

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2017:43

Att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och  
kvinnan talar olika språk  
Barnmorskors erfarenheter

CAMILLA MAGNUSSON  
EMELIE PAGELS



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och kvinnan talar olika språk- Barnmorskors erfarenheter
Författare:	Camilla Magnusson & Emelie Pagels
Huvudområde:	Sexuell och reproduktiv hälsa
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Barnmorskeutbildning
Handledare:	Christina Nilsson
Examinator:	Evelyn Hermansson

## Sammanfattning

I barnmorskans arbete ingår att ge stöd åt kvinnor under förlossning samt att ge en jämlik vård. I takt med den ökade invandringen till Sverige ställs högre krav på att barnmorskan kan vårda kvinnor med olika kulturell bakgrund och språk. Kvinnor som inte talar svenska har svårare att förmedla sina känslor och behov. Syftet med studien var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och kvinnan talar olika språk. I studien användes en kvalitativ metod med induktiv ansats. Tre fokusgruppsintervjuer med fyra barnmorskor i varje genomfördes under våren 2017. Materialet analyserades genom en innehållsanalys. Analysen resulterade i tre huvudkategorier, *Svårt att skapa en nära relation*, *Att känna sig otillräcklig i mötet* och *Strategier för att överkomma språksvårigheter*. Resultatet visar att barnmorskorna upplevde att det var svårt att skapa en nära relation till kvinnan på grund av svårigheter att kommunicera. Barnmorskorna beskrev att de kände sig obekväma med att vara på förlossningsrummet när de inte kunde kommunicera med kvinnan. Barnmorskorna kände sig otillräckliga då de upplevde att kvinnor som inte talar svenska får sämre vård trots hjälpmedel som tolk och kulturdoula. Barnmorskorna använde sig av kroppsspråk som en strategi för att överbrygga svårigheter att kommunicera. Genom ökad kulturell kunskap hos barnmorskor samt möjlighet att ge kontinuerligt stöd vid förlossning kan barnmorskor enklare förstå behov och känslor hos de kvinnor som inte talar svenska.

Nyckelord: *Barnmorska, förlossning, kommunikation, stöd, migration, erfarenheter, kvinna*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Barnmorskans stödjande roll under förlossning</b>	<b>1</b>
A midwifery model of women-centered childbirth care	3
<b>Verbal och ickeverbal kommunikation inom vård</b>	<b>4</b>
<b>Kulturdoula</b>	<b>4</b>
<b>Migration och kultur</b>	<b>5</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<b>Urval</b>	<b>6</b>
<b>Datansamling</b>	<b>6</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>7</b>
<b>Etiska överväganden</b>	<b>8</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>8</b>
<b>Svårt att skapa en nära relation</b>	<b>9</b>
Att inte tala samma språk är en barriär	9
Anhöriga tar stor plats i förlossningsrummet	10
<b>Att känna sig otillräcklig i mötet</b>	<b>11</b>
Kvinnorna får sämre vård	11
Många kvinnor känner oro	12
<b>Strategier för att överkomma språksvårigheter</b>	<b>13</b>
Att anpassa sin kommunikation till den individuella kvinnan	13
Kulturdoulor är en tillgång	14
Telefontolk har begränsningar	15
<b>DISKUSSION</b>	<b>15</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>15</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>17</b>
Att inte kunna kommunicera verbalt med kvinnan är ett hinder som går att överbrygga med hjälp av kroppsspråk	17
Anhöriga kan vara en tillgång men även begränsa kvinnan	18
Kulturella skillnader leder till en ojämlig vård	18
Att inte veta skapar oro hos kvinnan	19
Att kunna anpassa sig efter varje unik kvinna	20
Kulturdoulor inger ett lugn och skapar trygghet hos kvinnan	21
<b>KONKLUSION</b>	<b>22</b>
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER</b>	<b>22</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>23</b>
<b>BILAGA I</b>	<b>27</b>

<b><i>BILAGA II</i></b>	<b>28</b>
<b><i>BILAGA III</i></b>	<b>29</b>
<b><i>BILAGA IV</i></b>	<b>30</b>

## **INLEDNING**

Invandringen i Sverige har ökat och bidragit till ett mer mångkulturellt samhälle vilket ställer nya krav på vården. I förlossningsvården möter barnmorskor många kvinnor från olika länder med olika förutsättningar. Under verksamhetsförlagd utbildning har vi upplevt att det blir ett hinder för kommunikationen när barnmorskan och kvinnan inte talar samma språk. Forskning visar att upplevelsen av stöd är den faktor som har störst betydelse för att kvinnor ska få en positiv förlossningsupplevelse. För att kunna stödja kvinnan under förlossningen behöver barnmorskan skapa en nära relation med kvinnan vilket är svårt när de inte talar samma språk. Eftersom ämnet är högaktuellt är det av intresse att beskriva vilka erfarenheter barnmorskor har av att vårda kvinnor under förlossning som talar ett annat språk.

## **BAKGRUND**

De flesta kvinnor som är i förlossningsarbete är i stort behov av verbalt och kroppsligt stöd (Hallgren & Lundgren 2010, s. 99-100). Ett hinder för att skapa en nära relation med kvinnor som inte talar samma språk är när barnmorskan inte kan kommunicera verbalt med kvinnan under förlossningen (Degni Suominen, Essén, Ansari & Vehviläinen-Julkunen 2011, Akhavan & Lundgren 2010). Enligt World Health Organization (WHO) (2005) innefattar en god reproduktiv hälsa att ha ett säkert sexualliv som är ansvarsfullt och tillfredsställande, möjlighet att bli gravid och få friska barn samt att bestämma över sitt barnafödande. En förutsättning är att graviditet och förlossning sker under säkra förhållanden (Dykes 2016 s. 34). FN utarbetade 1994 en handlingsplan som lyfte fram en helhetssyn på Sexuell och Reproduktiv Hälsa och Rättigheter (SRHR) där individens egna val står i centrum. SRHR står för att alla människor är lika värda och arbetar för att motverka att könstillhörighet ska påverka och begränsa individers liv, valfrihet och rättigheter. Fattiga kvinnor är en utsatt grupp när det gäller begränsningar inom SRHR (Dykes 2016, s 34). Enligt International Confederation of Midwives (ICM) (2008) är det centralt med vårdtagarens integritet och rätt till självbestämmande vilket också innefattas av den svenska hälso- och sjukvårdslagen (Dykes 2016 s. 34). Enligt kompetensbeskrivning för barnmorskor ska arbetet kännetecknas av ett holistiskt och etiskt förhållningssätt oavsett verksamhetsområde och vårdform. Arbetet ska även bygga på vetenskap, beprövad erfarenhet och ska utföras enligt gällande författningar och riktlinjer. Sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård ska ges till patienten och vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienterna ska bemötas med omtanke och respekt. I barnmorskans verksamhet ingår både förebyggande och sjukvårdande åtgärder, vilka avgränsas av gällande författningar (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskor ska i sitt arbete med kvinnor stödja kvinnors rätt att vara delaktiga i vården. Oberoende av kvinnans omständigheter är barnmorskan lyhörd för de fysiska, psykiska, andliga och emotionella behov som finns (ICM 2008).

### **Barnmorskans stödande roll under förlossning**

En förlossning är en central livshändelse för kvinnor och spelar en viktig roll i kvinnors och barns framtida välmående. Förlossningsupplevelsen har även betydelse för relationen mellan kvinnor och barn samt mellan kvinnor och deras partner. Därav är det av stor vikt att bedriva en vård som skapar bra förutsättningar för att kvinnor ska få en positiv förlossningsupplevelse (Lundgren 2010, s. 123-124). Enligt en Cochranerapport som sammanställt 26 studier påverkar flera faktorer förlossningsupplevelsen och den

viktigaste faktorn är stöd. Genom att kvinnor har ett kontinuerligt stöd under förlossningen förkortas förlossningsförloppet, användningen av smärtlindring minskar, mängden instrumentella förlossningar minskar och antalet spontana förlossningar ökar. Risker minskar även att kvinnor ska få en negativ förlossningsupplevelse (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert 2017).

Aune, Hvaal Amundsen och Skaget (2014) beskriver att kontinuerligt stöd bidrar till att barnmorskor får en bra uppsikt över förlossningens progress, barnets tillstånd och möjligheten till en normal förlossning ökar. När barnmorskan inte har tid att vara hos kvinnan ökar risken för interventioner. Genom att vara kontinuerligt närvarande hos paret ser barnmorskan vad kvinnan har för behov och önskemål. Det är av stor betydelse för barnmorskor att de får tid att skapa en relation med kvinnan för att få henne och partnern att känna sig trygga. Barnmorskor använder sina sinnen för att ta reda på vem kvinnan är och vilka behov just hon har vilket leder till att en trygg relation etableras. Aune et al. (2014) tydliggör att det är viktigt med information och kontinuerlig närvaro framförallt i början av mötet för att barnmorskor ska kunna bygga upp en bra relation med paret. Det är betydelsefullt att barnmorskor är mentalt närvarande inne hos paret. Verklig närvaro är viktigare än den exakta tiden som spenderas med paret. Kvalitet i omvårdnaden är viktigare än kvantitet och om barnmorskan har tankarna på en annan patient upplevs hon inte närvarande. Det är av vikt att barnmorskan utformar ett lugn i rummet även om avdelningen är stressig i övrigt. Att det är en lugn atmosfär inne hos paret bidrar till att de får en känsla av att barnmorskan har tid att ge bra omvårdnad vilket kan göra paret lugna (ibid.).

Lyckestam Thelin, Lundgren och Hermansson (2014) beskriver att barnmorskan är som en guide för kvinnan och hennes partner i transitionen till att bli föräldrar. Barnmorskan anpassar sig till parets unika situation och deras förutsättningar. Att skapa en atmosfär som utstrålar lugn och trygghet samt en ömsesidig relation är nödvändigt för att barnmorskan ska kunna vårda kvinnan och hennes partner. Barnmorskans roll förändras utifrån vilka behov kvinnan och hennes partner har. Ibland är barnmorskan en följeslagare till kvinnan som följer sin kropp, ibland behöver kvinnan mer stöd och barnmorskan och kvinnan vandrar tillsammans i förlossningsförloppet. När kvinnan har svårt att hantera situationen behöver barnmorskan leda henne och berätta för henne vad hon ska göra för att kunna hantera situationen. Barnmorskan tar dock aldrig över helt utan det finns fortfarande ett delat ansvar. Barnmorskan är närvarande både fysiskt och psykiskt och lyssnar in kvinnans verbala kommunikation samt den icke verbala kommunikationen. Barnmorskan visar respekt för paret och deras ofödda barn samt bekräftar deras känslor och behov. Barnmorskor har en stark tro på att en förlossning är en naturlig livshändelse och är därför måna om att bevara det normala även i riskfyllda situationer. Barnmorskor baserar sitt vårdande utefter varje unik familj genom att visa intresse och nyfikenhet. De anpassar sig och sina tankar, känslor och agerande utefter familjen (ibid.).

Hermansson och Mårtensson (2010) beskriver att empowerment är en viktig faktor i barnmorskans omvårdnad. En viktig byggsten i empowerment är att barnmorskan utvecklar ett förtroende hos de blivande föräldrarna. För att kunna skapa ett förtroende krävs att barnmorskan exempelvis ägnar tillräckligt med tid åt den födande kvinnan och hennes partner, skapar en vårdande och omtänksam miljö, är engagerad och bryr sig om paret, visar ömsesidig respekt och bevarar parets integritet samt är närvarande.

