

# Djupintervjuer med somaliska barnaföderskor i Sverige. Ny riskgrupp inom mödrahälsovården?

**Birgitta Essén   Jonathan Friedman   Sara Johnsdotter**  
**Saemundur Gudmundsson   Birgitta Hovelius**  
**N-O Sjöberg   P-O Östergren**

Det har visat sig att kvinnor från Afrika söder om Sahara, är den invandrargrupp som har en ökad risk för perinatal död. Djupintervjuer med somaliska kvinnor visar, att de har vanor och strategier under graviditeten som skiljer sig från det svenska mönstret. Kvinnorna äter mindre för att de vill ha små barn och lätt förlossning. De är också rädda för kejsarsnitt, vilket de sätter i samband med mödradödlighet. Dessa strategier ses som friska faktorer i hemlandet Somalia. I Sverige däremot, kan det vara möjligt att dessa faktorer i stället leder till en ökad risk för förlossningskomplikationer.

Birgitta Essén är doktorand, N-O Sjöberg är professor och Saemundur Gudmundsson docent vid Institutionen för obstetrik och gynekologi vid Universitetssjukhuset MAS, Malmö. Birgitta Hovelius är professor och P-O Östergren docent vid Samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset MAS, Malmö. Sara Johnsdotter är doktorand och Jonathan Friedman, professor vid Avdelningen för Socialantropologi vid Lunds Universitet, Lund.

## Inledning

Det är allmänt känt att hälsa i populationen varierar bland annat med etniskt och kulturellt ursprung. I samband med arbetskraftsvandringen till Sverige på 60 och 70-talet utfördes epidemiologiska studier över förlossningsutfall mellan svenskar och invandrade kvinnor. Studier kunde inte säkert påvisa några negativa skillnader mellan svenska och invandrade kvinnor (1). Undersökningar från 80-talet visade att var 10:e barnaföderska i Sverige var socioekonomiskt underprivilegerad (yrkesarbetande inom ett icke akademiskt område, boende i hyreslägenhet/trångbodd

och icke sammanboende med barnafadern eller ej nödvändigtvis svensk medborgare). Denna grupp löpte dubbelt så hög risk att föda för tidiga och lågviktiga barn jämfört med socioekonomiskt privilegerade kvinnor (yrkesarbetande akademiker boende i ägt hus/bostadsrätt, ej trångbodd samt sammanboende med barnafadern och svensk medborgare). Däremot påvisades inte någon skillnad i perinatal dödlighet, definierat som dött barn under graviditet, förlossning eller under första levnadsveckan (2).

En nyligen utförd registerstudie från Malmö

---

---

*Invandrade kvinnor, och då speciellt barnaföderskor från Afrika söder om Sahara (de flesta från Somalia), visade sig ha en fyra gånger ökad risk för perinatal dödlighet*

---

---

visade att 1/3 av barnaföderskorna var av utländsk börd. Invandrade kvinnor, och då speciellt barnaföderskor från Afrika söder om Sahara (de flesta från Somalia), visade sig ha en fyra gånger ökad risk för perinatal dödlighet. Risken för förhöjd perinatal dödlighet kvarstod även efter justering av bakgrundsfaktorer och obstetriska riskfaktorer (3).

I Sverige finns för närvarande knappt 20 000 somaliska invandrare och i Malmö utgör de ca 4% av förlossningspatienterna. Det är känt att begreppet "barnafödande" har en vidsträckt betydelse och innefattar allt från planering av barn till barnuppföstran och föräldraskap. Inom medicinsk forskning är det främst kvinnan och barnets hälsa som studerats. Inom sociologin har man främst intresserat sig för de förändringar barnafödandet betyder för modern och hennes omgivning. Sociala och kulturella kontexter har stor betydelse för den gravida kvinnan och varje land och kultur har sina egna traditioner kring barnafödandet (4). Att föda barn i ett främmande land är behäftat med stora omvälvningar och utmaningar för invandrarfamiljen. Studier av fertila kvinnor boende i Somalia har visat, att det finns en djup tradition av ett starkt, kvinnligt nätverk kring barnaföderskan, vilket är av stor betydelse i en miljö som annars präglas av hög spädbarns- och mödradödlighet. Hur detta nätverk ändras när de somaliska familjerna kommer till Sverige är föga studerat. I intervjustudien framkom också att det fanns en uppfattning hos de somaliska

kvinnorna om att "små barn ger små förlossningsproblem" och mer än 30% av de intervjuade kvinnorna hade frivilligt avstått från adekvat födointag under graviditeten i Somalia (5).

