

**Gynækologisk og obstetrisk afdeling  
Fredericia og Kolding Sygehuse  
Vejle Amt**

## **Rapport**

**Fødselsforberedelse for etniske minoriteter på Kolding sygehus  
Juli - December 2005.**

Udarbejdet af  
Projektjordemoder Anette Rasmussen  
Vejledere:  
Udviklingssygeplejerske Tove Birkebæk Thomsen  
Instruktions- og udviklingsjordemoder Margrethe T. Justesen

Eventuelle henvendelser vedrørende projektet bedes venligst stilet til:

Afdelingsledelsen

Gynækologisk og obstetrisk afdeling

Fredericia og Kolding sygehuse

Skovvangen 2 - 8

6000 Kolding

## Indholdsfortegnelse

|   |         |
|---|---------|
| <b>Resume</b> .....   | Side5   |
| <b>Indledning</b> .....   | side 7  |
| <b>Baggrund</b> .....   | side 7  |
| - Undersøgelse blandt jordemødrene på Fredericia og Kolding sygehuse    |         |
| <b>Problemformulering</b> .....   | side 9  |
| <b>Formål med projektet</b> .....                                       | side 9  |
| <b>Mål med projektet</b> .....  | side 9  |
| <b>Metode</b> .....   | side 10 |
| - Udvalgelse  |         |
| - Etik  |         |
| - Roller under interview  |         |
| - Transskribering   |         |
| - Validitet   |         |
| - Begrænsninger   |         |
| <b>Begrebsdefinition</b> .....  | side 12 |
| - Kultur  |         |
| - Etnisk  |         |
| - Fødselsforberedelse   |         |
| - Svangreomsorg   |         |
| <b>Interviewundersøgelse af kvinder med anden etnisk baggrund</b> ..... | side 13 |
| Deltagere og forudsætninger   |         |
| <b>Resultater</b> .....   | side14  |
| - Kvindernes viden om graviditet  |         |
| - Kvindernes viden om fødslen   |         |
| - Kvindernes viden om amning og barselsperioden                         |         |
| - Kvindernes motivation for fødselsforberedende undervisning            |         |
| - Hindringer for at deltage i fødselsforberedelse                       |         |
| - Praktiske foranstaltninger for at kunne deltage i fødselsforberedelse |         |
| - Kvindernes forventninger til emner for fødselsforberedelse            |         |
| - Omskæring af piger  |         |
| <b>Konklusion af interview</b> .....                                    | side 20 |
| <b>Patientspørgeskema</b> .....   | side 21 |

|   |         |
|---|---------|
| <b>Fødselsforberedelsen</b> .....   | side 22 |
| - Deltagelse  |         |
| - Delkonklusion på deltagelse   |         |
| - Emner   |         |
| - Fødselsforberedelse I   |         |
| - Konklusion fødselsforberedelse I  |         |
| - Fødselsforberedelse II  |         |
| - Delkonklusion på fødselsforberedelse II   |         |
| - Fødselsforberedelse III   |         |
| - Delkonklusion på fødselsforberedelse III  |         |
| - Samlet evaluering af fødselsforberedelsen   |         |
| <br>  |         |
| <b>Gunilla Henrikssons et al, Viden og forandring</b> .....                             | side 28 |
| Sammenfald af fund mellem Henrikssons og denne undersøgelse                             |         |
| <br>  |         |
| <b>Konklusion</b> .....   | side 30 |
| <br>  |         |
| <b>Anbefalinger</b> .....   | Side 31 |
| <br>  |         |
| <b>Perspektivering</b> .....  | side 32 |
| - Samarbejde med praktiserende læger  |         |
| - Asylcentre.   |         |
| - Inddragelse af mændene i fødselsforberedelse.   |         |
| - Undervisning af læger, jordemødre, social - og sundhedsassistenter, og sygeplejersker |         |
| - Amning  |         |
| - Kvinderne i undersøgelsen   |         |
| <br>  |         |
| <b>Præsentation af projekt</b> .....  | side 34 |
| <br>  |         |
| <b>Referencer</b> .....   | side 35 |
| <br>  |         |
| <b>Bilagsliste oversigt</b> .....   | side 37 |

## Resume

### Introduktion:

På Fredericia og Kolding Sygehuse har jordemødrene, i deres arbejde med gravide etniske minoriteter, oplevet, at disse kvinder i stort omfang udebliver fra konsultationer og fødselsforberedelse. Dette giver øget risiko for komplikationer og problemstillinger i forløbet af graviditet, fødsel og barselperioden for både kvinden/familien og sundhedspersonalet.

Der har således været et ønske om at undersøge 'Hvordan kan det være, at kvinder med anden etnisk baggrund ikke møder op til fødselsforberedelse, og hvordan vurderer de en fødselsforberedelse, som er tilrettelagt ud fra deres behov?'

Der blev bevilliget økonomisk støtte af Sundhedsstyrelsen til at lave et projekt målrettet gruppen af etniske minoriteter.

### Materiale og metode:

Der er søgt litteratur og gennemført en spørgeskemaundersøgelse af jordemødrene omkring emnet inden projektet start. Den kvalitative metode blev valgt til at undersøge problemstillingen, altså det semistrukturerede interview.

Kriterierne for udvælgelsen til interview var bl.a. at det både var førstegangs- og flergangsfødende kvinder, at de har prøvet at føde i eget hjemland.

Der deltog tolk til de kvinder, der har behov for dette.

Der er lavet 5 interviews ud af 7 planlagte.

### Resultater:

Kvinder af anden etnisk herkomst end dansk, har ikke tilstrækkelig viden om graviditet, fødsel og barsel. Endvidere mangler de generelt viden om deres egne rettigheder og om sundhedssystemets tilbud til gravide. Der er således i høj grad et behov for, at kvinderne får disse informationer.

Kvinderne møder ikke op til fødselsforberedelsen bl.a. på grund af, at de ikke ved den finder sted. På Kolding Sygehus bliver fødselsforberedelse tilbudt via opslag på opslagstavlen, suppleret med den enkelte jordemoders information om dette under konsultationer.

Kvinderne med tolkebehov informeres ikke mundtligt om tilbuddet, da jordemoderen ganske korrekt vurderer, at kvinden ikke vil have udbytte af at deltage i den sædvanlige fødselsforberedelse.

De kvinder, der bliver informeret om tilbuddet, er ofte tilbageholdende med at melde sig til, da der er tale om hold, hvor der også deltager mænd, hvilket i nogle kulturer er en hindring for deltagelse. Nogle kvinder taler et godt "hverdagsdansk", men vil alligevel ikke kunne få fuldt udbytte af at deltage i en normal fødselsforberedelse.

Det er svært at deltage på et fødselsforberedelsehold, med op til 25 personer, uden at miste nogle af informationerne, idet der bliver brugt fagudtryk, ord og vendinger, der er fremmede, og som kræver uddybning. De vil endvidere komme til at skille sig ud i gruppen, da de har helt andre behov og forudsætninger for at deltage, end den typiske danske kvinde.

Det blev derfor tidligt i forløbet klart, at der måtte laves en fødselsforberedelse udelukkende målrettet kvinder med anden etnisk herkomst end dansk.

I de tre afholdte fødselsforberedelsesforløb blev det klart, at det er svært at samle en homogen gruppe, da kvinderne kommer fra vidt forskellige kulturer. En bosnisk kvinde har andre behov og forudsætninger end en somalisk kvinde.

Det blev også klart, at der skulle afsættes en del tid til at forklare fagudtryk, og for at skabe rammer for en dialogbaseret undervisning. Det er derfor ikke hensigtsmæssigt med mere end 4-5 kvinder af

anden etnisk baggrund i en gruppe. Denne gruppestørrelse vil også optimere muligheden for at opnå et tillidsfuldt forhold til kvinderne. Det ville være ønskeligt, at der altid var tolk tilstede.

Der fandtes konkrete problematikker i de forskellige etniske grupper. Eksempelvis genoplever en omskåren somalisk kvinde ofte traumat fra omskæringen under fødslen.

Kultur og traditioner fra kvindernes hjemlande er ikke som i Danmark, hvilket kan medføre ”kultursammenstød”. Kvinderne har eksempelvis svært ved at forstå, at de helst skal amme umiddelbart efter fødslen, og at raske flergangsfødende med rask barn bliver udskrevet fra sygehuset indenfor 24 timer.

Man kan dårligt forstille sig, at én jordemoder skulle kunne være ekspert i samtlige kulturelle minoriteters traditioner, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt, at kvinderne blev visiteret til konsultationer efter oprindelsesland / verdensdel. Man kunne dele de gravide kvinder i grupper fra de arabiske lande, Somalia, Tyrkiet og andre, og lade fire jordemødre have ansvaret for denne opgave.

Alle kvinderne fandt, at fødselsforberedelse er vigtig, men selvom de blev specielt inviteret til at deltage i fødselsforberedelsen var fremmødet ikke tilfredsstillende.

Under evaluering af fødselsforberedelserne blev der påpeget af kvinderne, at jordemoderen (sundhedspersonen) skal være bestemt og præcis i sine formuleringer for ikke at blive misforstået. Der må gerne siges ”*du skal komme*”, når det i virkeligheden også er det, der menes. Der blev udtrykt tilfredshed med indholdet af fødselsforberedelsen, som var afstemt efter kvindernes ønsker og jordemødrenes observationer. Fødselsforberedelsen blev tilrettelagt om formiddagen og under de omstændigheder (på sygehuset), som kvinderne havde udtrykt ønske om.

Det dårlige fremmøde kan tilsyneladende ikke tilskrives undervisningsform eller indhold. De kvinder, der i forlængelse af undervisningen fik tilbudt deres jordemoderundersøgelse, mødte også alle op til undervisningen. Man kan derfor forestille sig, at fødselsforberedelsen afholdes som en del af en gruppekonsultation.

For yderligere at sikre kvindernes fremmøde, skal aftaler være både skriftlige og mundtlige.

### **Anbefalinger**

- Kvinder med anden etnisk baggrund får tilbud om gruppekonsultation, med indlagt fødselsforberedelse med tolk.
- Grupperne bør mødes på sygehuset i formiddagstimerne, og så vidt muligt uden for ramadanen for de muslimske kvinders vedkommende.
- Ud over de sædvanlige emner bør jordemoderen i fødselsforberedelsen have fokus på den telefoniske kontakt til sygehuset, således at kvinden ikke føler sig afvist ved denne kontakt med fødegangen.
- At de forskellige nationaliteter visiteres til hver deres jordemoder, således at denne efterhånden bliver ”en ekspert” for den enkelte gruppes specielle behov og udtryksmåder.
- Alt skriftligt materiale bør uddybes mundtligt.
- På fødegangen bør jordemoderen være opmærksom på at tilbyde kvinder af anden etnisk baggrund diverse smertelindring, afføringsmiddel m.v.
- Den verbale omsorg må jordemoderen supplere med tilpasset fysisk og psykisk tilstedeværelse.
- Jordemoderen bør også være opmærksom på de traumer kvinderne kan genopleve efter omskæring som barn herunder tilbud om pudendusblokade/ forhåndsaf tale om kvinden skal klippes op før fødslen og evt. en resuturering.

## **Indledning**

På Fredericia og Kolding Sygehuse har jordemødrene, i deres arbejde med gravide etniske minoriteter, oplevet at disse kvinder i stort omfang udebliver fra konsultationer og fødselsforberedelse.

Dette giver anledning til bekymring for, om disse kvinder bliver rustet godt nok til fødslen og barselsperioden. Desuden kan man være bekymret for, om risikogravide blandt denne gruppe kvinder bliver opdaget.

Gensidig mangel på kulturel forståelse, har jordemødrene klart fornemmet som årsag til, at disse kvinder ikke får optimal omsorg.

