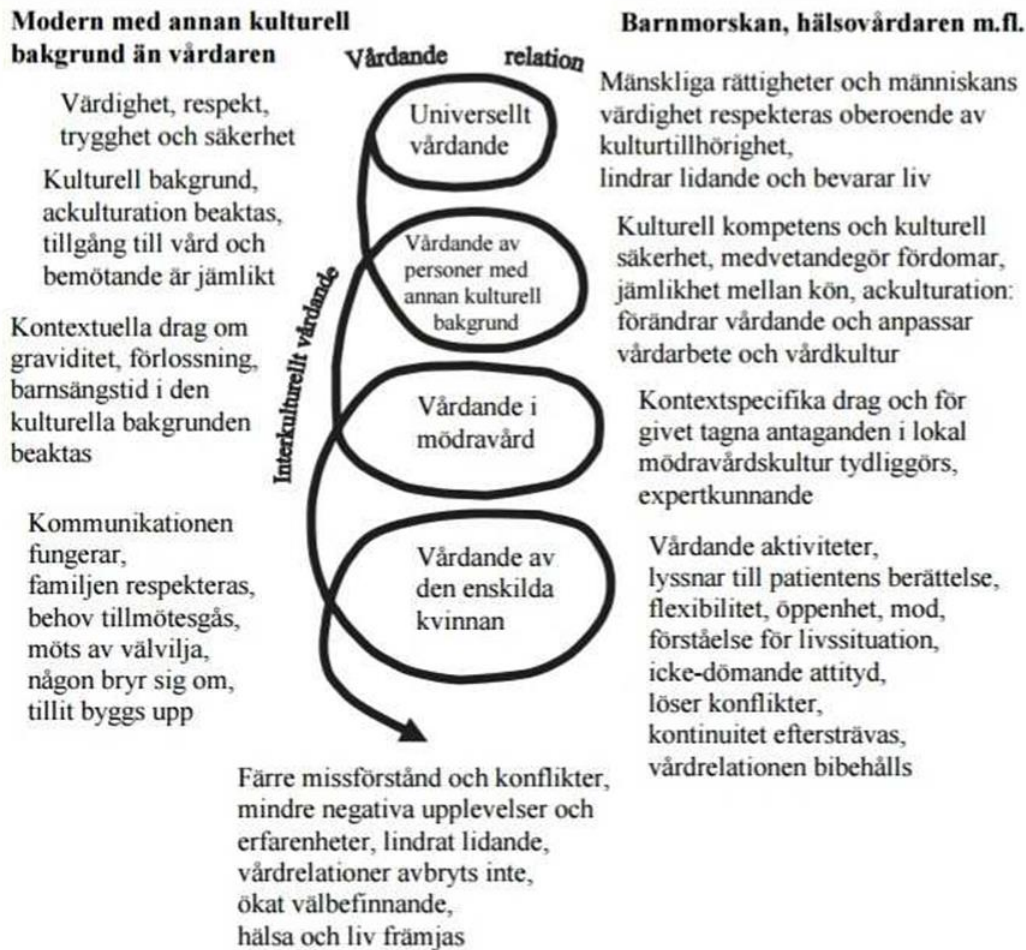
3 Bakgrund

I bakgrunden lyfts studiens teoretiska referensram fram samt relevant tidigare forskning, en överblick över mödravården i Kenya samt en beskrivning av Fatima mission hospital.

3.1 Teoretisk referensram

Wikbergs (2014) *kontextuella teori om interkulturellt vårdande för klinisk mödravårdspraxis* fungerar som studiens teoretiska referensram. Interkulturell vård betonar jämlikheten mellan kulturerna som möts. Genom interkulturellt vårdande främjar man välbefinnande och hälsa samt lindrar lidande. (Wikberg, 2014 s.96).

Ur teorin framkommer fyra vårddimensioner, vilka är; universellt, kulturellt, kontextuellt och unikt vårdande. Det *universella vårdandet* är oberoende av tid och rum. 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, t.ex. mödravårdskontext. I det *unika vårdandet* ses kvinnan som en unik individ som möts och vårdas enligt hennes önskemål med respekt för henne som individ. Det interkulturella vårdandet förväntas leda till färre missförstånd och konflikter, lindra lidande samt främja hälsa och liv. De fyra vårddimensionerna sker samtidigt. Wikberg (2014) beskriver det som en rörelse från de universella till det unika. (Wikberg, 2014, s.96 - 103).



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. Wikberg, (2014), s.101

För att vårda interkulturellt krävs kulturell kompetens hos vårdaren. Detta kan skapas genom fortbildning inom ämnet samt genom erfarenheter. Dessutom krävs ett genuint intresse för ämnet. Vårdaren skall dessutom vara medveten om sin egen kultur och bakgrund och hur detta påverkar hens vårande. God vård innebär att vårdaren lyssnar till patienten, försöker tillgodose hens behov och finnas till för hen så även i ett interkulturellt möte. Språkliga utmaningar kan kräva att man använder en tolk för att undvika missförstånd. Ett öppensinnat bemötande är viktigt för att ge patienten utrymme och förstå kulturella skiljaktigheter. Fördomar, diskriminering, stereotyper och rasism kränker patienten och kan orsaka lidande vilket kan leda till att patienten bryter vårdkontakten och därmed förlängs tillfrisknandet. I bästa fall kan en konflikt mellan vårdare och patient leda till att vårdaren lyssnar till patienten samt söker information och kunskap för att förbättra förutsättningarna för en god individanpassad vård. Därmed förändras även vårdaren och hens kulturella kompetens växer. (Wikberg, 2014, s.96 - 97).