Utifrån den nyvunna kunskapen om den förhöjda perinatala dödligheten genomfördes en medicinskanthropologisk djupintervjustudie med somaliska barnaföderskor i Malmö. Syftet med denna studie var att få ökad kunskap om vilka attityder och upplevelser, som kan leda till ett visst beteende och strategimönster i samband med barnafödande och migration. Metoden sågs som ett nytt sätt att närma sig sambanden och orsakerna till den ökade perinatala dödligheten, vilka inte helt kunde förklaras av kända riskfaktorer.

## **Material och metod**

Kvalitativa djupintervjuer genomfördes under oktober 1998 till januari 1999 med 15 somaliska kvinnor boende i Malmö. En antropologisk medarbetare hade tidigare bott och arbetat i det invandrartäta området Rosengård i Malmö och hade där etablerat kontakter med invandrargruppernas intresseföreningar. Öppna möten ordnades tillsammans med olika somaliska föreningar där bakgrunden till studien och syftet med att intervjua kvinnor presenterades. Kvinnor, som hade erfarenhet från barnafödande i Somalia eller i Sverige, visade intresse att delta i studien. De 15 kvinnorna, som blev intervjuade, utgjorde en homogen grupp beträffande kulturell och religiös bakgrund. Deras ålder var mellan 20 och 55 år och de hade fött mellan ett och åtta barn. Deras sociala och demografiska bakgrund var heterogen, och likaså deras anledning för att migrera. Intervjuerna inleddes med frågor om bakgrund (ålder, uppväxtmiljö, utbildningsnivå, familjesituation och praktiserande reli-

gion). Därefter fokuserades intervjun på följande temata:

a) graviditets- och förlossningsupplevelser i hemlandet och i Sverige

b) sociala nätverk i Sverige och i hemlandet (skillnader i umgänge, vilka personer träffar man ofta, vem som rådfrågas)

c) synen och föreställningar om kost och lämpliga vanor under graviditet

d) mötet med mödra- och perinatalvården (vårdutnyttjande, kvinnans upplevelser av vårdkvalitet och förväntningar)

Samtliga intervjuer utfördes med simultantolkning. Tolken hade förberetts grundligt om studiens bakgrund och tema. Intervjuerna tog mellan 60 och 120 minuter och bandades. Den svenska versionen blev därefter transkriberad. Intervjuerna karaktäriserades av en öppenhet för nya idéer och uppföljande frågor. Den svenska texten analyserades därefter av en multidisciplinär forskningsgrupp bestående av antropologer, epidemiolog, allmänläkare och förlossningsläkare. Utifrån de ovan beskrivna teman blev texterna kodade för centrala element av två oberoende medarbetare. Texterna bearbetades med inspiration av hermeneutisk tolkningsmetod. Informantens erfarenhet och upplevelser om graviditet och förlossning analyserades utifrån händelsernas kontext i Somalia och Sverige.

## Resultat

### Graviditetsupplevelser

Av de somaliska kvinnorna hade inte alla erfarenhet av organiserad mödravård i Somalia, däremot hade alla deltagit i det svenska

---

*Förstod inte innebörden av graviditetsövervakning om hela graviditeten förlöpte normalt*

---

---

*Få kvinnor kunde komma ihåg någon relevant rådgivning från barnmorska eller förlossningsläkare beträffande graviditeten eller förlossningen*

---

mödravårdsprogrammet och majoriteten av kvinnorna var nöjda med vården. Några kvinnor uttryckte dock, att de inte förstod innebörden av graviditetsövervakning om hela graviditeten förlöpte normalt.