På denne baggrund blev der søgt om økonomisk støtte hos Sundhedsstyrelsen, til at lave et projekt målrettet gruppen af etniske minoriteter (projekt Migrant-Friendly Hospital j.nr 0-314-6/2/MBT). Der blev bevilliget et tilskud på 200.000 kr., til gennemførelse af projektet, inkl. aflønning af en projektjordemoder.

Dataindsamlingen, transskribering, analysen og fortolkning er udarbejdet af projektjordemoderen. Rapporten er udarbejdet i samarbejde mellem projektjordemoderen og udviklingssygeplejersken.

## **Baggrund**

I takt med at det danske samfund bliver mere og mere mangfoldigt, mærker vi på Fredericia og Kolding sygehuse, at der kommer flere fødende med en anden etnisk baggrund end dansk.

Flere undersøgelser viser, at forløbet af graviditet, fødsel og barselsperioden, hos kvinder af anden etnisk minoritet, har større eller mindre grader af komplikationer, end hos danske kvinder. Der ses:

- Graviditetskomplikationer (Jeffers, Bollini)
- Flere børn med lav fødselsvægt og en øget perinatal mortalitet (Waterstone)
- En prædikator for fødselsdepression (Glasser)

**Årsagen** til dette kan bl.a. findes i

- Det kulturelle og ritualer aspekter vedrørende fødsel, barsel og sproglige barrierer mellem kvinden og personalet
- Forskellige sygdoms og sundhedsopfattelser
- Kvinderne tager ikke imod tilbud om fødselsforberedelse (i samme udstrækning som danske kvinder)
- Manden måske ikke vil have, at kvinden deltager i fødselsforberedelse, hvor han og andre familiemedlemmer ikke kan holde øje med hende
- Kvinden får fødselsforberedelse af familiens kvinder med en viden, indsigt som er forældet og/eller ikke i forhold til danske normer og tilbud

Konsekvensen er, at disse kvinder ikke modtager information og undervisning om forebyggelse og sundhedsfremme i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, altså en sufficient svangreomsorg af en jordemoder. I forløbet oplever både kvinden, familien og personalet, at det bliver svært (Olesen).

Det er således et problem, at kvinder med anden etnisk baggrund end dansk, ikke møder op til fødselsforberedelse, når vi ved, at det har en positiv indflydelse på danske kvinders fødselsoplevelse.

Litteraturen understreger vigtigheden i fødselsforberedelse af den gravide kvinde. Heri understreges at fødselsforberedelsen kan forebygge fødselsdepressioner, fremme den vigtige første mor-barn kontakt og samarbejdet mellem kvinden og jordemoderen under fødslen. Fødslen bliver mindre kompliceret i forhold til kvinden, barnet og jordemoderen (Olesen, Bowall).

### **Undersøgelse blandt jordemødrene på Fredericia og Kolding sygehuse.**

Sommeren 2005 blev der lavet en spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige jordemødre på Fredericia og Kolding sygehuse med det formål, at få deres synsvinkel på problemets omfang og kompleksitet. Desuden deres forslag til hvordan og hvilke emner, der bør indgå i en kulturel tilpasset fødselsforberedelse.

Spørgeskemaet var delt op i to sider. Side 1 var målrettet jordemødre i konsultation og fødselsforberedelse; side 2 var målrettet forløbet på fødegangen og inkluderede alle jordemødrene der (se bilag 3).

Besvarelsesprocenten var 33.

#### **Resultat fra konsultationer:**

- Kvinder med tolkebehov tilbydes ikke fødselsforberedelse på linie med danske kvinder.
- Kvinder med tolkebehov tilbydes ikke alternativ fødselsforberedelse.
- Kvinder uden tolkebehov deltager meget sjældent i alm. fødselsforberedelse.
- Konsultationer med kvinder af anden etnisk oprindelse er meget tidskrævende, ofte udebliver kvinderne
- Jordemødrene manglede viden om kvindernes kultur, baggrund og evt. traumer.

#### **Resultat fra fødegang:**

- De sproglige problemer fylder meget
- Kulturelle problemstillinger
- Kvinder af anden etnisk oprindelse modtager ikke den samme omsorg på fødegangen som danske kvinder
- Sproglige problemer hindrer den verbale omsorg og humor

**Jordemødrenes forslag til emner i fødselsforberedelsen:** er de samme emner som danske kvinder undervises i. De foreslår også at der undervises i danske normer, og procedurer på fødegangen og barselgangen.

En undersøgelse viser, at somaliske kvinder er mere motiverede for at modtage undervisning om bl.a. graviditet og fødsel, i perioden mellem to graviditeter (Rambøl s.31). Vi kan således spørge, om tilbudet om fødselsforberedelse på Fredericia og Kolding sygehuse er placeret på et forkert tidspunkt i kvindernes 'livscyklus'?

Ud fra ovenstående ville det være interessant at undersøge om, at kvinder med anden etnisk baggrund, ved at deltage i fødselsforberedelse, vil minimere eller fjerne de nævnte komplikationer og problemstillinger i forløbet af graviditet, fødsel og barselperioden.



Problemstillingens fulde kompleksitet er ikke muligt at omfatte i dette projekt, derfor koncentrerer projektet sig om følgende

### **Problemformulering:**

**'Hvordan kan det være, at kvinder med anden etnisk baggrund ikke møder op til fødselsforberedelse, og hvordan vurderer de en fødselsforberedelse, som er tilrettelagt ud fra deres behov?'**

### **Formål**

At undersøge hvordan fødselsforberedelsen, for en gruppe kvinder med anden etnisk baggrund end dansk, kan tilrettelægges, således at de i fremtiden deltager i denne, og at der på sigt ses en positiv effekt ved, at der er færre komplikationer og problemstillinger i forløbet af graviditet, fødsel og barselperioden for både kvinden/familien og sundhedspersonalet.

### **Mål**

Fødselsforberedelsen tilrettelægges, således at kvinderne ønsker at modtage dette tilbud.

Vigtige emner for disse kvinder er indeholdt i en fødselsforberedelse.

Fødselsforberedelsen er tilpasset den enkelte kvinde og/eller gruppe af kvinder.

Fødselsforberedelsen finder sted, når kvinderne er mest motiverede for at modtage undervisning om graviditet, fødsel og barsel.

Fødselsforberedelsen opleves som meningsfuld for den enkelte kvinde.

Indirekte kan projektet være med til at mindske de kulturelle barrierer mellem kvinder af anden etnisk baggrund og sundhedspersonalet, ved at give kvinderne et tilbud om kulturelt tilpasset fødselsforberedelse.

Dette er dog ikke projektets primære formål, og hvis der skal arbejdes videre med dette aspekt, vil det kræve en målbevidst indsats, i forholdet til sundhedspersonalet holdninger og viden om andre kulturer.

## Metode

Det metodemæssige valg til besvarelsen af problemformuleringen tager udgangspunkt i at undersøge kvinden af anden etnisk baggrunds oplevelse og forståelse af problemstillingen, således er valget en kvalitativ metode – det semistrukturerede interview.

Det semistrukturerede interview er en af flere metoder inden for den kvalitative metode.

Begrundelsen for valget af det semistrukturerede interview er, at der er en fælles systematik i alle interviews, idet de samme temaer indfanges i dem alle via interviewguiden. Der er mulighed for, at det individuelle kommer med og/eller interviewer har mulighed for yderligere uddybning i kvindens udsagn.

I den udarbejdede interviewguide forsøges indfanget, hvordan kvinden af anden etnisk baggrund ønsker at fødselsforberedelsen tilrettelægges, således at de bliver motiveret for at deltage i dette sundhedsfremmende tilbud.

Hvilke emner ser de som vigtige? Hvad vil det sige, at den enkelte kvinde oplever en tilpasset fødselsforberedelse? Hvilke barrierer er der i kvindens livssituation, som måske gør, at hun ikke kan deltage?

Interviewer indleder interviewet med at informere om formålet med undersøgelsen, hvilke emner der vil blive berørt, hvordan data vil blive renskrevet, anonymiseret og bånd efterfølgende bliver slettet.

Ved afslutningen af interviewet er der mulighed for, at den enkelte kvinde kommer med yderligere eller andre fortællinger, som kunne være relevante i forbindelse med graviditet og fødsel.

## Udvælgelse

Det har ikke været muligt, indenfor projektets tidsmæssige og økonomiske begrænsninger, at finde en repræsentativ gruppe kvinder fra et bestemt land til interview. Kvinderne er derfor udvalgt efter interesse i at deltage i projektet.

Kontakten til kvinderne har fundet sted, i den specielt oprettede jordemoderkonsultation<sup>1</sup> for gravide kvinder med anden etnisk baggrund.

Dette kan være et kritikpunkt, idet en kvinde fra Somalia måske ikke ser på fødselsforberedelse, som en kvinde fra Serbien.

Det, de har tilfælles, er, at de begge er kvinder af anden etnisk baggrund og er gravide. Derfor forløber der i projektperioden en spørgeskemaundersøgelse, hvor bredden af problemstillingen i forhold til fødselsforberedelsen søges indfanget.

Kriterierne for udvælgelsen til interview er:

- både førstegangs- og flergangsfødende
- har prøvet at føde i eget hjemland
- accepteret vilkårene for at deltage

Der er tolk til de kvinder, der har behov for dette.

Den udarbejdede semistrukturerede interviewguide og spørgeskemaet fremgår af bilag 2 og 4.

---

<sup>1</sup> I forbindelse med dette projekt er der oprettet en jordemoderkonsultation for gravide kvinder med anden etnisk baggrund.

## **Etik**

Kvinderne er informerede om projektets formål, tavshedspligten, og at de ikke vil kunne genkendes i den endelige rapport (se bilag 1). Brevet bliver oversat mundtligt af tolk for de kvinder, der ikke kan læse dansk.

Der indgår ikke følsomme personoplysninger som navn eller cpr. på interviewpersonerne eller de kvinder, der indgår i spørgeskemaundersøgelsen, hvorfor det ikke er nødvendigt at indberette til datatilsynet (Datatilsynet).

## **Roller under interview**

Interviewer (projektjordemoderen) og moderator (udviklingssygeplejersken) skal skabe et socialt rum med en god stemning, og være opmærksom på relationen mellem den interviewede kvinde og interviewer/moderator og tolk.

Projektjordemoderen interviewer evt. gennem tolk, hvis kvinden ikke forstår dansk.

Udviklingssygeplejersken er opmærksom på relationen, stemningen, det nonverbale sprog, og har øje på båndoptager, mikrofon og sikrer, at alle interviewspørgsmålene fra interviewguiden besvares.

## **Transskribering**

Kvale anbefaler, at interviewer selv transskriberer båndene (Kvale), da der allerede her sker en første bearbejdelse af udsagnene.

Projektjordemoderen transskriberer, og i samarbejde med udviklingssygeplejersken rettes til og/eller fortolkes de ord, som er utydelige, bl.a. ved hjælp af nedskrevne noter fra interviewene. Transskriberingsreglerne følges, således at alle udtryk, herunder pauser, er markeret, teksten er skrevet fuldt ud, og ingen reduktion finder sted.

Det transskriberede er herefter samlet i de kategoriserede emner ud fra spørgeguiden.

Konklusionerne er underbygget af patientudsagn. Den fulde tekst af det transskriberede findes i bilag 14-18.

## **Validitet**

Validitet handler om undersøgelsesresultatets troværdighed, og hvorvidt man undersøger det, der er undersøgelsens formål.

De indsamlede data er troværdige, idet transskriberingen ligger uredigeret som bilag.

Der har været mulighed for, under interviewene, at stille uddybende spørgsmål og sikre, at interviewer har forstået svarerne korrekt.

Validiteten kunne have været højere, hvis de interviewede kvinder havde haft mulighed for at læse første udskrift af interviewene, og dermed havde kunnet korrigere evt. misforståelser.