Empowerment handlar även om att göra paret mer medvetna om sin situation att bli förälder genom att exempelvis minska deras osäkerhet och istället göra dem förberedda. Att få paret delaktiga i sin vård och uppmuntra dem till att göra informerade val är också en viktig del i empowerment som kan uppnås genom att barnmorskan exempelvis lyssnar på paret och lär känna deras livssituation, lyssnar in kvinnans behov och önskningsar, att underlätta parets känsla av kontroll samt bidra till ett öppet klimat där paret har chans att ställa vilka frågor de än önskar. Den fjärde byggstenen i empowerment handlar om att barnmorskan bekräftar paret i att bli förälder genom stöd och uppmuntran, engagera paret i transitionen till att bli förälder, tro på parets förmåga att bli föräldrar samt att bekräfta mor och barn som en enhet (ibid.).

### **A midwifery model of women-centered childbirth care**

Ett sätt för barnmorskan att ge stöd åt kvinnan under förlossningen kan vara att använda sig av den teoretiska modellen A midwifery model of women-centered childbirth care (MiMo) utvecklad av Berg, Ólafsdóttir och Lundgren (2012). MiMo är en modell för barnmorskans vård utifrån ett nordiskt perspektiv. Fem teman återfinns i modellen vilka är en ömsesidig relation, en förlossningsfrämjande miljö, grundad kunskap, kulturellt sammanhang och en balanserad akt. För att skapa en ömsesidig relation mellan barnmorskan och kvinnan behöver barnmorskan lära känna kvinnan och förstå vem hon är och vad hon och hennes familj behöver. Fyra underkategorier används för att beskriva en ömsesidig relation och de är närvaro, bekräftelse, tillgänglighet och delaktighet. Genom att barnmorskan är närvarande både fysiskt och psykiskt kan hon få en tillitsfull relation till kvinnan där barnmorskan stödjer och guidar kvinnan på kvinnans villkor. Genom att bekräfta kvinnan får barnmorskan henne att känna sig sedd vilket leder till att kvinnan känner att hon är kapabel att föda. Kvinnan är delaktig, bestämmande och ansvarsfull. Barnmorskan är där med och för kvinnan och känner sig allierad med kvinnan. Att barnmorskan är tillgänglig innebär att hon finns där för kvinnan och är öppensinnad, följsam och stödjer varje kvinna utifrån hennes individuella behov. Att kvinnan är delaktig under sin förlossning är viktigt både under normala och komplicerade förlossningar. Barnmorskan behöver lyssna in kvinnan och informera henne om hur förlossningsarbetet går framåt samt stödja kvinnan till att ta ansvar och fatta egna beslut rörande sin förlossning. En förlossningsfrämjande miljö innebär att platsen för födande utstrålar en känsla av lugn, trygghet och säkerhet. Platsen ska även vara stärkande och främja det normala i födandet. För att kunna erbjuda en förlossningsvård där kvinnan står i centrum är det av stor vikt att barnmorskans kunskap är grundad i henne själv. Med kunskapen grundad i barnmorskan kan hon använda sin kunskap olika beroende på vad kvinnan behöver. All förlossningsvård ges i ett kulturellt sammanhang där normen är att barnmorskan är med kvinnan under förlossningen och kontinuerligt ger henne det stöd hon behöver. Ett hinder för barnmorskan är att hon ofta är tvungen att vårda mer än en kvinna i taget. Barnmorskan behöver då välja om hon ska gå från rum till rum eller om hon ska fokusera på den kvinnan med mest behov av stöd och vara frånvarande för de andra. Det sista temat i modellen är en balanserad akt och innebär de handlingar som barnmorskan behöver utföra för att kvinnan ska vara i centrum för vårdandet. Barnmorskor är pressade av stressiga förlossningsavdelningar med många arbetsuppgifter samtidigt, tidspress samt regler och riktlinjer. Det blir därför ett balanserande för barnmorskan att kunna ge en vård med kvinnan i centrum och att respektera hennes individuella behov. Det är betydelsefullt att barnmorskan ser och lyfter

fram det normala även i det onormala. För att kunna ge bra stöd är det även viktigt med en fungerande kommunikation där kvinnan har möjlighet att uttrycka sina behov (ibid.).

### **Verbal och ickeverbal kommunikation inom vård**

Kommunikation som begrepp innebär samverkan mellan människor (Georgsson 2016, s. 289). Gaudion och Homeyard (2010, s. 151) tydliggör att kommunikation innefattar mer än verbal kommunikation eller skrivna ord. Icke verbal kommunikation som ett leende eller en arg blick kan förstärka eller skada en relation (ibid.). Bäärnhelm (2013, s. 314) menar att det verbala språket är en nyckel till kommunikation. Det verbala språket ger människor möjlighet att uttrycka sig samt förmedla känslor och upplevelser. Att inte tala samma verbala språk innebär hinder för kommunikation. Med hjälp av det verbala språket finns möjlighet att både närma sig och distansera från minnen och erfarenheter (ibid.). Hallgren och Lundgren (2010, ss. 99-100) menar dock att kommunikation mellan människor till stor del sker med kroppsspråk och inte ord. Kroppsspråk är centralt och ett viktigt instrument för att få kvinnan att våga lita på sin kropp i förlossningsförloppet. Barnmorskans röst och ansiktsuttryck kan lugna eller oroa kvinnan beroende på vad de utstrålar. För vissa barnmorskor är det naturligt att använda kroppsspråk som verktyg i kommunikationen, för vissa kan det dock kännas ovant och främmande (ibid.). Kvinnan får en kontakt och känsla av tillit om barnmorskan är fysiskt nära under förlossningen. Det är betydelsefullt att barnmorskan vid kommunikation har ögonkontakt med kvinnan (Hallgren & Lundgren 2010, ss. 99-100). Barnmorskor är lyhörda och har en stor vana av möten med människor (Georgsson 2016, s. 289). Enligt Akhavan (2012) behöver barnmorskor ha ett öppet och välkomnande förhållningssätt där de tar sig tid att lyssna in kvinnans behov. Vid användning av tolk som hjälpmedel i vården är det viktigt att tolken kan de medicinska termerna och begreppen som används. Om tolken och kvinnan talar olika dialekt kan det vara svårt för dem att förstå varandra. Akhavan (2012) menar att barnmorskor behöver anpassa sin kommunikation efter vilken kulturell bakgrund kvinnan har och om hon kan svenska. Akhavan (2012) förtydligar att kulturella skillnader kan leda till ojämlik vård. Enligt Gaudion och Homeyard (2010, s. 151) är kommunikation viktig i alla relationer och när det inte finns möjlighet till exempelvis tolk finns ingen möjlighet för kvinnan att framföra sina behov eller känslor vilket gör att relationen till vårdpersonalen blir lidande.

### **Kulturdoula**

En doulas uppgift är att vara kontinuerligt närvarande hos kvinnan och ge stöd under förlossningen. Doulan ger emotionellt stöd, fysiskt stöd, informerar kvinnan samt stärker kvinnans empowerment under förlossningen. Doulan ger emotionellt stöd genom att lyssna på kvinnan, bekräfta henne, acceptera henne samt att uppmuntra henne. Fysiskt stöd kan innefatta massage, mjuk beröring samt hjälp att hitta en bra förlossningsställning. Doulan ökar kvinnans empowerment genom att tala för kvinnan när hon inte är kapabel att göra det själv. När barnmorskan inte har möjlighet att ge kontinuerligt stöd till kvinnan då hon har fler kvinnor att vara hos kan doulan vara ett betydelsefullt stöd för kvinnan genom att vara närvarande. Doulan behöver ofta förklara barnmorskans information så att kvinnan förstår de medicinska termerna som används (McLeish & Redshaw 2018; Steel, Frawley, Adams & Diezel 2015). Kvinnor som inte talar svenska har en högre risk att drabbas av komplikationer i samband med förlossning. Kontinuerligt stöd från en doula har visat sig vara fördelaktigt för alla kvinnor och speciellt för sårbara kvinnor. När barnmorskan och kvinnan inte talar samma språk kan en kulturdoula vara en tillgång i



relationen mellan barnmorskan och kvinnan. En kulturdoula arbetar både med att ge stöd samt att tolka både kulturella skillnader och det verbala språket. För att kunna förstå en kvinna som kommer från en annan kultur och har ett annat språk än barnmorskan är en kulturdoula betydelsefull då hon förklarar de kulturella skillnaderna för barnmorskan och kvinnan. Kulturdoulans förstår kvinnans uppfattning och föreställningar genom sin kulturella kompetens. Kulturdoulans kulturella kompetens är avgörande för att kunna förstå kvinnans behov och ge kvinnan stöd (Akhavan & Lundgren 2012).

## **Migration och kultur**

Enligt Akhavan (2012) har kommunikation en central, betydande roll i vården och bristande kommunikation kan bidra till att kvinnor med annan kulturell bakgrund inte får samma vård som kvinnor som talar svenska. Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) (2017) har invandringen i Sverige ökat under de senaste åren och 2016 var siffran för invandring 163 005 personer. Många av de invandrade söker skydd på grund av kriget i Syrien eller andra krigshärjade länder (SCB 2017). Enligt Ny (2016, s. 49) har vården i Sverige under de senaste decennierna med ökad invandring influerats av kvinnors och mäns situation runt om i världen. Vårdpersonal i Sverige behöver arbeta efter en helhetssyn som är oberoende av individens härkomst. Ny (2016, s. 49) menar att kvinnor som härstammar från låginkomstländer har stora risker för en försämrad hälsa och därför behöver vårdkedjan innehållande mödravård, förlossningsvård/ BB vård och eftervård ha kunskap om ökade risker. Ny, Dykes, Molin och Dejin-Karlsson (2007) beskriver att kvinnans hemland har en betydande roll i hur kvinnan söker vård under graviditeten. De erfarenheter kvinnan har från sitt hemland tar hon med sig och jämför med vården i Sverige. Enligt Ny (2016, s. 49) kommer många kvinnor från kulturer där de anhöriga har en stor roll i kvinnans agerande under graviditeten (ibid.).

Kulturella skillnader hos människor kan bidra till en ojämlig vård. Skillnader i kulturell tro, beteende och förväntningar är faktorer som kan bidra till missförstånd och kommunikationssvårigheter. Den mansdominerade kulturen eller den religiösa tron kan bidra till att det uppstår kulturkrockar mellan vårdpersonal och de immigrerade. Den religiösa tron kan påverka män och kvinnor när de ska fatta olika beslut. Barnmorskan kan informera paret men kan inte påverka dem i att fatta ett beslut. Det är viktigt att få den immigrerade kvinnan att känna en möjlighet att välja, att hon har kontroll och att det är hennes beslut. Många kvinnor från olika kulturer föder barn på olika sätt och som barnmorska är det viktigt att kunna anpassa sig efter varje kvinna där syftet är en frisk mamma och ett friskt barn (Akhavan 2012). Immigrerade kvinnor har olika kunskap om hälso- och sjukvården beroende på utbildningsnivå och hur länge de bott i landet. Om kvinnorna precis anlänt till det nya landet kan vissa kvinnor isolera sig från det nya samhället och undvika att söka vård när de egentligen skulle behöva. Kvinnor med annan kulturell bakgrund får inte samma behandling och vård som andra kvinnor födda och uppväxta i Sverige. En stor faktor till att de blir behandlade olika är att dessa kvinnor ofta är omedvetna om deras rättigheter inom hälso- och sjukvården. För att kunna ge lika vård till dessa patienter bör barnmorskor ha mer utbildning inom transkulturell vård. Det behövs även mer fortbildning inom kulturell mångfald vilken ständigt ökar. Barnmorskor behöver få mer kulturell kunskap för att kunna kommunicera med patienterna på ett bra sätt (Akhavan 2012). Den kraftigt ökade invandringen leder till att fler kvinnor som inte kan svenska söker förlossningsvård i Sverige. Detta ställer krav på barnmorskor att kunna ge dessa kvinnor vård på lika villkor som andra kvinnor.