”Vad skulle mina vänner i Somalia säga om jag gick den långa vägen till sjukhuset för att bli kontrollerad och bara fick beskedet att allt var okey med graviditeten? Somaliska kvinnor går inte alltid till läkaren. Vi räknar de 40 veckorna för oss själva och om något går fel, ja då känner vi av det själva.” (Kvinna A)

Få kvinnor kunde komma ihåg någon relevant rådgivning från barnmorska eller förlossningsläkare beträffande graviditeten eller förlossningen. Det var t ex ingen kvinna som kunde erinra sig om att ha blivit informerad om rätten till smärtlindring eller vilken typ av smärtlindring som erbjuds inom den svenska förlossningsvården.

”Jag kan inte komma ihåg att de berättade något betydelsefullt för mig. Jag förstår egentligen inte varför jag måste gå till barnmorskan och ta blodprover. Jag tycker ni är snälla här i Sverige, men jag vill verkligen veta varför jag behöver alla dessa kontroller.” (Kvinna B)

Många kvinnor besvärades av graviditetsillamående. Några sa, att de upplevde illamåendet mer besvärande i Sverige än vad de gjorde i Somalia, och att det ledde till fler besök på sjukhuset.

”Under fyra månader kräktes jag. Jag förstår inte varför. Svenska kvinnor verkar aldrig lida av illamående och kräkningar. De kör ju bil och cyklar helt obesvärat när de är gravida. Här i

Sverige har jag mött många somaliska kvinnor som blivit inlagda på sjukhuset. Det verkar vara en katastrof. Även om jag var illamående i Somalia kunde jag ändå syssla med det jag ville. Det är inte så när jag befinner mig här i Sverige.” (Kvinna C)

Nästan alla kvinnorna var bekanta med vana att äta mindre under graviditeten i tron att detta skulle leda till ett mindre barn, vilket i sin tur skulle ge upphov till färre förlossningskomplikationer, t ex kejsarsnitt. En informant sa:

”Under graviditeten åt jag lite. Jag är rädd för stora bristningar och att bli förlöst med kejsarsnitt.” (Kvinna D)

En annan sa följande:

”Det är inte bra att bebisen växer för mycket. Då blir förlossningen svår. Jag har aldrig tänkt på omskärelsen som ett problem, men jag vill verkligen ha en lätt förlossning och därför är det bra att få ett litet barn.” (Kvinna E)

### Förlossningserfarenheter

Majoriteten av kvinnorna uttryckte stor glädje över sina graviditeter. Parallellt med denna glädje berättade de också om en oro och rädsla över förlossningsrisker. En del kvinnor berättade att de bad intensivt före förlossningen. Några kvinnor uttryckte att en förlossning var ett tillstånd mellan liv och död:

”Det enda jag tänkte på under förlossningen var rädslan att dö. En gång var jag tillsammans med min väninna och plötsligt började hon känna förlossningsvärkar och hon for till sjukhuset. Samma dag dog hon och hennes barn.” (Kvinna G)

---

*Nästan alla kvinnorna var bekanta med vana att äta mindre under graviditeten i tron att detta skulle leda till ett mindre barn, vilket i sin tur skulle ge upphov till färre förlossningskomplikationer, t ex kejsarsnitt*

---

Flertalet av kvinnorna uttryckte en rädsla för kejsarsnitt, och de kunde lätt minnas en somalisk kvinna i deras bekantskapskrets som dött i barnsäng hemma i Somalia. En informant som blev kejsarsnittförlöst för första gången i Sverige berättade följande:

”Först blev jag chockad. Jag kommer inte att överleva, tänkte jag med detsamma. Sedan kom doktorn och pratade med mig och berättade att inget farligt skulle hända mig. Jag förstod inte allting och jag uppfattade det som om jag inte hade något val. Jag tänkte på kvinnor i Somalia som jag kände och som inte hade överlevt kejsarsnittförlösningar. Efter operationen tyckte jag att det inte var så svårt längre.” (Kvinna I)

En annan kvinna uttryckte följande:

”Kejsarsnitt är en mardröm. Jag kände en kvinna som inte överlevde en kejsarsnittförlösning. Och om man överlever kejsarsnittet så ger det andra problem. Det måste ju gå två eller tre år innan man får lov att bli gravid igen.” (Kvinna J)