Fortolkning og analyse af data er foretaget af projektjordemoderen. Som nævnt i ovenstående, er data kategoriseret og systematiseret for at få et overblik over dataindsamlingen.

## **Begrænsninger**

Det har kun været muligt, at bruge den kvalitative metode i forhold til et mindre antal kvinder, hvilket betyder, at undersøgelsen ikke er repræsentativ for alle kvinder af anden etnisk baggrund.

Det har ikke været undersøgelsens formål, at kortlægge en repræsentativ viden om fødselsforberedelse blandt de gravide etniske kvinder.

Flere adspurgte gravide kvinder har sagt nej til at deltage i undersøgelsen grundet generthed, manglende tid, ramadanen<sup>2</sup> eller aktiveringstilbud.

---

<sup>2</sup> Ramadanen: hvert år faste måned, som varer en måned, men falder på forskellige tidspunkter. Fasten er fra solopgang til solnedgang.

Mening og betydning kan være tabt, hvor der har været anvendt tolk (en enkelt gang), eller hvor der, på trods af at kvinden taler godt dansk, alligevel må omformuleres, for at spørgsmålet er forståeligt for kvinden.

Interviewer og moderator er begge kvinder, hvilket helt klart har været en fordel, idet kvinderne i høj grad, via deres kropssprog, viste at de slappede af, grinede, og fortalte om graviditet og fødsel på en naturlig måde.

Interviewer var kvindernes konsultationsjordemoder, hvilket ligeledes har været en fordel, da kvinderne allerede havde opbygget et tillidsfuldt forhold til hende. Samtidigt kan det også være en begrænsning, idet kvinderne af den grund kan være tilbageholdende med kritik.

## **Begrebsdefinitioner**

### **Kultur**

Der findes et utal af definitioner, men i denne sammenhæng vælges Eide og Eides definition:

*De ideer, værdier, regler, normer, koder, symboler som et menneske overtager fra den foregående generation, og som man forsøger at bringe videre – ofte er noget forandret – til den næste generation*

(Eide og Eide, side 253)

Der er ikke noget med brydninger eller fornyelse i denne definition, men den illustrerer meget godt, at det som kolliderer, når vi kommunikerer med kvinder af anden etnisk baggrund er: de forskellige forståelsesrammer og traditionerne.

Den engelske antropolog Edward Tylor's definition:

*Kultur er den komplekse helhed, der består af viden, trosretninger, kunst, moral, ret og sædvaner, foruden alle øvrige færdigheder og vaner, et menneske har tilegnet sig som medlem af et samfund.*

(Eriksen, side 37)

### **Etnisk**

*Betyder oprindeligt hedning (græsk), kom senere til at betyde folk eller folkeslag.*

*Etnicitet anvendes i dag i betydningen: kulturforskelle, der gøres relevante i samvær.*

*Etniske grupper og grænser defineres indefra som noget subjektivt.*

*Etniske grupper påberåber sig fælles og eksklusiv oprindelse, som de ikke deler med andre.*

(Eriksen side 57-51)

### **Fødselsforberedelse**

Sundhedsstyrelsen angiver anbefalinger for jordemoderens tilrettelæggelse af fødselsforberedelse samt dens overordnede indhold.

Således siges f.eks.

*Fødsels- og forældreforberedelsen tager udgangspunkt i deltagernes egne oplevelser, erfaringer og behov.*

(Svangreomsorg, Retningslinier og redegørelser side 50-51)

### **Svangreomsorg**

*Et samlet begreb for sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperioden.*

(Svangreomsorg, retningslinier og redegørelser side 3)

## **Interviewundersøgelse af kvinder med anden etnisk baggrund Deltagere og forudsætninger**

Der er lavet 5 interviews ud af 7 planlagte:

- En 1. gravid fra Bosnien (I 5, 0-P, Bosnien, 24 år, 3 år i DK.)
- En 2. gangs gravid fra Bosnien (I 3, 1 - P, Bosnien, 22 år, 5 år i DK., T)
- En 3. gangs gravid fra Tyrkiet (I 1, 2 - P, Tyrkiet, 29 år, 11 år i DK., T)
- En 3. gangs gravid fra Somalia (I 2, 2 - P, Somalia, 32 år, 8 år i DK.)
- En 9. gangs gravid fra Somalia (I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)

### **Forklaring til parenteser:**

I 1, I 2 osv. står for interview nummer,

1 - P, 2- P står for Para<sup>3</sup>. Derefter følger oprindelsesland og antal år i Danmark. Hvor der var behov for tolk, er det markeret med T.

Parenteserne vil stå efter hvert citat fra pågældende.

En 1. gangs gravid af arabisk afstamning bosiddende på asylcenter udeblev 2 gange.

En 2. gangs gravid af serbo-kroatisk afstamning bosiddende på asylcenter blev udvist af DK før interview.

De flergangsfødende havde 3 af dem født samtlige af deres børn i DK. Interview person (I 4) havde født 1 barn i Somalia og 1 barn i Etiopien.

Religiøse tilhørsforhold: Alle var muslimer.

Tolk blev brugt ved 1 bosnisk kvinde. Der var endvidere ønsket tolk ved kvinden fra Tyrkiet, men en mandlig tolk mødte. Kvinden afviste denne tolk, grundet køn, så interviewet blev gennemført uden tolk. Spørgsmålene måtte omformuleres for at fremme forståelsen, men indholdsmæssigt betød de det samme.

3 nævnte dansk som 2. sprog, Ingen nævnte engelsk, tysk eller andre som 2. eller 3. sprog.

De somaliske kvinder brugte ikke tolk. De gav udtryk for, at de gerne ville begå sig uden tolk.

1 bosnisk kvinde havde arbejdet hårdt på at lære dansk den første tid i landet, og hun var nu efter 3 år i DK, den der talte bedst dansk af de 5 interviewpersoner.

I alle interviewene blev spørgsmål af og til omformuleret for forståelsens skyld.

De interviewede kvinder talte åbent om selv intime emner, og udviste stor tillidsfuldhed i både tale og kropssprog. De virkede alle oprigtigt interesserede i, at bidrage med deres synspunkter i håbet om at forbedre vilkårene for sig selv og andre gravide kvinder med anden etnisk baggrund.

Interviewene foregik på Kolding Sygehus i et uforstyrret lokale.

Alle havde før interviewene fået skrivelse om interviewets formål, dog fik en enkelt gennemgået skrivelserne med sin tolk, umiddelbart før interviewet.

---

<sup>3</sup> Para – fødende, kvinde med flere forløsnings med levedygtig foster, I-para førstegangsfødende, kvinde der har født ét barn, II-Para andengangs fødende, kvinde der har født to børn, etc. (medicinsk ordbog).

## Resultater

### Kvindernes viden om graviditet

To af de fire kvinder, som tidligere har født i DK, har i den forbindelse deltaget i fødselsforberedelse, og har derigennem lært noget om graviditet. Ingen har deltaget i fødselsforberedelse ved 1. graviditet i landet.

Alle kvinder gav udtryk for, at have lært noget om graviditet hos projektjordmoderen under konsultationen.

To har, i første graviditet, ikke oplevet at have fået noget at vide om graviditet hos deres jordemoder. Den ene fordi hun fødte i 7. måned; den anden kom til landet, da hun var 4 måneder henne og fik ingen information om graviditet via jordmoderen.

Alle har fået oplysninger om graviditet fra familie eller venner.

Familiens og venners råd om graviditet var f.eks.:

*Det var sådan, at da jeg fortalte, at jeg var blevet gravid, så fortalte de om hvordan det var. At man kaster op, men det går over. Man skal spise vitaminer og spise sundt. Og man skal ikke ryge cigaretter og drikke. Selvom jeg ikke røg cigaretter, så fortalte de, at dét skal man ikke (I 2, 2 - P, Somalia, 32 år, 8 år i DK.)*

En fik, ved 1. fødsel, vejledning af en jordemoder i et sundhedscenter i Somalia. Der blev spurgt om det, hun havde lært om graviditet i Somalia, var tilsvarende det, hun havde fået at vide ved hendes graviditeter i Danmark.

*Ja, det ligner hinanden. Men du får mere hjælp i Somalia. F.eks. hvis du er træt, hun(jordmoderen) sørger for, du får hjælp til at slappe af. Du bliver indlagt på sygehuset, eller hun finder nogen, der kan hjælpe dig. Hvis du ikke har familie, der kan hjælpe, så hjælper jordmoderen. Men har du familie, så hjælper familien (I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)*

Endvidere fortalte hun, at i Somalia havde jordmoderen sagt, at hun ikke måtte blive gal, for så kunne blodtrykket stige.

(I 2, 2 - P, Somalia, 32 år, 8 år i DK.) og (I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.) har begge tidligere deltaget i fødselsforberedelse i Danmark og syntes, det var godt. På spørgsmålet om de lærte noget nyt, svarer den ene:

*Jeg kunne godt lide der var gymnastik (I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)*

Kvinderne har fået viden om graviditet fra jordemoder i konsultationen på sygehuset, fra venner og fra familie. Viden fra familie og venner harmonerede stort set med det jordmoderen fortalte den gravide kvinde. Ovenstående viser ikke, om kvindens viden om graviditet er suffcient.

Det var overraskende, at den somaliske kvinde fandt hjælpen i graviditeten i hjemlandet bedre end her. Det kan give en forståelse for, at når hun udtrykker, at hun er træt, kan det være en appel til jordmoderen om at hjælpe hende.

Vi kan ikke tilbyde at indlægge hende under graviditeten, men vi kan bl.a. spørge ind til ressourcer i nærmiljøet (familie, venner), som kan være en hjælp for kvinden.

To ud af fire kvinder har deltaget i fødselsforberedelse ved 2. graviditet her i landet, men ikke ved den første graviditet. To kvinder havde tolkebehov og havde ikke deltaget i fødselsforberedelse. Det kunne tyde på en sproglig barriere, der har forhindret kvinderne at gå til fødselsforberedelse. Dette understøttet af, at den 1.gangs gravide, der er sproglig velfunderet, ønsker at deltage i fødselsforberedelse før kommende fødsel.

Det er bekymrende, at en gravid, der kommer til landet i 4. graviditets måned ikke får information om graviditet af sin jordemoder (I 3, 1 - P, Bosnien, 22 år, 5 år i DK, T). Det er en fejl i vores system.

### **Kvindernes viden om fødslen**

To af de flergangsfødende gav udtryk for, at de have lært noget om fødslen hos jordemoderen, under deres fødsel i Danmark.

En anden flergangsfødende fik al sin information, i forbindelse med første fødsel, af sin svigerinde, hvilket hun dog gav udtryk for, var mangelfuld information.

Alle får oplysninger om fødslen fra familien. Der siges indirekte, at denne information ikke er sufficient. Dette kan bl.a. illustreres ved følgende fortælling om en kvindes første fødsel i Somalia.