## **PROBLEMFORMULERING**

I barnmorskans profession ingår att ge kvinnor vård på lika villkor och kvinnor ska ges möjlighet att vara delaktiga i sin vård. Studier har visat att kvinnor som inte talar svenska inte har samma möjligheter att påverka sin vård. Invandringen i Sverige har ökat i stor utsträckning de senaste åren vilket bidragit till att antalet födande kvinnor som inte kan svenska har ökat. Det behövs mer forskning för att kunna ge dessa kvinnor bättre vård och för att barnmorskan ska kunna ge en jämlik vård. Dock finns det begränsat antal studier som undersökt barnmorskans vård. Den tidigare forskningen har främst varit fokuserad på kvinnors perspektiv och därför är det av intresse att även undersöka vad barnmorskor har för erfarenheter av att vårda kvinnor där språket utgör ett hinder för kommunikationen.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och kvinnan talar olika språk.

## **METOD**

I studien har en kvalitativ metod med induktiv ansats använts. Enligt Henricsson och Billhult (2012, s. 130) är kvalitativ forskning ämnad att undersöka personers erfarenheter av företeelser i världen och har sitt ursprung i den holistiska traditionen. Ingen absolut sanning eller fel finns i en erfarenhet (ibid.). En induktiv ansats användes då den metoden passar bra när en text ska analyseras förutsättningslöst och där människor berättar om sina upplevelser (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 221).

## **Urval**

Inklusionskriterierna som användes för deltagande i studien var att informanterna skulle vara legitimerade barnmorskor verksamma på en förlossningsavdelning samt att de skulle vara intresserade av att diskutera ämnet för studien. Förfrågan om att utföra studien skickades ut till en verksamhetschef för en medelstor förlossningsavdelning i södra Sverige samt till en sektionschef verksam på en stor förlossningsavdelning i västra Sverige (se bilaga II). Verksamhetschefen samt sektionschefen rekryterade därefter deltagare till studien och delade ut ett informationsblad (se bilaga III) om studien till de intresserade. Verksamhetscheferna för båda förlossningsavdelningarna skrev under samtycke till att studien fick genomföras. Samtliga intresserade deltagare inkluderades i studien efter deras skriftliga samtycke (se bilaga IV). Totalt deltog tolv barnmorskor fördelade på tre fokusgruppsintervjuer med fyra barnmorskor i varje grupp. Deltagarnas ålder var mellan 27 och 55 år och de hade arbetat på förlossningsavdelning mellan sex månader och 24 år. Enligt Wibeck (2010, ss. 29-30) är det bra om deltagarna har liknande utbildning och kunskap för att underlätta samspelet i gruppen (ibid.). För att få variation i upplevelsen av fenomenet är det bra med ett urval där deltagarna har exempelvis olika åldrar eller kön. Det kan även vara relevant att definiera urvalet efter exempelvis utbildningsnivå, sociala förhållanden, antal barn med mera, beroende på vad studiens syfte är (Henricson och Billhult 2012 s. 134).

## **Datainsamling**

I studien användes fokusgruppsintervjuer som metod för att samla in data. I en fokusgrupp samlas en liten grupp individer som diskuterar ett förutbestämt ämne. Enligt Wibeck

(2010, s. 11, 21) kan fokusgrupper användas både till att analysera individers tankar, uppfattningar och åsikter men också för att studera interaktioner mellan individerna. Enligt Wibeck (2010, s. 62) är det lättare att uttrycka sin åsikt i en mindre grupp och det är även lättare att ge och få feedback. Ett hinder i en stor grupp kan vara att avståndet blir stort emellan deltagarna vilket kan försvåra diskussionen. Den optimala fokusgruppen har mellan fyra till sex deltagare men det finns skilda meningar om vad som är det bästa antalet (ibid.).

De tre fokusgruppsintervjuerna utfördes under våren 2017. Varje grupp träffades vid ett tillfälle och diskussionen pågick mellan 30 minuter och 60 minuter. Deltagarna var kollegor till varandra. Diskussionen tog plats i ett avskilt konferensrum som var lugnt och tyst. För att bidra till en trevlig stämning bjöd författarna på fika. En av författarna tog vid diskussionen rollen som moderator och den andra observerade gruppen. Dessa roller skiftades vid nästa diskussion. Diskussionerna spelades in och en intervjuguide (se bilaga I) användes för att säkerställa att diskussionerna svarade till syftet med studien. Fokusgruppsintervjuerna inleddes med en presentation av författarna samt ämnet som skulle diskuteras. Sex öppna frågor relaterade till studiens syfte ställdes och deltagarna fick diskutera fritt och vid behov ställdes följdfrågor.

## **Dataanalys**

När fokusgrupper används i forskning är det enligt Wibeck (2010, ss. 99-100) ofta innehållet i vad som sägs som forskaren vill åt. Ett bra sätt att analysera datan är då att göra en innehållsanalys där man vid analysen går tillbaka till syftet med studien. Analysen av materialet från en fokusgrupp startar redan när den första fokusgruppsintervjun genomförts och pågår parallellt med datainsamlingen (Wibeck 2010, ss. 99-100). Moderatoren kan anpassa sina frågeställningar i kommande grupper utifrån vad som belyst i de tidigare grupperna. Det kan vara ett problem att forskarna blir färgade av vad som sagts i tidigare grupper vilket behöver beaktas (Wibeck 2010, ss. 99-100). Datamaterialet har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats utifrån Elo och Kyngäs (2008) metod.

Elo och Kyngäs (2008) beskriver att analysen kan delas in i tre delar. Förberedelsefasen, organiseringsfasen och redogörelsefasen. Syftet med analysmetoden är att bryta ned stora textmassor och bilda kategorier. Genom att bilda kategorier kan förståelsen ökas för det valda fenomenet och ny kunskap kan skapas. En betydande del av en innehållsanalys är att genom hela analysen sträva efter att svara till studiens syfte (ibid.). Analysprocessen startade genom att datamaterialet transkriberades ord för ord. Transkriptionerna lästes igenom ett flertal gånger av bägge författarna för att se helheten av materialet. I förberedelsefasen valdes meningsbärande enheter ut av de stycken och meningar som svarade till studiens syfte. De ströks under och klipptes sedan ut. Därefter började organiseringsfasen och en öppen kodning utfördes. En öppen kodning innebär enligt Elo och Kyngäs (2008) att anteckningar och rubriker nedtecknas samtidigt som materialet läses igenom. På baksidan av de utklippta sidorna med meningsbärande enheterna antecknades rubriker. Materialet lästes igenom igen och grupperades sedan under rubrikerna. Subkategorier skapades utifrån rubrikerna och analyserades gemensamt av bägge författarna. Subkategorierna grupperades sedan utifrån likheter och skillnader. Genom abstraktion uppkom tre huvudkategorier som namngavs med ord som speglade innehållet. Sista steget i metoden är redogörelsefasen där resultatet redovisas.

Författarnas förförståelse bestod i att de studerar på barnmorskeutbildningen och har deltagit i verksamhetsförlagd utbildning på en förlossningsavdelning samt att båda arbetat som sjuksköterskor ett par månader på en BB-avdelning. Genom att bägge författarna varit med om situationer där språket var ett hinder för kommunikationen har en uppfattning bildats och riskerar att påverka studiens resultat. Författarna har medvetet arbetat med att inte låta förförståelsen påverka studiens resultat.

### **Etiska överväganden**

Enligt Högskolan i Borås riktlinjer för examensarbete på magisternivå i huvudområdet sexuell och reproduktiv hälsa (2017) krävs ingen etikprövning gällande empiriska studier. Det krävs däremot att forskarna följer etikprövningslagen gällande information och samtycke eftersom det är viktigt att deltagarnas personuppgifter skyddas (Etikprövningsnämnden 2013). Enligt Helsingforsdeklaration (2015) skall skriftligt samtycke inhämtas från deltagarna i studien vilket gjordes. Deltagarna fick information om att deras personuppgifter skyddas och att det endast är författarna som kommer ha tillgång till datamaterialet. De fick även information om att de när som helst och utan att uppge anledning kunde avbryta sin medverkan i studien. Forskningsfrågan ansågs inte vara av sådan art att den kunde innebära obehag eller skada för deltagarna. Ingen av deltagarna uppgav sådana besvär. Risker att någon deltagare skulle ta skada av studien diskuterades mellan författarna och bedömdes som låg risk. Verksamhetscheferna för båda förlossningsavdelningarna fick underteckna ett godkännande att studien fick utföras på avdelningen.

## **RESULTAT**

I resultatet framkom tre huvudkategorier med tillhörande subkategorier. Barnmorskornas erfarenheter av att vårda kvinnor vid förlossning när språket utgör ett hinder för kommunikationen beskrivs i huvudkategorierna, *Svårt att skapa en nära relation*, *Att känna sig otillräcklig i mötet* och *Strategier för att överkomma språksvårigheter*.

Tabell 1. Översikt över kategorier och subkategorier.

<b>Kategori</b>	<b>Subkategori</b>
Svårt att skapa en nära relation	Att inte tala samma språk är en barriär Anhöriga tar stor plats i förlossningsrummet
Att känna sig otillräcklig i mötet	Kvinnorna får sämre vård Många kvinnor känner oro
Strategier för att överkomma språksvårigheter	Att anpassa sin kommunikation till den individuella kvinnan Kulturdoulor är en tillgång Telefontolk har begränsningar

## Svårt att skapa en nära relation

### Att inte tala samma språk är en barriär

Barnmorskorna beskrev att det svåraste med att vårda en kvinna som de inte kan kommunicera verbalt med är att det är svårt att nå fram till kvinnan, bristen på gemensamt språk blir en barriär. Trots hjälpmedel som tolk och kulturdoula tydliggjorde barnmorskorna att det är svårt att bygga upp en god relation med kvinnan. Till exempel beskrev barnmorskorna att det kan vara svårt att bedöma behovet av smärtlindring till kvinnor som inte talar språket och de upplevde ibland att kvinnor därför har onödigt ont. Det är även en utmaning för barnmorskorna att inge trygghet och lugn hos kvinnan. För kvinnor som önskar en naturlig förlossning, utan bedövning och utan interventioner kan det vara svårt för barnmorskan att nå fram till kvinnan för att förklara varför exempelvis ett kejsarsnitt behöver göras.

*”Först när hon kom på operationsbordet och förstod att men gud vad är det här som ska hända? Då gick hon därifrån [från operationsbordet] ... Så det är ju verkligen svårt med språket...” (B)*

Barnmorskorna beskrev också problem med att förmedla till kvinnan att de vill hjälpa henne, att de menar väl, att allt är normalt och att förlossningen går bra. Kvinnorna kunde ibland ha en undrande blick vilket barnmorskorna tolkade som en fråga om när barnet kommer. Barnmorskorna beskrev att det är svårt att förklara varför de gör vissa åtgärder. Under utdrivningsskedet kan det uppstå kommunikationssvårigheter då barnmorskan inte kan förklara att förloppet behöver gå långsamt för att undvika stora bristningar.

*“Det är även under utdrivningsskedet... där har vi ju ibland problem med kommunikationen... när dem trycker på för någonstans vet dom att man ska trycka på men det vill ju inte vi alltid... vi vill att dom ska andas” (C)*

Barnmorskorna beskrev att det många gånger fungerar bra under förlossningen utan att ha en verbal kommunikation när allting fortlöper normalt. Paret kan ibland ha frågor om barnmorskans arbetssätt då det skiljer sig från rutinerna i deras hemland. Det är framförallt akuta situationer som är svåra för barnmorskorna att hantera och det kan vara svårt att få en djupare kommunikation i akuta lägen. Barnmorskorna berättade att de ibland behöver göra saker som i stunden kan kännas som övergrepp eftersom de inte kan kommunicera, men att det blir bäst för kvinnan långsiktigt. Det kan exempelvis handla om suturering av kvinnans underliv efter förlossningen. Barnmorskorna arbetar för att det ska bli så bra som möjligt för patienterna.