3.2 Mödravården i Kenya

I Kenya föder kvinnorna i genomsnitt 3,9 barn. Siffran är aningen högre på landsbygden än i städerna. Av förstföderskorna är hälften mödrar innan 20 års ålder varav en fjärdedel föder innan sin 18-årsdag. De antenatala besöken på rådgivningen har ökat det senaste decenniet och 2014 besökte 96% av gravida en professionell vårdenhet för rådgivning. Över hälften av dem besöker rådgivningen fyra eller fler gånger under graviditeten, precis som The world health organization, WHO (2018), rekommenderar. Ändå är det endast dryga 60% av förlossningarna som sker på ett sjukhus eller sköts av professionell vårdpersonal. (Kenya Demographic and Health Survey, 2014). Valet att föda på sjukhus eller inte påverkas av olika orsaker. Kvinnor bosatta i urban miljö, som har en stabil ekonomi, högre utbildning, färre barn och som gör regelbundna besök på rådgivningen föder vanligen på sjukhus. Distansen till sjukhuset är avgörande i valet av förlossningsplats och kvinnor som har längre än en timmes gångavstånd till sjukhus föder hemma. Höga sjukhuskostnader är också avgörande ifall man har råd att föda på en vårdinrättning. En del kvinnor tycker det är onödigt omständligt att föda på sjukhus och väljer således hemförlossning. (J.Kitui, S.Lewis & G.Davey, 2013). I en studie gjord om fattiga kvinnor bosatta på kenyanska landsbygden framkommer det att kvinnorna vet att det är tryggare att föda på sjukhus med professionell personal vid sin sida, men anser ändå att sjukhusfödelse i första hand är till för riskföderskor. I studien framkommer även att kvinnorna har en stark tillit till kvinnorna som sköter hemförlossningar, så kallade *traditional birth attendant* (TBA), som utför hemförlossningar. De har enligt respondenterna i studien fått *Guds gåva att hjälpa födande mödrar*. Vid en hemförlossning står TBA handfallen ifall en komplikation uppstår, vilket bidrar till att både

föderskans och fostrets liv är i fara. Detta fanns det flera exempel på i studien. (Chimaraoke, Izugbara, Kabiru, Zulu, 2009).

WHO (2018) rekommenderar att föderskor har en stödperson eller flera närvarande under förlossningen. Kvinnors förlossningsupplevelse förbättras av att de har en stödperson med sig under förlossningens olika skeden. Även upplevelsen samt längden på förlossningen påverkas positivt av närvaron av en stödperson. I en studie gjord av Afulani, Kusi, Kirumbi, et al. (2018) i västra Kenya hade 88% av föderskorna en stödperson med sig under förlossningens olika skeden, varav 29% av stödpersonerna var män. Nästan sjuttio procent av kvinnorna fick ha stödpersonen närvarande under hela första skedet men endast 29% valde att ha med stödpersonen under andra skedet. Enligt studiens föderskor var det viktigast att ha en stödperson under första skedet då hen kunde svara på föderskans behov. Största orsakerna till att föderskorna inte önskade ha med stödpersonen under andra och tredje skedet var känslan av skam och rädslan för skvaller, till exempel angående HIV-status eller andra kroniska sjukdomar. Vårdpersonalen hade en positiv inställning till närvaron av stödpersoner men påpekade att det inte alltid var möjligt för stödpersoner att närvara på grund av integritetsskydd och respekt för andra föderskor. Personalen nämnde också en misstro till stödpersonen som bidragande orsak till att man inte tillät dem närvara. I studien framkommer det att det ännu finns arbete att göra för att stöda föderskorna och deras möjligheter till att ha en stödperson närvarande under förlossningen. Karanja, Gichuki, Igunza, Muhula, Ofware, et al. (2018) har studerat massajstammens kvinnor och deras upplevelser av förlossningsvården på sjukhus kontra hemförlossningar i Kajiado distriktet i Kenya. I studien framkommer det att massajkvinnorna som föder på sjukhus ofta har med sig en TBA till sjukhuset eftersom tilliten till henne är starkt inrotad i kulturen. TBA agerar som en doula på sjukhuset och kan förmedla information om vad som sker samt fungera som tolk vid behov eftersom traditionella massajer ofta inte kan nationalspråket.

De traditionella massajerna bor på landsbygden och ofta på sådana stället dit det endast går att färdas till fots eller med moped vilket kan göra det svårare för dem att ta sig till sjukhus. Traditionellt föder massajerna hemma i huksittande position vilket kan vara avgörande för valet av förlossningsplats eftersom standarden på sjukhuset är att kvinnan ligger på rygg och föder. Den huksittande positionen upplever kvinnorna mer naturlig. (Karanja, Gichuki, Igunza, Muhula, Ofware, et al., 2018). Personalens krav på ryggläge kan upplevas förlänga förlossningen och påverkar därmed kvinnans förlossningsupplevelse negativt. (Afulani, 2017). Massajkvinnorna poängterar vikten av att föda på sjukhus som riskföderska eftersom den medicinska hjälpen då finns nära. Det är ändå inte kvinnan själv som avgör var hon föder, husets överhuvud det vill säga maken eller svärfar väljer var kvinnan

skall föda. Ifall inte mannen anser sjukhusvård vara aktuellt så föder hon hemma med hjälp av en oskolad barnmorska. (Karanja, Gichuki, Igunza, Muhula, Ofware, et al., 2018).