*Første gang, jeg var på sygehuset, var jeg meget bange, fordi jeg ikke vidste, hvad der skulle ske. Hun (mor) spurgte, hvorfor jeg smider noget slim væk. Hvis du smider det væk, skal du vente lang tid, hvis du ikke smider det væk, skal du kun vente kort tid. Da jeg gik til sygehuset, var jeg bange. Klokkeren var nok 5, og min mor sagde, at jeg nok fødte klokken 2. Vi sad og ventede udenfor lægen, hende, min mand og jeg, og jeg var bange.*

*Da jeg havde været inde ved lægen, spurgte min mor, hvad lægen havde sagt. Og jeg sagde, at lægen havde sagt, at jeg skulle gå hjem, for jeg skulle ikke føde nu. Fordi jeg var så bange.*

*Jeg vidste ikke, han havde talt med min familie, så jeg kunne ikke snyde dem. De sagde, at han havde fortalt, at jeg skulle føde. Jeg råbte nej!*

*Jeg gik ud og sad udenfor med min lillesøster, og hun spurgte, hvorfor jeg sagde ahh ahh? Og hun spurgte, hvorfor jeg havde gået med en mand? Hun sagde, når du går med en mand, så får du veer, og det gør ondt. Jeg sagde, hold din kæft.*

*Så kommer fostervandet udenfor. Og min mor sagde, skynd dig at komme indenfor, nu kommer barnet. Og jeg råbte, nej, nej, nej. Så kom jordemoderen ud til mig og sagde, kom nu. Bagefter hjalp hun mig, og det gik fint*

(I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)

Denne fortælling illustrerer for det første, at kvinden var angst på grund af manglende viden om hvad der skulle foregå, samt at den viden hun havde fra sin mor ikke var tilstrækkelig, på trods af at hun betegnede moderen, som en der havde hjulpet til ved mange fødsler.

Kvinden, der ved første fødsel sagde, at hun slet ingen information fik om fødslen hos jordemoderen, og fik al information fra sin svigerinde.

*Ja, jeg fik al information fra hende, men det var ikke helt grundigt*

(I 3, 1 - P, Bosnien, 22 år, 5 år i DK., T)

Den information kvinderne får om fødslen fra deres familie og venner, er tilsyneladende ikke god nok. Den information de får hos jordemoderen i Danmark, må man gå ud fra er i orden, om end vi endnu ikke ved, om den er tilpasset disse kvinders behov.

## **Kvindernes viden om amning og barselsperioden**

Kvindernes erfaringer (fra deres første fødsel i DK) er, at de har fået en mangelfuld, eller slet ingen, information om amning og barselsperiode, hverken før eller efter fødslen. De har alle fået mere eller mindre kvalificeret information fra andre i omgangskredsen.

Med baggrund i deres hjemlands kultur harmonerer disse erfaringer kun delvist med vores viden om det gode ammeforløb. Dette skaber misforståelser og mistillid til det danske sundhedspersonale og specielt, hvor der samtidigt er sproglige barrierer.

Den tyrkiske kvinde fortæller om vejledningen om amning og ernæring til sin præmature førstefødte.

*Tolken kom ikke...Jeg var 19 år. Jordemoderen talte om sutteflaske...det forstod jeg ikke...Jeg spurgte min mor i Tyrkiet, om det var rigtigt, om barnet skulle sutte eller ikke sutte, når barnet var syg...altså lille...og min mor hjalp mig*  
(I 1, 2 - P, Tyrkiet, 29 år, 11 år i DK., T)

Bliver spurgt: *Så der var noget personale, her i Danmark, der prøvede at forklare dig det, men du kunne ikke forstå det?*

Hvortil hun svarer:

*Ja, sådan var det!*  
(I 1, 2 - P, Tyrkiet, 29 år, 11 år i DK., T)

En anden fortæller, at hun kom til landet, da hun var 4 måneder henne i graviditeten, og hun fik ingen information om graviditet, fødsel eller barsel før fødslen på sygehuset. Hun fortæller videre, at hun ikke fik vejledning om amning på barselsafdelingen.

*Jeg ville hjem efter 3 dage*  
(I 3, 1 - P, Bosnien, 22 år, 5 år i DK., T)

En anden fortæller om hendes amme - og barselserfaringer:

*Når jeg fødte der(Somalia), lå jeg i sengen i 40 dage. Jeg skulle bare bruge tid på at amme. Familien gjorde alle de andre ting. De siger, at hvis man ikke slapper af, kan det være farligt, så kommer der måske blod ud.*  
*I Somalia, ved første barn, gav de vand. Eller mælk. Indtil der er mælk i brystet. Men i Danmark siger de: nej det må du ikke. Du skal amme. Første gang blev det svært, for jeg sagde, jamen jeg har ikke mælk endnu. Men hun sagde: det kommer, det kommer. Men det kom ikke. Barnet græd meget. Og når man gav noget, så faldt det i søvn. Og det græd og græd og jeg var bekymret. Så jeg sagde at jeg gerne ville hjem. Så jeg kunne komme hjem og give barnet mad. For jeg kunne ikke få det på sygehuset. Men hun sagde: Nej du skal vente og slappe af. Jeg sagde til min mand at den danske jordemoder ikke ville give mig mad til barnet, så han skulle købe noget til mig. Men han sagde nej, du skal vente. Og jeg sagde hold din kæft. Og til sidst, hvor barnet græd, gik jeg ud og råbte, og de kom med lille bitte smule mælk i et bæger. Jeg sagde, at det ikke var nok. Men hun sagde det var nok. Og jeg gav det, og det faldt i søvn. Men mælken kom først efter 3 dage. Og det gjorde meget meget ondt i mit bryst. Og i 3 dage, kan du ikke sulte dit barn (I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)*

Den somaliske kvinde har en anden erfaring fra sit hjemland, hvor man giver barnet tilskud indtil mælken er løbet til. Derfor kan det være svært for hende at forstå, at barnet ikke bør have tilskud, jf. danske vejledninger (Sundhedskomiteen). Dette kræver en information, som hun tydeligvis ikke har fået eller forstået? Det er således ikke ensbetydende med, at kvinderne ikke behøver vejledning, selvom de har erfaring med amning.



Det er derfor vigtigt, at jordemoderen ikke stiller sig tilfreds med, at kvinden siger, at hun har ammet sit barn så og så længe sidste gang. Hun bør derimod spørge ind til, hvordan hendes tidligere ammeforløb har været, og hvad hun ved om amning generelt.

Ligeledes skal der fortælles om og undervises i, hvad hun skal forvente under barselsopholdet her i landet, således at der ikke opstår unødvendige konflikter mellem parterne, og at kvinderne får tillid til personalet.

### **Kvindernes motivation for fødselsforberedende undervisning**

Samtlige kvinder, bortset fra en anden gangs fødende, vil gerne deltage i fødselsforberedelse.

*Hvis jeg havde fået tilbuddet med første barn, ville jeg gerne. Men jeg synes jeg er mere erfaren efter at have fået et barn, så der er ikke noget nyt behov*

(I 3, 1 - P, Bosnien, 22 år, 5 år i DK., T)

De to somaliske kvinder (der venter henholdsvis 3. og 9. barn/deltaget tidligere i fødselsforberedelse ved henholdsvis 2. og 4. graviditet) ville gerne deltage igen, idet de mente, at de kunne lære noget nyt.

Man kan således ikke tage som en selvfølge, at flergangsfødende ikke føler og mener, at de kan lære noget nyt, og derfor undlade at opmuntre dem til at deltage i fødselsforberedelse.

En af grundene til, at de ikke tilmelder sig, kan være, de ikke læser opslaget på opslagstavlen, muligvis fordi de ikke kan læse dansk, og jordemoderen ikke informerer dem om muligheden for fødselsforberedelse. Det kan også skyldes, at kvinderne blot ikke forstår ordet fødselsforberedelse. Flere af kvinderne måtte under interviewet have ordet fødselsforberedelse oversat til undervisning eller skole, for at forstå betydningen. Eksempel på denne manglende forståelse for ordet siger en af kvinderne:

*Første gang fødte jeg for tidligt. Der studerede jeg ikke*

(I 1, 2 - P, Tyrkiet, 29 år, 11 år i DK., T)

Hvorvidt kvinderne ønskede individuel eller gruppe- fødselsforberedelse var ikke af afgørende betydning for dem.

### **Hindringer for at deltage i fødselsforberedelse**

#### Etniske grupper

Ingen giver udtryk for, at der er grupper af kvinder, de ikke kan eller må være sammen med.

En af de somaliske kvinder forklarer, at der, her i Danmark, ikke er noget problem med klaner, og at flere gifter sig på tværs af klaner.

*Men hvis det havde været i Somalia, ville det være et problem, på grund af magt o.s.v.*

(I 2, 2 - P, Somalia, 32 år, 8 år DK.)

En anden siger om det at være sammen med gravide fra andre lande:

*Nej der er ikke så mange her, så det kan man ikke undgå. Og hvis man vil have information om graviditet, så må man være sammen med dem der er gravid. (I 5, P 0, Bosnien, 24 år, 3 år i DK.)*

Vi kan tilsyneladende tilrettelægge fødselsforberedelse på tværs af nationaliteter. Dog er besvarelsesgrundlaget for begrænset til, at vi kan konkludere, om dette er gældende for andre end de involverede i denne undersøgelse.

## Familie

Ingen af de interviewede havde problemer med, at få familiens accept af at deltage i fødselsforberedelse. To nationaliteter troede dog, at det kunne være et problem, hvis mænd deltog i fødselsforberedelsen.

*Nej! Jeg bestemmer selv (er enlig mor)*

*Men hvis man har en mand, skal man fortælle hvad der foregår, og hvor man skal hen. Hvis man siger, man skal studere, vil de fleste sige det er ok. Men somaliere og arabere er lidt forskellige. Arabiske mænd bestemmer meget. Men somaliske mænd plejer ikke at bestemme. De respekterer hinanden og lytter til hinanden. Der er meget forskel. Araberne må ikke gå ud for deres mand, men vi må gå ud. Man skal stole på hinanden (I 2, 2 - P, Somalia, 32 år, 8 år i DK.)*

En anden somalisk kvinde, som tidligere havde deltaget i fødselsforberedelse, havde ikke sin mand med dengang, fordi han ikke var interesseret, men hun syntes, at det var dejligt, at der var mænd med.

Hun gjorde sig dog tanker om andre somaliske kvinders syn på dette. Hun troede, at mændene ville acceptere det, hvis kvinden ønskede at deltage.

*Men nogen vil være generte, hvis der kommer mænd. Der er noget gymnastik, du ikke kan lave, og du kan ikke lave det samme (I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)*

Den tyrkiske kvinde mente ikke, at nogen ville forhindre hende i at deltage i fødselsforberedelsen, når bare det foregik på sygehuset.

De bosniske kvinder mente ikke, at bosniske mænd ville forhindre deres ægtefæller i at komme til fødselsforberedelse.

*Det ville ikke være noget problem. Det har stor betydning, at manden er med til at støtte (I 3, 1 - P, Bosnien, 22 år, 5 år i DK., T)*

Tolken supplerer med sine oplevelser:

*Jeg synes, de bosniske mænd har haft lyst til at høre mere, og de fleste tager med til fødslen (Bosnisk tolk, uden for interview)*

Tilsyneladende kan denne gruppe af kvinder gå til fødselsforberedelse, uden at få problemer med deres familie.

Den somaliske kvindes udtalelse om de arabiske mænds dominans, kan ikke bruges som parameter, da det ligeså godt kan være en af hendes fordomme. Det har desværre ikke været muligt, at rekruttere arabiske kvinder til interview.

Det ser dog ud til, at jordemødrene må tage med i deres overvejelser, hvorvidt de bør lave grupper uden mænd, når de tilrettelægger fødselsforberedelse for kvinder fra andre kulturer.

## **Praktiske foranstaltninger for at kunne deltage i fødselsforberedelse**

Da interviewene forgik under ramadanen, kom samtalen ind på, om det kunne være et problem. En af de somaliske kvinder og den tyrkiske kvinde har disse udtalelser om dette:

*Jeg tror, de fleste somaliske kvinder vil sige, de har for travlt til at komme under ramadanen. Og de har mange børn. Mange somaliere har mange børn. Så kan det*

*være lidt svært at komme. For de skal lave frokost til dem. Og bagefter skal de lave mad til kl. 7, hvor de skal spise, når der er mørkt. Og de skal også have børnene i skole, så det kan være meget svært (I 2, 2 - P, Somalia, 32 år, 8 år i DK.)*

*Om aftenen må jeg ikke. Men eftermiddagen og formiddagen. Det må ikke være i ramadanen.*

*På sygehuset, ville være bedst (I 1,2 - P, Tyrkiet, 29 år, 11 år i DK., T)*

Hvis vi vil tage hensyn til kvindernes religiøse traditioner, bør der ikke planlægges fødselsforberedelse under ramadanen.