*”Jag försökte ändå förklara att det är något bra... att hon skulle bli fin... att jag inte skulle skada henne... jag ska inte sy ihop henne...” (C)*

Kvinnor som är omskurna kan vara svåra att undersöka vaginalt, barnmorskorna får då avstå undersökning och istället lita på sina kunskaper om när kvinnan ska föda. Det kan även uppstå situationer där kvinnan vill bestämma om och hur barnmorskan ska lägga ett klipp vilket upplevs som svårt att tillgodose av barnmorskorna då önskemålen kunde gå emot gällande riktlinjer.

### **Anhöriga tar stor plats i förlossningsrummet**

Barnmorskorna beskrev att kvinnorna många gånger har två anhöriga med sig under förlossningen som stöttar dem. Det bidrar till att barnmorskornas arbete underlättas. Dock beskrev barnmorskorna att det ibland kan vara svårt om anhöriga, exempelvis kvinnans man, tolkar under förlossningen. Ibland upplevde de att partnern filtrerar det barnmorskan sade eftersom han vill skydda kvinnan, det kunde exempelvis handla om att kvinnan fått en stor bristning eller att barnet mår dåligt. Barnmorskorna beskrev att det är en svår situation då de anser att kvinnan har rätt att få all information och veta vad som händer. Att använda sig av en telefontolk trots att kvinnans man talade svenska kunde kännas kränkande mot mannen som kanske ville hjälpa men upplevde att han inte fick.

*“Det är väldigt svårt att ta in en tolk på något sätt när man har ett par som ska föda barn där kanske mannen tolkar eller så, men man vet inte ändå, det känns som ett övertramp tycker jag” (B)*

Barnmorskorna berättade att de ibland behövde lyssna på kvinnan och höra henne själv beskriva sina egentliga behov och därför bad anhöriga att gå ut ur rummet en stund. Barnmorskorna menade att när det finns kommunikationssvårigheter är det viktigt att vara mycket inne på rummet för att kunna observera kvinnan och inte bara lyssna på vad de anhöriga säger. Ibland vågar inte kvinnan berätta om sina behov när anhöriga är på rummet. Barnmorskorna berättade om erfarenheter av kvinnor som inte ville ha med de anhöriga under förlossningen men inte vågade säga det.

*”Ibland kanske man får skicka ut de anhöriga en stund för att liksom prata med patienten och höra vad hon vill egentligen. Som hon inte vågar säga när de anhöriga är på rummet för det är ju ganska mycket som de ibland inte vågar säga” (B)*

Ibland har kvinnor med sig egna hjälpkvinnor vid förlossningen. Barnmorskorna beskrev att det kan uppstå svåra situationer där barnmorskan och anhöriga kan ha svårt att komma överens. De menade att anhöriga ibland styr förlossningen till exempel genom att bestämma vilken smärtlindring kvinnan ska använda. När kvinnan inte är delaktig under förlossningen upplever barnmorskorna att kvinnan får sämre vård. Att anhöriga styr förlossningen kunde bero på att det ibland finns en oro vilken barnmorskorna beskrev kunde bero på bristande kunskap om exempelvis olika smärtlindringsmetoder. Om anhöriga inte känner sig trygga med de tillgängliga smärtlindringsmetoderna kan det bidra till att kvinnan inte får någon smärtlindring. När kvinnans anhöriga är rädda och inte kan vara ett gott stöd åt kvinnan är det viktigt att barnmorskan kan ge bra stöd. Barnmorskorna beskrev att de försökte få kvinnan lugn genom till exempel beröring. I vissa länder är män inte med vid förlossningar vilket kunde leda till en rädsla över att vara i förlossningsrummet. Barnmorskorna ansåg att det är viktigt att inte tala över huvudet på kvinnan utan att alltid vända sig till kvinnan. Dock är det ibland svårt när endast partnern svarar. Konflikter mellan partnern och barnmorskan kan uppstå när hon inte kan fokusera på den födande kvinnan.

*”Oavsett vad man pratar för språk så är det ju ändå så att man måste tänka på att det är kvinnan som man pratar med, att man pratar med kvinnan så att man inte pratar över huvudet” (B)*

## Att känna sig otillräcklig i mötet

### Kvinnorna får sämre vård

Barnmorskorna beskrev att kvinnor som inte talar svenska får sämre vård. De har inte samma möjligheter till delaktighet under förlossningen och barnmorskorna menade att de inte kunde ge den vård de önskade. Att kvinnorna var mindre delaktiga under förlossningen beskrev barnmorskorna som förkastligt. Barnmorskorna tydliggjorde att de ofta var mer lyhörda än läkare och därför fick agera förmedlare mellan kvinnan och läkaren. Ibland är barnmorskor och läkare inte överens vilket kan leda till att barnmorskan avsäger sig ansvaret för förlossningen.

*”Det har ju hänt att barnmorskorna har lämnat in och sagt att då kan inte jag vara med vid den här förlossningen utan då avsäger jag mig ansvaret... det finns ju när man är så oense om det hela då...” (B)*

Vid kommunikationssvårigheter beskrev barnmorskorna att förlossningen kan pågå längre utan att avslutas genom exempelvis sugklocka eller kejsarsnitt. Kvinnor som talar svenska är mer medvetna om vad de kan ställa för krav vilket leder till att de har en större möjlighet att påverka sin förlossning. Barnmorskorna beskrev att kvinnor som inte talar svenska accepterar mer och ställer mindre krav. Barnafödande är i många länder inte lika säkert som i Sverige och för många kvinnor är det inte en självklarhet att överleva en förlossning.

*“Svenska kvinnor vet att de kan ställa krav och det kan inte den här utländska kvinnan med språkförbistring, hon kan inte ställa de kraven på samma sätt om hon inte har anhöriga som är väldigt på då på något sätt... vi behandlar dom olika det är bara så.” (B)*

Barnmorskorna uttryckte att de är mindre tid inne hos de kvinnor som inte talar svenska på grund av att de känner sig obekväma med att vara tysta och inte kunna kommunicera med kvinnan. Det var mycket frustrerande för barnmorskorna att inte kunna ge lika god vård till de kvinnorna och barnmorskan funderar många gånger över hur kvinnans förlossningsupplevelse blev. Barnmorskorna uttryckte att de ofta känner sig otillräckliga efter mötet med kvinnorna som inte talar samma språk. Känslan av otillräcklighet var vanlig bland barnmorskorna även i vården av kvinnor där kommunikationen fungerar väl. Känslan av otillräcklighet blev extra påtaglig i mötet med kvinnor som inte förstår svenska då barnmorskan upplevde att kvinnorna inte kände sig trygga.

*”Och sen kan man komma, när man kommer hem ibland reflektera... då tänker man såhär... ja men vad tänkte den här kvinnan egentligen... hur blev det för henne? Hur upplevde hon detta egentligen... blev det bra?” (C)*

En del kvinnor vill inte bli behandlade av manliga läkare vilket skapar frustration hos barnmorskorna som inte känner att kvinnan får den hjälp hon behöver. Det kan exempelvis vara situationer där kvinnan inte får någon ryggbedövning om det är en manlig läkare.

Barnmorskorna beskrev att de försöker hjälpa kvinnorna på olika sätt genom att vara flexibla och försöka underlätta för kvinnan.

*“Jag kan känna att överlag så tror jag de här kvinnorna som inte pratar vårt språk de får sämre vård “ (B)*

### **Många kvinnor känner oro**

Barnmorskorna beskrev att kvinnorna som inte talar svenska många gånger är mycket rädda. Kvinnorna är ibland rädda under hela förlossningen på grund av att de inte kan kommunicera med vårdpersonalen. Det är svårt för barnmorskorna att nå fram till de kvinnorna och de har svårt att förstå vad kvinnorna tänker och hur de känner. Kvinnor som inte talar svenska har ofta ingen möjlighet att delta i förlossningsförberedande kurser då kurserna många gånger är på svenska. Kvinnorna kan därför ha en begränsad kunskap om förlossningsprocessen, vilket kan skapa en oro hos kvinnan. Det finns kvinnor som på grund av sådan oro ber om kejsarsnitt vilket är svårt att bemöta för barnmorskorna. De försöker normalisera förlossningen för att minska kvinnornas oro och rädsla.

*“De är ju rädda... och vi tycker att här i Sverige behöver man inte vara rädd... men man ser ju det att de är rädda från början till slut ibland... för att man inte kan kommunicera så bra... man når dem inte” (C)*

Barnmorskorna beskrev att det var svårt att bemöta kvinnans rädsla i en akut situation. De upplevde att bristen på kommunikation ökade kvinnans rädsla och oro. Vid akuta situationer kan en vaginal undersökning vara nödvändig, barnmorskorna beskrev att det var jobbigt att undersöka utan att kunna förklara för kvinnan. Barnmorskorna menade att en sådan undersökning nästan kändes som ett övergrepp och är särskilt påfrestande om kvinnan är ung, rädd och spänd. Barnmorskorna menade att de i vissa fall inte vet om kvinnan exempelvis varit med om övergrepp tidigare då journalen kan sakna information på grund av språkförbistringar. Många kvinnor som invandrar till Sverige kommer från krigshärjade länder och har ofta varit med om mycket. Olika faktorer kan bidra till kvinnornas rädsla och oro. Många länder har en mycket högre mödra- och barnadödlighet än Sverige och i vissa länder ses graviditet som en sjukdom och är farligt på ett annat sätt än i Sverige.

*“Jag kan tycka det är svårt om det händer något... ja om man säger att fosterljuden går ner eller att det är något som gör att man måste göra en ny undersökning snabbt kanske man inte riktigt kan förklara varför gör jag det här... man känner sig nästan som om man gör ett övergrepp ibland...” (A)*

Barnmorskorna beskrev att det många gånger är svårt att kommunicera vid telefonrådgivning. Det är svårt att förklara för kvinnor som inte talar svenska när det är dags att komma till förlossningen. Ibland kommer kvinnor till förlossningen utan att ha ringt innan och vissa kommer med ambulans då de inte har kunnat förmedla sig på telefon. Barnmorskorna beskrev att belastningen på förlossningsavdelningen ökar när kvinnorna kommer till förlossningen tidigt i förlossningsprocessen. De kvinnor som kommer in tidigt får sämre vård då barnmorskorna är upptagna med andra patienter. När kvinnan inte talar svenska är det svårt att förklara varför det är bättre att åka hem igen om de inte är i



aktiv förlossning. Det kan även vara svårt att förklara att det skonsammaste för kroppen är att invänta spontan förlossningsstart hemma när vattnet avgått.

*“Det är en väldig belastning här iallafall...när vi har så stort antal flyktingar eller så...det blir ju en jättemottagning här. Där man kanske hade kunnat be dom ta en alvedon och vara hemma nån timme till... om man hade kunnat kommunicera...” (A)*

Barnmorskorna beskrev det som lärorikt att vårda kvinnor som inte talar svenska. Det leder till reflektion över deras handlingar och arbetssätt. Mycket av barnmorskornas arbete styrs av rutiner och riktlinjer. Dock kan det vara betydelsefullt att fundera över om åtgärderna de utför är nödvändiga, barnmorskorna såg det som en utmaning i yrket. Barnmorskorna berättade att familjer där kvinnan inte talade svenska ofta visar stor tacksamhet och uppskattning efter förlossningen. Det kändes som en belöning för barnmorskan när kvinnan uttryckte en positiv förlossningsupplevelse. Trots att barnmorskorna upplevde att de inte kunde ge den vård de önskade var familjerna nöjda och tacksamma.