3.3 Förlossningsupplevelser

En studie gjord av Afulani (2017) i ett distrikt på landsbygden i västra Kenya där kvinnor berättat om sina förlossningsupplevelser från olika hälsostationer och sjukhus i nejden påvisar fem faktorer som har betydelse för upplevelsen. **Lyhörddhet** hos personalen och ett gott bemötande vid ankomst till sjukhuset bidrog till att kvinnorna kände sig välkomna och påverkade förlossningsupplevelsen positivt. Att vakten vid sjukhuset bemötte dem väl och släppte in dem upplevde kvinnorna vara en viktig del av bemötandet. Ifall kvinnan blev nekad plats på sjukhuset så kunde det leda till att hon födde hemma, på vägen till, eller vid ett annat sjukhus. Att bli nekad vårdplats ingav en känsla av att vårdarna inte brydde sig om dem. **Stödande vård** så som då vårdaren visade att hon brydde sig om patienten och var hjälpsam gav en god förlossningsupplevelse. Kvinnorna påpekade även att det rutinemässiga arbetet och uppföljningen så som smärtlindring, blödningsuppföljning, amningshjälp, vägning och vaccination av babyn var uppskattat. Ifall kvinnornas behov inte möttes kände de sig försummade. De framkommer att kvinnorna inte alltid fick sina basala behov tillgodosedda. Den stödande vården inkluderar även närvaron av en stödperson vald av kvinnan. **Sjukhusmiljön och resurserna** hade stor påverkan på upplevelsen. En egen ren säng och möjlighet till toalett och att tvätta sig bidrog till positiva upplevelser. Kvinnorna delade ibland säng med tre andra nyförlösta på grund av resursbrist vilket var obekvämt, ohygieniskt och försvårade anknytningen till babyn. Myggnät fanns heller inte alltid till förfogande i det Malaria drabbade området vilket gjorde att kvinnorna oroade sig för babyn. **Värdig omvårdnad och ett respektfullt bemötande** ansågs viktigt. Personlig integritet gavs inte alltid till exempel vid undersökningar och kvinnorna var besvärade över att klä av sig inför andra. Både fysiska och psykiska förolämpningar förekom bland personalen vid både rådgivningen och förlossningen. En del kvinnor upplevde sig bli diskriminerade på grund av deras stamtillhörighet, ålder, utbildning eller sociala status vilket ledde till avsaknad av tillit till personalen och därmed undanhöll de viktig information gällande sitt tillstånd från dem. Då personalen behandlade kvinnorna respektfullt och gav dem värdig omvårdnad vågade kvinnorna berätta om sina problem och sänkte tröskeln till att söka vård i fortsättningen. **Kommunikationen** spelade stor roll i hur kvinnorna upplevde förlossningen. Vad och hur personalen kommunicerade med kvinnorna påverkade upplevelsen. Kvinnorna önskade få tillräcklig information på ett sätt som de förstod till exempel när de bör komma till sjukhuset, hur långt förlossningen är gången eller varför ett kejsarsnitt ansågs nödvändigt. De uppskattade när personalen lyssnade till dem och svarade på deras frågor.

4 Fatima Mission hospital

Sjukhuset är specialiserat på mödravård men utövar också andra hälsovårdstjänster. Mödravårdsenheten är belägen i en skild byggnad som innefattar rådgivning, BB, gynekologisk bäddavdelning, förlossningssal och operationssal.



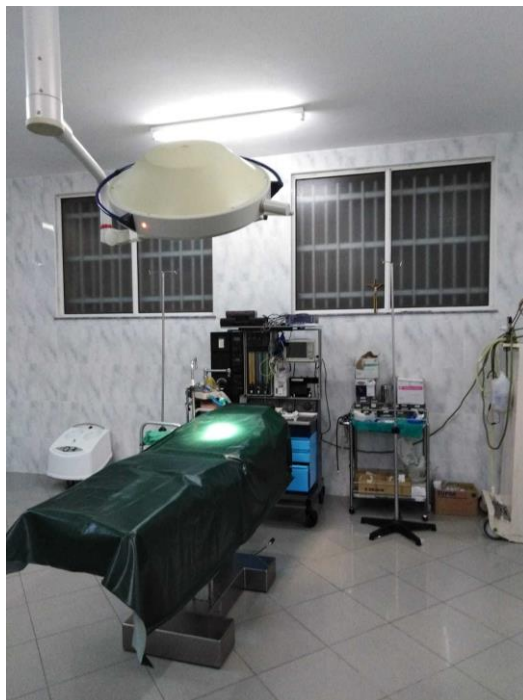
1 Entrén till mödravårdsenheten på Fatima mission hospital

Vårdpersonalen är utbildade sjukskötare med behörighet inom mödravården. Huvudansvar över sjukhuset har en sjukhusläkare som bor på sjukhusområdet och dejourerar dygnet runt. De dagar han utför administrativa uppgifter finns en annan gynekolog i hans ställe. I praktiken kan den dejourerande läkaren ibland befinna sig några timmar från sjukhuset. Sjukskötare arbetar tolv timmars skift, dag och natt. Det är inte ovanligt att de arbetar ett dygn i sträck eller ibland ännu längre. Måndag, onsdag och fredag erbjuds mödrarådgivning på sjukhuset. Då är två sjukskötare stationerade i rådgivningsrummen och tar emot gravida kvinnor utan tidsbokning. Vid behov kan de remittera kvinnorna till gynekologens mottagning eller till sonografen för ultraljud i rummen bredvid. Dessa dagar arbetar fem sjukskötare på mödravårdsenheten. De övriga tre sjukskötarna sköter BB och gynekologisk bäddavdelning, förlossningssal samt administrativa uppgifter. På sjukhuset jobbar även en sjukskötare som ansvarar för Hiv-programmet på sjukhuset. Programmet är gratis och erbjuds alla Hiv-positiva kvinnor och deras partners.



2 Ett av rådgivningsrummen på sjukhuset

Tisdagar och torsdagar utförs planerade kejsarsnitt. Operationssalen är belägen intill förlossningssalen och sköts av ett operationsteam. Sjukskötaren som är stationerad vid förlossningssalen förbereder kvinnan inför kejsarsnittet och tar emot babyen i operationssalen. Antalet kejsarsnitt på Fatima mission hospital är procentuellt sett högt, ungefär hälften av förlossningarna är kejsarsnitt. Efter operationen förflyttas kvinnan till observationsrummet.



3 Operationssalen på förlossningsenheten

Då kvinnan kommer in för att föda får hon två tvättfat, ett för henne och ett för baby, innehållande hygienartiklar för bägge. Hon får även sjukhuskläder och en säng i observationsrummet intill förlossningssalen. I observationsrummet finns sex patientsängar som vid behov skiljs åt med tunna gardiner. Sjukskötaren som är stationerad i förlossningssalen har vårdansvaret över patienterna i observationsrummet. Kvinnorna befinner sig i observationsrummet under hela öppningskedet. Även inducerade kvinnor, obstetriska- samt operationspatienter sköts där.