De fleste angav formiddagen, som det bedste tidspunkt at afholde fødselsforberedelsen.

Muligheden for at afholde fødselsforberedelse på skift i hjemmene, troede en af de somaliske kvinder, at det ville give for megen uro. Hun syntes derimod, at det kunne være en ide, at sammensætte en gruppe, bestående af unge gravide, der endnu ikke havde fået børn, med ældre kvinder, der var færdige med at få børn. De ældre vil gerne lære lidt om de nye ting, der er kommet til. Det kunne være en god ide, da alle får information fra deres familier. Det vil dog virke påfaldende, i en gruppe med vestligt orienterede kvinder, hvorfor det i givet fald skulle være en gruppe udelukkende med kvinder med anden etnisk herkomst end dansk.

Fødselsforberedelsen bør foregå på sygehuset, da flere gav udtryk for, at det blev accepteret af deres familie, når de skulle deltage i aktiviteter på sygehuset. Her er det underforstået, at de kunne få et forklaringsproblem, såfremt undervisningen foregik andre steder.

### **Kvindernes forventninger til emner for fødselsforberedelse**

Kvinderne kom med eksempler som kost, motion og graviditetsgener. Adspurgte gav de også udtryk for gerne at ville vide mere om fødselsens forløb, smertelindring, amning og barselsperioden.

*Det er meget vigtigt at få al information for hele perioden. For der er mange enlige damer fra forskellige lande, der ikke har nogen, der kan hjælpe dem. Man kan ikke udelukke nogen af perioderne, alt er vigtigt (I 3, 1 - P, Bosnien, 22 år, 5 år i DK., T)*

Denne kvinde havde ingen information fået af jordemødre, eller andet sundhedspersonale, ved første fødsel i Danmark.

De adspurgte kvinder var særdeles interesserede, og kom med flere ønsker og forslag til undervisningen.

Der var delte meninger om, hvorvidt det var en god ide at vise film. De fleste udtrykte, både i ord og kropssprog, modvilje mod at se fødefilm eller fotografier af fødsler.

*Nej! Ikke film. Jeg vil blive meget bange. Jeg besøgte min veninde, som havde veer i 2 dage, hun var meget syg, havde meget ondt. Det var hårdt at se på (I 1, 2 - P, Tyrkiet, 29 år, 11 år i DK., T)*

*Jeg tror, snak er bedst (I 2, 2 - P, Somalia, 32 år, 8 år i DK.)*

Den tyrkiske kvinde svarede tøvende, at det kunne være en idé at vise billeder, men mente dog, at hendes mand ville begære skilsmisse, hvis hun selv lod sig fotografere under fødslen.

Tegninger ville derimod være ok, hvis der ikke vises blod.

Der blev udvist en form for blufærdighed i forhold til at se fødsler. En somalisk kvinde fortalte, at hendes søn havde set en fødsel på TV, og opfordret hende til at komme og se med.

Hun viste klart med sit kropssprog, at det var ubehageligt for hende (holdt hænderne for øjnene og sagde nej, nej).

Da der er forskel på, hvorvidt kvinderne ønsker at se film, bør man som udgangspunkt bruge andre medier end film, til at illustrere fødslerne med f.eks. tegninger eller vore modeller af graviditet og fødselsvej.

Man kan så spørge den enkelte, om hun ønsker at se film.

Der blev ytret ønske om at lave gymnastik, og flere nævnte motion som et vigtigt emne.

En somalisk kvinde fortalte, at hun havde lært, at gravide kvinder skulle holde sig i ro.

Hun fortalte videre, at hun havde sagt til de ældre kvinder, at i Somalia var det varmt, og de skulle ikke lave så meget for at svede. Hvorimod man i Danmark var nødt til at lave gymnastik for at komme til at svede. På denne måde fik hun så, med respekt for familiens ældre, argumenteret for gymnastik.

Alle kvinderne siger meget bestemt, at det er vigtigt at få viden om, hvad der sker under graviditet, fødsel og barsel. Der er kun en enkelt, der er bekendt med, at der allerede eksisterer tilbud om fødselsforberedelse.

### **Omskæring af piger**

Efter at båndoptageren blev slukket, fortalte de to somaliske kvinder om omskæring. De havde fået foretaget omskæring som 8 og 10 - 11 år gammel. De havde fået det foretaget af deres moder. De havde begge været bedøvet. Den ene kunne ikke huske selve indgrebet, men huskede smerterne efter indgrebet. Den anden var ikke tilstrækkeligt bedøvet, hvilket gjorde at hun følte smerterne også under indgrebet. Smerteoplevelserne fra dengang dukkede op i dem under fødslen. De mente, at det var vigtigt, at jordemoderen havde denne viden om kvinder, der var omskåret. Således at hun kunne støtte og aktivt forsøge at smertelindre. Deres egne piger skulle ikke omskæres.

### **Konklusion af interview**

Alle de interviewede, med en enkelt undtagelse, ønskede fødselsforberedelse. Alle havde også, et mere eller mindre udtalt behov for fødselsforberedelsen. De informationer, de fik fra familie og venner, var utilstrækkelige.

Noget tyder på, at vi har svært ved at formidle viden om graviditet, fødsel og barsel til førstegangs-fødende af anden etnisk oprindelse, især hvis der også er sproglige problemer. Dette gør sig gældende såvel før som efter fødslen. Denne gruppe kvinder bør derfor have speciel opmærksomhed.

Man kan ikke forvente, at flergangsfødende har tilstrækkelig og korrekt viden om alle relevante og vigtige emner i forhold til graviditet, fødsel og barsel.

Kvinderne har ingen problemer med at deltage, såfremt fødselsforberedelsen forgår på sygehuset, tidspunktet er bedst om formiddagen og udenfor ramadanen.

Fødselsforberedelsen måtte gerne forgå i grupper. Hvorvidt mænd kunne være med til fødselsforberedelsen, var afhængigt af de deltagende personers oprindelsesland.

Formidlingen om fødselsforberedelsestilbuddet skal være bedre.

Alle kvinderne svarede bestemt, at det var vigtigt at få viden om, hvad der skete under graviditet, fødsel og barsel.

Behovet for og ønsket om kulturelt tilpasset fødselsforberedelse er altså til stede. Det er således op til sundhedsvæsnet, hvorvidt behovet kan imødekommes.

### **Patientspørgeskema**

De kvinder, der af en eller anden grund ikke var visiteret til projektjordemoderen, fik af deres konsultationsjordemoder udleveret et spørgeskema (bilag 2).

Der blev returneret i alt 6 besvarelser.

Det er dog ikke muligt at konkludere noget ud fra disse besvarelser, da besvarelserne bærer tydeligt præg af manglende forståelse af spørgsmålene. Dog kan man udlede, at skriftligt materiale ikke kan stå alene, da man ikke kan forvente, at dette bliver forstået korrekt.

## Fødselsforberedelsen

Fødselsforberedelserne blev afholdt uden for ramadanen, på Kolding sygehus, med ca. en uges mellemrum. To af gangene fra kl.11-13 og en af gangene fra kl.10-12.

Der blev udarbejdet interviewguide til evaluering efter den sidste fødselsforberedelses seance (bilag 9). Transskriberet evaluering findes i bilag 19.

## Deltagelse

6 gravide kvinder<sup>4</sup> af anden etnisk baggrund blev inviteret skriftligt til at deltage i 3 x 2 timers fødselsforberedelse. Heraf 3 somaliske kvinder, alle flergangsfødende, 1 libanesisk førstegangsfødende (bosiddende på asylcenter), 1 bosnisk førstegangsfødende.

Heraf deltog:

- den bosniske kvinde alle tre gange på trods af, at hun var meget tidlig i graviditeten.
- en af de somaliske kvinder kom 2 gange og meldte afbud til 3. seance, men kom alligevel 1½ time for sent.
- en anden kom 2 gange, men udeblev uden afbud 3. gang.
- den sidste af de somaliske kvinder kom 1 gang, og meldte ikke afbud de sidste 2 gange.

Den libanesiske 1. gangs fødende mødte ikke op, og flere gange sendte asylcentret en tolk til hende. Projektjordemoderen var opmærksom på, at kvinden havde lang transportvej (asylcentret til Kolding sygehus). Derfor havde projektjordemoderen arrangeret, at kvinden kunne få sine jordemoderkonsultationer, samme dag som fødselsforberedelsen. Denne kvinde var den eneste, der var afhængig af tolkebistand, og som havde været kortest tid i landet.

## Konklusion på deltagelse

Det var skuffende, at deltagerantallet ikke var større, da der jo havde været et ekstraordinært fokus på fødselsforberedelsen for disse kvinder. De fire deltagere i interviews havde på forhånd indflydelse på indholdet i fødselsforberedelsens seancer.

Der blev, under evalueringen, talt om, det manglende fremmøde og de manglende afbud.

Forslagene til at ændre på tingenes tilstand, så man fik kvinderne til at komme, eller i det mindste til at melde afbud, strakte sig fra økonomisk straf, pointeringen af vigtigheden af at melde afbud, og til opringninger til de udeblevne, med forespørgsel om, hvorfor de ikke kom. Dialogen om disse forslag, er herunder vist i sin helhed, da den meget godt beskriver forskellene i kultur mellem den bosniske og den somaliske kvinde.

*Du skal sige til dem at det er vigtigt at de ringer til dig, hvis de ikke kommer*  
(I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)

*Du skal bare straffe dem. F.eks. sige de skal betale 200 kr. hvis de ikke kommer*  
(I 5, 0 - P, Bosnien, 24 år, 3 år i DK.)

*Nej, man kan ikke straffe dem. Hvis hun er gravid og hun er meget træt, så kan hun måske ikke huske at ringe* (I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)

*Hvorfor kan man ikke huske at ringe? Du er gravid, du er ikke handicappet*  
(I 5, 0 - P, Bosnien, 24 år, 3 år i DK.)

---

<sup>4</sup> De fire af dem havde deltaget i interviews med projektjordemoderen

*Du er et menneske, måske andre mennesker ikke har tid eller kræfter  
(I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)*

*Ja, men det tager 2 min. at ringe. Det kan alle klare  
(I 5, 0 - P, Bosnien, 24 år, 3 år i DK.)*

*Måske skal du bare ringe til dem og spørge, hvorfor de ikke kommer. Måske de har  
glemte det (I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)*

*Nej, det kan man godt huske. Man skal bare sætte en seddel på køleskabet. Man har  
alligevel mange sedler. Og når barnet kommer i skole, der kommer også sedler med  
forældremøder og sådan noget. Eller man kan sætte det ind på mobiltelefonen  
(I 5, 0 - P, Bosnien, 24 år, 3 år i DK.)*

*Ja, det kunne man godt. Men jeg tror, alle er forskellige. Nogen gange det er svært  
(I 4,8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)*

Det har ikke tidsmæssigt været muligt, at afprøve forslaget med opringninger, da der ikke er afholdt fødselsforberedelse efter evalueringen. Men det kan man overveje fremover.

Det er selvfølgelig muligt, at sige klart i jordemoderkonsultationerne, at de **skal** komme, eller at de **skal** melde afbud.

Det vil også være muligt, at ringe og høre, hvorfor de ikke kommer.

Derimod kan økonomisk straf for udeblivelse uden afbud ikke umiddelbart gennemføres, uden et lovindgreb.