## **Strategier för att överkomma språksvårigheter**

### **Att anpassa sin kommunikation till den individuella kvinnan**

Barnmorskorna anpassar informationen beroende på kvinnornas individuella behov. Vissa kvinnor är välinformerade medan andra har mindre kunskap om kroppen och förlossning. När kvinnan är i aktiv förlossning har det verbala språket mindre betydelse och det fungerar att kommunicera med hjälp av kroppsspråk. Genom att barnmorskan bekräftar kvinnan och hennes beteende under förlossningen får de kontakt utan det verbala språket. Barnmorskorna är lugnare och tydligare i sitt bemötande mot en kvinna som inte talar svenska. Genom beröring kan de få kvinnan lugn och trygg. Barnmorskorna kunde förvånas över hur mycket det gick att kommunicera utan ett verbalt språk. Genom att vara innovativ och visa med kroppen kan barnmorskan fråga kvinnan mycket.

*”Sen undrar man ibland vad dom tänker om en... när man står där och försöker visa att du ska kissa på toaletten liksom...” (C)*

En strategi som barnmorskorna använde för att få kvinnan att förstå var pektavlor med bilder. Bilderna fungerar bra och kan användas oavsett om kvinnan kan läsa eller inte. Barnmorskorna tydliggjorde att bilderna fungerar bättre om kvinnan är omföderska än förstföderska. Genom att visa instrumenten kan barnmorskorna förklara för kvinnan att de ska göra en vaginal undersökning. Det är viktigt att barnmorskan är lyhörd vid undersökningar och gör uppehåll om kvinnan uttrycker smärta. Genom att barnmorskan är lugn och inte stressar kan hon inge förtroende hos kvinnan. Barnmorskorna beskrev att de med hjälp av kroppsspråk kan instruera kvinnan i exempelvis andning och avslappning. Kroppsspråk utgör en särskilt viktig del när kvinnan inte talar svenska och det inte fungerar att kommunicera verbalt. Barnmorskorna upplevde att de var duktiga på att använda kroppsspråk, vara inkännande och anpassa sig efter individen de möter.

*”Det känner man ganska fort tycker jag när man kommer in på ett rum, hur man ska förhålla sig till patienten och det tror jag vi är ganska bra på som barnmorskor att just känna in och spela den här rollen efter behov” (B)*

Barnmorskorna menade att det är enkelt att använda kroppsspråk under förlossningen om allt är normalt men det kan vara svårt i akuta situationer. I akuta situationer är ögonkontakt av stor vikt. De beskrev att det är viktigt att visa vänlighet och omsorg. Är kvinnan lugn fungerar det bra att ha en kommunikation utan ord. Barnmorskorna anpassar sin information för att kvinnan ska förstå att de har goda avsikter och vill kvinnan väl. När kvinnan med partner kommer till förlossningen är de ofta förberedda på att det kommer vara svårt med kommunikationen. Paret har ofta hjälp av någon som kan lite svenska, antingen på plats eller på telefon. Google translate var något som paret ofta var angelägna att använda medan barnmorskorna var tveksamma och upplevde att det ibland blev fel.

*”Väldigt ofta blir det ju inte rätt... blomsterlåda fick jag någon gång, jag tänkte... det kan inte vara rätt” (A)*

Vissa kvinnor har med sig hjälpkvinnor till förlossningen och det beskrev barnmorskorna som både spännande och lärorikt. Barnmorskorna kunde bli inspirerade och lära sig om hur de gör vid förlossningar i kvinnans hemland. Barnmorskorna tydliggjorde att det är av stor vikt att vårdpersonalen är medvetna om att kvinnor som inte talar svenska har en ökad risk för komplikationer i samband med förlossningen.

### **Kulturdoulor är en tillgång**

Barnmorskorna beskrev att kulturdoulor är till stor hjälp för kvinnorna och underlättar barnmorskans arbete genom att de hjälper barnmorskan att bygga en relation till kvinnan och skapa en gemenskap. Kulturdoulorna har kunskap om kroppen, erfarenhet av födande, en tillit till barnmorskorna samt en tilltro till förlossningsvården. De kan förklara för paret att förlossningsvården är bra i Sverige. De litar på att barnmorskan vill kvinnan väl och inger en trygghet hos kvinnan genom att bemöta hennes rädsla och förmedla att förlossningen går bra.

*”Kulturdoulor litar på oss... att vi gör rätt... att vi vill kvinnan väl och det tycker jag är en viktig faktor” (C)*

Barnmorskorna beskrev att kulturdoulorna har ett intresse för förlossningens förlopp och förklarar förloppet för kvinnan. Barnmorskorna märker ofta att kulturdoulorna tycker det är roligt att komma till förlossningen och hjälpa kvinnorna. Några barnmorskor uttryckte att kulturdoulorna inte ska agera tolk men att det ofta blir så. Barnmorskorna i en av fokusgrupperna uttryckte att det hade varit önskvärt med en platsbunden kulturdoula som alltid finns tillgänglig på avdelningen. De flesta av barnmorskorna tydliggjorde att kulturdoulor är en tillgång. Dock framkom även åsikter om att kulturdoulor ibland har starka egna åsikter och barnmorskan upplever då att kulturdoulan styr för mycket under förlossningen. När kulturdoulan har mycket synpunkter på förlossningen kan det vara svårt för barnmorskan att nå fram till kvinnan.

*”Doulan kanske tycker att nä hon ska inte ha en EDA... och då vågar inte kvinnan stå upp med det hon vill” (B)*

### **Telefontolk har begränsningar**

En strategi för att underlätta kommunikationen kan vara att använda telefontolk, dock kan det innebära vissa svårigheter. Problem som kan uppkomma är exempelvis dålig telefonutrustning, att telefontolken inte kan tillräckligt bra svenska eller att telefontolken inte kan de medicinska termerna. Barnmorskorna beskrev även att tolken inte alltid översätter allt som barnmorskorna säger vilket gör att kvinnan går miste om information. De menade också att det är svårare att skapa en relation till kvinnan med hjälp av telefontolk då bara det nödvändigaste sades under samtalet, exempelvis när kvinnan är beräknad och eventuella sjukdomar. Kvinnans känslor, tankar, upplevelser och behov hinns inte med under samtalet. Barnmorskorna beskrev att det är en stor skillnad när de vårdar en kvinna som kan svenska eller engelska för då skapar de en relation genom att småprata.

*”Liksom den här intima kontakten som det ofta kan bli är mycket svårare att få [med hjälp av telefontolk]” (C)*

Barnmorskorna beskrev att det många gånger inte går att använda tolk under aktiv förlossning på grund av att det hinner hända mycket under tiden tolken översätter. De upplevde att det är lättare att kommunicera med kroppsspråk än genom telefontolk. Barnmorskorna menade också att en annan svårighet med att använda telefontolk kan vara att det är svårt att få tag i en telefontolk, särskilt nattetid. Många kvinnor önskar även en kvinnlig tolk vilket också är svårt att få tag på. Det fanns också svårigheter med att få en tolk med rätt dialekt.

*”Han bad mig... - Kan du be henne att vara tyst?... –Jag sa, det är inte så lätt hon har täta värkar. –Kan du be henne hålla tyst? –//...och så var det bara att lägga ned det [tolksamtalet] ... det gick liksom inte... och då försökte jag ändå” (A)*

Barnmorskorna beskrev att kollegor ibland används som tolk vilket inte är enligt riktlinjer och det känns fel. Barnmorskorna beskrev många problem med att använda telefontolk dock fanns det också positiva erfarenheter och de ansåg att det skulle vara värdefullt att ha en tolk tillgänglig på avdelningen. Barnmorskorna reflekterade över att de inte använde telefontolk tillräckligt ofta. Vanligtvis användes telefontolk en gång vid ankomst till förlossningen samt inför hemgång.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors erfarenhet av att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och kvinnan talar olika språk. En kvalitativ metod valdes för att få en djupare förståelse av fenomenet (Polit & Beck 2008, s. 220). När en kvalitativ metod används är det centrala i forskningen att bilda kunskap om ett fenomen på det sätt det tolkas, upplevs och vilken betydelse det har för människan (Henricsson & Billhult 2012, s. 132). Det är betydelsefullt att forskarna reflekterar över sin egen förförståelse och är medvetna om hur förförståelsen kan komma att påverka resultatet i studien (Henricsson & Billhult 2012, s. 132). Forskarnas förförståelse kan vara en begränsning vid kvalitativa studier då förförståelsen kan vara ett hinder för att se något nytt (Rosberg 2008, s. 88). I föreliggande studie har författarna försökt att medvetandegöra sin

förförståelse och tagit hänsyn till den i analysprocessen samt beskrivit den. Genom att återkommande gå tillbaka till det transkriberade materialet och diskutera det gemensamt har författarna strävat efter att inte låta förförståelsen påverka studiens resultat. Fokusgruppsintervju användes som metod för datainsamlingen. En fördel med att använda sig av fokusgruppsintervjuer istället för enskilda intervjuer är att forskarna har möjlighet att studera interaktioner mellan gruppdeltagarna (Wibeck 2010, s. 150). I föreliggande studie har interaktioner mellan deltagarna studerats genom att suckar, medhållande ljud och stämningen i rummet noterats. En fokusgruppsintervju kan säga mer än enskilda intervjuer då deltagarna ifrågasätter och förklarar sig för varandra och på så sätt skapar de tillsammans mening åt ämnet som diskuteras (Wibeck 2010, s. 150.). Fokusgrupper gör det möjligt för forskarna att upptäcka sådant som de på förhand inte kunnat förutse. Vid en mer strukturerad metod såsom exempelvis enkäter finns det risk att deltagarna inte förstår frågan eller att de förutbestämda frågorna inte är de som är mest relevanta för deltagaren. I en fokusgrupp finns det större möjlighet för deltagarna att själva påverka vilka sidor av ämnet som lyfts fram i diskussionen (Wibeck 2010, s. 196). I föreliggande studie noterades att vissa deltagare var mer aktiva i diskussionen än andra. De barnmorskor som hade längst erfarenhet var också de som talade mest. Deltagarna i föreliggande studie hade olika lång yrkeserfarenhet. Den som arbetat längst hade arbetat i 24 år. Detta bidrog till att det blev en bra variation på erfarenheten av det studerade fenomenet. En svaghet med fokusgrupper kan vara att dominanta individer tar stor plats i diskussionen vilket innebär att andra individer kan ha svårt att komma till tals. Moderatoren kan vid sådana tillfällen behöva fördela ordet till de individer som är mer tystlåtna (Wibeck 2010, s. 152). Författarna i föreliggande studie upplevde att det var en intressant diskussion med bra stämning trots att vissa individer talade mer än andra och valde därför att inte fördela ordet till de mer tystlåtna.

Enligt Wibeck (2010, ss. 139-140) kan fokusgrupper vara mer etiskt passande än intervjuer som är mer styrda. I fokusgrupper kan deltagarna själva välja att avstå att kommentera sådant som är känsligt för just den personen. En nackdel med fokusgrupper sett till det etiska är att forskarna kan garantera att datamaterialet kommer att hanteras konfidentiellt men de kan inte garantera att någon annan deltagare inte sprider vad som sagts i diskussion (ibid.).

Ingen pilotstudie utfördes vilket kan ha påverkat resultatet negativt då den första fokusgruppsintervjun genomfördes mer ostrukturerat än de två andra. Författarna ställde mindre följdfrågor vilket ledde till att diskussionen ibland gled ifrån ämnet och materialet blev mindre ifrån denna grupp. Enligt Wibeck (2010, s. 53) kan deltagarnas resonemang fördjupas genom att moderatoren ställer följdfrågor (ibid.). Inför de två följande fokusgrupperna reviderades intervjuguiden och fler följdfrågor ställdes. En styrka med studien är att bägge författarna deltog under alla fokusgrupper och samma intervjuguide användes. Deltagarna var kollegor vilket underlättade diskussionen då de var vana att samtala med varandra. Sammanlagt deltog tolv stycken barnmorskor i studien. Fyra barnmorskor deltog i varje fokusgrupp vilket är ett lagom antal för fokusgrupper (Wibeck 2010, s. 62).