3 Observationsrummet

På sjukhuset finns ingen CTG-apparat på grund av resursbrist, fostrets hjärtljud följs upp med hjälp av doppler och fetoskop. Avsaknaden av kontinuerlig uppföljning av fosterljuden gör att medicinsk smärtlindring inte kan erbjudas den födande kvinnan. Smärtlindring erbjuds i form av massage och andningsövningar. Sjukhuset fick även en donation på tre pilatesbollar som användes flitigt. Då kvinnan känner krystbehov och cervix är fullt dilaterad leds hon till förlossningssalen i rummet intill. Förlossningssalen har två gynekologiska bäddar. Kvinnan hjälps upp i bädden i gyn ställning. Sjukskötaren sköter krystskeket ensam medan observationsrummet förblir obevakat. Vid behov kan en kollega tillkallas. Intill förlossningsbädden finns ett skötbord dit den nyfödda tas för omvårdnad under en värmelampa. Efter det tredje skedet hjälps kvinnan ner från bädden och leds tillbaka till sin säng i observationsrummet. Då får hon baby till sig. Mamman och baby observeras i två timmar, där efter förflyttas de till ett rum på BB-avdelningen.



4 Förlossningssalen

BB och gynekologiska bäddavdelningen har tio patientrum varav tre är en-personsrum. I de andra rummen finns tre sängar. Kvinnorna får välja ifall de vill dela rum eller ej. De privata rummen är dyrare. Uppföljningen efter en okomplicerad, vaginal förlossning är vanligtvis 24 timmar, efter kejsarsnitt tre dygn. Gynekologen går rond till patienterna varje förmiddag tillsammans med sjukskötaren och en fysioterapeut. Fysioterapeuten träffar alla nyförlösta enskilt och talar om ergonomi och vikten av bäckenbottenträning. Hen mobiliserar även kvinnor förlösta med kejsarsnitt och övriga vid behov. Sjukhusbiträdet tvättar bebisarna varje morgon och lär samtidigt ut babyvård åt de nyblivna mammorna.



5 BB/Gyn avdelningen

Varje enskilt besök på sjukhuset kostar. Nedan är de vanligaste kostnaderna från 2019 uppräknade. Sjukhuskostnaderna är på medelnivå i Kenya.

Rådgivningsbesök 200 kshs (ca 1,70€)

Gynekologbesök 500 kshs (ca 4,40€)

Ultraljudsundersökning 1800 kshs (ca 16€)

Vaginal Förlossning inkl. 24h uppföljning i delat patientrum 15,000 kshs (ca 130€)

Kejsarsnitt inkl. tre dygns uppföljning i delat patientrum 50,000 kshs (ca 440€)

Privatrum per dygn extra 1000 kshs (ca 9€)

Sjuksköterskelön på FMH 30,000 kshs/månad (ca 260€)

Valutaväxlare: themoneyconverter.com (27.10.2019)



6 Staty av St. Mary på BB avdelningens innergård

5 Etnografisk metod

Studien genomförs med kvalitativ ansats ur ett etnografiskt perspektiv. Etnografisk metod grundar sig att forskaren beskriver interaktioner och händelser som utspelar sig i en kultur eller sammanhang där hen själv deltar. Etnografiska forskningsmetoden har på senare tid blivit allt vanligare inom omvårdnads- och vårdpedagogisk forskning. Under studiens gång förs fältanteckningar om observationer och interaktioner. Dessa utgör en del av datamaterialet som sedan analyseras och tolkas för att få fram ett resultat. Kulturen i ett sammanhang utgörs av en grupp människor som delar kunskap, värderingar och språk, till exempel vårdpersonal på ett sjukhus. Händelserna är alltid bundna till tid och rum och måste tolkas utifrån sitt sammanhang där studien utförs. Frågeställningar som forskaren tar fasta på är bland annat vad gruppen gör och varför, vilka redskap de har till förfogande, användning av språk och hur de uttrycker sig samt hur gruppen själv förklarar vad som sker. Det centrala i denna metod är forskarens observationer av en specifik grupp vilket kräver en längre tids närvaro av forskaren (Henricson, 2012, s.217 - 220).

5.1 Datainsamlingsmetod

Data till studien har samlats in både genom observationer och semistrukturerade intervjuer med nyförlösta kvinnor gjorda under februari och mars 2019 på Fatima mission hospital i Kajiado, Kenya. Observationerna resulterar i fältanteckningar och reflektioner.

5.1.1 Fältanteckningar och egna reflektioner

Under den två månader långa praktikperioden på missionssjukhuset fördes dagböcker över observationer och personliga reflektioner från fältet. Varsin dagbok för observationer och reflektioner skrevs. I dagböckerna reflekteras händelser och känslor samt diskussioner förda på fältet. Observationer gjordes genom deltagande i situationerna. Dagboksanteckningarna fördes nästan dagligen efter arbetsdagens slut, främst reflektioner på sådant som väckt intresse och nyfikenhet, men också beskrivande observationer av händelser. Observationerna gjordes så objektivt som möjligt, med studiens förförståelse i beaktande. Observationerna och reflektionerna utgör en del av det datamaterial som används för dataanalys.

Ett Instagramkonto skapades i början på februari med ändamålet att dokumentera praktikens gång och mätta nyfikenheten hos familj och vänner. I dagböckerna reflekteras händelser och känslor samt

diskussioner förda på fältet. Deltagande observationer gjordes. Materialet som samlats in genom dessa metoder används för att utföra analysen.

5.1.2 Intervjuerna

För att ta del av föderskornas förlossningsupplevelser från Fatima mission hospital gjordes tio semistrukturerade intervjuer med nyförlösta kvinnor på sjukhuset. Intervjuerna baseras till en del på de observationer som gjorts och kan klargöra observationerna (Nyback, 2007, s.78). Urvalet av informanterna gjordes bland sjukhusets patienter, kvinnor som fött tillfrågades om de ville bli intervjuade. Informanterna var både förstföderskor och omföderskor och förlossningssättet påverkade inte deltagandet. Informanterna gavs både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och omfattning. Intervjuerna gjordes på engelska, som är Kenyas andra officiella språk (Oduor & Rotich, 2016).