Jordemoderen kan imidlertid godt, specielt ved de ”dyre” tolkekrævende kvinder, forklare de økonomiske og kulturelle aspekter ved en udeblivelse uden afbud, og på den måde forsøge at motivere kvinderne til at komme, eller i det mindste til at melde afbud.

## **Emner**

Emnerne i fødselsforberedelserne blev udvalgt, dels ud fra forslagene og ønskerne i interviewene, og dels ud fra de problemstillinger jordemødrene havde givet udtryk for, i deres besvarelser af spørgeskemaerne.

Desuden indeholdt fødselsforberedelsen de emner, der normalt undervises i, ved fødselsforberedelse anbefalet af sundhedsstyrelsen. Dispositioner til de tre forløb er vedlagt som bilag 6-8.

## **Fødselsforberedelse I**

Hovedemnet var graviditeten.

Der blev talt om kost, vitaminer, jern, calcium, levevis og graviditetsgener.

Emnet sund kost, blev understøttet af frisk frugt på bordet. Der blev debatteret ivrigt, hvad man selv kunne gøre for at undgå forstoppelse.

Risikoen for calciummangel hos kvinder, der går tildækkede, blev drøftet.

En af kvinderne havde hørt i medierne, at for megen kaffe og the kunne skade den gravide. Dette blev debatteret. Kaffe og the bliver ofte serveret til fødselsforberedelse, men i dette fødselsforberedelsesforløb blev det erstattet med vand og saft.

Rygning blev også berørt, selv om ingen af kvinderne var rygere. Der blev talt om, at vandpiberygning er lige så farligt som almindelig rygning. Passiv rygning blev diskuteret, hvilket en af kvinderne var udsat for i sit job.

Der havde været et ønske at lave gymnastik. Erfaring fra tidligere undersøgelser viser, at mange indvandrerkvinder har en begrænset kropsforståelse. Gymnastikken blev lette øvelser, der kunne reducere de almindeligste gener i graviditeten.

Der blev sat et tydeligt ”**Optaget**” skilt på døren, som desuden blev låst og hermed sikret uvedkomne forstyrrelser og respekt for blufærdighed.

Øvelserne blev lavet til græsk musik, hvilket var det mest kulturelt neutrale. Afslutningen var 10 min afslapningsøvelser.

Der var en kort mundtlig evaluering efter forløbet, hvor alle udtrykte stor begejstring for forløbet.

### **Delkonklusion fødselsforberedelse I**

Grundet det lave deltagerantal, var det i høj grad muligt at lave en dialogbaseret undervisning.

En anden fordel var, at det var muligt at spørge ind til, om det sagte blev forstået, hvilket ikke ville have været muligt i større grupper.

Det ville ikke have været muligt at inddrage den enkelte. Ingen af deltagerne havde tolkebehov, trods det viste det sig, at der var ting, der var vanskelige at forstå, uden uddybning. Der blev brugt en del tid på at sikre, at emnerne blev forstået korrekt.

Emnerne var stort set de samme, som til en gruppe danske gravide kvinder, men med fokus på de specielle problemstillinger disse kvinder gav udtryk for.

Moderator fra interview deltog og var med til at hjælpe under gymnastikken. Der var lidt problemer med kropsopfattelsen, således måtte de mundtlige instruktioner understøttes af fysiske anvisninger.

I denne sammenhæng var det også vanskeligt at overskue en større gruppe af kvinder. Man bør desuden være opmærksom på ikke at have et for stort og kompliceret program.

### **Fødselsforberedelse II**

Emnet var fødslen.

Der blev brugt undervisningsmodeller og plancher til at forklare fødselens fysiologi. Film og billeder var fravalgt grundet skepsis fra hovedparten af de interviewede kvinder.

Emnet smertelindring var der stor interesse for. Deltagerne gav udtryk for, at de ikke troede, at de kunne huske, hvad smertelindring hed, når de kom til fødsel. Dette måske betød, at de aldrig fik spurgt efter den smertelindring, som de troede, var godt netop for dem.

Der blev aftalt, at projektjordemoderen lavede et papir til næste gang, med en kort oversigt over de forskellige muligheder. Gerne med lidt billeder på.

De somaliske kvinder, der alle havde født før, gav udtryk for begejstring for muligheden for pudendusblokade og infiltrationsanalgese under presseperioden, hvilken de fandt den sværeste.

De var endvidere enige om, at et tilbud om afføringsmiddel ved ankomsten til fødegangen, burde være obligatorisk. De var selv for generte eller usikre til at bede om det, men fandt det meget vigtigt.

Der blev udleveret en information om, hvornår man skulle på fødegangen. Der blev pointeret mundtligt, at det er vigtigt at ringe før man ankommer. Idet uanmeldte fødende er et af de irritationsmomenter, der er nævnt i undersøgelsen fra jordemødrene på fødegangen.

Her kom debatten til at handle om, hvorvidt man fik lov at komme ind på fødegangen, når man ringede. Kvinderne følte, at jordemoderens spørgsmål i telefonen var et udtryk for, at de ikke måtte komme. Der blev drøftet baggrunden for spørgsmålene. De mest almindelige spørgsmål stod også på informationen (se bilag 10). De blev opfordret til at have disse svar parat, når de ringede ind.



Der blev lagt vægt på, at de selv skulle sørge for transport til fødegangen. Det har været et problem, at nogle kvinder havde rekvireret Falck, og der har efterfølgende været en diskussion om, hvem der skulle betale regningen.

Der blev talt om, at det var almindeligt på danske hospitaler, at der ikke kom mere end en eller to pårørende med til fødslen. Det ville være forstyrrende, hvis mange gæster går rundt på gangene (En af frustrationerne der kom til udtryk fra spørgeskemaundersøgelsen for jordemødrene).

Deltagerne prioriterede en rundvisning på fødegangen frem for gymnastik. Der var stor begejstring for de brede fødebrikse, blandt de flergangsfødende. Et emne, der også under interviewene havde fyldt meget, idet to af dem fandt de smalle brikse meget ubehagelige. I den forbindelse blev emnet alternative fødestillinger og fødsel i vand drøftet.

Der blev talt en del om at sige, hvad man ønskede under fødslen. Deltagerne var stort set enige om, at det fandt, de svært. De ville gerne, om jordemødrene var opmærksomme på, at komme med tilbud og forslag, som de så kunne sige til eller fra til.

Der blev evalueret kort, mundtligt. Alle gav udtryk for at de havde lært noget nyt. Specielt blev pudendusblokaden fremhævet igen, som noget de ikke vidste eksisterede.

### **Delkonklusion på fødselsforberedelse II**

Det var ikke muligt at overholde tidsrammen på 2 timer, idet spørgsmålene var talrige og lysten til at debattere stor.

Hvis fremvisning af fødegangen henlægges til et andet tidspunkt og man udelukker øvelser, vil det være passende med 2 timer. Alternativt kunne man udvide til 3 timers undervisning i denne del.

Også her ville det have været umuligt, at få overblik over den enkeltes forståelsesgrad, såfremt der havde været flere deltagere.

Det var i høj grad også en læring for jordemoderen, omkring kvindernes viden om emnet. Det viste sig, at selv 3. og 9. gangs gravide, manglede viden om fødsels fysiologi og omkring smertelindring.

Disse kvinder gav også udtryk for, at de havde lært noget nyt, som de kunne bruge i fødselssituationen: Hvad sker under fødslen og smertelindring.

Det er yderst vigtigt for kvinderne at få viden om disse emner, og at der afsættes rigelig tid, idet man skal starte helt fra bunden, bl.a. grundet den manglende kropsforståelse – og viden.

Undervisningsmodellerne viste sig, at være nyttige og gode redskaber til at skabe forståelse for emnet.

Debatten om, hvornår man skal på fødegangen, afdækkede ikke tidligere erkendt problemstilling. Nemlig at den første telefoniske kontakt til fødegangen kan skabe en mistillidsstemning, såfremt jordemoderen ikke gør opmærksom på, hvorfor hun spørger ind til situationen.

De flergangsfødende oplevede disse spørgsmål, som jordemoderens forsøg på at afvise dem. Derfor bør man gennemgå de standardspørgsmål før fødslen, således at man opnår dels, at kvinderne er forberedte og har svar på rede hånd, dels at den første kontakt opleves positivt.

Det kom bag på nogen, at man selv sørger for transport til fødegangen. Det bør man tale med kvinderne om i fødselsforberedelsen eller i konsultationerne.

Alle virkede ivrige efter at lære noget om emnerne.

Alle var så ivrige om at lære nyt, at de efterfølgende meldte sig på jordemodercentrets svømmehold.

### **Fødselsforberedelse III**

Emnet var amning, barselsperiode og den første tid hjemme.

Der var kun mødt en førstegangsfødende op i første omgang. Gennemgangen af amning og barselsperiode blev hurtigt overstået. Kvinden havde under interviewet givet udtryk for, at hun gerne ville se film, så fødefilmen ”fire fødsler” blev sat på videoen. Senere mødte den somaliske 9.

gangs gravide op. Hun havde under interviewet afvist at se film, men satte sig alligevel og så med. Hun var meget interesseret, og hun kommenterede filmen meget.

### **Delkonklusion på fødselsforberedelse III**

Det er vanskeligt at evaluere grundet det sparsomme fremmøde.

Det var interessant at se, at selvom kvinderne i første omgang havde givet udtryk for, at de ikke syntes film var en god ide, fik de alligevel en del ud af det. Måske skulle man tilbyde, at vise film i slutningen af en fødselsforberedelse, således at de, der absolut ikke ønsker at se det, kan gå. Filmen "fire fødsler" viste en kvinde der fik pudendusblokade. Dette blev igen taget imod med interesse.

*Det er den jeg gerne vil have*

(I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)

Filmen viser også billeder af den første mor og barn kontakt. Et emne der blev talt en del om. Den flergangsfødende sagde, at hun nu forstod bedre, hvorfor barnet skulle op på maven og sutte ved brystet, selvom der ikke var mælk.

### **Samlet evaluering af fødselsforberedelsen**

Der er ingen tvivl om, at såvel 1.gangs som flergangs gravide kvinder, med indvandrerbaggrund, har brug for fødselsforberedelse under en eller anden form.

Emnerne graviditet, fødsel og barselsperiode inkl. gymnastik og fremvisning af fødegangen er vigtige, da kvinderne generelt mangler viden om fødsels fysiologi, smertelindring og amning. Udarbejdet materiale om smertelindring er efterfølgende oversat til Somalisk, Tyrkisk, Arabisk og Bosnisk.

Det er også af stor betydning, at de informeres om den telefoniske kontakt til fødegangen, for at forhindre misforståelser. Dette kan gøres ved at udlevere standardspørgsmålene og en mundtlig forklaring. Det udarbejdede materiale af standardspørgsmålene er efterfølgende oversat til Somalisk, Tyrkisk, Arabisk og Bosnisk.

Det er tvivlsomt, om disse kvinder ville kunne få glæde af en fødselsforberedelse, hvor deltagerantallet er større end 5 - 6 personer, da det for jordemoderen ikke vil være muligt, at sikre at informationerne er forstået. Hvis flere af kvinderne skulle have tolkebehov vil dette yderligere vanskeliggøre overblikket.

Der er et økonomisk og kvalitetsmæssig perspektiv i dette. Det økonomiske perspektiv vil sandsynligvis være at det er uhensigtsmæssigt at afholde fødselsforberedelse for 2 - 3 kvinder af gangen, hvis der på trods af en tydeligere information til kvinderne ikke møder flere op.

Alternative former for fødselsforberedelse kan derfor være en overvejelse værd:

Enten må kvinderne have det individuelt i jordemoder konsultationen, eller man kunne lave gruppekonsultationer med deltagere fra samme oprindelsesland.

Her ville det så være praktisk, om en jordemoder f.eks. havde alle somaliske kvinder, så hun kunne samle en gruppe af disse.