Många kvinnor var nöjda med bemötandet från förlossningspersonalen. Kritiska röster kom dock från en del kvinnor som kände att personalen ibland saknade kunskap om handläggning av könsstympade kvinnor. Å andra sidan associerade ingen av kvinnorna könsstypning med förlossningskomplikationer. En kvinna berättade:

”I mitt hemland är det så väldigt vanligt med omskärelse. Alla kvinnor är ju omskurna så ingen tänker på vad som händer på grund av detta under förlossningen. När vi kommer till Sverige så möter vi folk som hela tiden pratar om att könsstypning skulle orsaka risker under barnafödandet. Vi tror inte så mycket på det.” (Kvinna L)

En ny roll för den somaliske mannen i Sverige beskrevs av informanterna. En del berättade att männen hade aktivt deltagit under förlossningen i Sverige till skillnad mot i

Somalia. Detta beskrevs som en ny, positiv erfarenhet av kvinnorna:

"Det bästa är förstås att du har din familj runt omkring dig under förlossningen. Då känner man sig säker. Barnmorskan känner ju inte mig, så de vårdar mig inte på samma sätt." (Kvinna G)

En annan kvinna berättade:

"Min man var den enda nära anhörig som fanns med mig här i landet. Så han stannade hos mig under hela förlossningen. Jag tror att det var bra för honom att se mig med förlossnings-smärtor. Jag tror att han i framtiden kommer att förstå mig bättre om hur svårt det är att föda barn." (Kvinna H)

## Diskussion

I denna studie uttrycker somaliska kvinnor några av sina vanor och attityder under barnafödandet i Sverige alternativt i Somalia. I intervjuerna framkom en företeelse som var känd bland många av kvinnorna. Strategin var, att frivilligt avstå från adekvat energiintag under graviditeten för att få små barn. Små barn ansågs leda till lättare förlossningar och framför allt ett sätt att undvika kejsarsnitt.

### Mötet med mödravården

Generellt var kvinnorna mycket positiva till den svenska mödra- och förlossningsvården. De flesta såg graviditetsövervakningen som något positivt och som en allmän rutinkontroll, men mödravården sågs inte som ett självklart forum för att ta upp graviditetsproblem. Somaliska kvinnor verkar inte helt ha tagit till sig syftet med den mödravård som erbjuds till alla gravida kvinnor i Sverige. En av faktorerna till detta kan vara språksvårigheter, som i sin tur kan leda till suboptimal graviditetsövervakning och försämrat förlossningsutfall (6). Användning av auktoriserade tolkar vid möte med invandrarkvinnan som ännu inte lärt sig svenska borde vara en rutin som kan

---

---

*Det framkom en ny kunskap om en allmän rädsla för kejsarsnittförlossningar bland barnaföderna*

---

---

underlätta integrationen inom mödravården.

### Graviditets- och förlossningsstrategier

Bland kvinnorna fanns en allmän uppfattning om, att åt man mindre under graviditeten skulle detta leda till mindre barn. Ett litet barn skulle vara en garanti för en lätt förlossning. Denna strategi kan ses som rationell för kvinnor som kommer från ett land med en av världens högsta mödradödlighet (1.100 per 100.000 levande förlossningar) (7). Studien belyser att vården inte förbättras enbart med medicinska insatser utan man måste även ta kvinnornas kulturella och sociala bakgrund i beaktande (8). Det framkom en ny kunskap om en allmän rädsla för kejsarsnittförlossningar bland barnaföderna. Även denna attityd bör ses mot samma bakgrund som beskrivits ovan. Intervjustudier med somaliska kvinnor som utvandrat till USA visade, att kvinnorna valde att bli förlösta av förlossningsläkare som hade en konservativ hållning till kejsarsnitt (9). Dessa strategier bör ses som överlevnadsfaktorer i Somalia, men i Sverige kan de tänkas leda till ökad risk för perinatal död. Bättre upplysning om de medicinska orsakerna för kejsarsnitt och säkerheten i Sverige bör ges så tidigt som möjligt under graviditetskontrollerna för att öka tryggheten hos de invandrade kvinnorna.