5.1.3 Analys av data

Induktiv innehållsanalys (Henricson, 2018, s. 335 - 336) används som dataanalysmetod. Induktiv innehållsanalys är lämplig för ett material med kvalitativ ansats, vilket studiens datamaterial består av. Genom en induktiv analys tar studien inte endast fasta på förhand bestämda faktorer, istället ges utrymme för att lyfta fram även andra ämnen som hittas i det insamlade materialet. Studiens syfte och frågeställningar är utgångspunkten för analysen. Precis som Henricson (2012, s.231) beskriver så sker datainsamling och analys parallellt i en etnografisk studie medan den slutliga analysen tar form då fältarbetet avslutats.

I analysen används datamaterialet som samlats in genom intervjuer, observationer och reflektioner. Fältanteckningarna, Instagramkontots bildtexter och de transkriberade intervjuerna läses noggrant igenom flera gånger för att materialet skall bli bekant. Materialet analyseras primärt och alla meningsbärande enheter noteras. Därefter kondenseras materialet till kortare meningsenheter, kategorier och teman, för att slutligen bilda ett resultat. Citaten sattes sedan in i en analysmatris där kategorier och teman framträdde. Nedan är ett urklipp ur studiens analysmatris som beskriver analysens process från citat till tema.

Citat	Kondenserad mening	Subtema	Tema
<i>At the labour ward I've made so many friends. Because it is the same journey so at least you talk about it. You share and then carry each other.</i>	Jag har fått många nya vänner tack vare den delade erfarenheten	Systerskap	Känsla av gemenskap
<i>I'm leaving here with a friend and I came alone</i>	Jag har fått vänner här (på sjukhuset)	Systerskap	Känsla av gemenskap
<i>Jag träffade mamman dagen efter och var så himla tacksam mot mig och Jenni. Hon kramade om oss och tackade för att vi hjälpt henne.</i>	Dagen efter (intrauterin fosterdöd) visade mamman sin tacksamhet för hjälpen hon fått	Tacksamhet	Känsla av gemenskap
<i>She wanted a normal delivery, but unfortunately it didn't work. So, I was worried, I was like maybe I will go the same way. That's why I was scared.</i>	Föderskan blir rädd när hon ser att förlossningen inte går som planerat för en annan föderska	-	Det öppna rummets utmaningar

6 Etiska överväganden

Respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, undvikande av skador samt personlig integritet och dataskydd är hörnstenar för att genomföra en etiskt godtagbar forskning enligt den forskningsetiska delegationen (TENK). Studien säkerställer att de etiska principerna följs genom att söka tillstånd för att genomföra studien på sjukhuset samt informations- och samtyckesbrev till informanterna där studiens syfte tydligt framkommer. Det klargörs i samtyckesbrevet att deltagandet i studien är frivilligt och att informanterna när som helst får avbryta eller avstå sitt deltagande samt att informanternas identitet endast är känd av forskarna. Informationen kring studien ges både muntligt och skriftligt till informanterna. Intervjuernas ljudfiler sparas på en särskild USB-sticka som förvaras på en säker plats och raderas då de transkriberats. Intervjuerna transkriberas och anonymiseras för att skydda informanternas integritet. (Forskningsetiska delegationen, 2009). De transkriberade intervjuerna raderas efter att studien är presenterad (hösten 2019).

7 Resultat

Resultatet i denna studie baserar sig på Dahl och Rönnholms observationer, fältdagböcker och intervjuer med föderskorna på Fatima mission hospital. Resultatet redovisas i två teman; känsla av gemenskap, som indelas i fyra kategorier samt det öppna rummets utmaningar.

7.1 Känsla av gemenskap

Föderskorna på Fatima mission hospital var överlag nöjda med förlossningsupplevelsen och vården på sjukhuset. En central del av upplevelsen var stödet som föderskorna fick av personal, familjen och andra föderskor. Gudstron och gemenskapen på avdelningen hjälpte kvinnorna att överkomma rädslor. Ur resultatet framkom fyra kategorier. Dessa är tacksamhet, stödet från familjen, systemskapet och tilliten till Gud.

7.1.1 Tacksamhet

Föderskorna och deras familjer var tacksamma för vården de fått på sjukhuset. Detta framkom som generösa uttryck och gester. Föderskorna var tacksamma för att personalen uppfyllt både deras fysiska och mentala behov. Nyblivna far- och morföräldrar visade tacksamhet över omhändertagandet av föderskan och den nyfödde.

Då jag flyttat mamman till sin säng i pre labour ward kom hennes familj och hälsade på. Hennes mamma och mormor, som var traditionella massajkvinnor, ville inkludera mig i deras bön. Då jag stod där med massajerna och hörde dem tacka deras Gud "Enkai" över hur glada de var för att mamman klarat förlossningen och att pojkarna var vid liv kunde jag inte hålla tillbaka tårarna. Deras tacksamhet var så påtaglig. Kändes mäktigt att de inkluderade mig och min insats. – Observation och reflektion

En ung kvinna hade kommit in med för tidiga sammandragningar i graviditetsvecka 27. Hon väntade tvillingar och förlossningen kunde inte hejdas. Hon förlöstes och tvillingarna överlevde mot alla odds. Hela familjen visade sin tacksamhet till Gud och vårdarna för att allt gått bra. Det var inte enbart en lyckosam förlossning som gav orsak till tacksamhet. Kvinnorna kände också tacksamhet för en god omvårdnad trots att förlossningen inte resulterade i ett friskt eller levande barn.

Jag träffade mamman dagen efter och var så himla tacksam mot mig och Jenni. Hon kramade om oss och tackade för att vi hjälpt henne. – Observation och reflektion

Föderskan hade dagen innan upplevt intrauterin fosterdöd och upplevde tacksamhet över omvårdnaden under förlossningen och efter.

7.1.2 Stödet från familjen

Eftersom observationsrummet delades av flera föderskor ansåg personalen att stödpersoner inte var välkomna i rummet för att trygga föderskornas integritet. Föderskorna kom därför ensamma till observationsrummet och eventuellt väntade familjemedlemmar i korridoren utanför. I mån av möjlighet kunde de träffa föderskan under korta stunder ifall det var lugnt i observationsrummet. Föderskorna kunde även gå ut till sina anhöriga om de kände för det. I förlossningssalen var föderskorna ensamma med sköterskan. Ibland satt den blivande fadern i korridoren och väntade på nyheten om att babyn fötts, ofta tillsammans med en vän eller släkting.