Det er i interviewene kommet frem, at det er bedst at afholde fødselsforberedelserne på sygehuset, om formiddagen og uden for ramadanen. Såfremt der dannes en gruppekonsultation, kan man aftale det individuelt.

Det er nok tvivlsomt om det vil forhindre udeblivelse, men man kan evt. prøve med telefonisk kontakt til de udeblevne, som foreslået af en af deltagerne.

De kvinder, der kom til fødselsforberedelse, havde ikke behov for tolk, men når de talte sammen på modersmålet, var det svært for projektjordemoderen at orientere sig om, hvorvidt det var af

betydning for jordemoderens undervisning/vejledning. Her ville det være en fordel med en sproglig homogen gruppe, idet man så kunne bruge en tolk til hele gruppen.

### **Gunilla Henrikssons et al, Viden og forandring**

– en undersøgelse om flygtninge og indvandreres viden, holdning og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud.

Gunilla Henriksson har i sin undersøgelse interviewet indvandrere og flygtninge, og både kvinder og mænd fra Tyrkiet, Iran, Eksjugoslavien og Pakistan. I undersøgelsen indgår 75 kvinder (16 – 45 år) og 20 mænd (19 - 55 år).

Undersøgelsens resultat viste bl.a., at kvinderne ofte havde en mangelfuld viden om kroppens funktion, graviditet og fødsel, jf. undersøgelsen kunne dette skyldes, at dels foregår der ikke nogen formaliseret undervisning i emnerne i deres hjemlande, og dels kulturen ”*så længe man ikke er gift, er det ikke relevant at tilegne sig denne viden*” (Henriksson s.33). Kvinderne, fra Tyrkiet og Pakistan, skelner mellem, om man kommer fra byen eller fra landet. Disse informanter giver udtryk for, at kvinderne fra byerne er mere åbne og har større viden, end kvinderne fra landdistrikterne. Enkelte kvinder fra Iran og Eksjugoslavien udtrykte det samme.

Generelt kunne det siges, at jo mere veluddannede kvinderne var, jo større viden havde de også om kroppen og forplantningen, samt at jo yngre kvinderne var, jo større var også deres viden. Specielt blandt de pakistanske og tyrkiske informanter sås decideret ukorrekt viden om graviditet, fødsel etc. (Henriksson s.99).

Det var typisk, at kvindernes første undervisning i prævention, fødsel og graviditet skete i kontakten med den professionelle sundhedsperson: lægen, jordmoderen eller sundhedsplejersken (Henriksson s.34, s.99). Undtagelsen er de iranske kvinder, der gennemgår et kort obligatorisk kursus i disse emner inden, de indgår ægteskab.

I Danmark går den primære kontakt til sundhedsvæsnet via den praktiserende læge.

Henrikssons informanterne udtrykte stor tilfredshed med den vejledning og information, de fik ved den praktiserende læge. De gav udtryk for, at lægen var den mest troværdige og kompetente til at vejlede om prævention, graviditet og fødsel (Henriksson s.102).

Der ses, at den første professionelle vejledning om prævention, graviditet og fødsel sker i forbindelse med kontakten til jordmoderen (Henriksson s.103). Kendskabet til det danske sundhedsvæsens tilbud og den gravides rettigheder til disse tilbud viste sig at være mangelfuldt. Kvindernes basale viden om, hvad man må og ikke må som gravid, eller hvordan fødslen foregår, er lille. I undersøgelsen findes, at en af årsagerne er sprogproblemer i kontakten med sundhedsvæsnet, evt. grundet manglende tolkebistand, eller at tolken ikke selv har tilstrækkelig viden om anatomi og fysiologi og derfor ikke oversætter korrekt (Henriksson s.103).

De veluddannede og sprogligt velfunderede kvinder, tilegner sig reel viden gennem medier, bøger, og sundhedsvæsnet, mens de lavtuddannede, fra f.eks. Tyrkiet og Pakistan, får deres viden fra familie og venner.

### **Sammenfald af fund mellem Henrikssons og denne undersøgelse:**

Kvinder, der kommer fra by og land, har ikke samme viden.

Kommer kvinden fra byen, er det nærmest lig med en stor viden indenfor emnerne, hvilket hænger sammen med, at kvinderne i byen ofte er veluddannede.

*Nogen kan ikke læse, men de fleste kan. Jeg har boet i Mogadiscio og er gift der, og har også gået 3 år i gymnasiet der. Men nogen fra landet kan ikke læse, andre kan (I 4, 8 - P, Somalia, 38 år, 10 år i DK.)*

Begge undersøgelser viser, at kvindernes første egentlige undervisning i emner som prævention, fødsel og graviditet sker i kontakten med det professionelle danske sundhedsvæsen, repræsenteret af læge, jordemoder eller sundhedsplejerske.

Information om emnerne gives også til kvinderne af veninder og familiemedlemmer, men spørgsmålet er, hvor megen relevant viden, der er i disse informationer.

I denne undersøgelse har der ikke været fokus på den praktiserende læge. Henrikssons resultater kunne midlertidigt tyde på, at den praktiserende læge er en vigtig person at kontakte for jordemoderen. Gennem kontakten med den praktiserende læge, vil der være mulighed for at undervise og diskutere problemstillinger med den gravide kvinde, således at det obstetriske patientforløb for kvinder af anden etnisk baggrund optimeres.

*Hvis den praktiserende læge kunne melde damen her (på sygehuset), og så jordemodercentret tager kontakt til den gravide. Og måske sende brochure eller telefonnummer. Eller lægen kunne give information til dem om deres muligheder for at få mere at vide ved at komme i jordemodercentret*

(I 3, 1 - P, Bosnien, 22 år, 5 år i DK., T)

Det mangelfulde kendskab til sundhedsvæsenet tilbud samt rettighederne til disse, tilbud er sammenfaldne fund.

Der ses i begge undersøgelser, at kvinderne ofte ikke er klar over, at der findes et tilbud om fødselsforberedelse, hvilket bl.a. skyldes, at jordmøderne ikke informerer tilstrækkeligt om det, og at opslagene vedr. fødselsforberedelsen kun er på dansk, og de forstår ikke begrebet fødselsforberedelse.

*Jeg tror der er alt for lidt information om at muligheden er der (for fødselsforberedelse) Når man ikke kan dansk, læser man ikke opslagstavlen*

(I 3, 1 - P, Bosnien, 22 år, 5 år i DK., T)

I denne undersøgelse har der ikke været fokus på, om kvinderne har været veluddannede eller lavtuddannede. Der er dog en fornemmelse af, at der er overensstemmelse med Henrikssons undersøgelse, således at jo mere veluddannede kvinderne er, jo større er deres viden om graviditet, fødsel og barsel også.

## Konklusion

Ud fra denne undersøgelse, og understøttet af Henrikssons undersøgelse, kan der konkluderes: Kvinder af anden etnisk herkomst end dansk, ikke har tilstrækkelig viden om graviditet, fødsel og barsel. Endvidere mangler de generelt viden om deres egne rettigheder og om sundhedsvæsnets tilbud til gravide. Der er således i høj grad et behov for, at kvinderne får disse informationer. En information, de kunne få ved at deltage i fødselsforberedelse.

Kvinderne møder ikke op til fødselsforberedelsen bl.a. på grund af, at de ikke ved den finder sted. På Kolding Sygehus bliver fødselsforberedelse tilbudt via opslag på opslagstavlen, suppleret med den enkelte jordemoders information om dette under konsultationer.

Kvinder fra målgruppen, der taler godt dansk, læser tilsyneladende ikke opslagstavlen.

Kvinderne med tolkebehov informeres ikke mundtligt om tilbuddet, da jordemoderen ganske korrekt vurderer, at kvinden ikke vil have udbytte af at deltage i den sædvanlige fødselsforberedelse.

De kvinder, der bliver informeret om tilbuddet, er ofte tilbageholdende med at melde sig til, da der er tale om hold, hvor også mænd deltager, hvilket i nogle kulturer er en hindring for deltagelse. Nogle kvinder taler et godt ”hverdagsdansk”, men vil alligevel ikke kunne få fuldt udbytte af at deltage i en normal fødselsforberedelse.

Det er svært at deltage på et fødselsforberedelsehold, med op til 25 personer, uden at miste nogle af informationerne, idet der bliver brugt fagudtryk, ord og vendinger, der er fremmede, og som kræver uddybning. De vil endvidere komme til at skille sig ud i gruppen, da de har helt andre behov og forudsætninger for at deltage, end den typiske danske kvinde.

Det blev derfor tidligt i forløbet klart, at der måtte laves en fødselsforberedelse udelukkende målrettet kvinder med anden etnisk herkomst end dansk.

I de tre afholdte fødselsforberedelsesforløb blev det klart, at det er svært at samle en homogen gruppe, da kvinderne kommer fra vidt forskellige kulturer. En bosnisk kvinde har andre behov og forudsætninger end en somalisk kvinde.

Det blev også klart, at der skulle afsættes en del tid til at forklare faglige udtryk, og for at skabe rammer for en dialogbaseret undervisning. Det er derfor ikke hensigtsmæssigt med mere end 4-5 kvinder af anden etnisk baggrund i en gruppe. Denne gruppestørrelse vil også optimere muligheden for at opnå et tillidsfuldt forhold til kvinderne.

Projektjordemoderen havde ofte svært ved at følge med i samtalerne, når kvinderne talte med hinanden på deres modersmål, derfor vil det være ønskeligt, at der altid var tolk tilstede.

Under interviewene var oplevelsen, at projektjordemoderen efterhånden tilegnede sig en viden om konkrete sproglige problemer. Disse blev løst ved hjælp af alternative ord og vendinger, f.eks. blev ordet fødselsforberedelse erstattet af skole eller undervisning.

Projektjordemoderen fik også en forståelse for konkrete problematikker i de forskellige etniske grupper. Eksempelvis genoplever en omskåren somalisk kvinde ofte traumat fra omskæringen under fødslen, og hun har svære overvejelser vedrørende at skulle klippes op under fødslen.

Kultur og traditioner fra kvindernes hjemlande er ikke som i Danmark, hvilket kan medføre ”kultursammenstød”. Kvinderne har eksempelvis svært ved at forstå, at de helst skal amme umiddelbart efter fødslen, og at raske flergangsfødende med rask bliver udskrevet fra sygehuset indenfor 24 timer.

Man kan dårligt forstille sig, at én jordemoder skulle kunne være ekspert i samtlige kulturelle minoriteters traditioner, hvorfor det vil være hensigtsmæssigt, at kvinderne blev visiteret til konsultationer efter oprindelsesland / verdensdel.

Man kunne dele de gravide kvinder i grupper fra de arabiske lande, Somalia, Tyrkiet og andre, og lade fire jordemødre have ansvaret for denne opgave.

Alle kvinderne fandt, at fødselsforberedelse er vigtig, men selvom de blev specielt inviteret til at deltage i fødselsforberedelsen var fremmødet ikke tilfredsstillende.

Under evaluering af fødselsforberedelserne blev der påpeget, at jordemoderen (sundhedspersonen) skal være bestemt og præcis i sine formuleringer for ikke at blive mistolket. Jordemoderen må gerne sige "*du skal komme*", når det i virkeligheden også er det, man mener. Der blev udtrykt tilfredshed med indholdet af fødselsforberedelsen, som var afstemt efter kvindernes ønsker og jordemødrenes observationer. Fødselsforberedelsen blev tilrettelagt om formiddagen og under de omstændigheder (på sygehuset), som kvinderne havde udtrykt ønske om.

Det dårlige fremmøde kan tilsyneladende ikke tilskrives undervisningsform eller indhold.

De kvinder, der i forlængelse af undervisningen fik tilbudt deres jordemoderundersøgelse, mødte også alle op til undervisningen. Man kan derfor forestille sig, at fødselsforberedelsen afholdes som en del af en gruppekonsultation.