Vid kvalitativ forskning används begreppen giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet för att bedöma studiens trovärdighet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s.230). Genom att resultatet i föreliggande studie lyfter fram det som beskrivits och

utmärkt sig under fokusgruppsintervjun förstärks giltigheten. För att försäkra sig om att det resultatet visar verkligheten är vad deltagarna har sagt har författarna flera gånger under analysprocessen gått tillbaka till det transkriberade materialet. Citat har presenterats vilket också visar på studiens giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 231). Tillförlitlighet innebär att forskarna noga kontrollerar sina ställningstaganden under hela forskningsprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, s. 231). Författarna till föreliggande studie har var för sig lyssnat på inspelningarna och transkriberat halva materialet var. Tillförlitligheten hade kunnat ökas om bägge författarna lyssnat på samtliga inspelningar (Lundman & Hällgren Graneheim 2017, ss. 231-232). Tillförlitligheten i föreliggande studie har ökat genom att transkriberingarna har lästs igenom ett flertal gånger av bägge författarna och analysen har genomförts gemensamt. Trovärdigheten bedöms även efter hur överförbart resultatet i studien är. Överförbarhet innebär om resultatet kan överföras till andra situationer eller grupper. För att öka studiens överförbarhet har metoden med urval, datainsamling och analys beskrivits noga. Överförbarheten i studien anses vara begränsad då det var verksamhetscheferna som tillfrågade barnmorskor om att delta i studien och utgick då ifrån vem som arbetade ett visst datum. Genom detta kan barnmorskor med intresse av ämnet ha missats. Att exempelvis sätta upp informationslappar i personalrummet eller att skicka epost till alla barnmorskor på avdelningen kunde ha varit ett sätt att få med intresserade barnmorskor i studien. Överförbarheten begränsas även av att det var ett litet antal barnmorskor med och att fokusgrupperna endast utfördes på två olika förlossningsavdelningar. Antalet fokusgrupper ansågs vara tillräckligt för studiens storlek och relevant i förhållande till den begränsade tiden. Lundman och Hällgren Graneheim (2017, s. 232) beskriver att begreppet delaktighet ingår när en studies trovärdighet skall bedömas. Författarnas förförståelse och deras förmåga att skapa en distans till det de undersöker är betydelsefullt för om resultatet kan behålla sin neutralitet. För att minska risken att resultatet ska bli påverkat av författarnas förförståelse har denna diskuterats författarna i mellan.

## **Resultatdiskussion**

I resultatet framkom tre huvudkategorier vilka var, *Svårt att skapa en nära relation*, *Att känna sig otillräcklig i mötet* och *Strategier för att överkomma språksvårigheter*.

### **Att inte kunna kommunicera verbalt med kvinnan är ett hinder som går att överbrygga med hjälp av kroppsspråk**

I den första huvudkategorin beskrev barnmorskorna att det verbala språket blev en barriär för att nå fram till kvinnan och skapa en god relation. Tidigare forskning visar att det är ett hinder för en nära relation när barnmorskan inte kan kommunicera verbalt med patienten vilket styrker resultatet i föreliggande studie (Degni, Suominen, Essén, Ansari & Vehviläinen-Julkunen 2011; Akhavan & Lundgren 2010; Fujiwara 2006). I föreliggande studie menade barnmorskorna att det är svårare att skapa en nära relation med kvinnan på grund av att det inte går att småprata med varandra. Det är svårt att få en intim kontakt. Enligt Bäärnhielm (2013, s. 314) är språket centralt för kommunikation och gör det möjligt att uttrycka sig och förmedla känslor samt upplevelser (ibid.). När barnmorskan och kvinnan har olika språk leder det rimligtvis till att det är svårare att förmedla sina känslor och upplevelser vilket gör relationen mer ytlig. Barnmorskorna i föreliggande studie upplevde att bristen på kommunikation många gånger var ett hinder men tydliggjorde dock att det ofta fungerar bra utan en verbal kommunikation med kvinnan under en normal förlossning. Fujiwara (2006) bekräftar det och beskriver att

under den aktiva delen av förlossningen och särskilt vid utdrivningsfasen fungerar det bra utan en verbal kommunikation. I föreliggande studie upplevde barnmorskorna att de flesta kvinnor vet vad de ska göra när de känner krystkänsla. Det kan leda till problem när barnmorskan har svårt att förklara för kvinnan varför hon inte ska krysta utan andas och ta det lugnt istället. Om kvinnorna fått mer information om förlossningen på sitt språk under graviditeten samt tidigare under förlossningen hade kanske problemen som kan uppstå under utdrivningsfasen minskat. Då de flesta förlossningsförberedande kurser är på svenska har de kvinnor som inte talar svenska svårt att delta vilket inte kan ses som en jämlik vård. Barnmorskorna i föreliggande studie och Fujiwara (2006) beskriver att kommunikation kan fungera utan ord under utdrivningsfasen men det kan också uppstå svårigheter då kvinnan och barnmorskan inte förstår varandra (a.a.). Barnmorskorna i föreliggande studie beskriver kommunikationen både som lätt och svår beroende på situation och kvinnans behov. Enligt Lundgren (2010, s. 133) behöver barnmorskan anpassa sitt sätt att ge stöd åt kvinnan beroende på kvinnans individuella gränser. När kvinnor befinner sig inom gränsen för sin förmåga fungerar ofta den verbala och kroppsliga kommunikationen och kvinnan kan förmedla sina behov. Barnmorskan stödjer då kvinnan genom att vara en följeslagare (a.a.). Detta kan kopplas till föreliggande studie där barnmorskorna beskriver att det fungerar bra att använda sig av kroppsspråk under förlossningen så länge allt är normalt. Vid akuta situationer är det svårare och barnmorskorna upplevde att det var svårt att få kommunikationen att fungera. I situationer där kvinnan är nära sin gräns för sin förmåga kan barnmorskan behöva bli mer auktoritär och bestämd för att försöka bryta situationen (Lundgren 2010, s. 133).

### **Anhöriga kan vara en tillgång men även begränsa kvinnan**

Barnmorskorna i föreliggande studie upplevde ibland att när partnern tolkade åt kvinnan kunde vissa utelämnas en del information för att skydda kvinnan. Studier visar att många män upplever ett behov av att skydda kvinnan under förlossningen. Det kan ske genom att filtrera informationen barnmorskan ger för att undvika att kvinnan blir upprörd samt genom att tala för henne och hennes önsknings (Johansson, Fenwick & Premberg 2014; Yelland, Riggs, Szwarc, Casey, Duell-Piening, Chesters, Wahidi, Fouladi & Brown 2016). Barnmorskorna i föreliggande studie upplevde att de ibland behövde be de anhöriga gå ut ur rummet för att kunna tala med kvinnan själv. Ibland uppstår situationer då enbart partnern svarar på barnmorskans frågor vilket barnmorskorna beskrev som ett hinder för att skapa en nära relation till kvinnan. De beskrev att kvinnan ibland inte vågade berätta allt när anhöriga var med. Detta stämmer överens med Murray, Windsor, Parker och Tewfik (2010) som menar att en del kvinnor upplevde det som stödjande när deras man eller en annan släkting kunde hjälpa till att översätta men vissa ansåg det generande att prata om förlossningen med de anhöriga. I föreliggande studie berättade barnmorskor att de ibland hade uppfattningen att kvinnans partner bestämde för mycket under förlossningen, exempelvis vilken smärtlindring kvinnan skulle använda. Enligt Ny (2016, s. 50) kan barnmorskan ofta uppleva mannen som kontrollerande medan det i många fall snarare är ett intresse och engagemang i kvinnans graviditet och förlossning (ibid.). Genom att involvera partnern och låta honom vara delaktig under förlossningen kanske partnern bli tryggare med att stötta kvinnan.

### **Kulturella skillnader leder till en ojämlig vård**

Barnmorskorna i föreliggande studie menar att kvinnor som inte talar svenska får sämre vård. Detta styrks av Akhavan (2012) som beskriver att kulturella skillnader leder till

ojämlik vård. Kommunikation har en betydande roll i vården och kan bidra till att kvinnor som inte talar svenska får sämre vård (ibid.). Enligt ICM (2008) ska barnmorskan arbeta för att patienten oberoende av hennes omständigheter ska vara delaktig i sin vård. Barnmorskan ska även vara lyhörd för kvinnans fysiska, psykiska, andliga och emotionella behov (ibid.) Barnmorskorna upplever att de gör allt de kan för kvinnorna men att det ändå blir en ojämlik vård vilket är frustrerande. Barnmorskorna i föreliggande studie berättade att de ofta känner sig otillräckliga i mötet med kvinnor. De tydliggjorde att det blev extra påtagligt i mötet med de kvinnor som inte talar svenska vilket styrks av Hazard, Callister, Birkhead och Nichols (2015).

Många förlossningsavdelningar har idag ett högt tryck och många barnmorskor känner sig stressade. Ofta har barnmorskorna fler än en kvinna att ta hand om vilket gör att de inte kan ge kontinuerligt stöd åt kvinnorna. Berg, Ólafsdóttir och Lundgren (2012) menar att normen för all förlossningsvård ska vara att barnmorskan är med kvinnan och kontinuerligt ger henne det stöd hon behöver. Barnmorskan är hindrad av att hon behöver gå mellan de födande kvinnorna och inte kan vara helt närvarande hos någon av dem (ibid.). Några av barnmorskorna i föreliggande studie beskrev att de var på förlossningssalen i mindre utsträckning när de inte kunde kommunicera med kvinnan då de kände sig obekväma. I studien av Aune et al. (2014) poängterades att risken för interventioner ökar om barnmorskan inte har tid att vara inne i förlossningssalen hos kvinnan. Genom att barnmorskor är kontinuerligt närvarande kan de se vad kvinnan har för behov och önskemål. För att få kvinnan och partnern att känna sig trygga var det av vikt för barnmorskorna att få tid till att skapa en relation till kvinnan (ibid.). Några av barnmorskorna beskrev att kvinnorna ofta hade med sig flera anhöriga som stöd under förlossningen. Det uppfattades som positivt för barnmorskorna och de kände att det var skönare att vara på förlossningsrummet när anhöriga kunde ge bra stöd. I studien av Akhavan och Lundgren (2012) upplevde barnmorskorna att de saknade utbildning i hur de ska bemöta kvinnor från andra kulturer. All kunskap de hade var från egna erfarenheter (ibid.) För att kunna ge ett kontinuerligt stöd behöver barnmorskan vara inne på rummet hos kvinnan. En ökad kulturell kunskap kan bidra till att barnmorskor känner sig mindre otillräckliga i mötet med kvinnor som inte talar svenska. Det är av stor vikt att kvinnan får en positiv förlossningsupplevelse då det påverkar hela familjens framtida välmående och kontinuerligt stöd är den största enskilda faktorn för en bra förlossningsupplevelse (Lundgren 2010, ss. 123-124; Bohren et al. 2017).