Medan föderskan var i pre-labour ward under förlossningen, satt hennes familj utanför i korridoren och väntade på besked om förlossningens gång och prematurernas mående. – Observation

Sjukhuset bjöd på lunch och middag för föderskorna men allt som oftast hämtade släktingar små mellanmål åt dem. Under öppningsskedet kunde anhöriga vandra med föderskan runt sjukhuskorridorerna.

7.1.3 Systemskapet

Oftast fanns det flera föderskor i observationsrummet samtidigt och det öppna rummet gjorde det omöjligt för dem att förbise varandra. Det dröjde inte länge innan föderskorna samtalande med varandra.

At the labour ward I've made so many friends. Because it is the same journey so at least you talk about it. You share and then carry each other. – Intervju 4

I'm leaving here with a friend and I came alone. – Intervju 3

Föderskorna samtalande och stöttade varandra under förlossningens gång och efter. De delade med sig av sina upplevelser och gav råd och styrka åt varandra. Föderskorna vandrade runt korridorerna tillsammans och turades om att massera varandra under värkarna. De satt på pilatesbollarna och gungade tillsammans.



7 Tre föderskor i olika skeden av öppningsskedet stöttar varandra

Föderskorna såg efter varandra och hörde efter hur förlossningen framskred då någon förflyttats till förlossningssalen. Eftersom förlossningssalen låg intill observationsrummet kunde de övriga patienterna höra föderskan inifrån salen. Föderskorna vara glada för varandra då någon genomgått förlossningen och kom tillbaka till observationsrummet med en baby. Det gav de oförlösta kvinnorna hopp om att de också skall klara av förlossningen och få sin belöning.

När jag kom ut till observationsrummet med babyn i famnen för att dokumentera födseln frågade en föderska i latensfas ifall hon fick hålla honom en stund. Det verkade som en självklar lösning och det kanske gav henne hopp om att snart få sin egen baby i famnen. – Observation och reflektion

Kvinnorna som fött med kejsarsnitt fick spinalbedövning och var mycket trötta efteråt, det tog någon timme innan känslan i benen återkom. Det var inte ovanligt att andra föderskor bar på den återhämtande moderns baby i situationer där hon inte orkade eller kunde själv. Oavsett förlossningssätt stöttade föderskorna varandra. Ingen förminskade den andras förlossningsupplevelse utan kvinnorna stöttade varandra.

Delivery is delivery. Whichever way you deliver it's still a delivery. We are together in this. – Intervju 4

I think that's how we bonded, we're feeling the same pain. We're helping each other. We're knowing pain. I think that's why we are friends now. – Intervju 3

I think when she did the caesarean and I also did one, so at least we connected on that one. – Intervju 3

Kvinnor som fött med kejsarsnitt fann ett extra stöd i varandra och kunde dela sina upplevelser. De kände sig mindre ensamma då de hade någon att tala med som genomgått samma operation.

The women were very encouraging. That's why I chose this ward, the general ward instead of a private one. – Intervju 4

I samtalen med varandra lärde sig kvinnorna också om hur unika förlossningsupplevelser är. Även om de hade mycket gemensamt så skiljde sig förlossningsförloppet och dess längd. Förstföderskor fick stöd av omföderskor som tröstade dem och informerade dem om förlossningens förlopp och vad de kunde ha att vänta sig. Överlag kom förstföderskorna in till förlossningen rätt ovissa om hur en förlossning kan se ut. Under rådgivningsbesöken lades mer tyngd på att lyfta fram tecken på att förlossningen startat och när de skulle söka sig till ett sjukhus.

7.1.4 Tilliten till Gud

Gudstron var stark både bland personalen och föderskorna. Genom bön sökte de hopp, tröst och styrka från Gud. Avbilder på katolska helgon fanns utplacerade runt hela sjukhuset.

It was scary, that patient who had an ectopic pregnancy... It was so scary I had to pray and pray to move there the chapel, pray... So, I prayed a lot. – Intervju 4

Bönen gav förtröstan när rädslan var stor. Föderskorna bad för sitt eget, sitt fosters och sina medsystrars välmående. I situationer där föderskorna kände sig hjälplösa anförtrodde de sig till Gud. Vikten av att be ökade under graviditetens förlopp.

I'm like... I lost hope. I'm losing hope for that day, but God gave me energy and I said I'm going to make it because I need this baby. – Intervju 1

So even when I was seeing this baby, I said only thank you god! That's only that. I say thank you. Because it's not my power, it's only god. He helped me, that day. – Intervju 1

Efter förlossningen, då babyn lades på föderskans mage, utbrast de alla ett tack till Gud. I diskussioner efteråt framkom ofta styrkan de fått från Gud som drivkraften under förlossningen. Alla svar fanns hos Gud.

Lugnet i henne, förstföderskan skrämde mig. "it's OK" svarade hon. Hon kom sedan upp till skötbordet och såg på sin pojke ännu innan hon gick till sängen, där grät vi lite tillsammans men sedan torkade hon sina tårar och accepterade läget med hjälp av sin starka tro. – Observation och reflektion

Även då förlossningen slutade tragiskt med en baby som inte överlevde, så litade föderskorna på att det var Guds vilja och att Gud hade en plan för dem. Personalen fann också tröst hos Gud i jobbiga stunder. Den starka tilliten och tron lär vara orsaken till föderskornas anpassning till oförutsedda händelser.

7.2 Det öppna rummets utmaningar

Observationsrummets öppna miljö hade både positiv och negativ påverkan på föderskorna. Som tidigare nämnts, fann föderskorna hopp och stöd i varandra, men också rädsla spred sig lätt i rummet.

Om någon blir väldigt smärtpåverkad kan nästa föderska också bli rädd för att föda. Likadant om något går illa för mamman eller babyen så skapas panik på hela avdelningen. – Observation och reflektion

Känslorna i observationsrummet var påtagliga och det var oundvikligt att påverkas. Föderskorna påverkades ibland av varandras värkar genom att uppleva falska sammandragningar. Exempelvis upplevde en föderska i latensfas smärtsamma värkar då hon låg bredvid en kvinna i aktiv förlossning med förhoppningar om att hennes förlossning framskred i samma takt.