For yderligere at sikre kvindernes fremmøde, skal aftaler være både skriftlige og mundtlige.

Kvinderne kan evt. taster aftaler ind på deres mobiltelefoner.

## **Anbefalinger**

Formidlingen om fødselsforberedelsestilbuddet skal være bedre. Det kan ikke forventes, at kvinderne selv læser og/eller kan læse om tilbuddet på vores opslagstavle.

Desuden anbefales, at kvinder med anden etnisk baggrund får tilbud om gruppekonsultation, i en gruppe med andre fra samme oprindelsesland. Gruppen bør maksimalt bestå af 4 - 5 kvinder.

Der kan i gruppen aftales, om man ønsker, at ægtefæller eller andre kvinder i familie og omgangskreds skal deltage en eller flere gange.

I gruppekonsultationen skal, der være indlagt fødselsforberedelse med tolk.

Grupperne bør mødes på sygehuset i formiddagstimerne og så vidt muligt uden for ramadanen for de muslimske kvinders vedkommende.

Ud over de sædvanlige emner bør jordemoderen i fødselsforberedelsen have fokus på den telefoniske kontakt til sygehuset, således at kvinden ikke føler sig afvist ved denne kontakt med fødegangen. Der kan spørges ind til situationen ud fra et på forhånd udleveret og gennemgået skema.

Endvidere anbefales at de forskellige nationaliteter visiteres til hver deres jordemoder, således at denne efterhånden bliver "en ekspert" for den enkelte gruppes specielle behov og udtryksmåder, som f.eks. problematikker vedr. omskæringen.

Alt skriftligt materiale bør uddybes mundtligt.

På fødegangen anbefales, at jordemoderen er opmærksom på at tilbyde kvinder af anden etnisk baggrund diverse smertelindring, afføringsmiddel m.v., da de ofte er for generte til selv at bede om det.

Den verbale omsorg, som ofte være med til at hjælpe kvinden igennem en fødsel, kan være forhindret på grund af de sproglige barrierer. Derfor må jordemoderen i stedet supplere den verbale omsorg med tilpasset fysisk og psykisk tilstedeværelse. Jordemoderen bør også være opmærksom på de traumer kvinderne kan genopleve efter omskæring som barn. Tilbud om pudendusblokada i presseperioden kan være en hjælp for disse kvinder.

Der bør være aftalt med kvinden på forhånd, om hun skal klippes op før fødslen. Ligesom spørgsmålet om resuturering bør være afklaret i konsultationerne og føres i kvindens journal.

## Perspektiveringer

### **Samarbejde med praktiserende læger.**

En af de interviewede kvinder foreslog, at praktiserende læge ved første graviditets undersøgelse (hvor graviditeten blev konstateret), kunne udlevere eller arrangere alle tiderne til f.eks. scanning, jordemoder og fødselsforberedelse. Om dette er teknisk muligt er uvist, men praktiserende læge kunne udlevere en skrivelse om ca. tidspunkter for de forskellige undersøgelser, og påpege vigtigheden af at møde op til disse.

Det kunne tyde på at samarbejdet med den praktiserende læge er vigtigt. Dette kan være en mulighed at udbygge både i forhold til jordemoderen, og andre i det obstetriske patientforløb. Der burde beskrives et obstetrisk patientforløb for kvinder af anden etnisk baggrund.

### **Asylcentrene.**

Gravide kvinder, i asylcentrene, er en speciel sårbar gruppe, idet de foruden sproglige problemer, ofte har meget ringe kendskab til det danske sundhedssystems tilbud om svangreomsorg. Økonomiske aspekter kan for denne gruppe kvinder være en hindring for at modtage svangreomsorgen (Eriksen). Endvidere ved vi, at mennesker på asylcentrene ofte har været udsat for tortur (Holm). Dette må formodes at kunne påvirke en kvindes fødselsoplevelse. Man kan også have en formodning om, at disse kvinder lider af post traumatisk stress syndrom, der kan have betydning for deres evne til at knytte sig til deres barn. Da dette kun er formodninger, bør det undersøges nærmere.

### **Inddragelse af mændene i fødselsforberedelse.**

Der har i dette projekt ikke været lagt vægt på mændenes deltagelse i fødselsforberedelse. Dette ville være relevant set i lyset af, at de jo i høj grad også deltager i familiedannelsen. Dette kunne være en interessant uddybning af projektet

### **Undervisning af læger, jordemødre, social - og sundhedsassistenter og sygeplejersker.**

Hvor professionelle sundhedspersoner end måtte være, kan det være svært at gennemskue baggrunden for de kulturelle forskelle, der er mellem dem og patienter af anden etnisk baggrund. Der opstår nemt kulturelle barrierer, som kan tolkes som forskelsbehandling og føre til misforståelser. Det ville derfor være godt med temaundervisning af personalet om fremmede kulturer. Teoretisk undervisning ændrer ikke holdninger. Dette aspekt er et projekt i sig selv.

### **Amning**

Tre ud af 4 flergangsfødende i undersøgelsen oplevede, at de fik mangelfuld information på barselsgangen.

Det var specielt information om amning, der gav anledning til misforståelser.

To af kvinderne overvejede at tage hjem før amningen var ordentligt etableret, fordi de følte sig misforståede, misinformeret eller svigtet.

Det kan være svært at forstå, hvorfor barnet skal lægges til brystet, før mælken er løbet til, eller ikke giver det flaske, når man i sit hjemland er oplært til dette. Som dansker kan man tænke, at det måske er meget fornuftigt, at det nyfødte barn i et varmt land, som Somalia, får tilbud om væske, inden mælken er løbet til hos kvinden? Dette kunne være en interessant oplysning at finde ud af som kunne forbedre amme vejledningen. Personalet får derved nogle redskaber for den danske anbefalinger kontra fx de somaliske.



Der bør udarbejdes information på deres sprog til de kvinder, der har behov for tolk, at de ikke føler sig afmægtige med deres problemer, medens de venter på, at en tolk skal komme. Det kan være en idé, at afdelingen investerer i en Soundstation, som pædiatrisk afdeling, Fredericia og Kolding sygehuse, har gode erfaringer med (Ammentorp).

Generelt bør der undersøges mere omkring amning og om der kan i fødselsforberedelsen skal lægges bedre vægt på amme vejledning?

### **Kvinderne i undersøgelsen**

Kvinderne i undersøgelsen er måske 'specielle', med deres åbenhed omkring graviditet og fødsel, omskæring etc. Om dette er tilfældet giver undersøgelsen ikke svar på. Der er dog sammenfaldende viden, holdninger etc. til graviditet og fødsel mellem disse kvinder af anden etnisk baggrund og kvinder af dansk oprindelse. Så måske er der blot hudfarve til forskel?

## **Præsentation af projektet**

### **Rapporten sendes til**

Sundhedsstyrelsen

Sygehusledelsen, Fredericia og Kolding sygehuse

Afdelingsledelsen, gynækologisk og obstetrisk afdeling, Fredericia og Kolding sygehuse

Afdelingens styregruppe, gynækologisk og obstetrisk afdeling, Fredericia og Kolding sygehuse

I gynækologisk og obstetrisk afdelings samlingsfora som konferencen, personalestuer m.fl.,  
Fredericia og Kolding sygehuse

### **Artikler**

I forår 2006 vil artikler udarbejdes og sendes til nedenstående tidsskrifter med henblik på optagelse:

Tidsskrift for Jordemødre

Sygeplejersken

Månedskrift for Praktisk lægegerning

Vård i Norden

'Fokus' Personaleblad på Fredericia og Kolding sygehuse

'Puls' Personalebladet i Vejle Amt

Resume lægges på gynækologisk og obstetrisk afdelings intranet.

Pressemeddelse i lokale medier

### **Undervisning af personalet**

Januar 2006, undervisning af jordemødre ved projektjordemoder Anette Rasmussen

Maj 2006, undervisning af tværfagligt personale i gynækologisk og obstetrisk afdeling ved projektjordemoder Anette Rasmussen og udviklingssygeplejerske Tove Birkebæk Thomsen

## Referencer

- Ammentorp Jette, Anne Mette Rasmussen, Poul-Erik Kofoed (2006), *Telefontolkning forbedrer vilkårene for patienter*, Sygeplejersken Blad nr. 2
- Bollini P. (2000) *The health of migrant women in Europe, perspectives for the year 2000*, Mabuse, p. 197-206
- Bowall Helle, Dorthe Dessau (1995) *Obstetrisk sygepleje*, s. 21 - 30, s. 47 - 55, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Datatilsynet (2000), *Persondataloven, private forsknings- og statistikprojekter*, [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk)
- Eide Hilde, Tom Eide (1996), *Kommunikasjon i relasjoner*, side 252 – 260, ad Notam Gyldendal
- Eriksen Thomas Hylland, Torunn Arntsen Sørheim (2005), *Kulturforskelle – kulturmøder i praksis*, Munksgaard
- Glasser S. et al (1998), *Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors*, In: J. Psychosom Gynecol, 19, p. 155-164
- Henriksson Gunilla Et al (2005), *Viden og forandring -Flygtninge og indvandres viden, holdninger og erfaringer med prævention og reproduktiv sundhed samt brug af sundhedstilbud*, Sundhedsstyrelsen
- Holm Gretelise (1998), *Vidner til menneskelig nedbrydning*, Sygeplejersken nr. 32
- Jeffers D.F. (1993) *Outreach childbirth education classes for low income families: a strategy for programme development*. In: Clinical Issues in Perinatal Health Nursing, 4,1, p. 95-101
- Khader Naser (2004), *Ære og skam, Det islamiske familie – og livsmønster i Danmark og Mellemøsten*, 3. udvidede og reviderede udgave, Borgen
- Komiteen for sundhedsoplysning, (2004) *Kort og godt om amning*, 5. udgave, 1. oplag
- Kvale S. (1997) *Interview*. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzels Forlag
- Lindskog Bengt I (2004), *Medicinsk ordbog*, Gyldendals røde ordbøger
- Olesen Karen Marie (2005), *Evaluering af Vejle Kommunes Fødselsdepressionsprojekt 2002 - 2003*, s. 8, Vejle Amt Vejle Kommune
- Sundhedsstyrelsen (1998) *Svangreomsorg*. Retningslinier og redegørelse, Komiteen for Sundhedsoplysning

Waterstone M., S. Bewley, C. Wolfe (2001), *Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case control study*, In: British Medical Journal, p. 1089-1093

[www.ammekomiteen.dk](http://www.ammekomiteen.dk)

## Bilagsliste

- Bilag 1: Invitation til interview
- Bilag 2: Interviewguide
- Bilag 3: Spørgeskema til jordemødrene. *Besvarede spørgeskemaer findes hos cheffjordemoderen, gynækologisk og obstetrisk afdeling, Fredericia og Kolding sygehuse.*
- Bilag 4: Spørgeskema til gravide der ikke deltager i interview
- Bilag 5: Invitation til fødselsforberedelse
- Bilag 6-8: Dispositioner til fødselsforberedelse
- Bilag 9: Interviewguide til evaluering af fødselsforberedelse
- Bilag 10: Information om fødselens start
- Bilag 11: Information om smertelindring
- Bilag 12: Organisation
- Bilag 13: Budget - se særskilt bilag
- Bilag 14-18: Transskriberede interviews - *kan rekvireres ved henvendelse til chefafdelingsledelsen gynækologisk og obstetrisk afdeling, Fredericia og Kolding sygehuse.*
- Bilag 19: Transskriberet evaluering af fødselsforberedelse - *kan rekvireres ved henvendelse til afdelingsledelsen gynækologisk og obstetrisk afdeling, Fredericia og Kolding sygehuse.*