### **Att inte veta skapar oro hos kvinnan**

I föreliggande studie beskrev barnmorskorna att kvinnorna ofta är rädda och många gånger saknar kunskap om förlossningsprocessen. Det framkom även att kvinnorna inte alltid vet vilka krav de kan ställa och att detta kunde bidra till att dessa kvinnor inte får samma vård som svensk-talande. I studien av Murray, Windsor, Parker och Tewfik (2010) framkommer att kvinnor som inte talar samma språk upplever en överväldigande känsla av rädsla, ensamhet och okunskap i förlossningsförloppet, ofta beror det på att de inte tidigare varit i kontakt med hälso- och sjukvården i det nya hemlandet och de vet inte vad de har att vänta. Kvinnorna saknar ofta kunskap om deras rättigheter inom hälso- och sjukvården (ibid.). Barnmorskorna i föreliggande studie beskrev att kvinnorna många gånger inte får chans att ta till sig kunskap om förlossningsprocessen som andra kvinnor. Det kan bidra till att många kvinnor är rädda. Barnmorskorna tyckte det var särskilt svårt i en akut situation när de inte kan informera om vad som händer. Murray, Windsor, Parker

och Tewfik (2010) beskrev i sin studie att okunskap bidrar till känslor såsom rädsla, misstro och misstankar. Barnmorskorna i föreliggande studie upplevde att vissa kvinnor var rädda och spända vid vaginala undersökningar vilket de trodde kunde bero på att en del kvinnor tidigare varit med om övergrepp. Det är svårt för barnmorskan att få reda på hela kvinnans bakgrundshistoria när de inte talar samma språk. I en del länder är graviditet och barnafödande farligt på ett annat sätt än Sverige vilket barnmorskorna också ansåg kunde bidra till kvinnornas rädsla. Många som invandrar till Sverige idag kommer från krigshärjade länder (SCB 2017) och har därför ofta varit med om mycket. Degni et al. (2011) belyser att det var svårt för barnmorskor att skapa en bra relation när kvinnan inte kunde språket, eventuellt var traumatiserad av krig eller sexuellt utnyttjad och inte litade på någon.

### **Att kunna anpassa sig efter varje unik kvinna**

Barnmorskorna anpassar sin information och sättet de ger den på efter vem de har framför sig. De är duktiga på att anpassa sitt sätt att vara efter kvinnans behov. När kvinnan inte talar svenska använde barnmorskorna sig mycket av kroppsspråk vilket de tyckte var enkelt under förlossningen när allt var normalt. Det styrks av Fujiwara (2006) som menar att under den aktiva delen av förlossningen behövdes inte någon verbal kommunikation utan det fungerade bra ändå med hjälp av exempelvis gester. Barnmorskorna i föreliggande studie menade att det däremot kan vara svårt i akuta situationer. De poängterade att det då var viktigt med ögonkontakt. Även Hallgren och Lundgren (2010, ss. 99-100) belyser vikten av att ha ögonkontakt med kvinnan och att hela tiden vara i ögonhöjd med kvinnan. Barnmorskorna i föreliggande studie beskrev vidare att det är viktigt att visa att de är vänliga genom att visa omsorg och att de bryr sig om kvinnan. Enligt Fujiwara (2006) har det stor betydelse att barnmorskorna visar en vilja att lära känna kvinnan och skapa en relation med henne. Barnmorskorna i föreliggande studie menade att om kvinnan är lugn fungerar det bra att ha en kommunikation utan ord. De bekräftade kvinnan och hur hon betar sig under förlossningen och kunde då få kontakt utan det verbala språket. Barnmorskorna menade även att de är lugnare och tydligare i sitt bemötande mot en kvinna som inte talar svenska. Genom att bekräfta kvinnan får barnmorskan enligt Berg, Ólafsdóttir och Lundgren (2012) kvinnan att känna sig sedd vilket leder till att kvinnan känner att hon är kapabel att föda. Hallgren och Lundgren (2010, ss. 99-100) menar att kroppsspråk är en stor del av kommunikation mellan människor. Med hjälp av kroppsspråk kan barnmorskan få kvinnan att våga lita på sin kropp i förlossningsförloppet. Barnmorskans röst och ansiktsuttryck kan lugna eller oroa kvinnan beroende på vad hon utstrålar. För vissa barnmorskor är det naturligt att använda kroppsspråk som verktyg i kommunikationen, för vissa kan det dock kännas ovant och främmande. Berg, Ólafsdóttir och Lundgren (2012) menar att barnmorskan genom att vara närvarande både fysiskt och psykiskt kan hon få en tillitsfull relation till kvinnan där barnmorskan stöder och guidar kvinnan på kvinnans villkor. Barnmorskan är där med och för kvinnan och känner sig allierad med kvinnan. Att barnmorskan är tillgänglig innebär att hon finns där för kvinnan och är öppensinnad, följsam och stödjer varje kvinna utifrån hennes individuella behov (ibid.).

I föreliggande studie framkom att paret som kommer till förlossningen ofta är förberedda på att det kommer vara svårt att kommunicera. De använder exempelvis anhöriga på telefon som kan svenska eller google translate. Google translate var något som paret ofta var angelägna att använda medan barnmorskorna var tveksamma och upplevde att det



ofta inte blev korrekt översatt. I en studie om koreanska kvinnors upplevelser av att föda barn i USA framkom också att kvinnorna ofta förbereder sig inför förlossningen genom att söka information på deras språk via internet och böcker samt genom att lära sig medicinska termer och använda familjemedlemmar som tolk (Seo, Wooksoo & Dickerson 2014). Barnmorskorna i föreliggande studie använde sig av pektavlor med bilder för att få kvinnorna att lättare förstå. Det var något som även användes av barnmorskor i studierna av Fujiwara (2006) samt Shuman, Montie, Galinato, Patak och Titler (2017), som även beskrev att de använde sig av kroppsspråk, uttryck och ögonkontakt. Shuman, et al. (2017) beskrev också att barnmorskorna använde sig av enkel engelska och google translate.

### **Kulturdoulor inger ett lugn och skapar trygghet hos kvinnan**

I föreliggande studie beskrev barnmorskorna kulturdoulor som en tillgång. De hjälper barnmorskan att skapa en relation till kvinnan. Detta styrks av en svensk studie gjord av Akhavan och Lundgren (2010) som studerat tio barnmorskors upplevelser av kulturdoulor som stöd för invandrade kvinnor under förlossningen. Barnmorskorna i studien såg på kulturdoulan som en tillgång då barnmorskan ofta hade fler patienter att ta hand om medan doulan var på ett och samma rum. Barnmorskorna beskrev att doulan fungerade som en medlare mellan kulturerna. Genom att doulan talar samma språk och kommer från en liknande kultur som kvinnan kunde hon förstå kvinnans behov och ge henne stöd. I föreliggande studie upplevde barnmorskorna att kulturdoulan ibland hade starka egna åsikter vilket kunde leda till att de styrde för mycket under förlossningen. Akhavan och Lundgren (2010) beskriver att en barnmorska upplevde att det var svårt att samarbeta med kulturdoulan om hon tog för stor plats i förlossningsrummet. Barnmorskan upplevde att kulturdoulan tog över förlossningen. Ibland överlämnade barnmorskan helt det emotionella stödet åt doulan och barnmorskan koncentrerade sig på det medicinska och tekniska. Detta ledde till att barnmorskan spenderade mindre tid på rummet och bara utförde det nödvändigaste och gick sedan ut (ibid.). Akhavan och Lundgren (2010) menar att en kulturdoula hjälper kvinnan att slappna av och får henne att känna sig trygg vilket gör att kvinnan i mindre utsträckning behöver farmakologisk smärtlindring samt att risken för en traumatisk förlossning minskar. I föreliggande studie beskrev barnmorskorna att kulturdoulorna ingav ett lugn och en trygghet hos kvinnorna. Kulturdoulan litar på att barnmorskan vill kvinnan väl och förmedlar detta till kvinnan och hennes partner.

Barnmorskorna i föreliggande studie hade blandade erfarenheter av att använda telefontolk. Problem som kunde uppstå vid användning av telefontolk var exempelvis att telefonutrustningen inte fungerade eller att kvinnan och telefontolken talade olika dialekter. Det kan styrkas av studien från Yelland et al. (2016), där det också upplevdes problematiskt när den tekniska utrustningen inte fungerade eller att de talade olika dialekter (ibid.). Enligt barnmorskorna var det för många kvinnor även önskvärt att ha en kvinnlig telefontolk men det fanns inte alltid tillgängligt. I en studie från Australien framkom att kvinnorna föredrog att ha en kvinnlig tolk då det kan upplevas genant att prata om "kvinnliga besvär" inför en manlig tolk (Yelland, et al. 2016). Vårdpersonalen och patienten kan även känna sig obekväma med att diskutera personliga problem genom en tolk (Degni, et al. 2011). Enligt barnmorskorna i föreliggande studie kunde det också vara svårt att få tag på en tolk. Hazard, Callister, Birkhead och Nichols (2015) beskrev att vårdpersonal upplevde det svårt att hitta en tolk som var tillgänglig på nätter och helger och vid en akut situation. Det framkom även att det inte var kulturellt accepterat att

använda en manlig tolk som var främmande för kvinnan (ibid.). I föreliggande studie menade barnmorskorna att det kunde uppstå problem när tolken inte kunde tillräckligt bra svenska och hade svårt att förstå medicinska termer. Detta kan styrkas med studien av Degni, et al. (2011) som beskriver att det som sades till patienten inte blev korrekt översatt vilket de ansåg berodde på att tolkarna inte var utbildade som medicinskt kunniga (ibid.). Barnmorskorna upplevde även att telefontolken inte översätter allt som sägs vilket gjorde att information gick förlorad. Det var även svårt för barnmorskorna att skapa en nära relation när de endast hann med det viktigaste i tolksamtalen. Barnmorskorna i föreliggande studie sade att de kunde bli bättre på att använda tolk under förlossningsarbetet. Shuman, Montie, Galinato, Patak och Titler (2017) samt Seo, Wooksoo och Dickerson (2014) beskriver att vårdpersonal upplever det svårt att få tag i bra tolkar och därför används ofta familjemedlemmar som tolk istället. Barnmorskorna i föreliggande studie frågar i första hand om en kollega kan tolka innan de ringer telefontolk då det upplevs lättare. De upplevde även att det var lättare att använda sig av kroppsspråk än att ringa en tolk eftersom mycket hinner hända under tiden det tar att översätta. Barnmorskorna uttryckte att det fungerade betydligt bättre att använda kulturdoulor än en telefontolk. Kulturdoulor ansågs vara ett betydelsefullt hjälpmedel för att kunna ge en jämlik vård till de kvinnorna med en annan kulturell bakgrund. En ökad kulturell kunskap och en ökad användning av kulturdoulor ansågs i föreliggande studie önskvärt för att kunna ge en bättre vård.

## **KONKLUSION**

Studien visar att barnmorskor upplever det svårt att skapa en nära relation till kvinnan under förlossning när de inte talar samma verbala språk. Resultatet visar att kvinnor som inte talar svenska får en sämre vård under förlossningen. Det framkom även i studien att det fungerade bra att använda kroppsspråk vid ett normalt förlossningsförlopp. Många barnmorskor ansåg att kulturdoulor var en stor tillgång och underlättade barnmorskans arbete. Studien visar att användning av telefontolk under aktiv förlossning inte anses fungera väl. Utökad forskning behövs om hur barnmorskor och kulturdoulor kan arbeta tillsammans. Det behövs även mer forskning om hur barnmorskor kan ge optimalt stöd till kvinnor som inte talar svenska för att kunna erbjuda kvinnorna en rättvis och jämlik vård.

## **KLINISKA IMPLIKATIONER**

Studien visar att ett sätt att stödja kommunikationen mellan kvinnor och barnmorskor är att använda kulturdoulor i förlossningsvården. Genom att erbjuda kulturdoulor till de kvinnor som har ett behov kan barnmorskans arbete underlättas. Studien tyder på att barnmorskor behöver mer utbildning om att vårda kvinnor från andra kulturer och som inte talar svenska. Genom utbildning kan barnmorskorna ge ett bättre stöd åt kvinnorna. Studien visar även att kontinuerligt stöd är särskilt viktigt hos kvinnor som inte talar svenska då många känner en rädsla och oro under förlossningen. För att kunna erbjuda kontinuerligt stöd behövs riktlinjer där barnmorskor vårdar en kvinna i aktiv förlossning i taget.