Yeah, that's the worst thing. Because it's like you're desperate. When someone comes and you've been there the whole day, she delivers well, you're there... Okay, you feel for them and congratulate them but still feeling... It's like you're down. – Intervju 8

Att se andra föderskors förlossningar förlöpa fortare än ens egen upplevdes frustrerande för vissa. Ifall en föderska blev tvungen att genomgå ett oplanerat kejsarsnitt, oavsett orsak, spreds rädsla hos andra föderskor att hamna i samma situation.

She wanted a normal delivery, but unfortunately it didn't work. So, I was worried, I was like maybe I will go the same way. That's why I was scared. – Intervju 4

Rädslan för ett oplanerat kejsarsnitt kunde böttna i babyens välmående eller den omfattande operationen i sig. Rädslan kunde sen i sin tur påverka förlossningens progress och utfall.

En läkare berättade om ett fall där en föderskas livmoder hade rupturerat, varpå hon hade förblött och avlidit. Före rupturen hade hon varit tillsammans med ca fyra andra kvinnor på pre-labour ward och ingen av de andra klarade sen av att föda vaginalt. Läkaren var säker på att det berodde på chocken och rädslan efter den tragiska händelsen. De förlöste då de flesta genom kejsarsnitt och någon av föderskorna, som var i latensfas valde att åka hem. – Observation och reflektion

Föderskorna påverkades ovillkorligt av omgivningen, på gott och ont. Den öppna miljön möjliggjorde givande möten och ett stöd, föderskorna emellan. Omständigheterna bidrog även till att rädslor och smärtor spreds obehindrat.

8 Diskussion

Diskussionen genomförs både som resultat- och metoddiskussion som presenteras nedan.

8.1 Metoddiskussion

Studiens syfte är att beskriva kvinnors upplevelser av att föda barn på Fatima mission hospital och hur det öppna förlossningsrummet påverkar upplevelsen. Studien utfördes genom etnografisk metod. Som noviser inom denna forskningsmetod har processen både varit utmanande och givande. Det insamlade materialet var trots allt tillräckligt och informativt för studiens syfte.

Åtta veckor på förlossningsenheten på detta sjukhus kan ses som en tillräcklig tid för att bli bekant med enheten, men ett inifrånperspektiv saknas. Därmed görs denna studie från ett etic-perspektiv, det vill säga utifrån genom forskarnas upplevelser (Henricson, 2012. s.220). Att samtidigt agera både som skötande barnmorska och därefter intervjua föderskan om hennes förlossningsupplevelser kan påverka hennes uttryck. Dessvärre var dessa situationer ofta oundvikliga på grund av patientantalet på sjukhuset. Observationerna och intervjuerna skapade ändå en enhetlig bild av föderskornas upplevelser vilket ger studien trovärdighet. Den västerländska hudfärgen bör ändå tas i beaktande eftersom den medför privilegier sedan kolonialismen. Detta kan ha påverkat både föderskornas och personalens interaktion med ”de vita barnmorskorna”.

Inför studien fanns en viss förförståelse för den kenyanska kulturen. Rönnholm har besökt landet ett flertal gånger, har både familj och vänner där samt talar swahili. Detta var Dahls första resa till Kenya. De olika förkunskaperna för landet och kulturen bidrog till en bredd i observationerna. Tiden i Kenya

tillbringades bland lokalbefolkningen även utöver dagarna på sjukhuset. Att bo med en kenyansk familj och ta del av deras vardag påskyndade acklimatiseringsprocessen. Förståelsen och anpassningen till den kenyanska kulturen och till arbetet på sjukhuset ökade för varje dag under praktiken. Därmed utvecklades även datainsamlingen under tidens gång. En fördel med att denna studie inleddes först några veckor efter praktikperiodens start är att kulturen blivit bekant innan datainsamlingen påbörjades (Henricson, 2012, s.487).

Datamaterialet analyserades induktivt. Allt material transkriberades och printades ut och lästes igenom flera gånger. I materialet svärtades sådant som ansågs intressant för studiens syfte. En del av materialet har också använts för att beskriva sjukhuskontexten i kapitel fyra. Efter att citaten lyfts fram, klipptes de ut och grupperades enligt innehåll. Det insamlade datamaterialet begrundades noggrant för att slutligen finna dess betydelse för studien. Materialet och den slutliga analysmatrisen granskades även av handledaren, som gav goda råd i förverkligandet av resultatkapitlet. Att ha en objektiv granskare stärker studiens trovärdighet (Henricson, 2012, s. 474). Frågeställningarna har omformulerats under studiens gång för att syftet ska besvara dem bättre och lyfta fram det som ansågs väsentligt för studien, vilket resultatet i sin tur gör.

8.2 Resultatdiskussion

I studiens resultat framkommer att det öppna förlossningsrummet har en väsentlig påverkan på kvinnornas upplevelser. Det har möjliggjort att kvinnorna funnit stöd hos varandra under förlossningen och efter samt knutit vänskapsband. Kvinnorna kom in till förlossningsrummet ensamma men lämnade rummet med nya vänner. Eftersom sjukhuset inte tillät stödpersoners närvaro i det öppna förlossningsrummet för att bevara kvinnornas integritet, kunde de inte följa WHO:s (2018) rekommendation om att föderskorna skall ges möjlighet till en närvarande stödperson under förlossningen. Men systerskapet som kvinnorna formade gjorde att de fungerade som stödpersoner åt varandra. De valde oftast ett delat rum på BB för att fortsätta stöda varandra i den nya situationen med en nyfödd. Föderskornas familjemedlemmar var närvarande vid mån av möjlighet och bidrog med mat och praktiska arrangemang. Det öppna rummet hade även utmaningar som lyfts fram i resultatkapitlet. Föderskorna påverkades av varandras rädslor och smärtor. För att lätta dessa rädslor bad kvinnorna till Gud. Deras tro var ständigt närvarande, stärkte dem och gav dem stöd.