### Olika attityder

Ingen av kvinnorna associerade könsstympning med förlossningskomplikationer. Könsstympning i sig kan inte anses som en förklaring till kvinnornas olika strategier för att

uppnå en säker förlossning. Studier från Indien, där könsstympning inte tillämpas, har visat samma fenomen på reducerat matintag hos gravida för att undvika kejsarsnitt (10). Eftersom nästan 100% av kvinnorna i Somalia är omskurna kan detta vara en förklaring till att de inte själva sätter stympningen i relation till medicinska problem. Å andra sidan finns risken att svensk förlossningspersonal, med ringa erfarenhet om traditionerna kring könsstympning, lägger en alltför stor vikt vid detta.

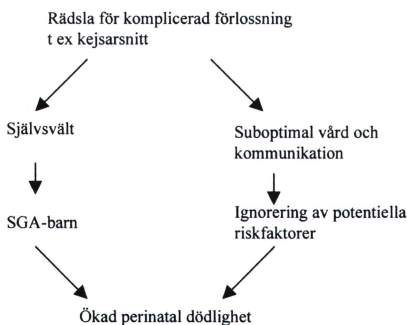
### Konklusion

De somaliska kvinnorna beskrev attityder och strategier kring barnafödandet, som inte tidigare beskrivits av barnafödskor i Sverige. De beskrivna vanorna måste ses mot kvinnans bakgrund. De kommer från en miljö med extremt hög mödradödlighet. Kvinnorna beskriver att för dem är en trygg förlossning lika med en normal, vaginal förlossning. De minskar därför matintaget för att få små barn och på så sätt undvika kejsarsnitt för att modern och barnet inte skall dö ("friskfaktor"). Denna studie genererade hypotesen över en tänkbar

relation mellan attityder och strategier under graviditet och den förhöjda perinatala dödligheten (Figur 1). Somaliska barnafödskor måste komma till insikt med, för dem, fördelar med den nya mödravården i Sverige. Så länge de inte konfronteras med nya idéer och strategier bibehålles vanorna från Somalia. De s k "friskfaktorerna" från Afrika blir annars riskfaktorer i det nya hemlandet Sverige.

### REFERENSER

1. Aurelius G, Ryde-Blomqvist E. Pregnancy and delivery among immigrants. *Scand J Soc Med*, 1978;6(1):43-8.
2. Socioekonomiska förhållande och förlossningsutfall i Sverige. EpC-rapport 1996:2.
3. Essén B, Lindqvist P, Östergren P-O, Hanson B, Gudmundsson S. Increased perinatal mortality among sub-Saharan African women in a city-population in Sweden, 2000. *Acta Obstet Gynecol*, 2000;79:734-43.
4. Sachs L. Fertility and Birth in an Unfamiliar Environment: The case of Turkish Migrant Women in Sweden. *Ethnos*, 1986 vol. 51:2-3.
5. Muhiddin Omar M. Womens health in rural Somalia. Lic. avhandling. Inst för Epidemiologi och Folhälsovetenskap Umeå Universitet, 1994.
6. Zeitlin J, Combiere E, De Caunes F, Papiernik E. Socio-demographic risk factors for perinatal mortality - a study of perinatal mortality in the French district of Seine-Saint-Denis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1998;77:826-35.
7. World Health Organization. Maternal mortality: A global fact-book. Abou Zahr C, Royston E, editors. WHO Genève, Offset Publication; 1991:217-19.
8. Kirby JP, The Islamic dialogue with African traditional religion: divination and health care. *Soc. Sci. Med.*, 1993; 36(3): 237-47.
9. Beine K, Fullerton J, Palinkas I, Anders E. Conceptions of prenatal care among Somali women in San Diego. *J Nurse Midwifery* 1995; 40:376-81.
10. Bruun Nielsen B. To deliver a small baby is easy, but to save a small baby is difficult. Community studies on antenatal care in rural Tamil Nadu, South India. (PhD thesis). Faculty of sciences Aarhus University, Denmark, 1998.



Figur 1. Hypotetiskt samband mellan de somaliska kvinnornas strategier och försämrat förlossningsutfall.