## REFERENSER

Akademien för vård, arbetsliv och välfärd. (2017). Riktlinjer för examensarbete på magisternivå: I huvudområdet sexuell och reproduktiv hälsa.

[http://www.hb.se/Global/Akademi%202/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H17\\_Riktlinjer%20-%20Magister\\_Sexuell%20o%20reprod.pdf](http://www.hb.se/Global/Akademi%202/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H17_Riktlinjer%20-%20Magister_Sexuell%20o%20reprod.pdf) [2017-10-01]

Akhavan, S. & Lundgren, I. (2010). Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden- A qualitative study. *Midwifery*, 28(2012), ss 80-85.

DOI: 10-1016/j.midw.2010.11.004.

Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), ss 47-57. DOI: org/10.1186/1475-9276-11-47

Aune, I., Hvaal Amundsen, H. & Skaget, L. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour, *Midwifery*, 30(1), ss 89-95. DOI: 10.1016/j.midw.2013.02.001.

Berg, M., Ólafsdóttir, OA. & Lundgren, I. (2012). A Midwifery model of supportive care during pregnancy and childbirth in a Nordic context, *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), ss 79–87. DOI: 10.1016/j.srhc.2012.03.001.

Bohren, M., Hofmeyr, J., Sakala, C., Fukuzawa, R. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(7). DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

Bäärnhielm, S. (2013). Möten i den mångkulturella vården. I Fossum, B (red.). *Kommunikation - samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur, ss 313-334.

Degni, Suominen, Essén, Ansari & Vehviläinen-Julkunen (2011). Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. *Journal of Immigrant Minority Health*, 14(2012), ss 330-343. DOI 10.1007/s10903-011-9465-6

Dykes, A-K. (2016). Den internationella etiska koden för barnmorskor. I Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K. (red). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss 31-35.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), ss 107-115. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Etikprövningsnämnden.(2013).

[https://www.epn.se/media/1102/personuppgifter\\_i\\_forskningen.pdf](https://www.epn.se/media/1102/personuppgifter_i_forskningen.pdf) [2017-11-18]

Fujiwara, Y. (2006). Midwifery care for people from diverse cultures at childbirth. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 20(1), ss 48-59. DOI:org/10.3418/jjam.20.1\_48

Gaudion, A. & Homeyard, C. (2010). The Midwife-Mother Relationship Where There is Poverty and Disadvantage. I Kirkham, M. (red). *The Midwife-Mother Relationship*, London: Palgrave Macmillan, ss 144-159.

Georgsson, S. (2016). Mödrahälsovården. I Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K. (red). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*, Lund: Studentlitteratur, ss 273–332.

Hallgren, A. & Lundgren, I. (2010). Förlossningsförberedelse och metoder för att hantera förlossningen. I Berg, M. & Lundgren, I. (red.). *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande*, Lund: studentlitteratur, ss 85-116.

Hazard, CJ., Callister, LC., Birkhead, A. & Nichols, L. (2009). Hispanic Labor Friends initiative: supporting vulnerable women. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 34(2), ss 115-121. DOI: 10.1097/01.NMC.0000347306.15950.ae.

Helsingforsdeklarationen. (2015). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>. [2017-12-12]

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M (red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur, ss 129-138.

Hermansson, E. & Mårtensson, L. (2010). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis, *Midwifery*, 27(2011), ss 811-816. DOI: 10.1016/j.midw.2010.08.005

International Confederation of Midwives. (ICM). (2008). [https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_01%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_01%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf) [2017-12-04]

Johansson, M., Fenwick, J. & Premberg, Å. (2014). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 31(2015), ss 9-18. DOI: 10.1016/j.midw.2014.05.005

Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I Berg, M. & Lundgren, I. (red.). *Att stödja och stärka - vårdande vid barnafödande*. Lund: Studentlitteratur, ss 117-143.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Höglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss. 219-233.

Lyckestam Thelin, I., Lundgren, I. & Hermansson, E. (2014). Midwives' lived experience of caring during childbirth – a phenomenological study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(2014), ss 113-118. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.008>

- McLeish, J. & Redshaw, M. (2018). A qualitative study of volunteer doulas working alongside midwives at births in England: Mothers' and doulas' experiences. *Midwifery*, 56, ss 53-60.
- Murray, L., Windsor, C., Parker, E. & Tewfik, O. (2010). The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia, *Health Care for Women International*, 31, ss 458–472. DOI: 10.1080/07399330903548928.
- Ny, P., Dykes, A-K., Molin, J. & Dejin-Karlsson, E. (2007). Utilization of antenatal care among a multiethnic population in Malmö, Sweden during 2000-2003- A community based retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 86(7), ss 805-13. DOI: 10.1080/00016340701415095.
- Ny, P. (2016). Barnmorskan i ett mångkulturellt samhälle. I Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K. (red). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss 49–52.
- Polit, D. & Beck, C. (2008). *Nursing research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin
- Robertsson, E., Malmström, M. & Johansson, S-E. (2005). Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005(84), ss 825-832. DOI: 10.1111/j.0001-6349.2005.00686.x
- Rosberg. (2008). Fenomenologi. I Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, ss 85-105.
- Statistiska centralbyrån. (SCB). (2017). <http://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/in-och-utvandring/> [2017-12-04].
- Seo, J., Wooksoo, K. & Dickerson, S. (2014). Korean Immigrant Women's Lived Experience of Childbirth in the United States, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 43(3), ss 305-317. DOI: 10.1111/1552-6909.12313.
- Shuman, C., Montie, M., Galinato, J., Patak, L. & Titler, M. (2017). Registered Nurse and Nursing Assistant Perceptions of Limited English- Proficient Patient-Clinician Communication. *Journal of Nursing Administration*, 47(12), ss 589-591. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000549
- Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>. [2017-09-03]

Steel, A., Frawley, J. & Diezel, H. (2015). Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing: a critical integrative review. *Health and Social Care in the community*, 23(3), ss 225-241. DOI: 10.1111/hsc:12112

Yelland, J., Riggs, E., Szwarc, J., Casey, S., Duell-Piening, P., Chesters, D., Wahidi, S., Fouladi, F. & Brown, S. (2016). Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals' experience of interpreting support in Australian maternity care, *BMJ Quality and Research*, 25, ss 1-9. DOI: 10.1136/bmjqs-2014-003837

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper*. Lund: Studentlitteratur.

# BILAGA I

## Intervjuguide

Studiens syfte; är att undersöka *barnmorskor erfarenheter av att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och kvinnan talar olika språk*

- Kan ni berätta om era erfarenheter av att vårda kvinnor under förlossning som inte talar svenska (engelska eller annat gemensamt språk)?
- Vad anser ni är viktigt för barnmorskans och kvinnans kommunikation under förlossningen?
- Hur förändras detta när ni inte har ett gemensamt språk?
- Beskriv eventuella hinder i vårdandet när man inte förstår varandra?
- Beskriv era strategier för att överkomma eventuella hinder?
- Slutligen - Tycker ni att ni har beskrivit er upplevelse av att vårda kvinnor där språket utgör ett hinder för kommunikationen under deras förlossning?
- Är det något ni vill tillägga som inte blivit sagt?

## BILAGA II



# HÖGSKOLAN I BORÅS

### *Godkännande av verksamhetschef för datainsamling*

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Vår uppsats har som syfte att beskriva barnmorskors erfarenhet av att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och kvinnan talar olika språk. Vi önskar genom detta arbete kunna få större förståelse och kunskap kring språkliga hinder under förlossningen för att kunna bemöta och vårda dessa kvinnor på bästa sätt.

För vårt examensarbete behöver vi nio till tolv barnmorskor som kommer vara med i fokusgruppsinterjuer. Vi planerar att genomföra mellan två och tre gruppdiskussioner med tre till fyra barnmorskor i varje. Barnmorskorna vi önskar ska delta i diskussionen ska vara verksamma på en förlossningsavdelning och ha erfarenhet av att vårda kvinnor som inte talar svenska. För att kunna genomföra detta önskar vi er tillåtelse att fråga barnmorskor på er avdelning om att delta i studien. Barnmorskorna kommer att få skriftlig information och muntlig information innan och under gruppdiskussionen samt ett samtyckesformulär om de önskar delta. Gruppdiskussionerna kommer att spelas in och därefter transkriberas ordagrant. All insamlad data behandlas konfidentiellt och kommer i studien att presenteras på så sätt att ingen information kan knytas till enskilda individer. Deltagandet i studien är helt frivilligt och alla deltagare kan när helst de önskar välja att avsluta sitt deltagande utan att uppge orsak.

#### **Godkännande**

Härmed godkänner jag att Camilla Magnusson och Emelie Pagels får ta del av personuppgifter som efterfrågats ovan i syfte att genomföra studien.

Namn .....  
Namnförtydligande .....  
Datum och Ort .....

Examensarbetet utförs under handledning av Christina Nilsson, Universitetslektor vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: 0707-325280 eller e-mail: christina.nilsson@hb.se

Med vänliga hälsningar

Camilla Magnusson  
Tel: 0708833999  
Mail: s153237@student.hb.se

Emelie Pagels  
Tel: 0735429755  
Mail: [s163688@student.hb.se](mailto:s163688@student.hb.se)



## BILAGA III



# HÖGSKOLAN I BORÅS

### ***Information om studien kring barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och kvinnan talar olika språk***

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Med vårt examensarbete är syftet att beskriva barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och kvinnan talar olika språk. Vi önskar genom detta arbete kunna få större förståelse och kunskap kring språkliga hinder under förlossningen för att kunna bemöta och vårda dessa kvinnor på bästa sätt.

Vi frågar dig om du frivilligt vill delta i en fokusgruppsintervju och diskutera din erfarenhet. Fokusgruppsintervjun kommer att ledas utav oss två studenter. Vi planerar att tre till fyra barnmorskor ska delta i diskussionen som kommer ta ca 30-60 min. Diskussionen kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen, utöver intervjuarna, kan få tillgång till det. I resultatet aidentifieras dina personuppgifter. Fokusgruppsintervjun är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför.

Om du önskar delta i studien, vänligen meddela oss via e-mail, telefon eller SMS före 170326. Vi kommer därefter kontakta dig via mail för att meddela plats och tid för gruppdiskussionen. Du kommer att få fylla i ett samtyckesformulär i samband med gruppdiskussionen. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien är du välkommen att kontakta oss. Vi nås på telefon eller e-mail på nedanstående uppgifter.

Examensarbetet utförs under handledning av Christina Nilsson, Universitetslektor vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: 0707-325280 eller e-mail: christina.nilsson@hb.se

Med vänliga hälsningar

Camilla Magnusson  
Tel: 0708833999  
Mail: s153237@student.hb.se

Emelie Pagels  
Tel: 0735429755  
Mail: s163688@student.hb.se

## BILAGA IV



HÖGSKOLAN I BORÅS

### *Samtyckesformulär*

Jag har tagit del av medskickad information angående fokusgruppsstudien om barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor vid förlossning när barnmorskan och kvinnan talar olika språk och jag är väl införstådd med informationen. Jag är även medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva motivera mitt val. Jag har också fått information om vilka jag ska vända mig till för eventuella frågor kring studien.

Jag samtycker till att delta i studien

Namn .....

Namnförtydligande .....

Ort och datum .....

Med vänliga hälsningar

Camilla Magnusson  
Tel: 0708833999  
Mail: s153237@student.hb.se

Emelie Pagels  
Tel: 0735429755  
Mail: s163688@student.hb.se