Wikberg (2014) beskriver det interkulturella vårdandet som jämlikt mellan kulturerna som möts. I Kenya finns det 42 olika stamkulturer som lever nära inpå varandra (Oduor & Rotich, 2016). Bland personalen och patienterna på sjukhuset fanns ett flertal representerade. Deras kulturella olikheter var

bekanta för lokalbefolkningen och personalen tog hänsyn till den enskilde patientens behov. Eftersom Kenyas andra officiella språk är engelska (Oduor & Rotich, 2016) så bringade språket inga kommunikationsbarriärer. Som finländska barnmorskestuderanden med ett genuint intresse för interkulturella möten upplevdes att Wikbergs modell kunde appliceras eftersom vårdandets syfte är det samma även om resurserna är olika.

Som tidigare nämnts, fyller systerskapet en del av stödbehovet hos föderskorna i denna studie. Dahl & Rönnholms examensarbete (2018) som beskriver somaliska kvinnors upplevelser av den finländska mödravården visar ett liknande resultat, där kvinnorna poängterar vikten av att få stöd av kvinnliga familjemedlemmar och vänner under graviditet och förlossning. Tacksamheten över god vård är också en central del i studiernas resultat. Precis som Afulani (2017) skriver är både stödande vård och rutinmässiga kontroller av t.ex. blödning eller smärta något som inger trygghet och tacksamhet bland föderskorna.

Vikten av systerskap under förlossningen belyses också av Jennifer Carroll, som grundade förlossningsförberedelseprogrammet *Lamaze* i Nairobi i början på 2000-talet. Carroll beskriver hur hon låg i ett stort rum för födande kvinnor där endast tunna tyggardiner skiljde kvinnorna åt och hörde en föderska skrika ut sin smärta. Hon talade till kvinnan och gav henne hopp och stöd med sina ord. De andra föderskorna på avdelningen följde hennes exempel och så stöttade de varandra genom förlossningssmärterna. Efter denna upplevelse har Jennifer skolat flera barnmorskor på de största sjukhusen i Kenya i Lamaze metoden och även ordnat förberedelsegrupper för väntande par. (J.Carroll, 2004).

Källförteckning:

Afulani, P. A. (2017). What makes or mars the facility-based childbirth experience: Thematic analysis of women's childbirth experiences in western Kenya. *Reproductive Health*, 14(1), . doi:10.1186/s12978-017-0446-7 [hämtad 25/06/2019]

Afulani, P., Kusi, C., Kirumbi, L. et al. (2018). Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. doi.org/10.1186/s12884-018-1806-1 [hämtad 10/07/2019]

Carroll J. I. (2004). Birth and a vision: lamaze childbirth education in kenya, East Africa. *The Journal of perinatal education*, 13(3), 27–30. doi:10.1624/105812404X1743

Dahl, E. & Rönnholm, J. (2018). *Sluta fråga hur många barn jag skall ha!* Examensarbete Yrkeshögskolan Novia Vasa

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/etiskaprinciper.pdf> [hämtat 14/4/2019]

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur.

Izugbara, C. O., Kabiru, C. W., & Zulu, E. M. (2009). Urban Poor Kenyan Women and Hospital-Based Delivery. *Public Health Reports*, 124(4), 585–589. <https://doi.org/10.1177/003335490912400416> [Hämtad 10.07.2019]

Karanja, S., Gichuki, R., Igunza, P., Muhula, S., Ofware, P., Lesiamon, J., ... Ojaka, D. (2018). Factors influencing deliveries at health facilities in a rural Maasai Community in Magadi sub-County, Kenya. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 5. doi:10.1186/s12884-017-1632-x [hämtad 25/06/2019]

Kenya Demographic and Health Survey, (2014). <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr308/fr308.pdf> [hämtad 25/3/2019]

Kitui, J., Lewis, S., & Davey, G. (2013). Factors influencing place of delivery for women in Kenya: an analysis of the Kenya demographic and health survey, 2008/2009. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 40. doi:10.1186/1471-2393-13-40 [hämtad 10/07/2019]

Nyback M-H, (2007). *Generic and professional caring in a Chinese setting. An ethnographic study.* Åbo akademi.

Oduor, J & Rotich, J, (2016). *The status of mother tongues in Kenya and China: Lessons the two countries can learn from each other.* The university of Nairobi Journal of Lanuages and Linguistics, Vol 5. 14-32.

Valutaväxlare: <https://themoneyconverter.com/KES/EUR> [hämtad 27/10/2019]

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IG
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=33EE2E0520C59136C5BE1A80D565D261?sequence=1> [hämtad 07/04/2019]

Wikberg, A. (2014). *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande: Att föda barn i en annan kultur.* Åbo: Åbo Akademi.

Bilaga 1

Informational letter

You are invited to participate in a research study about women supporting each other during labour. This study is a part of our midwife thesis. The data will be collected by interviewing women who gave birth at Fatima mission hospital in March 2019.

Participation is voluntarily and can be withdrawn at any time, without any consequences. The interview will be audio-recorded, and the audio-file will be deleted as soon as the study has been presented. In any report of the results of this research your identity will remain unknown. All collected data, including audio-files, will be retained on an USB-port, specifically for this subject.

I _____ have had the study explained to me in writing and I have had the opportunity to ask questions about the study.

Signature of research participant

Date

Signatures of researchers

Date

Contacts: Jenni Rönholm – jenni.k.ronholm@edu.novia.fi

Ellen Dahl – ellen.dahl@edu.novia.fi

Bilaga 2

Consent form

With this form we are requesting the permission to do an ethnographic study about the birthing culture at Fatima mission hospital, during our internship in February-March 2019.

The data will be collected by the researcher's observations and interviews with patients at the hospital. Conversations with the staff and visitors at the hospital might also be used as data. In any report of the result of this research the participants identity will remain unknown. This study is a part of our midwife thesis (Novia, University of applied sciences, Finland).

As Dr in charge of hospital administration, I _____
give Jenni Rönnholm & Ellen Dahl permission to conduct the study described above.

Signature of Dr in charge

Date

Jenni Rönnholm

Ellen Dahl

Contacts: Jenni Rönnholm – jenni.k.ronnholm@edu.novia.fi

Ellen Dahl – ellen.dahl@edu.novia.fi